



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

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΝΕΩΝ ΜΕΤΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΓΙΑ
ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ**

ΦΟΙΤΗΤΗΣ : ΧΕΙΛΑΡΗΣ ΣΠΥΡΟΣ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
Δρ. ΖΩΗ ΡΟΥΠΑ**

**ΛΑΡΙΣΑ
2013**

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	3
Abstract.....	4
Πρόλογος	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	6
1.ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	7
2.ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ).....	9
2.1 <i>Βλεννόρροια (γονόρροια)</i>	13
2.2 <i>Χλαμύδια</i>	13
2.3 <i>Σύφιλη</i>	14
2.4 <i>Έρπητας των γεννητικών οργάνων</i>	15
2.5 <i>HPV- λοίμωξη (κονδυλώματα)</i>	15
3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΝΕΟΙ.....	18
4. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	20
5. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΣΜΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ.....	25
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	27
1.ΣΚΟΠΟΣ	28
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	28
2.1 <i>Στατιστική επεξεργασία</i>	29
3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	30
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	48
5.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53

Περίληψη

Εισαγωγή : Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) αποτελούν σημαντικό πρόβλημα Δημόσιας Υγείας και η συχνότητά τους μεταξύ των νέων ενηλίκων είναι υψηλή. Ερωτηματικά υπάρχουν για το επίπεδο γνώσεων των νέων σχετικά με τα ΣΜΝ και τις σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι απόψεις νέων ενηλίκων μετεφηβικής ηλικίας σχετικά με θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας.

Υλικό και μέθοδος: Στην έρευνα συμμετείχαν 116 νέοι ενήλικες ηλικίας 18-21 σπουδαστές ΙΕΚ. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις που περιελάμβανε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος αναφερόταν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, το δεύτερο στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και το τρίτο σε βασικές πρακτικές αντισύλληψης. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p=0,05$.

Αποτελέσματα: Οι απαντήσεις στις κλίμακες επίγνωσης κινδύνου και ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς κυμαίνονταν μεταξύ των τιμών 3 και 4 της πεντάβαθμης κλίμακας Likert δείχνοντας ικανοποιητικό βαθμό ασφάλειας και επίγνωσης κινδύνου, ωστόσο διαπιστώνεται ότι ποσοστό 40% συνεχίζει να ακολουθεί σεξουαλικές πρακτικές αυξημένου κινδύνου. Όσοι ήταν ελεύθεροι ή είχαν περιστασιακή σχέση, είχαν μικρότερη επίγνωση κινδύνου σε σχέση με όσους βρίσκονταν σε μόνιμη σχέση. Το 7% δε χρησιμοποιεί καμία αντισυλληπτική μέθοδο, το αντισυλληπτικό δισκίο και η διακοπτόμενη επαφή χρησιμοποιούνται από το 11% του δείγματος, ενώ το 64% θεωρεί το προφυλακτικό αξιόπιστη μέθοδο αντισύλληψης και προστασίας από ΣΜΝ και χρησιμοποιείται πάντα κατά τη σεξουαλική επαφή στο 49% των περιπτώσεων. Οι άνδρες είχαν μεγαλύτερο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων και μικρότερη επίγνωση του κινδύνου μετάδοσης ΣΜΝ σε σχέση με τις γυναίκες. Οι άνδρες και οι κάτοικοι της πρωτεύουσας εμφανίζονται να ακολουθούν σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου συγκριτικά με τις γυναίκες και τους κατοίκους της επαρχίας.

Συμπέρασμα: Η ασφαλής σεξουαλική συμπεριφορά και η επίγνωση του κινδύνου μετάδοσης των ΣΜΝ παραμένει αμφιλεγόμενο θέμα για τους νέους μετεφηβικής ηλικίας, ιδιαίτερα στους άνδρες και τους κατοίκους της πρωτεύουσας. Αποσπασματικές γνώσεις και εσφαλμένες αντιλήψεις δυσχεραίνουν τη μεταβολή των σεξουαλικών συμπεριφορών και την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας γενικότερα.

Abstract

Introduction: Sexually transmitted diseases (STDs) are a major public health problem and their frequency among young adults is high. Questions exist about the level of knowledge of young people about STDs and sexual risk behaviors.

Aim: The purpose of this study was to investigate the knowledge and views of young (post teen) adults on sexual and reproductive health.

Material and Methods: The sample consisted of 116 young adults aged 18 to 21, students of IEK. A questionnaire with closed-ended questions including three parts was used. The first part referred to the demographic characteristics of the participants, the second in sexually transmitted diseases and the third baseline practice contraception. The level of statistical significance was set at $p = 0,05$.

Results: Responses on the scales risk awareness and safe sexual behavior ranged between values 3 and 4 on the five-point Likert scale, indicating a satisfactory level of safety and risk awareness. However, 40% continue to pursue sexual practices increased risk. Bachelors or those in casual relationships were less aware of risk than those who were in a permanent relationship. About 7% do not use any contraceptive method, contraceptive tablet and intermittent contact used by 11% of the sample, while 64% believe that the condom is a reliable method of contraception and protection against STDs. Condom is always used during sexual intercourse in 49% of cases. The men had a greater number of sexual partners and less aware of the risk of transmitting STDs compared with women. The men and residents of the capital appear to follow more sexual risk behaviors than women and residents of the province.

Conclusion: The safe sexual behavior and awareness of the risk of transmission of STDs remains a controversial issue for youngsters, especially among men and residents of the capital. Fragmentary knowledge and misconceptions hinder the change in sexual behaviors and promoting sexual health in general.

Πρόλογος

Υπάρχουν περισσότερες από 25 ασθένειες που μεταδίδονται κυρίως μέσω της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Αυτά τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα συνιστούν μια τεράστια πρόκληση για τη Δημόσια Υγεία. Η συχνότητα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών μεταξύ των νέων ενηλίκων είναι υψηλή. Περίπου 20% των νέων ενηλίκων γυναικών και το 10 % των νεαρών ενηλίκων ανδρών θεωρείται είτε ότι έχουν νοσήσει κατά το πρόσφατο παρελθόν από κάποιο από τα ακόλουθα νοσήματα, είτε ότι αυτό έχει διαδράμει υποκλινικά, όπως πιστοποιείται από τις εργαστηριακές εξετάσεις. Επισημαίνεται ότι εκτίμηση της συχνότητας των ΣΜΝ σε αυτή την ηλικιακή ομάδα πιθανόν να υποεκτιμάται, γιατί στις διάφορες μελέτες σπάνια αναφέρεται ταυτόχρονος έλεγχος για το σύνολο των πιθανών ΣΜΝ και ιδιαίτερα για εκείνων με ευρεία διασπορά, όπως είναι ο έρπητας των γεννητικών οργάνων και τα κονδυλώματα ή η φορεία του HPV. Επίσης, υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, που πιθανότατα δεν αντικατοπτρίζουν μια πραγματική διαφορά στην επίπτωση της νόσου, αλλά μάλλον διαφορές στα επίπεδα (προσυμπτωματικού ή μη) ελέγχου, καθώς εκτιμάται ότι τα ΣΜΝ υποδιαγιγνώσκονται, ιδίως στους άνδρες. Ενώ οι έλεγχοι για ΣΜΝ έχουν επεκταθεί και βελτιωθεί, είναι σαφές ότι χρειάζεται η εντατικοποίησή τους στην περίπτωση των νέων ενηλίκων. Αυτό θα οδηγήσει στην καλύτερη προστασία της νέας γενιάς και μακροπρόθεσμα στη μείωση του κόστους νοσηλείας και απώλειας της παραγωγικότητας. Η παρούσα μελέτη διερευνά τις αντιλήψεις σχετικά με τα ΣΜΝ μεταξύ των πολύ νέων ενηλίκων ανδρών και γυναικών (ηλικίας 18 και 21) και ιδιαίτερα την αντίληψή τους για την επικινδυνότητα ορισμένων σεξουαλικών συμπεριφορών, καθώς και τις απόψεις τους για τις υπάρχουσες μεθόδους αντισύλληψης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, σε κάθε τομέα που σχετίζεται με το αναπαραγωγικό σύστημα και σε όλα τα στάδια της ζωής, έτσι ώστε το άτομο να έχει τη δυνατότητα να διάγει μια ικανοποιητική και ασφαλή σεξουαλική ζωή, με την ευχέρεια να επιλέγει το αν, πότε, και πόσο συχνά θα αναπαραχθεί. Και τα δύο φύλα έχουν το δικαίωμα ισότιμης ενημέρωσης και πρόσβασης σε επιστημονικά τεκμηριωμένες μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού. Στην ευρύτερη έννοια της αναπαραγωγικής υγείας περιλαμβάνεται οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με ζητήματα σεξουαλικά, όπως και με προβλήματα στις σχέσεις και στην οικογένεια. Ψυχικές κοινωνικές και θρησκευτικές προεκτάσεις (σεξουαλική κακοποίηση, γεννητικός ακρωτηριασμός, έκτρωση κλπ.) συνδέονται στενά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία (WHO 2007, Kirby et al 2007, Euroean Charter on Sexual and Reproductive Health 2008).

Η σεξουαλική υγεία δεν περιορίζεται στο αμιγώς βιολογικό σκέλος, αλλά περιλαμβάνει τρεις συνιστώσες που συνθέτουν τη βάση για μια ολοκληρωμένη συνεύρεση δύο ανθρώπων. Η πρώτη συνιστώσα είναι αναμφίβολα η σωματική και αφορά στην αποφυγή μολύνσεων και ανεπιθύμητων κυήσεων. Η δεύτερη είναι η ψυχική, που σχετίζεται με την απαλλαγή από αρνητικά συναισθήματα (π.χ. φόβο, ενοχή, ντροπή), με την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, την εξοικείωση με τη σεξουαλικότητα, το σεβασμό του εαυτού μας και των άλλων, καθώς και τη διεκδικητικότητα. Η τρίτη συνιστώσα είναι η κοινωνική και αφορά στην ελεύθερη επιλογή των ερωτικών σχέσεων σύμφωνα με ατομικές αξίες και πεποιθήσεις, μακριά από πιεστικές επιρροές του κοινωνικού περιγύρου. Η σεξουαλική υγεία συνιστά θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και είναι άρρηκτα δεμένη με το δικαίωμα του κάθε ανθρώπου να έχει ενημέρωση και πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας (Κρεμαστινού – Κουρέα 2007).

Κοινωνικοί και πολιτικοί λόγοι (πχ.μετακινήσεις πληθυσμών, πρότυπα σεξουαλικής συμπεριφοράς από τα ΜΜΕ) καθιστούν την εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής υγείας ζήτημα πρώτης προτεραιότητας για τους νέους ενήλικες. Η αύξηση των ΣΜΝ και η ραγδαία εξάπλωση του ιού HIV/AIDS, σε συνδυασμό με

ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές που κερδίζουν έδαφος μεταξύ της νέας γενιάς, θέτουν επί τάπητος την αναγκαιότητα παρεμβάσεων με τα κατάλληλα προγράμματα αγωγής σεξουαλικής υγείας (Kirby et al., 1994). Τα προγράμματα αυτά πρέπει να εφαρμοστούν έγκαιρα, προτού παγιωθούν συγκεκριμένες στάσεις και αντιλήψεις που δύσκολα θα μεταβληθούν στο μέλλον (Tountas et al., 2004, Kirby et al., 2007).

2.ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ)

Τα ΣΜΝ προκαλούνται από βακτήρια, ιούς και πρωτόζωα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα ΣΜΝ μεταδίδονται μόνο μέσω της σεξουαλικής επαφής. Μπορούν επίσης να μεταδοθούν μέσω του στοματικού έρωτα και σπανιότερα μέσω των μεταγγίσεων αίματος. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι επίσης γνωστά ως αφροδίσια νοσήματα (Blair 2004).

Η ύπαρξη των περισσότερων είναι γνωστή από χιλιάδων ετών, αλλά νεότευκτα νοσήματα και παράγοντες, όπως το AIDS ή ο ιός HPV είναι ιδιαίτερα υψηλής επικινδυνότητας. Τα περισσότερα ΣΜΝ είναι θεραπεύσιμα, αλλά νοσήματα όπως ο έρπητας και το AIDS, που προκαλούνται από ιούς, δεν επιδέχονται ουσιαστική θεραπεία (Στρατηγός 2000). Η συχνότητα εμφάνισης πολλών ΣΜΝ (όπως η σύφιλη, έρπητας των γεννητικών οργάνων και HPV) συνεχίζει να αυξάνεται, ενώ η συχνότητα εμφάνισης πολλών άλλων (όπως η βλεννόρροια και τα χλαμύδια) παραμένει σε επίπεδα που είναι πάρα πολύ υψηλά (Wildsmith et al., 2010) και υπάρχει επιτακτική ανάγκη ελέγχου της εξάπλωσής τους και των επιπτώσεών τους στον παγκόσμιο κοινωνικό και παραγωγικό ιστό.

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα αποτελούν σημαντικό πρόβλημα και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τις λοιμώξεις από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (κονδυλώματα), τον έρπητα των γεννητικών οργάνων, τη σύφιλη, τη γονόρροια, τις χλαμυδιακές λοιμώξεις, τις ουρηθρίτιδες, τη μη ειδική κολπίτιδα ή βακτηριακή κολπίτιδα, τις λοιμώξεις από τριχομονάδες, τις ηπατίτιδες και την ιδιαίτερα σημαντική HIV λοίμωξη. Συχνά αντί του όρου Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) χρησιμοποιείται ο όρος Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις, προκειμένου να συμπεριληφθούν και οι περιπτώσεις των ατόμων που δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Τα ΣΜΝ και οι αντίστοιχοι παθογόνοι παράγοντες αναφέρονται συνοπτικά στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Παθογόνοι μικροοργανισμοί και ΣΜΝ λοιμώξεις

Παθογόνος μικροοργανισμός	Λοίμωξη - σύνδρομο
ΒΑΚΤΗΡΙΑ	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Γονόρροια (γονοκοκκικές λοιμώξεις του ουρογεννητικού συστήματος), φαρυγγίτιδα, επιπεφυκίτιδα, περιηπατίτιδα, βαρθαλινίτιδα, διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη, πρόωρη ρήξη του αμνιακού σάκου, πρόωρος τοκετός, σύνδρομο λοίμωξης του αμνιακού υγρού.
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Χλαμυδιακές λοιμώξεις του ουρογεννητικού συστήματος, φαρυγγίτιδα, επιπεφυκίτιδα, περιηπατίτιδα, χοριοαμνιονίτιδα, πρόωρος τοκετός, μέση ωτίτιδα, ρινίτιδα και πνευμονία στα νεογνά, σύνδρομο Reiter, Αφροδίσιο Λεμφοκοκκίωμα (LGV) ορότυποι L1, L2, L3.
<i>Mycoplasma hominis</i>	Επιλόχειος πυρετός, σαλπινγίτιδα.
<i>Ureoplasma urealinitum</i>	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα σε συνδυασμό με άλλα παθογόνα.
<i>Treponema pallidum</i>	Σύφιλη.
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Κολπίτιδα (σε συνδυασμό με άλλα παθογόνα ή κολπικά ανασερόβια μικρόβια).
<i>Mobiluncus curtisii</i>	Κολπίτιδα.
<i>Mobiluncus mulieris</i>	Κολπίτιδα.
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Μαλακό έλκος.
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	Βουβωνικό κοκκίωμα (Donovanosis).
<i>Shigella spp</i>	Σιγκέλλωση σε άντρες που κάνουν σεξ με άντρες (MSM – men having sex with men).
<i>Campylobacter spp</i>	Εντερίτιδα και πρωκτοκολίτιδα σε MSM.
<i>Helicobacter cinaedi</i>	Πρωκτοκολίτιδα, δερματίτιδα, βακτηριαιμία στο AIDS.
<i>Helicobacter fennelliae</i>	Πρωκτοκολίτιδα, δερματίτιδα, βακτηριαιμία στο AIDS.
<i>Salmonella spp</i>	Εντερίτιδα, πρωκτοκολίτιδα, πρωκτίτιδα στο AIDS.
ΙΟΙ	
Human Immunodeficiency Virus (HIV) τύποι 1,2 και υπότυπος 0	HIV λοίμωξη, AIDS.
Herpes Simplex Virus (HSV) 1,2	Πρωτολοίμωξη και υποτροπιάζων έρπης των γεννητικών οργάνων, μηνιγγίτιδα, νεογνικός έρπης.
Human Papilloma Virus (HPV)	Οξυτενή κονδυλώματα, θηλώματα του λάρυγγα, ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία και καρκίνος του τραχήλου (μήτρας), κόλπου, αιδοίου, πρωκτού, πέους.
Hepatitis A Virus (HAV)	Οξεία ηπατίτιδα Α.
Hepatitis B Virus (HBV)	Οξεία και χρόνια ηπατίτιδα Β, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, οξεία πολυαρθρίτιδα, χρόνια μεμβρανώδης σπειραματονεφρίτιδα, μικτή κρουσφαιριναιμία, ρευματική πολυμυαλγία.
Hepatitis C Virus (HCV)	Οξεία και χρόνια ηπατίτιδα C, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, μικτή κρουσφαιριναιμία, χρόνια σπειραματονεφρίτιδα.
Cytomegalovirus (CMV)	Λοιμώδης μονοπυρήνωση, συγγενής CMV λοίμωξη με μεγάλη περιγεννητική θνητότητα και σοβαρές βλάβες του νεογνού π.χ. πνευματική καθυστέρηση, κώφωση, ποικίλες βαριές εκδηλώσεις σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.

Πίνακας 1 (συνέχεια).

Παθογόνος μικροοργανισμός	Λοίμωξη - σύνδρομο
Molluscum Contagiosum Virus (MCV)	Μολυσματική τέρμινθος των γεννητικών οργάνων.
Human T-cell Lymphotropic Virus (HTLV) τύποι I και II	Λευχαιμία T-κυττάρων, λέμφωμα, τροπική σπαστική πάρεση.
Human Herpes Virus (HHV) τύπος 8	Σάρκωμα Kaposi, λέμφωμα, πολλαπλούν μυέλωμα, νόσος του Castleman.
ΠΡΩΤΟΖΩΑ	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Κολπική τριχομονάδωση, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.
<i>Entamoeba histolytica</i>	Αμοιβάδωση σε MSM.
<i>Giardia lamblia</i>	Λαμβλίωση σε MSM.
ΜΥΚΗΤΕΣ	
<i>Candida albicans</i>	Αιδοιοκολπίτιδα, βαλανίτιδα.
ΠΑΡΑΣΙΤΑ	
<i>Phthirus pubis</i>	Φθειρίωση του εφηβαίου.
<i>Sarcoptes scabiei</i>	Ψώρα.

Προσαρμογή από «Holmes et al: Sexually Transmitted Diseases. Third edition McGraw-Hill».
Απόδοση : Μαρία Χατζηβασιλείου – Παππά, Φίλιππος Κουκουριτάκης.

Τα ΣΜΝ αντιμετωπίζονται θεραπευτικά, αν και η αντιμετώπισή τους επιπλέκεται από το γεγονός της ασυμπτωματικής τους μετάδοσης, όπως στην περίπτωση του έρπητα των γεννητικών οργάνων και των κονδυλωμάτων. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι η ύπαρξη ενός ΣΜΝ διευκολύνει τη μετάδοση άλλου, όπως της HIV λοίμωξης, κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής (Στρατηγός 2000, Choudhry et al 2010).

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα συνδέονται με πολλούς παράγοντες κινδύνου, οι πιο κοινοί από τους οποίους είναι: Σεξ χωρίς προφυλάξεις και πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι. Η χρήση του αλκοόλ και των ναρκωτικών ευνοούν την εξάπλωσή τους, καθώς θέτουν τα άτομα –ιδιαίτερα τους νέους ενήλικες – σε υψηλό κίνδυνο. Αυτό συμβαίνει επειδή, όταν βρίσκονται υπό την επήρεια ουσιών είναι πιθανότερο να συμμετάσχουν σε επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές. Η κρυφή πορνεία, είναι επίσης ένας άλλος παράγοντας κινδύνου. Οι νεαροί ενήλικες που ανταλλάσσουν σεξ για τα χρήματα είναι απίθανο να μπορέσουν να διαπραγματευτούν ασφαλές σεξ. Επίσης, είναι πιθανό να έχουν διαφορετικές συντρόφους το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου και αυτό δημιουργεί υψηλό κίνδυνο προσβολής από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Blair 2004, Boskey 2008).

Η συχνότητα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ) παγκοσμίως παραμένει υψηλή. Δεδομένα από τις Ηνωμένες Πολιτείες δείχνουν ότι σχεδόν 19 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ΣΜΝ διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο και περισσότεροι από 65 εκατομμύρια Αμερικανοί ζουν με ένα ανίατο ΣΜΝ, όπως ο έρπητας και ο ιός

των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), γεγονός που τοποθετεί τις ΗΠΑ στις χώρες με τον υψηλότερο επιπολασμό ΣΜΝ παγκοσμίως (CDC 2000). Οι νέοι ειδικότερα, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από ΣΜΝ. Το Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων των ΗΠΑ (CDC) εκτιμά ότι οι νέοι μεταξύ των ηλικιών 15 και 24 αντιπροσωπεύουν περίπου το ήμισυ των νέων κρουσμάτων ΣΜΝ, που διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο, αν και αυτή η ηλικιακή ομάδα αντιπροσωπεύει μόνο το ένα τέταρτο του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού (CDC 2009). Οι δαπάνες για την αντιμετώπιση των ΣΜΝ είναι επίσης υψηλές. Για παράδειγμα, τα χλαμύδια και η γονόρροια -τα δύο πιο κοινά ΣΜΝ- μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της στειρότητας, επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης με HIV, ενώ ορισμένα στελέχη του HPV(επίσης διαδεδομένο ΣΜΝ) συνδέονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Wildsmith et al., 2010). Το οικονομικό κόστος είναι επίσης υψηλό. Στις ΗΠΑ, υπολογίζεται σε 6,5 δισεκατομμύρια δολάρια για το σύνολο της ζωής όσων διαγιγνώσκονται με ΣΜΝ μεταξύ 15 και 26 ετών (Chesson et al., 2004).

Επισημαίνεται ότι η λοίμωξη από ένα ΣΜΝ δε σημαίνει απαραίτητα ανοσία και επανειλημμένες λοιμώξεις είναι δυνατό να συμβούν. Κατά συνέπεια, η θεραπευθείσα λοίμωξη από χλαμύδια, γονόρροια ή σύφιλη, δεν προστατεύει τους ασθενείς από επαναμόλυνση. Επίσης, η μόλυνση με περισσότερα από ένα ΣΜΝ είναι δυνατή. Είναι σημαντικό λοιπόν, το άτομο που διαγιγνώσκεται με ένα ΣΜΝ, να ελέγχεται και για τα υπόλοιπα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ώστε να λαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Είναι σημαντική επίσης, η αναζήτηση και θεραπεία των σεξουαλικών συντρόφων. Σύμφωνα με στοιχεία από την επιτήρηση σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, στην οποία συμμετέχει και η Ελλάδα, περισσότερες από το 70% των δηλωθεισών περιπτώσεων χλαμυδιακών λοιμώξεων, περίπου το 40% των περιστατικών γονόρροιας και το 17% των συφιλιδικών λοιμώξεων αφορούν νεαρά άτομα 15 έως 24 ετών (ΚΕΕΛΠΝΟ 2012).

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων σε άρθρο του για την ενημέρωση, την πρόληψη και τη θεραπεία των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, αναφέρει ότι :«Παρά τις διάφορες προσπάθειες από τους εργαζομένους της υγειονομικής περίθαλψης για τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, περισσότερα από 15 εκατομμύρια άτομα αποκτούν ΣΜΝ στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο» (CDC 2003).

2.1 Βλεννόρροια (γονόρροια)

Η βλεννόρροια προκαλείται από το βακτήριο *Neisseria gonorrhoea*. Επηρεάζει κυρίως τους νέους μεταξύ των ηλικιών 15-25 ετών (Rutherford 2005). Το βακτήριο είναι επίσης γνωστό ως γονόκοκκος. Η περίοδος επώασης είναι περίπου 3-8 ημέρες (Blair 2004). Η γονόρροια μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής, αλλά και κατά τη διάρκεια του τοκετού από τη μητέρα στο παιδί (Υπουργείο της Φινλανδίας 1997). Η βλεννόρροια μπορεί να αντιμετωπισθεί με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Σε Ευρωπαϊκό, αλλά και Παγκόσμιο επίπεδο, ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί η αυξανόμενη αντοχή του γονόκοκκου στα αντιβιοτικά. Τα αποτελέσματα της Ευρωπαϊκής Μελέτης Αντοχής Γονόκοκκου στα αντιβιοτικά δείχνουν ότι η μειωμένη ευαισθησία του γονόκοκκου στην κεφιζίμη (ένα από τα συνιστώμενα αντιβιοτικά για τη θεραπεία του) αυξήθηκε από 4% το 2009, σε 9% το 2010, σε 17 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η παρατήρηση αυτή έχει οδηγήσει σε αναθεώρηση των θεραπευτικών κατευθυντηρίων οδηγιών και συστήνεται, εάν μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής αγωγής συνεχίζουν να υπάρχουν συμπτώματα, ο ασθενής να επισκεφθεί εκ νέου τον ιατρό του για επανεκτίμηση της εξέλιξης της νόσου (ΚΕΕΛΠΝΟ 2012).

2.2 Χλαμύδια

Τα χλαμύδια είναι ένα κοινό ΣΜΝ που προκαλείται από το λοιμογόνο παράγοντα *Chlamydia trachomatis*. Τα χλαμύδια μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή μέσω του στόματος, του πρωκτού και του κόλπου. Τα νεογέννητα μπορούν επίσης να αποκτήσουν χλαμύδια από τις μητέρες τους κατά τη διάρκεια του κολπικού τοκετού (Houry 2007). Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται 5-12 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή, αλλά μερικές φορές περνούν απαρατήρητα. Οι γυναίκες έχουν συνήθως ανώμαλη κολπική έκκριση, αίσθημα καύσου κατά την ούρηση, χαμηλή κοιλιαλγία και οσφυαλγία, ναυτία, πυρετό, πόνο κατά τη συνουσία και αιμορραγία μεταξύ των περιόδων. Οι άνδρες εμφανίζουν έκκριση από το πέος ή αίσθημα καύσου κατά την ούρηση (Kernaghan 2007). Πολλές λοιμώξεις από χλαμύδια μπορεί να παραμένουν αδιάγνωστες λόγω του υψηλού ποσοστού ασυμπτωματικών ασθενών (70% των γυναικών και πάνω από 50% των ανδρών). Χωρίς να υποβληθούν σε

διαγνωστικό έλεγχο, οι ασυμπτωματικοί ασθενείς πιθανά να μεταδώσουν τη λοίμωξη στους σεξουαλικούς τους συντρόφους, γιατί τόσο όσο οι συμπτωματικές όσο και οι ασυμπτωματικές λοιμώξεις από *Chlamydia Trachomatis* έχουν επιλοκές, εάν δεν αντιμετωπισθούν θεραπευτικά. Η φλεγμονή που ακολουθεί τη λοίμωξη του ανώτερου γεννητικού συστήματος μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη των σαλπίνγων και υπογονιμότητα. Επιπλέον, η απόφραξη των σαλπίνγων, ως αποτέλεσμα χλαμυδιακών λοιμώξεων, αλλά και λοιμώξεων από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για έκτοπη κύηση, μια κατάσταση που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή της εγκύου (Kamau & Korit 2009).

2.3 Σύφιλη

Η σύφιλη είναι ένα ΣΜΝ που προκαλείται από το βακτήριο *Treponema pallidum*. Χωρίς θεραπεία μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Έχει αναφερθεί ότι το 1990 υπήρξε μια συνολική μείωση του αριθμού των ατόμων που είχαν μολυνθεί με σύφιλη, αλλά πρόσφατα έχει υπάρξει μια σταθερή αύξηση των κρουσμάτων σύφιλης, κυρίως σε νεαρούς ενήλικες που συνευρίσκονται σεξουαλικά με άντρες (Hirsch 2007). Σύμφωνα με μια έρευνα σχετικά με τις γνώσεις, τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές των εφήβων κοριτσιών στην Ινδία για ΣΜΝ, σχετικό με το ασφαλές σεξ και τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότερες από τις συμμετέχουσες δεν είχαν ακούσει καν για τη σύφιλη. Αυτό αποδίδεται σε κακές κοινωνικές συνθήκες, στην έλλειψη πρόσβασης στο διαδίκτυο και στην έλλειψη της κάλυψης από τα μέσα ενημέρωσης σχετικά με τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (McManus 2008).

Μια μελέτη που διεξήχθη από Panchaud (2000), σχετικά με τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες μεταξύ των νέων ενηλίκων στις αναπτυσσόμενες χώρες, έδειξε ότι η εμφάνιση της σύφιλης ήταν χαμηλή στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Στον Καναδά, τη Φινλανδία, την Ουαλία, τη Δανία, τη Νορβηγία και τη Σουηδία έχουν αναφερθεί τα υψηλότερα ποσοστά. Η Γερμανία, η Ολλανδία και η Ελβετία φαίνεται να έχουν μια σχετικά μέτρια συχνότητα. Οι Ηνωμένες Πολιτείες και η Ρωσία είχαν την υψηλότερη συχνότητα μεταξύ των νέων γυναικών (Wildsmith et al., 2010).

2.4 Έρπητας των γεννητικών οργάνων

Ο έρπητας των γεννητικών οργάνων είναι ένα ΣΜΝ που προκαλείται από ιό του απλού έρπητα (HSV). Ο ιός βρίσκεται κυρίως στις ρίζες των νεύρων και θα μπορούσε να εξαπλωθεί μέσω αυτών σε βλεννογόνους υμένες, τα γεννητικά όργανα, το δέρμα και τα χείλη (Kamau & Korit 2009). Υπάρχουν δύο τύποι του ιού του απλού έρπητα: ο ιός του απλού έρπητα 1, που προκαλεί βλάβες γενικώς στη στοματική περιοχή και ο ιός του απλού έρπητα 2, που προκαλεί γεννητικές αλλοιώσεις, αν και θα μπορούσε να προκαλέσει οποιοδήποτε από τα δύο. Επισημαίνεται ότι ο έρπητας είναι εξαιρετικά μεταδοτικός (Wildsmith et al., 2010).

2.5 HPV- λοίμωξη (κονδυλώματα)

Οι ιοί των θηλωμάτων (Papillomaviruses) αποτελούν μια ομάδα επιθηλιοτρόπων DNA ιών που προκαλούν καλοήθεις βλάβες στο δέρμα (μυρμηγκιές) και τους βλεννογόνους (κονδυλώματα), ενώ μερικοί τύποι εμπλέκονται στην ανάπτυξη επιθηλιακής κακοήθειας και ειδικότερα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και άλλων όγκων του ουρογεννητικού συστήματος και έχουν συγκεντρώσει έντονο επιστημονικό ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Η ογκογενετική επίδραση ορισμένων τύπων του ιού είναι καλώς τεκμηριωμένη (ιοί 16,18,32,34). Οι προσπάθειες για τη δημιουργία εμβολίου στέφθηκαν με επιτυχία και σήμερα είναι πλέον διαθέσιμα εμβόλια που καθιστούν δυνατή την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, που αποτελεί σημαντικότερο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας. Πράγματι, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η δεύτερη σε συχνότητα κακοήθεια παγκοσμίως, με περίπου 500.000 νέες περιπτώσεις να διαγιγνώσκονται κάθε έτος και περίπου 275.000 θανάτους ετησίως. Στις ΗΠΑ, περίπου 12000 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο και περίπου το 1/3 από αυτές τις γυναίκες θα πεθάνουν λόγω της κακοήθους νόσου (Arbyn et al., 2007, Davies et al., 2007).

Σήμερα είναι διαθέσιμα δύο εμβόλια έναντι του HPV. Είναι ασφαλή και κλινικά αποτελεσματικά: το τετραδύναμο Gardasil και το διδύναμο Cervarix. Η έναρξη εμβολιασμού έφηβων κοριτσιών στα 11-12 έτη με κάποιο από αυτά προσφέρει προστασία έναντι της ανάπτυξης λοίμωξης από τον HPV και επομένως

έναντι πιθανής ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στο μέλλον. Το τετραδύναμο εμβόλιο προσφέρει επίσης προστασία από την ανάπτυξη οξυτενών κονδυλωμάτων, τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες (Garland et al., 2007).

2.6 HIV- Λοίμωξη

Η HIV λοίμωξη είναι μία πανδημία που έχει προσβάλει όλες τις Ηπείρους. Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) πρωτοεμφανίστηκε το 1981, όταν περιγράφηκε στην Αμερική επιδημία πνευμονίας από *Pneumocystis carinii*, σε ομάδα ομοφυλοφίλων και το 1983 έγινε πλέον γνωστό ότι επρόκειτο για μια λοίμωξη σοβαρή αλλά με βραδεία πορεία, που οφείλεται σε ρετροϊό, τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV), (CDC 1985, WHO 1986). Το ήμισυ των κρουσμάτων αφορά σε ηλικίες κάτω των 25 ετών. Η συχνότητα του AIDS στις ΗΠΑ ανέρχεται σε 1-2 εκατομμύρια στο σύνολο των 250 εκατομμυρίων κατοίκων. Ο ιός βρίσκεται σε αίμα, σπέρμα, λεμφαδένες, κολπικές εκκρίσεις, πλάσμα, ENY, σίελο, ούρα, δάκρυα, ασκητικό, περικαρδιακό, πλευριτικό, αρθρικό υγρό και μητρικό γάλα. Βιολογικά υλικά υψηλής επικινδυνότητας θεωρούνται το αίμα και το σπέρμα. Κύριες οδοί μόλυνσης θεωρούνται οι βλεννογόνοι, γεννητικοί ή του ορθού μετά από σεξουαλική επαφή, η αιματική οδός και η κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί. Η μετάδοση μετά ετεροσεξουαλική ή ομοφυλοφιλική επαφή με οροθετικό άτομο θεωρείται ο κύριος τρόπος μετάδοσης. Η μη χρησιμοποίηση προφυλακτικού, η σεξουαλική επαφή δια του ορθού και η συνύπαρξη άλλων ΣΜΝ θεωρούνται ως πρακτικές αυξημένου κινδύνου για τη μετάδοση της νόσου (CDC 1988, NIAID 1999).

2.7 Ηπατίτιδα Β & Ηπατίτιδα C

Η ηπατίτιδα Β χαρακτηρίζεται από υψηλή μεταδοτικότητα. Μπορεί να μεταδοθεί με το αίμα, το σπέρμα και σπανιότερα με άλλα βιολογικά υγρά, με τη σεξουαλική επαφή, καθώς και κατά την περιγεννητική περίοδο, ενώ για το 30% περίπου των περιπτώσεων ο τρόπος μετάδοσης δεν ταυτοποιείται (Askarian et al., 2011). Η συχνότητα της λοίμωξης διαφέρει ανά τον κόσμο, ενώ οι περισσότερες λοιμώξεις παρατηρούνται σε εφήβους και ανήλικους συγκεκριμένων ομάδων

κινδύνου (ομοφυλόφιλοι, χρήστες ναρκωτικών ενδοφλεβίως κ.ά.). Στους ενήλικους, η κλινικά έκδηλη λοίμωξη είναι συχνή, ενώ ο επιπολασμός της χρόνιας λοίμωξης είναι μικρός (1 - 4%). Η ηπατίτιδα Β και η λοίμωξη από HPV, είναι τα δύο ΣΜΝ τα οποία προλαμβάνονται με εμβολιασμό. Παρεντερικώς μεταδίδεται και η ηπατίτιδα C, η οποία επίσης μεταδίδεται και σεξουαλικώς. Αυτή φαίνεται ότι έχει μεγαλύτερο επιπολασμό συγκριτικά με την ηπατίτιδα Β, καθώς παγκοσμίως αναφέρονται περισσότερες από ένα εκατομμύριο νέες περιπτώσεις το χρόνο. Ο επιπολασμός σε εθελοντές αιμοδότες είναι στην Ελλάδα 2,5% και στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών ενδοφλεβίως >80%. Η πιθανότητα μετάδοσης σε ετεροφυλικά μονογαμικά ζευγάρια είναι περίπου 1% το χρόνο. Μόνο 2-4% των σταθερών ερωτικών συντρόφων έχουν ηπατίτιδα C. Όμως το ποσοστό αυξάνεται σημαντικά σε άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους ή ομοφυλοφιλικές σχέσεις. Επίσης οι σεξουαλικές πράξεις που μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγία και η ερωτική πράξη κατά την εμμηνορρυσία αυξάνουν την πιθανότητα μετάδοσης. Στις παραπάνω περιπτώσεις συνιστάται απαραίτητα η χρήση προφυλακτικού (Mikhailov et al., 2002, Luksamijarulkul et al., 2011, Hakre et al., 2013).

Πίνακας 2. Σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα. Διαχρονικές τάσεις

Ασθένεια	Γενικές τάσεις δεκαετίας	Περιστατικά στην ΕΕ(ανά 100.000 κατοίκους)	Ευάλωτες ηλικίες
AIDS	↓	1,5	30-39
Χλαμύδια	↑	99,4	15-24
Γονόρροια	↔	9,5	15-24
Σύφιλη	↔	3,5	25-44
Ηπατίτιδα Β	↓	1,5	25-44
Ηπατίτιδα C	↑	8,6	25-44

Πηγή :Εθνικό σχέδιο δράσης για τα λοιμώδη νοσήματα, 2008

3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΝΕΟΙ

Η ηλικιακή ομάδα των 19 έως 24 ετών συχνά αποκαλείται ως «η γενιά της ελπίδας». Το παρόν και το μέλλον της υγείας ενός λαού εξαρτάται από την υγεία των νέων ανθρώπων. Αυτό συμβαίνει επειδή οι συμπεριφορές, στάσεις και πεποιθήσεις αυτών των νέων διαμορφώνουν τις κοινωνίες του μέλλοντος και η υγεία τους είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της παραγωγικότητας ενός έθνους. Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ), ιδιαίτερα μεταξύ των νέων ενηλίκων είναι πρωταρχικής σημασίας, καθώς συμπεριφέρονται ως «σιωπηλοί δολοφόνοι». Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO)- Τμήμα Παιδικής και Εφηβικής Υγείας και Ανάπτυξης (CAH)- «η υψηλότερη συχνότητα ΣΜΝ παρατηρείται μεταξύ των ατόμων μεταξύ 15 και 24 ετών. Έως 60% των νέων μολύνσεων και το ήμισυ όλων των οροθετικών ατόμων παγκοσμίως ανήκουν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα». Η συγκεκριμένη στατιστική γίνεται ακόμα πιο ανησυχητική λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι οι ασθένειες όπως η γονόρροια, χλαμύδια και έρπητας συχνά διαδράμουν ασυμπτωματικά. Η καλή αναπαραγωγική υγεία των νεαρών ενηλίκων πρέπει να αναγνωρίζεται ως απαραίτητη προϋπόθεση για την εκπλήρωση των αναπτυξιακών στόχων μιας χώρας. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να αξιολογηθεί το επίπεδο της ευαισθητοποίησης σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα στον πληθυσμό (ΚΕΕΛΠΝΟ 2012, Ruikar 2013).

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι η κακή γνώση και οι επικίνδυνες πρακτικές που σχετίζονται με σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο στην αρχή της ενηλικίωσης. Μια πιο προσεκτική ματιά στη βιβλιογραφία αποκαλύπτει ότι υπάρχουν διαφορές στα είδη των παρανοήσεων, ανάλογα με τα πολιτιστικά πρότυπα και τις πεποιθήσεις. Η σεξουαλική συμπεριφορά διαφέρει επίσης σε διάφορες περιοχές. Μελέτη στην Κίνα ανέφερε ότι τα αγόρια εκφράζουν περισσότερο την αποδοχή και τη θετική στάση απέναντι στα άτομα με τον ιό HIV και το AIDS από ό, τι τα κορίτσια. Μια Αλβανική μελέτη σε 729 φοιτητές έδειξε ότι η γνώση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ήταν μικρότερη στις γυναίκες, ενώ το γονικό υπόβαθρο βρέθηκε να είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της γνώσης των μαθητών. Κοινός τόπος ωστόσο είναι ότι η ημιμάθεια και η άγνοια αποτελούν τους μεγάλους εχθρούς της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων (Kamau & Korit 2009).

Οι νεαροί ενήλικες που ζουν σε μια κοινότητα με υψηλό επιπολασμό των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων διατρέχουν επίσης υψηλό κίνδυνο να προσβληθούν από ένα ΣΜΝ. Αν οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μολυνθεί από ΣΜΝ σε μια περιοχή και συμμετέχουν σε επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές, τότε είναι πιο εύκολο να αποκτήσουν ΣΜΝ. Η χρήση των αντισυλληπτικών αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από ένα ΣΜΝ, δεδομένου ότι είναι πιο απρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν προστασία, διότι ο μεγαλύτερος φόβος τους, αυτός της εγκυμοσύνης, αντιμετωπίζεται με τη χρήση αντισυλληπτικών (Boskey 2008). Μια μελέτη που έγινε στην Τανζανία (2005), σχετικά με τις γνώσεις και τις επιπτώσεις που έχουν αυτές στην πρακτική των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών, ανέφερε ότι οι νεαροί ενήλικες είχαν ελάχιστες γνώσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το 38% των ερωτηθέντων είχαν ακούσει για ΣΜΝ και θεωρούσαν τη χρήση των προφυλακτικών και την αποχή από το σεξ ως τα πιο αποτελεσματικά προληπτικά μέτρα (Mmbaga 2005).

Μια άλλη μελέτη που έγινε στο Πανεπιστήμιο Makerere στην Ουγκάντα (1998), έδειξε ότι οι περισσότεροι μαθητές γνώριζαν τα πιο κοινά ΣΜΝ, παρόλο που δεν είχαν καλή γνώση των επιμέρους συμπτωμάτων. Το σχολείο, οι ομάδες συνομηλίκων και τα μέσα ενημέρωσης ήταν οι κύριες πηγές των πληροφοριών. Οι συμμετέχοντες παραδέχτηκαν ότι η συστολή και η έλλειψη εμπιστοσύνης στο ιατρικό προσωπικό τους προδιαθέτουν αρνητικά για την προσέγγιση κλινικών ΣΜΝ για θεραπεία ή συμβουλές. Μια μελέτη στην Αλβανία (2002), σχετικά με τις γνώσεις και τις στάσεις των προπτυχιακών φοιτητών για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα έδειξε ότι οι άνδρες είχαν χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων σχετικά με τα ΣΜΝ, από ότι οι γυναίκες. Οι ισλαμιστές μαθητές είχαν φτωχότερες γνώσεις σε σχέση με τους ομολόγους τους χριστιανούς. Αυτό αποδόθηκε στο γεγονός ότι η ισλαμική θρησκεία έχει αυστηρούς κανόνες σχετικά με τις σεξουαλικές πρακτικές πριν από το γάμο και είναι ένα ταμπού να μιλήσει κανείς για συναφή σεξουαλικά θέματα. Φοιτητές αγροτικών περιοχών ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα των γνώσεων και αρνητική στάση σε σχέση με τους κατοίκους αστικών περιοχών. Η τριτοβάθμια εκπαίδευση των γονέων σχετιζόταν με τη θετική στάση και την καλύτερη γνώση μεταξύ των συμμετεχόντων. Το χαμηλότερο οικονομικό επίπεδο συσχετίστηκε αντίστοιχα με χαμηλότερο επίπεδο των γνώσεων και των στάσεων για τα ΣΜΝ (Burazeri 2002).

4. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Η αντισύλληψη απασχολεί τον άνθρωπο από αρχαιοτάτων χρόνων και οι γνωστές από παλιά φυσικές αντισυλληπτικές μέθοδοι, εξακολουθούν να προσφέρουν εναλλακτική λύση σε προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού. Στις φυσικές μεθόδους αντισύλληψης ανήκουν η περιοδική αποχή (μέθοδος ρυθμού με αποχή κατά τις γόνιμες μέρες), η παρατεινόμενη γαλουχία και η διακοπτόμενη συνουσία. Οι μέθοδοι αυτοί όμως έχουν σημαντικά ποσοστά αποτυχίας. Σήμερα η τεχνολογική εξέλιξη έχει οδηγήσει σε ποικιλία εναλλακτικών λύσεων, ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες των σεξουαλικών συντρόφων. Αυτές περιλαμβάνουν τις μεθόδους φραγμού και την ορμονική αντισύλληψη.

Στις μεθόδους φραγμού περιλαμβάνονται:

- Ανδρικά προφυλακτικά
- Γυναικεία προφυλακτικά
- Διαφράγματα κόλπου
- Τραχηλικές κάψες
- Σπόγγοι
- Ενδοκολπικές -ενδοτραχηλικές συσκευές με φαρμακευτικές ουσίες

Το προφυλακτικό θεωρείται μέθοδος μέτριας αποτελεσματικότητας, ενώ οι σπερματοκτόνες ουσίες και τα διαφράγματα, επίσης δεν παρέχουν απόλυτη προστασία. Τονίζεται ότι η συστηματική χρήση προφυλακτικού κατά τη διάρκεια της στοματικής, κολπικής και πρωκτικής επαφής προφυλάσσει έναντι των ουρηθρίτιδων, της λοίμωξης από χλαμύδια, της συφιλίδος, της γονόρροιας, καθώς και έναντι της μετάδοσης ηπατίτιδας και του HIV. Παρόλο που το προφυλακτικό δεν προφυλάσσει απόλυτα από τη μετάδοση όλων των ΣΜΝ, όπως π.χ. από τα κονδυλώματα όταν αυτά εντοπίζονται στην περιγεννητική περιοχή, η χρήση του παραμένει η καλύτερη επιλογή προστασίας από τη μετάδοση των ΣΜΝ. Υπάρχουν πολλά μεγέθη και είδη προφυλακτικών, ώστε να ικανοποιούν τις διαφορετικές προτιμήσεις και ανάγκες. Προφυλακτικά χωρίς latex είναι διαθέσιμα για άτομα αλλεργικά στο latex. Τα προφυλακτικά είναι ένας πολύ καλός τρόπος προφύλαξης από τα ΣΜΝ, αλλά δεν είναι ο μόνος. Σημαντική θέση στον τομέα της προστασίας κατέχουν οι εμβολιασμοί έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV) και του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Ειδικά για το εμβόλιο έναντι του ιού του HBV, αυτό θα πρέπει να

εφαρμόζεται σε άτομα όλων των ηλικιών τα οποία δεν έχουν μολυνθεί ποτέ από αυτόν. Προστατεύει αφενός από την ηπατίτιδα Β κι αφετέρου από το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Αντίθετα, η χρήση αντισυλληπτικών προσφέρει προστασία μόνο έναντι ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, όχι όμως και έναντι των ΣΜΝ. Αποτελεσματική αντισυλληπτική προστασία παρέχει η εθελοντική στείρωση του άνδρα ή της γυναίκας. Στον άνδρα η στείρωση συνίσταται σε απόφραξη του σπερματικού πόρου, ενώ στη γυναίκα η στείρωση επιτυγχάνεται με απολίνωση των σαλίγγων, που σήμερα μπορεί να εκτελεστεί λαπαροσκοπικά. Η χρήση των σπειραμάτων θεωρείται ως μία ικανοποιητική μέθοδος αναστρέψιμης αντισύλληψης, αν και υπάρχουν ακόμα ερωτηματικά για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους (Edouard 2012).

Η ορμονική αντισύλληψη δρα αναστέλλοντας την ωοθυλακιορρηξία, με παρέμβαση στη λειτουργία του υποθαλαμουποφυσιακού άξονα. Σήμερα, δημοφιλή είναι τα δισκία με σταθερή σύνθεση οιστρογόνου – προγεστερινοειδούς, ενώ κυκλοφορούν ακόμα τα κυκλικά χορηγούμενα δισκία, με διατήρηση σταθερής ποσότητας οιστρογόνου, ενώ το προγεστερινοειδές αυξομειώνεται σε τρία χρονικά διαστήματα (τριφασικά). Σύγχρονη μορφή αντισυλληπτικών δισκίων (ΑΔ) αποτελούν επίσης τα ΑΔ χαμηλής περιεκτικότητας σε στεροειδή και τα ΑΔ με κυκλική χορήγηση και τα ΑΔ που περιέχουν μόνο προγεστερινοειδή (Minipill).

Ωστόσο, οι νέοι ιδιαίτερα, παραμένουν επιφυλακτικοί απέναντι στις τεχνητές αντισυλληπτικές μεθόδους. Έρευνα σε 836 σπουδαστές της Σχολής Βοηθών Ιατρικών Επαγγελμάτων ηλικίας 18– 27 ετών, έδειξε ότι το 66,2% είχε σεξουαλικές επαφές και από αυτούς το 86,8% χρησιμοποιούσε κάποια μέθοδο αντισύλληψης (Ηλιάδου 2008). Σε πανελλαδική έρευνα των Κρεατσά και συν. (2001) αποδείχθηκε ότι το 13,55% των ερωτηθέντων (έφηβες) άρχισε τις σεξουαλικές επαφές στην ηλικία των 16 ετών και το 14,04% στην ηλικία των 17 ετών. Ποσοστό 42,3% χρησιμοποιούσε κάποια μέθοδο αντισύλληψης και ένα 27,78% είχε επισκεφτεί κάποιο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού για θέματα αντισύλληψης. Οι παραδοσιακές μέθοδοι ελέγχου των γεννήσεων (διακεκομμένη συνουσία ή μέθοδος ρυθμού) είναι ακόμη δημοφιλείς, ενώ οι έφηβες προβληματίζονται για τις επιπτώσεις της πρόωρης έναρξης των σχέσεων σε ηθικό και οργανικό επίπεδο (Agrafiotis et al., 2000).

Πίνακας 3. Ταξινόμηση των μεθόδων αντισύλληψης με βάση την αποτελεσματικότητά τους

A. Μικρής αποτελεσματικότητας

- Διακεκομμένη συνουσία
- Αποχή τις γόνιμες ημέρες

B. Μέτριας αποτελεσματικότητας

- Ανδρικό προφυλακτικό
- Γυναικείο προφυλακτικό
- Το διάφραγμα
- Ο κολπικός σπόγγος
- Οι σπερματοκτόνες κρέμες ή τα υπόθετα

Γ. Μεγάλης αποτελεσματικότητας

- Τα ενδομήτρια σπειράματα
 - Τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά χάπια
 - Τα αντισυλληπτικά μόνο με προγεσταγόνα
-

Στην ελληνική «συντηρητική» κοινωνία, τα θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι ακόμα ταμπού για πολλές οικογένειες, ενώ και οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας που λειτουργούν συμβουλευτικά για θέματα σεξουαλικής υγείας δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς. Αποτέλεσμα είναι ακόμα και το ποσοστό των Επαγγελματιών Υγείας που χρησιμοποιούν ασφαλείς αντισυλληπτικές μεθόδους και απευθύνονται στο γυναικολόγο τους για θέματα αντισύλληψης, να είναι αρκετά χαμηλό (Κωνσταντινίδης και συν., 2012). Παρόλα αυτά παρατηρείται μείωση της ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής ζωής. Οι Βαϊδάκης και συν., αναφέρουν το 1999, πιο πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων ιδιαίτερα των κοριτσιών της εποχής εκείνης, σε σχέση με την προηγούμενη γενιά. Μια δεκαετία αργότερα, έρευνα στην ίδια περιοχή έδειξε περαιτέρω μείωση της ηλικίας έναρξης των σεξουαλικών επαφών κατά 3 περίπου έτη (Tsitsika et al., 2010). Πρόσφατες ελληνικές μελέτες αναφέρουν παρόμοια ευρήματα, με την ηλικία έναρξης των σεξουαλικών επαφών να τοποθετείται χαμηλότερα των 15 ετών για σημαντική μερίδα των εφήβων (Patseadou et al., 2010, Μπαρμπαγιάννη & Ζύγα 2011). Ανάλογα ήταν τα ευρήματα της ομάδας για τις συμπεριφορές υγείας σε παιδιά σχολικής ηλικίας (health behaviour in school-aged children, HBSC) στην Ευρώπη μεταξύ των ετών 2005–2006, η οποία έδειξε ότι

περίπου 1 στα 4 κορίτσια και 1 στα 3 αγόρια ηλικίας 15 ετών, είχαν ήδη σεξουαλικές επαφές (Curie et al., 2008). Το γεγονός αυτό αποδίδεται εν μέρει στην πρωιμότερη εμμηναρχή των κοριτσιών σε συνδυασμό με την έλλειψη γνώσης και εμπειρίας σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (Σιέτου & Σαρίδη 2011). Αυτή ακριβώς η ηλικιακή ομάδα εφήβων (13–15 ετών) χρειάζεται λεπτούς χειρισμούς, καθώς εσφαλμένες συμπεριφορές και αντιλήψεις μπορεί να παγιωθούν και να αναπαράγονται στο μέλλον, κατά την υπόλοιπη σεξουαλική τους ζωή.

Αναφορικά με τις μεθόδους αντισύλληψης που προτιμούν οι νέοι κατά τη σεξουαλική τους δραστηριότητα, παρατηρούνται αποκλίσεις από έρευνα σε έρευνα. Χρήση της διακεκομμένης συνουσίας αναφέρεται σε ποσοστό 48%, του προφυλακτικού σε ποσοστό 30% και του αντισυλληπτικού χάπιού σε ποσοστό 6% (Αντωνιάδης και συν.,1996). Οι Τσαρμακλής και συν., (1992) είχαν δείξει παλαιότερα ότι τα αγόρια χρησιμοποιούν το (ανδρικό) προφυλακτικό σε ποσοστό 75%, τα κορίτσια σε ποσοστό 43%, ενώ η ορμονική αντισύλληψη άγγιζε μετά βίας το 15%. Μια δεκαετία περίπου αργότερα, οι Kallipolitis et al. (2003) βρήκαν ότι το ανδρικό προφυλακτικό χρησιμοποιείται σε ποσοστό 95,4% (στα άτομα με ΜΟ ηλικίας τα 21,1 έτη), η διακεκομμένη συνουσία σε ποσοστό 38,6% και το αντισυλληπτικό χάπι σε ποσοστό 9% (σε κορίτσια με ΜΟ ηλικίας τα 18,5 έτη) και σε ποσοστό 14,8% (σε κορίτσια με ΜΟ ηλικίας τα 21,1 έτη). Γενικά το ποσοστό των νέων που δε χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης φθάνει το 20-25%, ενώ παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και σε χώρες του εξωτερικού, με τη διαφορά ότι οι γυναίκες συμμετέχουν ενεργότερα στις αντισυλληπτικές επιλογές προτείνοντας οι ίδιες συχνότερα τη χρήση προφυλακτικού (Graugard et al., 2002).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο και το Μάιο του 2011 από το Ινστιτούτο GFK για λογαριασμό Γερμανικού φαρμακευτικού ομίλου μεταξύ περισσότερων των 6.000 ατόμων ηλικίας από 14 ως 24 ετών, βρέθηκε ότι ολοένα και περισσότεροι νεαροί Δυτικοί έχουν σεξουαλικές επαφές χωρίς να χρησιμοποιούν κάποιο μέσο αντισύλληψης, με την αύξηση των σχετικών ποσοστών να είναι ιδιαίτερα υψηλή στη Γαλλία και μικρότερη στις ΗΠΑ και τη Βρετανία. Από το 2009 ως το 2011, ο αριθμός των νέων που είχαν ήδη μια σεξουαλική επαφή χωρίς αντισύλληψη με ένα καινούριο σύντροφο αυξήθηκε κατά 111% στη Γαλλία (περνώντας από 19% σε 40%), κατά 39% στις ΗΠΑ (από 38% σε 53%) και κατά 19% στη Βρετανία (από 36% σε 43%). Κατά μέσο όρο, το 42% των νέων Ευρωπαίων που ερωτήθηκαν το 2011, είχαν σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη με ένα καινούριο

σύντροφο, έναντι 36% το 2010. Στη Λατινική Αμερική, η τάση είναι αντίστροφη: 48%, έναντι 56% ένα χρόνο νωρίτερα. Στην περιοχή της Ασίας και του Ειρηνικού, η αναλογία δεν αυξήθηκε παρά 1%, ενώ για την ίδια περίοδο δεν υπάρχουν στοιχεία για την Αφρική. Ο αριθμός των νέων, που είχαν ήδη σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλακτικό με νέο σύντροφο, υπερβαίνει το 50% στις ΗΠΑ, αλλά και στην Κίνα, την Εσθονία, την Κένυα, τη Νότια Κορέα, τη Νορβηγία και την Ταϊλάνδη. Κατά μέσο όρο, 55% των νέων που ρωτήθηκαν στην Ευρώπη έκαναν μαθήματα σεξουαλικής εκπαίδευσης στο σχολείο, έναντι 74% στις ΗΠΑ, 76% στην Ασία και 78% στη Λατινική Αμερική.

Πίνακας 4. Μέθοδοι αντισύλληψης σε νέους στην Ελλάδα

Έρευνες	Διακεκομμένη συνουσία	Προφυλακτικό	Αντισυλληπτικό χάπι
Αντωνιάδης και συν	48%	30%	6%
Τσαρμακλή και συν		75% (αγόρια) 43% (κορίτσια)	14,6%
Kallipolitis et al	39%	95%	9% σε κορίτσια 18-19 ετών 14% σε κορίτσια ηλικίας 21 ετών

Πηγή : Ηλιάδου Μ. Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι. *Νοσηλευτική* 2008, 47(4):497–506 (τροποποιημένο)

5. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΣΜΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ

Σκοπός της αγωγής σεξουαλικής υγείας είναι η τροποποίηση των επικίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών, προτείνοντας το προφυλακτικό ως κύριο μέσο πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Αν και ο HIV εξακολουθεί να αποτελεί απειλή, η συνεχής χρήση του προφυλακτικού παραμένει μάλλον χαμηλή. Η έρευνα δείχνει ότι στην Ισπανία το 56% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού δεν είχε χρησιμοποιήσει προφυλακτικό «στην πιο πρόσφατη ριψοκίνδυνη σεξουαλική συνένευση» (περιστασιακή ερωτική επαφή) των τελευταίων 12 μηνών, ενώ στη Γαλλία το 35,3% των ανδρών και το 49,8% των γυναικών δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό στην πιο πρόσφατη ερωτική ριψοκίνδυνη σεξουαλική συνένευση, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών (WHO/UNAODS 1998).

Στην Ελλάδα, έρευνες σε αντιπροσωπευτικά δείγματα γενικού πληθυσμού έχουν δείξει ότι το 59,7%, όσων είχαν περιστασιακές σχέσεις δεν χρησιμοποιούν καθόλου προφυλακτικό ή το πράττουν σπάνια. Επιπλέον, το 60,7% όσων είχαν σταθερή σχέση δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό με το σύντροφό τους τον τελευταίο μήνα. Σχετικά με τους εφήβους, έχει βρεθεί ότι, αν και το 65% των μαθητών είχαν κιόλας πραγματοποιήσει την πρώτη τους ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή, μόνο το 26% είχε χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή άλλα μέσα προφύλαξης, συμπεριλαμβανομένων των μεθόδων αντισύλληψης. Το 51% των αρρένων φοιτητών ΑΕΙ της Αθήνας δεν είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό ή το είχαν χρησιμοποιήσει με ασυνέπεια με περιστασιακούς συντρόφους κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους (Χατζημιχαηλίδου και συν., 2010).

Τα τρία πρώτα νοσήματα που συνήθως αναγνωρίζουν οι έφηβοι ως σεξουαλικά μεταδιδόμενα είναι το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, η σύφιλη και η βλεννόρροια, ενώ ως αποτελεσματικό τρόπο προφύλαξης από τα ΣΜΝ θεωρούν το προφυλακτικό σε ποσοστό 81,1% . Στην εργασία των Τσαρμακλή και συν., διαπιστώθηκε ότι το 30,5% των ερωτηθέντων είχε ελλιπή πληροφόρηση και το 23% ελλιπέστατη έως καθόλου (Τσαρμακλής και συν 1992).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Uppsalla το 2003, έδειξε ότι οι έφηβοι γνώριζαν ικανοποιητικά πώς να προστατεύσουν τον εαυτό τους, ενώ έρευνα στη Δανία, έδειξε ότι οι νέοι είχαν λάβει σεξουαλική αγωγή στο σχολείο. Σε

έρευνα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Mostar (Βοσνία) αποδείχτηκε ότι τα κορίτσια είχαν περισσότερες γνώσεις για την αντισύλληψη και για τα ΣΜΝ συγκριτικά με τα αγόρια, με τους μαθητές των Γενικών Λυκείων να είναι περισσότερο ενημερωμένοι από εκείνους των επαγγελματικών Λυκείων. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι, οι γνώσεις των νέων ανθρώπων στη χώρα μας είναι αποσπασματικές και συχνά παρωχημένες, γεγονός που αντανακλάται και στις σεξουαλικές τους πρακτικές και δυσχεραίνει την πρόληψη των ΣΜΝ (Κωνσταντινίδης και συν., 2012).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι απόψεις νέων ενηλίκων μετεφηβικής ηλικίας σχετικά με θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Στόχος ήταν να διαπιστωθούν τυχόν εσφαλμένες αντιλήψεις και / ή άγνοια βασικών ζητημάτων αντισύλληψης και πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Έμφαση δόθηκε στην επίγνωση του κινδύνου μετάδοσης των ΣΜΝ και στην υιοθέτηση ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» που από κοινού εκπονείται από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και τη Σχολή Επιστημών Υγείας του ΤΕΙ Λάρισας. Στην έρευνα συμμετείχαν 147 νέοι ενήλικες μετεφηβικής ηλικίας (18-21 ετών) που σπούδαζαν σε δύο Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ) του νομού Αττικής. Ανταποκρίθηκαν 116 άτομα (ποσοστό 78,9%). Η προϋπόθεση συμμετοχής τους στην έρευνα ήταν να είναι υγιείς, αρτιμελείς, η ηλικία τους να κυμαίνεται μεταξύ 18 και 21 ετών (σε συμφωνία με τον ορισμό της μετεφηβικής ηλικίας-Κουράκης 2006) και να μην είναι χρήστες ουσιών. Τα άτομα συμμετείχαν εθελοντικά, αφού προηγουμένως ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και την ανώνυμη συμπλήρωση του σχετικού ερωτηματολογίου.

Ως εργαλείο της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις που περιελάμβανε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος αναφερόταν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (7 ερωτήσεις με υποερωτήματα), το δεύτερο στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (9 ερωτήσεις με υποερωτήματα) και το τρίτο σε βασικές πρακτικές αντισύλληψης (8 ερωτήσεις με υποερωτήματα). Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε αντίστοιχα ερωτηματολόγια από τον Ελλαδικό χώρο αλλά και διεθνών κέντρων σεξουαλικής υγείας, ενώ οι δύο τελευταίες ερωτήσεις του τρίτου μέρους αποτελούν απόδοση στα ελληνικά αντίστοιχων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου «International questionnaire study about birth control choices», που έχει χρησιμοποιηθεί και στον Ελλαδικό χώρο (de Irala et al., 2007, Ινστιτούτο Αναπαραγωγικής Υγείας Κύπρου 2006, Υφαντή και συν., 2011).

Δημιουργήθηκαν δύο υποκλίμακες, αυτή της ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς που περιελάμβανε 9 ερωτήσεις (π.χ. «χρησιμοποίησα κάποια μέθοδο προφύλαξης στην πρώτη σεξουαλικής μας επαφή» ή «Δεν κάνω σεξ χωρίς προφύλαξη με άτομα που πιστεύω ότι μπορεί να έχουν ΣΜΝ») και αυτή της επίγνωσης κινδύνου μετάδοσης ΣΜΝ, που περιελάμβανε αρχικά 14 ερωτήσεις, οι οποίες μετά από έλεγχο εσωτερικής αξιοπιστίας περιορίστηκαν σε 13 (π.χ. «Δεν είμαι ο τύπος του ανθρώπου που θα μπορούσε να κολλήσει ΣΜΝ» ή «μόνο ομοφυλόφιλοι άνδρες ή χρήστες ουσιών έχουν τον ιό του AIDS»). Υψηλότερη βαθμολογία στις δύο κλίμακες σημαίνει υψηλότερη επίγνωση κινδύνου και ασφαλέστερη σεξουαλική συμπεριφορά, όπως καθορίζεται από τη συμφωνία ή διαφωνία με τις αντίστοιχες προτάσεις. Η βαθμολογία γίνεται σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert. Ο συντελεστής αξιοπιστίας α Cronbach ήταν ίσος με 0,80 για την κλίμακα ασφαλούς συμπεριφοράς και 0,65 για την επίγνωση κινδύνου.

Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν στη βάση δεδομένων του στατιστικού προγράμματος SPSS 17.0.

2.1 Στατιστική επεξεργασία

Αρχικά έγινε περιγραφική στατιστική και δημιουργήθηκαν πίνακες συχνοτήτων. Στη συνέχεια έγινε επαγωγική στατιστική με σύγκριση επιμέρους υποομάδων ως προς τις απαντήσεις στα διάφορα ερωτήματα. Δημιουργήθηκαν μεγαλύτερες υποομάδες με βάση τα δημογραφικά στοιχεία, ώστε να υπάρχει ικανός αριθμός ατόμων σε κάθε κατηγορία απαντήσεων και να διευκολυνθεί η στατιστική σύγκριση. Η κανονικότητα των κατανομών ελέγχθηκε με τη δοκιμασία Shapiro –Wilk. Η κατανομή των υποκλιμάκων ήταν κανονική και σε αυτές εφαρμόστηκαν η παραμετρική δοκιμασία t-test για τη σύγκριση μεταξύ δύο υποομάδων. Η δοκιμασία χ^2 χρησιμοποιήθηκε για ποιοτικές μεταβλητές. Στην περίπτωση των μη κανονικών κατανομών η παρουσίαση των τιμών γίνεται με εκατοστιαίες θέσεις. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0. Για τη δημιουργία γραφημάτων χρησιμοποιήθηκε επικουρικά και το στατιστικό πρόγραμμα Excel, εκδ. 2003.

3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ενότητα 1. Περιγραφική στατιστική στο σύνολο του δείγματος.

Στο σύνολο του δείγματος 47 άτομα ήταν άνδρες και 69 ήταν γυναίκες. Το 68,8% ήταν απόφοιτοι Λυκείου. Το 48,2% δήλωσαν ελεύθεροι και σε μόνιμη σχέση το 37,1%. Στην πρωτεύουσα διέμεναν 73,2% (πιν. 1). Η μέση ηλικία των ατόμων του δείγματος ήταν $19,52 \pm 0,75$ έτη.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

	N	%
Φύλο		
Άνδρες	47	40,5
Γυναίκες	69	59,5
Σύνολο	116	100,0
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Απόφοιτος Δημοτικού	0	0,0
Απόφοιτος Γυμνασίου	0	0,0
Απόφοιτος Λυκείου	77	68,8
Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	32	27,5
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	7	6,0
Σύνολο	116	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Ελεύθερος	56	48,2
Περιστασιακή σχέση	16	13,8
Μόνιμη σχέση	43	37,1
Παντρεμένος	1	0,9
Σύνολο	116	100,0
Τόπος διαμονής		
Πρωτεύουσα	85	73,2
Επαρχία	31	26,7
Σύνολο	116	100,0

Το σχολείο ήταν η πρώτη πηγή ενημέρωσης για το AIDS και τα ΣΜΝ στην πλειοψηφία των περιπτώσεων και ακολουθούσαν οι γονείς και τα ΜΜΕ. Δώδεκα άτομα δεν είχαν αρχίσει τη σεξουαλική τους ζωή κατά το χρόνο διεξαγωγή της έρευνας (πιν. 2).

Πίνακας 2. Πηγές πρώτης ενημέρωσης για AIDS και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ).

	N	%
Γονείς	56	48,3
Σχολείο	82	70,7
Σύντροφος	6	5,2
Αδέλφια /Φίλοι	21	18,1
Έντυπα /Βιβλία	33	28,4
MME	40	34,5
Ιατρός	17	14,7
Νοσηλεύτης	4	3,4
Άλλος	6	5,2
Έχετε ξεκινήσει την σεξουαλική σας ζωή;		
ΝΑΙ	104	90,4
ΟΧΙ	12	9,6
Σύνολο	116	100,0

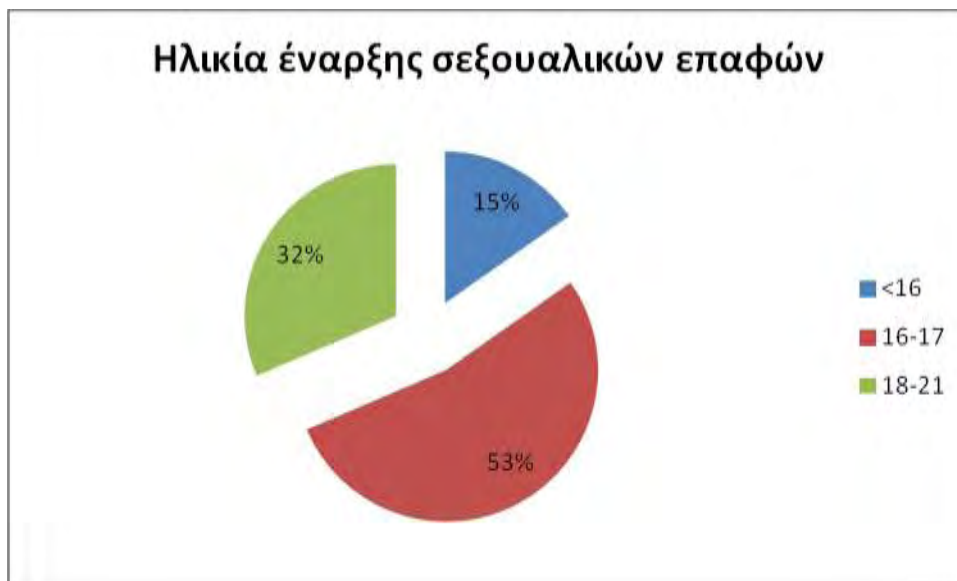
Οι προσωπικές πεποιθήσεις ευθύνονταν για την καθυστέρηση έναρξης των σεξουαλικών επαφών σε μεγάλο βαθμό, ενώ ο κίνδυνος μετάδοσης ΣΜΝ δεν είχε καμία επίδραση (πιν. 3).

Πίνακας 3. Παράγοντες που επηρέασαν την απόφαση να μην ξεκινήσετε ακόμα τη σεξουαλική σας ζωή

Παράγοντες					
Οικογένεια	Κοινωνικό περιβάλλον	Προσωπικές πεποιθήσεις	Η πιθανότητα να κολλήσετε ΣΜΝ	Άλλο	Σύνολο
2	0	8	0	2	12

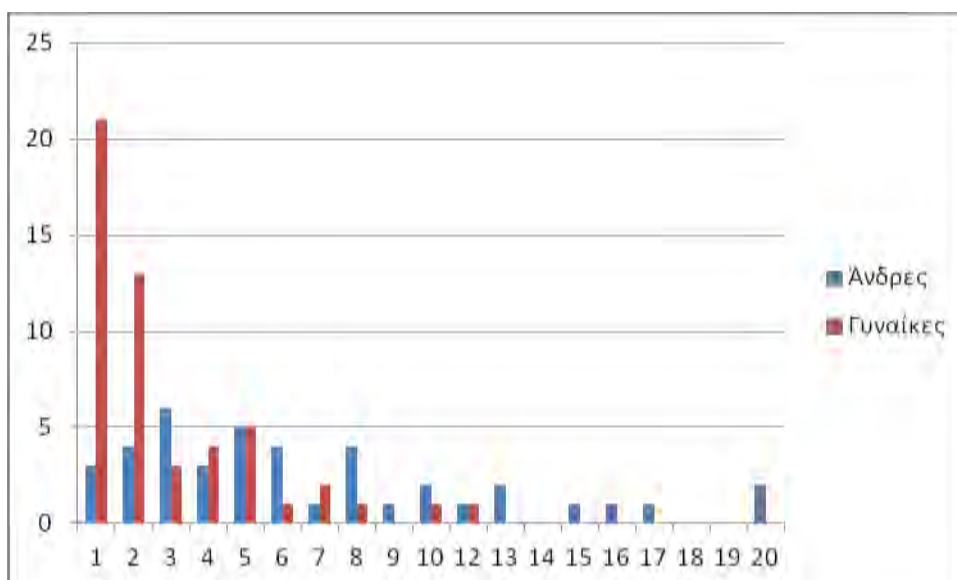
Στο παρακάτω γράφημα προσδιορίζεται ο χρόνος έναρξης της σεξουαλικής επαφής κατά ηλικιακή ομάδα (γράφημα 1). Περίπου τα μισά άτομα του δείγματος ξεκίνησαν τις σεξουαλικές τους επαφές σε ηλικία 16-17 ετών.

Γράφημα 1. Ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών



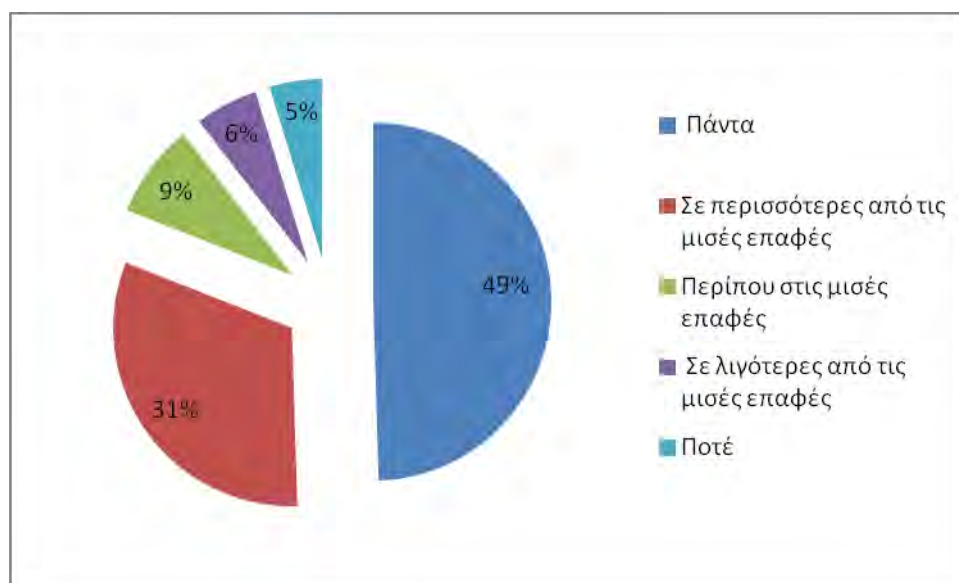
Οι άνδρες είχαν μεγαλύτερο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων σε σχέση με τις γυναίκες (γράφημα 2), το 50% των οποίων είχε μέχρι 3 σεξουαλικούς συντρόφους, συμπεριλαμβανομένων των επαφών της «μιας βραδιάς».

Γράφημα 2. Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων



Το 20% των ατόμων του δείγματος χρησιμοποιούσε προφυλακτικό σε λιγότερες από τις μισές επαφές ή ποτέ (γράφημα 3).

Γράφημα 3. Χρήση προφυλακτικού



Το προφυλακτικό θεωρείται από την πλειονότητα των συμμετεχόντων ως αποτελεσματική μέθοδος προστασίας έναντι των ΣΜΝ, ενώ 29 άτομα (24,1%) θεωρούν ότι το ελεύθερο σεξ όταν και οι δύο σύντροφοι δεν έχουν τον HIV εγγυάται και προστασία από τα υπόλοιπα ΣΜΝ (πιν. 4).

Πίνακας 4. Αποτελεσματικές μέθοδοι προστασίας από τα ΣΜΝ/AIDS.

	Πολύ	Κάπως	Καθόλου
Διάφραγμα	6	47	63
Προφυλακτικό	90	14	12
Σπερματοκτόνο	9	47	60
Προφυλακτικό με σπερματοκτόνο	34	36	46
Να κάνεις σεξ ελεύθερα με τον σύντροφό σου, όταν ξέρεις ότι και οι δύο δεν έχετε AIDS	28	22	66

Οι περισσότεροι γνώριζαν ότι το AIDS ανήκει στα ΣΜΝ, όχι όμως και όλοι (ποσοστό περίπου 13% το αγνοούσε). Μικρότερο ποσοστό γνώριζε ότι η τριχομονάδωση είναι επίσης ΣΜΝ (πιν. 5).

Πίνακας 5. Γνώση των κυριότερων ΣΜΝ

	N	%
Χλαμύδια	59	50,9
HIV/AIDS	101	87,1
Απλός έρπητας	43	37,1
Γονόρροια	30	25,9
Τριχομονάδωση	36	31,0
Ηπατίτιδα Β και C	82	70,7
Σύφιλη	84	72,4
Κονδυλώματα	75	64,7
Άλλο	6	5,2

Όπως προκύπτει από τις σχετικές συχνότητες των απαντήσεων στους επόμενους πίνακες, οι περισσότεροι νέοι ενήλικες χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο προφύλαξης κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή με το σύντροφό τους (69,8%). Όταν κάνουν σεξ με προφυλάξεις δεν τους απασχολεί το ζήτημα των ΣΜΝ σε ποσοστό 23,8%, ενώ αποφεύγουν την επαφή με άτομα για τα οποία έχουν υπόνοιες ότι μπορεί να είναι μολυσμένα με ΣΜΝ (53,7% χωρίς προφύλαξη, 57,4% με προφύλαξη). Ωστόσο ο κίνδυνος των ΣΜΝ δεν τους αποτρέπει από το να κάνουν σεξ χωρίς προφυλακτικό σε ποσοστό 36,7% (πιν 6).

Πίνακας 6. Επίδραση των ΣΜΝ στη σεξουαλική σχέση

	Ποτέ		Σπάνια		Μερικές φορές		Συχνά		Πάντα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
α. Συζητάω με τον/την σύντροφό μου σχετικά με το AIDS/ΣΜΝ, πριν από την πρώτη μας σεξουαλική επαφή	23	20,9	32	29,1	20	18,2	21	19,1	14	12,7
β. Χρησιμοποίησα με τον/την σύντροφό μου κάποια μέθοδο προφύλαξης στην πρώτη σεξουαλική μας επαφή	3	2,8	2	1,9	12	11,3	15	14,2	84	69,8
γ. Κάνω ιατρικές εξετάσεις για να βεβαιωθώ ότι δεν έχω μολυνθεί από κάποιο ΣΜΝ ή AIDS.	26	23,9	21	19,3	17	15,6	26	23,9	19	17,4
δ. Όταν κάνω σεξ χωρίς προφύλαξη σκέφτομαι ότι θα μολυνθώ από κάποιο ΣΜΝ ή AIDS	25	23,8	19	18,1	21	20,0	19	18,1	21	20,0
ε. Όταν κάνω σεξ με προφύλαξη σκέφτομαι ότι θα μολυνθώ από κάποιο ΣΜΝ ή AIDS	56	52,8	31	29,2	16	15,1	0	0,0	3	2,8
στ. Όταν φιλάω κάποιον στο στόμα σκέφτομαι ότι υπάρχει πιθανότητα να κολλήσω ΣΜΝ/AIDS	73	67,6	19	17,6	8	7,4	4	3,7	4	3,7
ζ. Αποφεύγω να συζητάω για τη χρήση προφυλακτικού με έναν καινούργιο σεξουαλικό σύντροφο επειδή νιώθω αμηχανία.	3	2,8	4	3,7	11	10,1	15	13,8	76	69,7
η. Δεν κάνω σεξ χωρίς προφύλαξη με άτομα που πιστεύω ότι μπορεί να έχουν ΣΜΝ/AIDS.	39	36,1	0	0,0	3	2,8	4	3,7	62	57,4
θ. Γενικά δεν κάνω ποτέ σεξ με άτομα που πιστεύω ότι μπορεί να έχουν ΣΜΝ/AIDS, ακόμα και με προφύλαξη	34	31,5	3	2,8	6	5,6	7	6,5	58	53,7

Συμφωνούν ότι ούτε ο σύντροφος (58,4%) ούτε οι ίδιοι (47,2%) είναι οι τύποι ανθρώπων που θα κινδύνευαν από τον HIV, ότι τα ΣΜΝ δεν τους στερούν την απόλαυση του σεξ (77,4%), ότι μάλλον εύκολα θα συζητούσαν ζητήματα προφυλάξεων με το σύντροφό τους (58,3%) και ότι η χρήση του προφυλακτικού είναι εύκολη (83,2%). Διαφωνούν στο ότι ο HIV αφορά ορισμένες μόνο ομάδες πληθυσμού (69,0%) και διατείνονται ότι έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τα ΣΜΝ (51,8%) (πιν. 7).

Πίνακας 7. Επίδραση των ΣΜΝ στη σεξουαλική συμπεριφορά

	Συμφωνώ Πολύ		Συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
α. Οι άνθρωποι με τους οποίους κάνω σεξ δεν είναι το είδος των ανθρώπων που θα μπορούσαν ποτέ να κολλήσουν AIDS/ΣΜΝ	33	30,6	30	27,8	30	27,8	10	9,3	5	4,6
β. Δεν είμαι ο τύπος του ατόμου που θα μπορούσε ποτέ να κολλήσει AIDS/ΣΜΝ	19	17,6	32	29,6	28	25,9	17	15,7	12	11,1
γ. Μόνο ομοφυλόφιλοι άνδρες ή άνθρωποι που κάνουν ενέσεις με ναρκωτικά έχουν τον ιό του AIDS	2	1,9	10	9,3	21	19,4	27	25,0	48	44,4
δ. Ο κίνδυνος μετάδοσης AIDS/ΣΜΝ είναι αρκετός λόγος για να αποφύγουν οι νέοι την σεξουαλική επαφή πριν το γάμο.	3	2,8	8	7,5	16	15,0	47	43,9	33	30,8
ε. Θεωρώ ότι έχω επαρκείς γνώσεις όσον αφορά στα ΣΜΝ/AIDS	12	11,1	44	40,7	30	27,8	20	18,5	2	1,9
στ. Είναι δύσκολη η χρήση προφυλακτικού	4	3,7	5	4,7	9	8,4	51	47,7	38	35,5
ζ. Είναι ευθύνη του άντρα να παρέχει προφυλακτικά για το σεξ	15	14,0	21	19,6	22	20,6	31	29,0	18	16,8
η. Η πιθανότητα να κολλήσω ΣΜΝ/AIDS με έχει κάνει να μην μπορώ να απολαύσω το σεξ.	3	2,8	7	6,6	14	13,2	41	38,7	41	38,7
θ. Η πιθανότητα να κολλήσω ΣΜΝ/AIDS με έχει κάνει να μην μπορώ να απολαύσω ούτε τα προκαταρκτικά του σεξ.	1	0,9	6	5,6	13	12,0	38	35,2	50	46,3
ι. Η πιθανότητα να κολλήσω ΣΜΝ/AIDS μου έχει στερήσει την όρεξη/ επιθυμία για σεξ.	1	0,9	2	1,9	9	8,3	39	36,1	56	51,9
ια. Είναι δύσκολο να ρωτήσεις ένα σεξουαλικό σύντροφο για τους άλλους ανθρώπους με τους οποίους έχει κάνει σεξ.	3	2,8	19	17,6	37	34,3	31	28,7	18	16,7
ιβ. Είναι δύσκολο να ρωτήσω τον/την σεξουαλικό μου σύντροφο με πόσους ανθρώπους έχει κάνει σεξ πριν από μένα.	6	5,6	14	13,0	25	23,1	38	35,2	25	23,1
ιγ. Είναι δύσκολο να ρωτήσω τον/την σεξουαλικό σύντροφό μου αν χρησιμοποιούσε πάντα προφυλακτικό	2	1,9	11	10,2	16	14,8	43	39,8	36	33,3
ιδ. Είναι δύσκολο να πω στο σεξουαλικό σύντροφό μου με πόσους έχω κάνει σεξ πριν από αυτόν/ήν.	4	3,7	16	14,8	21	19,4	40	37,0	27	25,0

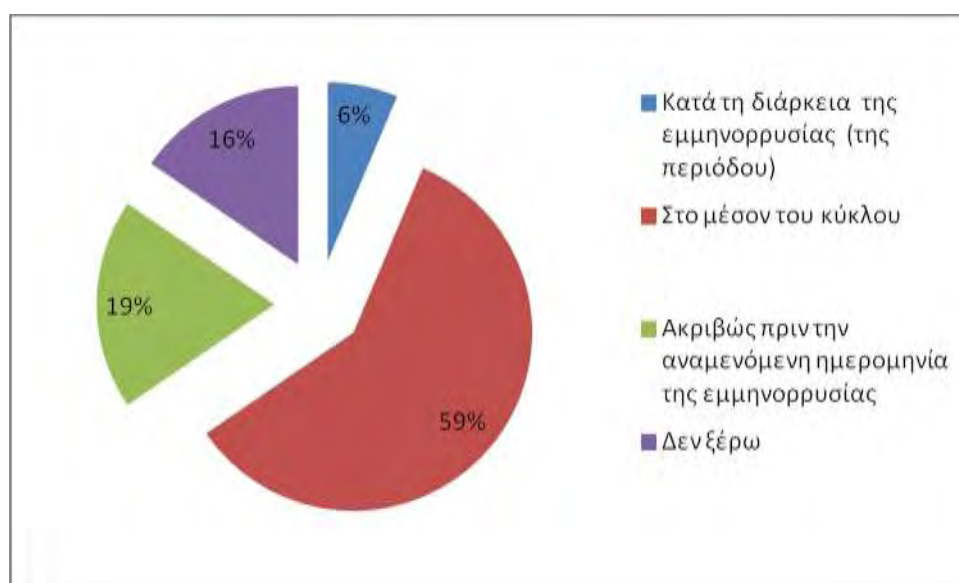
Η πλειονότητα του δείγματος ανέφερε ότι πάντα απέφευγε σεξουαλικές συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου, όπως η εναλλαγή συντρόφων (62,7%) και το σεξ «της μιας νύχτας» (64,5%) (πιν 8).

Πίνακας 8. Μεταβολή σεξουαλικής συμπεριφοράς λόγω κινδύνου ΣΜΝ

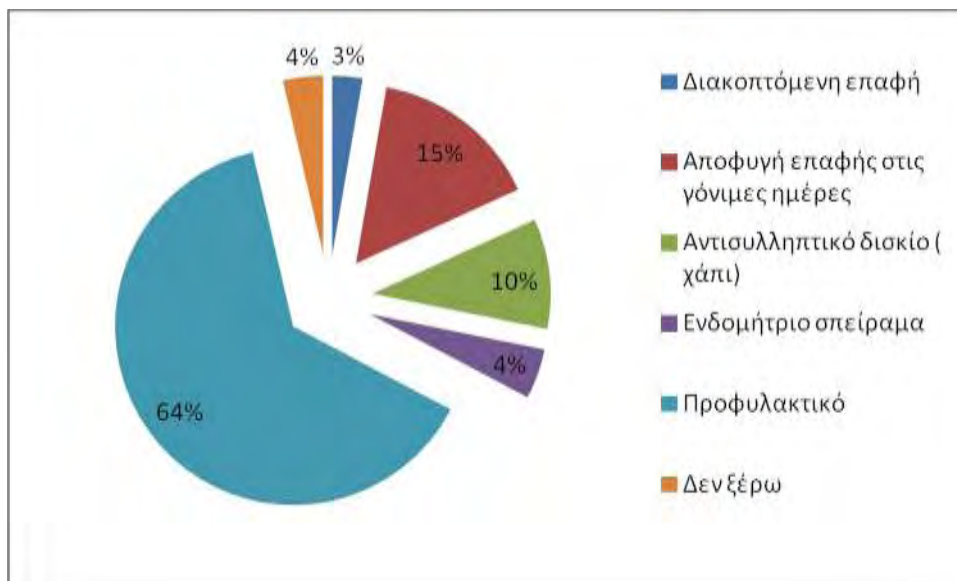
	Ποτέ δεν το έκανα		Σταμάτησα		Συνεχίζω να το κάνω	
	N	%	N	%	N	%
α. Σεξουαλική επαφή με τον/την σύντροφό μου χωρίς προφυλακτικό	45	41,3	24	22,0	40	36,7
β. Σεξουαλική επαφή με αγνώστους χωρίς προφυλακτικό	94	85,5	9	8,2	7	6,4
γ. Συχνή εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων	69	62,7	23	20,9	18	16,4
δ. Το σεξ «της μιας νύχτας» με αγνώστους	71	64,5	13	11,8	26	23,6

Αναφορικά με τις γνώσεις των ερωτώμενων πάνω σε ζητήματα αναπαραγωγής και αντισύλληψης, διαπιστώθηκαν τα εξής: Οι περισσότεροι γνωρίζουν ότι η γονιμότητα της γυναίκας είναι συνήθως μεγαλύτερη κατά το μέσον του κύκλου (59%) (γράφημα 4) και συμφωνούν ότι το προφυλακτικό είναι μέθοδος αντισύλληψης αυξημένης αποτελεσματικότητας (64%), ενώ δε γνωρίζουν για την αποτελεσματικότητα του ενδομήτριου σπειράματος (4%-γράφημα 5).

Γράφημα 4. Γνώση γονιμότητας σε σχέση με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο

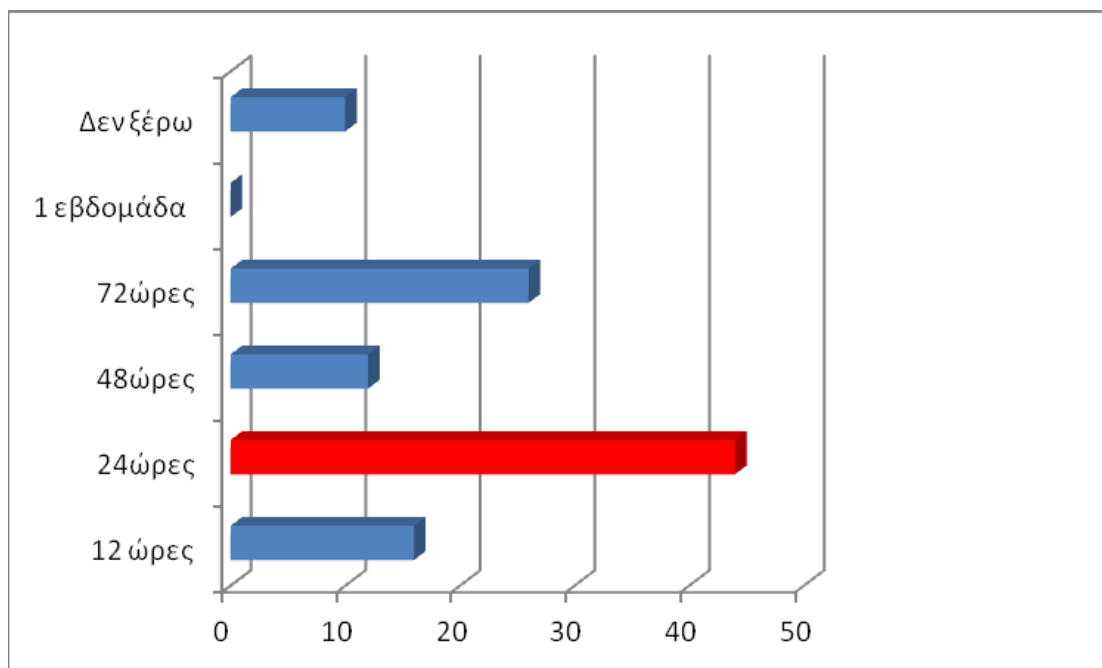


Γράφημα 5. Γνώση αποτελεσματικότητας μεθόδων αντισύλληψης



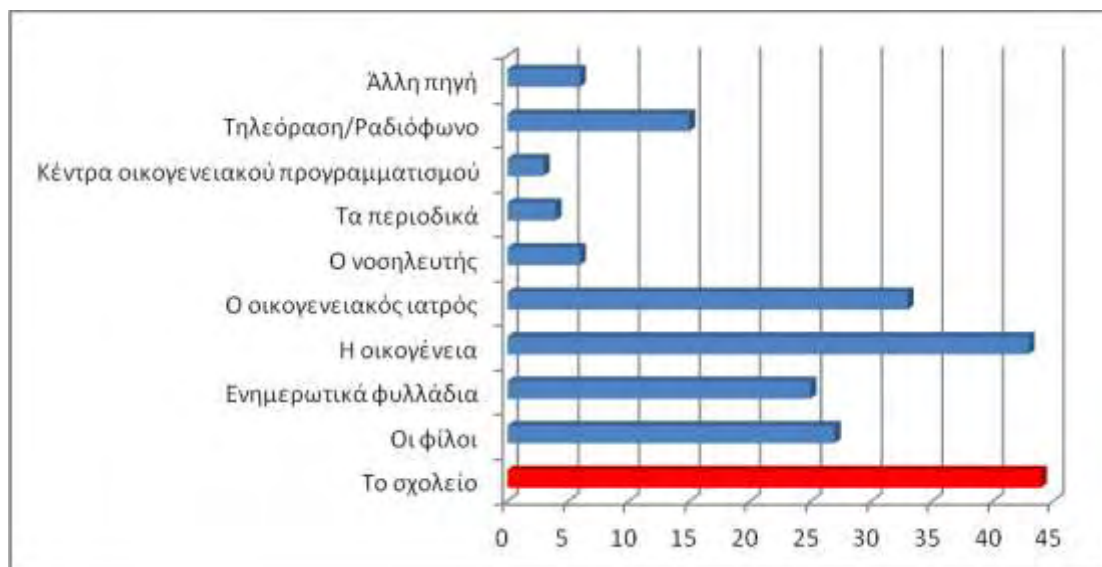
Η πλειοψηφία των ερωτωμένων πιστεύει ότι το χρονικό περιθώριο για τη λήψη του «χαπιού της επόμενης ημέρας» είναι μέχρι 24 ώρες (γράφημα 6) .

Γράφημα 6. Χρονικό περιθώριο για την λήψη της επείγουσας αντισύλληψης



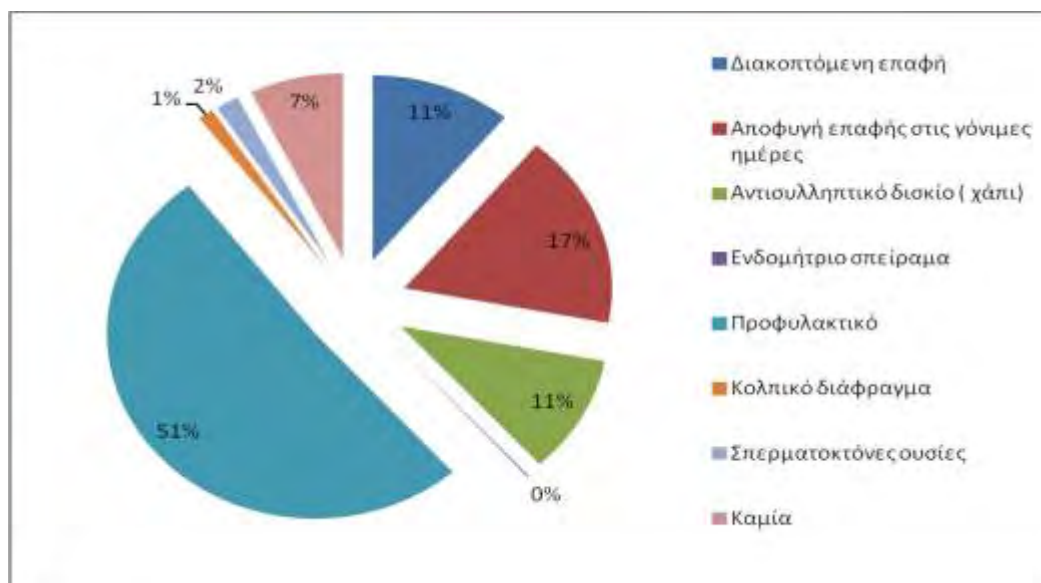
Το σχολείο αποτελεί την κυριότερη πηγή ενημέρωσης για τη σεξουαλική υγεία και την αντισύλληψη, με τα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού να έρχονται τελευταία στο σχετικό κατάλογο των πηγών ενημέρωσης (γράφημα 7).

Γράφημα 7.



Το 60% χρησιμοποιεί προφυλακτικό και το 7% δε χρησιμοποιεί καμία αντισυλληπτική μέθοδο. Το αντισυλληπτικό δισκίο και η διακοπτόμενη επαφή χρησιμοποιούνται από το 11% του δείγματος. Το μικρότερο ποσοστό συγκεντρώνει το κολπικό διάφραγμα (1%) (γράφημα 8).

Γράφημα 8. Χρήση μεθόδων αντισύλληψης



Οι περισσότεροι αναφέρουν ότι το αντισυλληπτικό χάπι διορθώνει τον κύκλο της γυναίκας και ότι πρέπει να λαμβάνεται σε καθημερινή βάση, ενώ 62 άτομα ανέφεραν ότι το αντισυλληπτικό χάπι δρα κατά των σπερματοζωαρίων (πιν. 9).

Πίνακας 9. Γνώση ιδιοτήτων αντισυλληπτικού χαπιού

	Σωστό (N)	Λάθος(N)	Δεν ξέρω(N)
Δρα εναντίον των σπερματοζωαρίων	62	12	35
Διορθώνει τον κύκλο της γυναίκας	42	39	26
Αυξάνει τον κίνδυνο θρομβώσεων ή καρκίνου	36	16	55
Πρέπει να λαμβάνεται καθημερινά όσο υπάρχει σεξουαλική επαφή	39	44	24

Ο μικρότερος δυνατός περιορισμός της σεξουαλικής ικανοποίησης αναδεικνύεται ως η σημαντικότερη παράμετρος της μεθόδου αντισύλληψης για την πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος, ενώ ποσοστό 10-15% δηλώνει ότι δεν έχει άποψη (πιν. 10).

Πίνακας 10. Σημαντικότεροι παράμετροι-πλεονεκτήματα της αντισυλληπτικής μεθόδου (βαθμολογία από 1 έως 5)

	25 ^ο ΕΚ	50 ^ο ΕΚ	75 ^ο ΕΚ	ΔΞ(%)
1.Αποδεκτή από τις ηθικές αντιλήψεις μου	1	3	4	11,2
2. Μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα	3	4	5	11,2
3.Απουσία παρενεργειών	1,75	4	5	12,1
4.Ο/ Η σύντροφος να συμμετέχει στην μέθοδο	2	4	5	14,7
5. Εύκολη στη χρήση	2	4	4	12,9
6.Σεξουαλική ικανοποίηση, παρά τη χρήση της μεθόδου	2	4	5	11,2
7.Η συνεργασία του συντρόφου να μην χρειάζεται	1	2	3	13,8
8.Φυσική μέθοδος (όχι φάρμακα ή επέμβαση)	1	4	5	14,7
9.Χαμηλό κόστος	1	3	4	11,2
10.Βολική, εύκολη στην χρήση	2	4	5	12,1
11.Να μην σχετίζεται η μέθοδος με το σεξ	0	2	4	13,8

Η απολίνωση των σπερματικών πόρων του άντρα, οι σπερματοκτόνες ουσίες και η αποχή από το σεξ θεωρούνται οι πλέον αντιδημοφιλείς πρακτικές αντισύλληψης, αν και η τελευταία συγκεντρώνει αρκετούς υποστηρικτές. Αντίθετα, το προφυλακτικό, το αντισυλληπτικό χάπι (και το χάπι της επόμενης ημέρας) όπως και η πλύση του κόλπου είναι οι πλέον δημοφιλείς μέθοδοι. Σημειώνεται ότι *δεν* υπάρχει καθολική εναντίωση απέναντι στην έκτρωση (πιν. 11).

Πίνακας 11. Οι λιγότερο δημοφιλείς αντισυλληπτικές μέθοδοι (βαθμολογία από 1 έως 5)

	Πολύ πιθανό να χρησιμοποιηθεί		Πολύ απίθανο να χρησιμοποιηθεί	
	25° εκ.	50° εκ.	75° εκ.	ΔΞ (%)
1.Αντισυλληπτικό χάπι	1	3	5	8,6
2.Επείγουσα αντισύλληψη («χάπι επόμενης μέρας»)	1	2	4	11,2
3.Προφυλακτικό (αντρικό)	1	1	2	8,6
4.Γυναικείο προφυλακτικό	0	3	5	9,5
5. Διάφραγμα	0	3	5	9,5
6.Σπερματοκτόνες ουσίες	0	4	5	10,3
7.Ενδομήτριο σπείραμα (σπιδάλ) με ορμόνες	0	4	5	9,5
8.Ενδομήτριο σπείραμα (σπιδάλ) χαλκού	0	3	5	9,5
9.Αντισυλληπτικός ενδοκολπικός δακτύλιος	0	3	5	10,3
10.Αντισυλληπτικά αυτοκόλλητα δέρματος	0	3	5	10,5
11.Ολοκληρωτική αποχή από σεξουαλικές επαφές	3	5	5	7,8
12.Αποφυγή επαφής τις γόνιμες μέρες	1	3	4	9,5
13.Απόσυρση πριν την εκσπερμάτωση	1	2	3	9,5
14.Έκπλυση κόλπου μετά την επαφή	1	2	4	9,5
15.Μέθοδος θερμομέτρησης (βασική θερμοκρασία σώματος)	0	3	4	9,5
16. Θηλασμός για καθυστέρηση της γονιμότητας	0	1	4	9,5
17.Απολίνωση σαλπίνγων	0	0	4,5	9,5
18.Εκτομή σπερματικών πόρων του άνδρα	0	0	4	7,8
19. Έκτρωση	2	4	5	9,5
20.Φαρμακευτική έκτρωση (με ειδικό χάπι)	1	4	5	9,5

Ενότητα 2. Επαγωγική στατιστική

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν μεταξύ των δύο φύλων, μεταξύ των κατοίκων της πρωτεύουσας και της επαρχίας, αλλά και ανάλογα με το είδος των σχέσεων («ελεύθερος»/περιστασιακή και μόνιμη σχέση). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες προτιμούν τη σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό (45,8% έναντι 27,7% των ανδρών), παρά τον κίνδυνο ΣΜΝ, ενώ αποφεύγουν άλλες υψηλού κινδύνου συμπεριφορές, με επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τους άνδρες που σε ποσοστά 5-50% τις ακολουθούν, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά των γυναικών δεν υπερβαίνουν το 5% (πιν. 12).

Πίνακας 12. Μεταβολή σεξουαλικής συμπεριφοράς λόγω κινδύνου ΣΜΝ

	Άνδρες						Γυναίκες						p
	Ποτέ δεν το έκανα		Σταμάτησα		Συνεχίζω να το κάνω		Ποτέ δεν το έκανα		Σταμάτησα		Συνεχίζω να το κάνω		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
α. Σεξουαλική επαφή με τον/την σύντροφό μου χωρίς προφυλακτικό	20	42,6	14	29,8	13	27,7	25	42,4	7	11,9	27	45,8	0,039
β. Σεξουαλική επαφή με αγνώστους χωρίς προφυλακτικό	35	74,5	8	17,0	4	8,5	57	95,0	1	1,7	2	3,3	0,005
γ. Συχνή εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων	16	34,0	16	34,0	15	31,9	51	85,0	7	11,7	2	3,3	<0,001
δ. Το σεξ «της μιας νύχτας» με αγνώστους	14	29,8	9	19,1	24	51,1	55	91,7	4	6,7	1	1,7	0,004
χ^2													

Επίσης, οι άνδρες είχαν μεγαλύτερο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων ($7,00 \pm 5,09$ έναντι $2,82 \pm 2,48$ των γυναικών) και μικρότερη επίγνωση του κινδύνου μετάδοσης ΣΜΝ (βαθμολογία $3,39 \pm 0,45$ έναντι $3,61 \pm 0,51$ των γυναικών), με στατιστικά σημαντική διαφορά: $t(98)=-2,212$, $p=0,029$ και $t(92)=5,191$, $p<0,001$ αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς, αν και οι γυναίκες υπερετερούσαν ελαφρώς: $3,01 \pm 0,51$ έναντι $3,11 \pm 0,70$ των ανδρών (πιν. 13).

Πίνακας 13. Επίγνωση κινδύνου, ασφαλής συμπεριφορά και αριθμός σεξουαλικών συντρόφων στα δύο φύλα

	Φύλο	N	MT	TA	p
Κλίμακα επίγνωσης κινδύνου	Άνδρες	44	3,39	0,45	0,029
	Γυναίκες	56	3,61	0,51	
Κλίμακα ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς	Άνδρες	44	3,01	0,51	0,422
	Γυναίκες	56	3,11	0,70	
Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων	Άνδρες	44	7,00	5,09	<0,001
	Γυναίκες	56	2,82	2,48	
MT: Μέση τιμή, TA: Τυπική απόκλιση					t-test

Στην πρωτεύουσα διαπιστώνεται ότι μικρότερο ποσοστό σταμάτησε τη συχνή εναλλαγή ερωτικού συντρόφου (ποσοστό 16,3%) σε σχέση με την επαρχία (43,8%), διαφορά στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 14. Μεταβολή σεξουαλικής συμπεριφοράς λόγω κινδύνου ΣΜΝ

	ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΑ						ΕΠΑΡΧΙΑ						p
	Ποτέ δεν το έκανα		Σταμάτησα		Συνεχίζω να το κάνω		Ποτέ δεν το έκανα		Σταμάτησα		Συνεχίζω να το κάνω		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
α. Σεξουαλική επαφή με τον/την σύντροφό μου χωρίς προφυλακτικό	37	46,3	16	20,0	27	33,8	4	25,0	6	37,5	6	37,5	>0,05
β. Σεξουαλική επαφή με αγνώστους χωρίς προφυλακτικό	71	88,8	6	7,5	3	3,8	12	75,0	2	12,5	2	12,5	>0,05
γ. Συχνή εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων	53	66,3	13	16,3	14	17,5	6	37,5	7	43,8	3	18,8	0,036
δ. Το σεξ «της μιας νύχτας» αγνώστους	52	65,0	8	10,0	20	25,0	11	68,8	2	12,5	3	18,8	>0,05
													X ²

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με τον τόπο διαμονής και τις κλίμακες ασφαλούς συμπεριφοράς και επίγνωσης κινδύνου

Πίνακας 15. Επίγνωση κινδύνου, ασφαλής συμπεριφορά και αριθμός σεξουαλικών συντρόφων ανάλογα με τον τόπο διαμονής

Τόπος διαμονής		N	ΜΤ	ΤΑ	p
Κλίμακα	Πρωτεύουσα	74	3,06	0,62	0,810
Επίγνωσης	Επαρχία	16	3,13	0,67	
κινδύνου					
Κλίμακα ασφαλούς	Πρωτεύουσα	67	3,49	0,48	0,677
σεξουαλικής	Επαρχία	16	3,52	0,53	
συμπεριφοράς					
ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: Τυπική απόκλιση					t-test

Ωστόσο, η επίγνωση κινδύνου διαφοροποιούνταν ανάλογα με το είδος των σχέσεων : όσοι ήταν ελεύθεροι ή είχαν περιστασιακή σχέση είχαν μικρότερη επίγνωση κινδύνου σε σχέση με όσους βρίσκονταν σε μόνιμη σχέση [$t(100)=4,164$, $p<0,001$], με μέση τιμή $3,36\pm 0,48$ έναντι $3,75\pm 0,43$ αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Επισημαίνεται ότι και στις δύο κλίμακες οι απαντήσεις κυμαίνονταν μεταξύ των τιμών 3 και 4 της πεντάβαθμης κλίμακας likert, δείχνοντας ικανοποιητική επίγνωση κινδύνου και υιοθέτηση ασφαλούς συμπεριφοράς, καθώς οι απαντήσεις αντιστοιχούν στις απαντητικές επιλογές «μερικές φορές» και «συχνά». Η βαθμολογία ήταν μεγαλύτερη στην επίγνωση κινδύνου.

Πίνακας 16. Επίγνωση κινδύνου, ασφαλής συμπεριφορά και αριθμός σεξουαλικών συντρόφων ανάλογα με το είδος της σχέσης

	Είδος σχέσεων	N	MT	TA	p
Κλίμακα επίγνωσης κινδύνου	Ελεύθερος/περιστασιακή	60	3,36	0,48	<0,001
	Μόνιμη σχέση	42	3,75	0,43	
Κλίμακα ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς	Ελεύθερος/περιστασιακή	56	3,08	0,59	0,847
	Μόνιμη σχέση	40	3,05	0,66	
MT: Μέση τιμή, TA: Τυπική απόκλιση					t-test

Όσοι από τους συμμετέχοντες βρίσκονταν σε μόνιμη σχέση έτειναν να χρησιμοποιούν σπανιότερα το προφυλακτικό: 28,5% το χρησιμοποιούσε σε λιγότερες από τις μισές επαφές ή καθόλου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό με περιστασιακές σχέσεις ήταν 13%, διαφορά στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 17. Συχνότητα χρήσης προφυλακτικού ανάλογα με το είδος των σχέσεων των νέων

Συχνότητα χρήσης προφυλακτικού	Είδος σχέσης		Σύνολο
	Ελεύθερος/ περιστασιακή	Μόνιμη	
Πάντα	35	16	51
Σε περισσότερες από τις μισές επαφές	19	14	33
Περίπου στις μισές επαφές	4	5	9
Σε λιγότερες από τις μισές επαφές	4	2	6
Ποτέ	0	5	5
Σύνολο	62	42	104
$\chi^2=11,865, p=0,018$			

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι παρά το φαινομενικά επαρκές συνολικό επίπεδο γνώσεων της πλειονότητας των νέων του δείγματος, οι σεξουαλικές πρακτικές σημαντικού ποσοστού του δείγματος δύσκολα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ασφαλείς, ενώ συχνά οι γνώσεις είναι αποσπασματικές. Προκαταλήψεις και ημιμάθεια φαίνεται πως αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στην επίγνωση του κινδύνου μετάδοσης των ΣΜΝ και στην υιοθέτηση ασφαλών πρακτικών σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Σε συμφωνία με τα παραπάνω, οι νέοι της μελέτης και σε ποσοστά που κυμαίνονται από 50-60% διατείνονται ότι ούτε ο σύντροφος ούτε οι ίδιοι είναι οι τύποι ανθρώπων που θα κινδύνευαν από τον HIV και ότι μάλλον εύκολα θα συζητούσαν ζητήματα προφυλάξεων με το σύντρόφό τους. Δε θα πρέπει να παραβλέπεται ωστόσο ότι ένα σεβαστό ποσοστό της τάξης του 40% συνεχίζει σεξουαλικές πρακτικές αυξημένου κινδύνου, χωρίς να έχει ικανοποιητική επίγνωση του κινδύνου που διατρέχει. Επίσης, συνολικά οι απαντήσεις κυμαίνονταν μεταξύ των τιμών 3 και 4 της πεντάβαθμης κλίμακας likert, δείχνοντας ικανοποιητική επίγνωση κινδύνου και υιοθέτηση ασφαλούς συμπεριφοράς σε σημαντικό βαθμό, καθώς οι απαντήσεις αντιστοιχούν στις απαντητικές επιλογές «μερικές φορές» και «συχνά».

Παράλληλα, διαπιστώνεται μια αναντιστοιχία πεποιθήσεων και θεωρητικών γνώσεων με την ακολουθούμενη πρακτική. Έτσι, αν και η πλειονότητα του δείγματος ανέφερε ότι πάντα απέφυγε σεξουαλικές συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου, όπως η εναλλαγή συντρόφων (62,7%) και το σεξ «της μιας νύχτας» (64,5%), ο κίνδυνος των ΣΜΝ δεν τους αποτρέπει από το να κάνουν σεξ χωρίς προφυλακτικό σε ποσοστό 36,7%. Το προφυλακτικό θεωρείται μεν από την πλειονότητα των συμμετεχόντων ως αποτελεσματική μέθοδος προστασίας έναντι των ΣΜΝ, αλλά ένα στα τέσσερα άτομα θεωρούν ότι το ελεύθερο σεξ όταν και οι δύο σύντροφοι δεν έχουν τον HIV εγγυάται και προστασία από τα υπόλοιπα ΣΜΝ. Ποσοστό περίπου 13% αγνοούσε ότι το AIDS ανήκει στα ΣΜΝ, ενώ σχετικά χαμηλό ποσοστό (31%) γνώριζε ότι οι τριχομονάδες είναι επίσης ΣΜΝ.

Άλλωστε και η επάρκεια γνώσεων ελέγχεται, καθώς παρά την πεποίθηση που έχουν για την γνώσεις τους, συγκεκριμένες ερωτήσεις αποκαλύπτουν σοβαρό έλλειμμα γνώσης. Ποσοστό 40% δε γνωρίζει ότι η γονιμότητα της γυναίκας είναι συνήθως μεγαλύτερη κατά το μέσο του κύκλου, ενώ στο ίδιο περίπου ποσοστό

αγνοούν ότι το προφυλακτικό είναι μέθοδος αντισύλληψης αυξημένης αποτελεσματικότητας και δε γνωρίζουν για την αποτελεσματικότητα του ενδομήτριου σπειράματος, ίσως γιατί είναι μια μέθοδος που δεν απευθύνεται σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Ανησυχία προκαλεί το γεγονός ότι δεν υπάρχει καθολική εναντίωση απέναντι στην έκτρωση και έτσι ελλοχεύει ο κίνδυνος να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική της αντισύλληψης, καθώς 7% δε χρησιμοποιεί καμία αντισυλληπτική μέθοδο, ενώ το αντισυλληπτικό δισκίο και η διακοπτόμενη επαφή χρησιμοποιούνται από το 11% του δείγματος

Αν και οι γυναίκες προτιμούν τη σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό, αποφεύγουν άλλες υψηλού κινδύνου συμπεριφορές, σε αντίθεση με τους άνδρες, οι οποίοι είχαν μεγαλύτερο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων και μικρότερη επίγνωση του κινδύνου μετάδοσης ΣΜΝ. Οι γυναίκες φαίνεται πως συνολικά ακολουθούν ασφαλέστερη σεξουαλική συμπεριφορά, ενώ οι κάτοικοι της πρωτεύουσας φαίνεται πως εναλλάσσουν συχνότερα σεξουαλικούς συντρόφους. Όσοι ήταν ελεύθεροι ή είχαν περιστασιακή σχέση είχαν μικρότερη επίγνωση κινδύνου σε σχέση με όσους βρίσκονταν σε μόνιμη σχέση. Συνεπώς, επιχειρώντας μια απλούστευση, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι ένας ελεύθερος νεαρός άνδρας κάτοικος της πρωτεύουσας έχει περισσότερο ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, χωρίς παράλληλα να έχει αντίστοιχη επίγνωση του κινδύνου, παρά το γεγονός ότι μπορεί να έχει μια «ψευδαίσθηση» ασφάλειας και γνώσεων.

Τα κύρια ζητήματα που αναδείχθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι και αυτά που συγκεντρώνουν το ενδιαφέρον παγκοσμίως: η χρήση του προφυλακτικού, ο αριθμός και η εναλλαγή των σεξουαλικών συντρόφων, η εφαρμογή της ορμονικής αντισύλληψης, καθώς και η αναντιστοιχία θεωρητικών γνώσεων και πρακτικής (Picardo 2003, Li et al., 2004, Schragar & Hoffmann 2008, Zhang et al., 2010).

Πράγματι, οι περιστασιακές σχέσεις συσχετίζονται με αυξημένα ποσοστά ανεπιθύμητων κυήσεων, ειδικά στις πολύ νεαρές ηλικίες. Συχνά οι ανύπαντροι και σεξουαλικά ενεργοί νέοι άνθρωποι εμφανίζονται να γνωρίζουν περισσότερα για την αντισύλληψη, αλλά να μην υιοθετούν τα αντίστοιχα μέτρα. Το μεγαλύτερο εμπόδιο στη χρήση των αντισυλληπτικών φαίνεται πως είναι ο φόβος των παρενεργειών, με παράλληλη υποβάθμιση των σημαντικών πλεονεκτημάτων τους στις νεαρές ηλικίες. Στην Ελλάδα, οι γυναίκες εφηβικής και αναπαραγωγικής ηλικίας συνηθίζουν να στηρίζονται σε φυσικές μεθόδους ελέγχου των γεννήσεων (διακεκομμένη συνουσία

ή μέθοδος ρυθμού), αλλά και στην έκτρωση, ιδιαίτερα οι γυναίκες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Topsever et al., 2006, Thorburn 2007).

Η χρήση του προφυλακτικού παγκοσμίως φαίνεται να ατονεί. Υπολογίζεται ότι μόνο 17 % των Αμερικανών φοιτητών το χρησιμοποιεί συστηματικά, ενώ πάνω από το 50% δεν το έχει χρησιμοποιήσει ποτέ (Beadnell et al., 2005). Επίσης, οι γυναίκες δε συνηθίζουν να μεταφέρουν μαζί τους προφυλακτικά, επειδή φοβούνται μήπως χαρακτηριστούν ανήθικες. Διεθνώς, όσοι βρίσκονται σε μονογαμική σχέση τείνουν να χρησιμοποιούν λιγότερο το προφυλακτικό, εύρημα σύμφωνο με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Η υποδιάγνωση των ΣΜΝ μπορεί να είναι συχνότερη μεταξύ των νεαρών ενηλίκων που δε βρίσκονται σε κάποια σταθερή σχέση (Wildsmith et al., 2010), καθώς μελέτες δείχνουν ότι, ενώ έχουν την ίδια πιθανότητα να νοσήσουν με άλλους ενήλικες ανεξαρτήτως του είδους σχέσης (μόνιμη ή περιστασιακή), όπως προκύπτει από τον εργαστηριακό έλεγχο, οι διαγνωσμένες περιπτώσεις είναι λιγότερες του αναμενομένου. Πιθανόν αυτό να αντανακλά ένα λιγότερο συστηματικό έλεγχο όσων εμπλέκονται σε περιστασιακές σχέσεις, ενώ σε μόνιμες σχέσεις η προοπτική δημιουργίας οικογένειας μπορεί να ευνοεί έναν πιο προσεκτικό έλεγχο της υγείας των συντρόφων. Είναι γεγονός πάντως ότι οι εφήμερες σχέσεις συνδυάζονται με έξαρση των ΣΜΝ και καθώς αυτός ο τύπος των σχέσεων κερδίζει έδαφος μεταξύ των νέων ενηλίκων, ο κίνδυνος μετάδοσης ΣΜΝ αυξάνεται επίσης.

Όσον αφορά στην επίγνωση του κινδύνου μετάδοσης των ΣΜΝ, μελέτες δείχνουν ότι μεταξύ των νεαρών ενηλίκων που βρίσκονται θετικοί για ΣΜΝ, οι περισσότεροι δεν αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο που διατρέχουν. Υπολογίζεται ότι μόνο το 28% των νεαρών ενηλίκων στους οποίους έχει ανευρεθεί κάποιο ΣΜΝ έχει συνειδητοποιήσει και τον κίνδυνο να μολυνθεί από ΣΜΝ. Έρευνες έχουν τεκμηριώσει τη χαλαρή σύνδεση μεταξύ του αντιληπτού και πραγματικού κινδύνου (Kershaw et al 2003, Ford et al 2004). Ίσως αυτό το γεγονός να μπορεί να αποδοθεί στο ότι πολλά ΣΜΝ διαδράμουν υποκλινικά. Πράγματι, μόνο ένας στους τέσσερεις ενήλικες που βρίσκεται θετικός σε κάποιο ΣΜΝ έχει στην πραγματικότητα βιώσει συμπτώματα της νόσου. Παράλληλα, η συνειδητοποίηση του κινδύνου αυξάνεται, όσο αυξάνεται και η σε βάθος γνώση των ΣΜΝ και των επιπτώσεών τους και διαλύονται μύθοι και προκαταλήψεις. Αν και η κύηση και η σεξουαλική υγεία θεωρούνται βασικά ζητήματα από την πλειονότητα των νέων ενηλίκων, υπάρχουν πολλές εσφαλμένες απόψεις για τα ΣΜΝ και την αντισύλληψη, ενώ οι νέοι δεν

αισθάνονται άνετα να συζητούν για αυτά με τους φίλους τους, την οικογένειά τους, το σύντροφό τους, ακόμα και με τον Επαγγελματία Υγείας. Ακόμα περισσότερο, ο φόβος του στιγματισμού που συνοδεύει ένα ΣΜΝ δυσχεραίνει τον έλεγχο και τη θεραπεία (Ioannidi-Karolou 2004).

Πολλοί από τους σεξουαλικά ενεργούς νέους ενήλικες εμπλέκονται σε επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές. Εκτιμάται ότι το ήμισυ των σεξουαλικά ενεργών νέων ενηλίκων έχει βιώσει τουλάχιστον μία επικίνδυνη συμπεριφορά. Ως τέτοιες θεωρούνται η ύπαρξη συντρόφου με διαγνωσμένο ΣΜΝ, η αραιή χρήση του προφυλακτικού, ή το να έχει κανείς τρεις ή περισσότερους ερωτικούς συντρόφους το τελευταίο έτος. Ένας στους δέκα περίπου νέους ενήλικες θεωρείται ότι επιδεικνύει τουλάχιστον δύο από τις παραπάνω συμπεριφορές σε διάστημα ενός έτους. Δεν αποτελεί έκπληξη, ότι αυτοί οι νέοι ενήλικες είναι πολύ πιο πιθανό να έχουν κάποιο ΣΜΝ. Πολλοί παράγοντες, σε ατομικό επίπεδο (βιολογικοί, ψυχολογικοί και συμπεριφορικοί), σε οικογενειακό επίπεδο, αλλά και σε κοινωνικό (συμμαθητές, σχολείο) έχουν συνδεθεί με εμπλοκή των νέων σε ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές (Kotchick et al., 2001). Και ενώ η αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων μπορεί να περιπλέξει τις στρατηγικές παρέμβασης, η έρευνα δείχνει ότι έφηβοι και νεαροί ενήλικες έχουν την τάση να συνεχίζουν συνήθειες (π.χ. αντισυλληπτικές πρακτικές) που έμαθαν σε προηγούμενες σχέσεις (Manlove et al., 2007). Αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι οι παρεμβάσεις θα πρέπει να ξεκινούν νωρίς, πριν από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής.

Το υψηλό επίπεδο της παραπληροφόρησης σχετικά με τα ΣΜΝ μεταξύ πολλών νεαρών ενηλίκων, παράλληλα με τη συνέχιση των υψηλού κινδύνου σεξουαλικών συμπεριφορών, καθιστά ιδιαίτερα δύσκολο για αυτούς να αναγνωρίσουν τον κίνδυνο που ελλοχεύει σε αυτές τις λοιμώξεις. Επίσης είναι δύσκολο να προσεγγιστεί αυτή η ομάδα του πληθυσμού, τουλάχιστον δυσκολότερο σε σχέση με τους εφήβους στις σχολικές αίθουσες, που προσφέρονται για πρόωμη παρέμβαση. Τα πιο επιτυχημένα προγράμματα παρέμβασης είναι εκείνα που εστιάζουν σε στρατηγικές παρέμβασης οι οποίες βασίζονται μεν στη θεωρία, αλλά υπερβαίνουν την απλή διδασκαλία και επικεντρώνονται στην αυτό-αποτελεσματικότητα και στη δυνατότητα λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων και στη διεκδικητική συμπεριφορά. Ωστόσο, οι αλλαγές πρέπει να εστιαστούν και σε άλλα μέτωπα. Για παράδειγμα, ο έλεγχος για ΣΜΝ δεν αποτελεί ρουτίνα στα πλαίσια μιας γυναικολογικής εξέτασης σε ένα ιδιωτικό ιατρείο και η

πλειοψηφία των γιατρών δεν τηρούν τις συνιστώμενες κατευθυντήριες οδηγίες για τα ΣΜΝ. Έτσι, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να στοχεύουν και στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης των ανδρών και των γυναικών, εξασφαλίζοντας ότι οι Επαγγελματίες Υγείας έχουν πρόσβαση στις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις γύρω από τα ΣΜΝ. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ενθαρρύνονται να ελέγχουν τακτικά όλους τους ασθενείς τους για ΣΜΝ, ακόμη και εκείνους που θεωρούνται χαμηλού κινδύνου όπως π.χ. όσοι είναι παντρεμένοι (Cook et al., 2001).

Όπως φάνηκε και στην παρούσα μελέτη, το σχολείο ήταν η πρώτη πηγή ενημέρωσης για το AIDS και τα ΣΜΝ στην πλειοψηφία των περιπτώσεων και ακολουθούσαν οι γονείς και τα ΜΜΕ. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει τη σημασία του τόπου και του χρόνου παρέμβασης, η οποία πρέπει να αρχίζει έγκαιρα, από την οικογένεια και το σχολικό περιβάλλον, προτού παγιωθούν εσφαλμένες συμπεριφορές.

Στους περιορισμούς της παρούσας μελέτης πρέπει να αναφερθεί το γεγονός ότι δεν καταγράφηκε η συχνότητα του αγοραίου έρωτα, συνεπώς η συχνότητα των αναφερόμενων επαφών στον ανδρικό πληθυσμό και αντίστοιχα η έκθεση σε κίνδυνο, τίθενται υπό αίρεση (ίσως διαφοροποιούνται η εναλλαγή, ο αριθμός συντρόφων και οι σεξουαλικές πρακτικές στους έχοντες περιστασιακές σχέσεις, αν υποτεθεί ότι περιέκλειαν ανάλογες περιπτώσεις). Ακόμα, σε κάποιες ερωτήσεις δεν απάντησε το σύνολο των ατόμων του δείγματος και οι απώλειες ήταν μεγαλύτερες του γενικού ποσοστού, ενώ το δείγμα της μελέτης προερχόταν από δύο ΙΕΚ, με ανάλογες επιφυλάξεις ως προς τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα.

5.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Agrafiotis, D., Ioannidi, E. & Tselepi, Ch. (2000). Sexual health of women in adolescence and reproductive age in the area of Serres. Interreg ii, Research monograph no21. Athens: Department of sociology, national school of public health.

Αντωνιάδης, Σ., Καγκάρα, Ι., Κόντα, Α., Ευσταθίου, Ε. & Διονυσόπουλου, Ε. (1996). Εγκυμοσύνη και αντισύλληψη στην εφηβική και πρώτη νεανική ηλικία. 34ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 118.

Arbyn, M., Raifu, A.O., Autier, P. & Ferlay, J. (2007). Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004. *Ann Oncol*, 18:1708-1715.

Askarian, M., Yadollahi, M., Kuochak, F., Danaei, M., Vakili, V. & Momeni, M. (2011). Precautions for health care workers to avoid hepatitis B and C virus infection. *Int J Occup Environ Med*, 2:191-198.

Βαϊδάκης, Ν., Ραμπαβίλας, Α., Μαλλιώρα, Μ. & Στεφάνης, Κ.Ν. (1999). Η σεξουαλική συμπεριφορά σε αντιπροσωπευτικό δείγμα αθηναϊκού πληθυσμού. *Ιατρική*, 76:361-371.

Beadnell B, Morrison DM, Wilsdon A, Wells EA, Murowchick E, Hoppe M, Gillmore MR, Nahom D. Condom use, frequency of sex, and number of partners: multidimensional characterization of adolescent sexual risk-taking. *J Sex Res*. 2005;42:192-202.

Blair, M. (2004). Sexually Transmitted diseases. *Urologic Nursing Journal*, 24:467. Accessed 8 Aug, 2008. <http://www.jamk.fi/library>

Blake, D., Kearney, M., Oak, M., Druker, S. & Bibace, R. (2003). Improving participation in Chlamydia screening programmes, Perspective of High Risk Youth. *American Medical Association article*, 157:525.

Boskey, E. (2008). Top 10 Risks for Acquiring STD. Medical review board. Updated 12 Oct 2008. <http://std.about.com/od/riskfactorsforstds/tp/topriskfactors.htm>.

Brundage, C. & Fitzpatrick, N. 2006. Hepatitis A. *American Family Physician Journal*, 73(12), 2163-2164.

Bryman, A. 2001. Quantity and Quality in Social Research, 45-47

Burazeri, G., Roshi, E., Rrumbullaku, L. & Dasho, E. 2002. Knowledge and Attitude of Undergraduate Students towards Sexually Transmitted Infections in Tirana, Albania. *Croatian Medical Journal*, 44(1), 86-88. Accessed 9 Sep, 2008. <http://www.cmj.hr>.

CDC. (1988). Perspectives in Disease Prevention and Health Promotion Update: Universal Precautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, and Other Bloodborne Pathogens in Health-Care Settings. *MMWR*, 37:377-388.

Centers for Disease Control. (1985). Revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome for national reporting - United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 34: 373-375.

Centre for disease control and prevention fact sheet.2007. Human Papilloma Virus. Updated 6 Feb, 2008. Accessed 21, Sep, 2008. <http://www.cdc.gov/STD/HPV/>
Chang, k. & Einstein, A.2008. Trichomoniasis. Updated 16 Apr, 2008. Accessed 16 Aug, 2008. http://www.emedicinehealth.com/trichomoniasis/article_em.htm.

Choudhry, S., Ramachandran, V.G., Das, S., Bhattacharya, S.N. & Mogha, N.S. (2010). Characterization of patients with multiple sexually transmitted infections: A hospital-based survey. *Indian J Sex Transm Dis*, 31:87-91.

Cormack, D. 2000. *The Research Process in Nursing*, 141-142, 301-307.

Currie C, Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D.(2008). Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe-Health Policy for Children and Adolescents, 5. Available at:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf (accessed 1.2.2012).

Davies, P., Bogdanovic-Guillion, A., Grce. M. & Sancho-Garnier, H. (2007). The future of cervical cancer prevention in Europe. *Coll Antropol*, 31:11-16.

Devonshire, P., Hillman, R., Capewell, S. & Clark, B. 1999. Knowledge of Chlamydia trachomatis, genital infection and its consequences in people attending a genitourinary medicine clinic. *British Medical Journal*, 75, 410.

Donovan, B., Knight, V. McNulty, Wynne- Markham, A. & Kidd, M. 2001. Gonorrhoea screening in general practices; Perceived barriers and strategies to improve screening rates. *Medical Journal of Australia*, 175:412-414.

Edouard L.The renaissance of barrier methods. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2012 , (2):131-3.

Eurorean Charter on Sexual and Reproductive Health. (2008). 6-12 July 2008 Stasburg, France Available at:www.yaiact.org.

Garland, S.M., Hernandez-Avila, M., Wheeler, C.M. & Perez, G. (2007). Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *N Engl J Med*, 356:1928-1943.

Graugaard, C.L., Rasmussen, B. & Baisen, K.A. (2002). Sexual Knowledge, attitudes and behaviour among young Danes. A questionnaire study *Ugeskr Laeger* 7, 164:4810-4814.

Hakre, S., Arteaga, G., Núñez, A.E., Bautista, C.T., Bolen, A., Villarroel, M., Peel, S.A., Paz-Bailey, G., Scott, P.T. & Pascale, J.M. (2013). Panama HIV EPI Group.

Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections and factors associated with syphilis among female sex workers in Panama. *Sex Transm Infect*, 89:156-164.

Hirsch, L. (2007). Syphilis. Updated Mar. Accessed 19 Sep, 2008. http://kidshealth.org/teen/sexual_health/stds/std_syphilis.html

Houry, D. (2007). Article on Gonorrhoea. Updated 5 Mar, 2007. Accessed 21 Jul, 2008. http://www.emedicinehealth.com/gonorrhea/page_12-em.htm

Ηλιάδου, Μ. & Παλάσκα, Ε. (2008). Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι. *Νοσηλευτική*, 47:497–506.

Ioannidi-Kapoulou, E. (2004). Use of contraception and abortion in Greece: a review. *Reprod Health Matters*, 12:174-183.

Kallipolitis, G., Stefanidis, K., Loutradis, D., Siskos, K., Miligos, S. & Mixalas S. (2003). Knowledge, attitude and behavior of female students concerning contraception in Athens, Greece. *Psychosom Obstet Gynaecol*, 24:145–151.

Kamau E & Korit D(2009). Sexually transmitted diseases.Knowledge and attitudes of young adults in an institution of higher education about sexually transmitted diseases, Finland. Bachelor's thesis, School of Health and Social Studies, Jyväskylä University of applied sciences

Κατούλης, Α., Κουμανιάκη, Ε. & Καλαποθάκη, Β. (2003). *Επιδημιολογία Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, στο Αφροδισιολογία*, εκδ. Μ. Παρισιάνου, Αθήνα.

Kernaghan, K. (2006). Running a nurse led Chlamydia testing service. *Nursing Standard Journal*, 21:35-38. Accessed 8 Aug, 2008. <http://www.jamk.fi/library>,

Kirby, P., Short, I. & Collins, V. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public Health Rep*, 109:339–360.

Kirby, D.B., Laris, B.A. & Roller, L.A. (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health*, 40:206-217.

Κρεατσάς, Γ., Τραγέα, Ρ., Μπαμπάτσικου, Φ., Ποπόνα, Α. & Αγγελουπούλου, Α. (2001). Κύηση στην εφηβεία. 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Οι Δοκιμασίες Διαλογής ως Ασπίδα Πρόληψης, 07.

Κρεμαστινού – Κουρέα, Τζ. (2007). *Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές*. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα., Αθήνα.

Κουράκης, Ν. (2006). Το θεσμικό πλαίσιο του δικαίου ανηλίκων (Ελλάδα και Ευρώπη) <http://www.niotho-asfalix.gr/na/meletes16.pdf>, προσβάσιμο 28.5.13

Li, Y., Cottrell, R.R., Wagner, D.I. & Ban, M. (2004). Needs and preferences regarding sex education among Chinese college students: a preliminary study. *Int Fam Plan Perspect*, 30:128-133.

Luksamijarulkul, P., Piroonamornpun, P. & Triamchaisri, S.K. (2011). Hepatitis B seromarkers, hepatitis C antibody, and risk behaviors in married couples, a bordered province of western Thailand: Hepatitis B seromarkers, hepatitis C antibody, and risk behaviors. *Hepat Mon*, 11(4):273-277.

Μπαρμπαγιάννη, Ε. & Ζυγά, Σ. (2011). Η εφηβική σεξουαλικότητα στο προσκήνιο. Μελέτη και προβλεψιμότητα της χρήσης προφυλακτικού μέσω της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10:239–259.

McManus, A. & Dhar, L. (2008). Study of knowledge, perception and attitude of adolescent girls towards STI's/HIV, safer sex and sex education. *Biomed Central Limited Journal*, 8:12.

Mikhailov, M.I., Gomberg, M.A., Dolzhanskaya, N.A. & Koubanova, A.A. (2002). Significance of sexual route of transmission of hepatitis B and C in Russia. *Int J STD AIDS*, 13:9-11.

Ministry of Labour, Finland. (1997). Sexually Transmitted diseases, Prevention and Care in Finland, 3:11-17.

Mmbaga, J., Leyla, H., Munyika, K. & Kleep, K. (2005). Sexually Transmitted Diseases/ Infections; Knowledge and its impact in the practise of risky sexual behaviours, Kilimanjaro, Tanzania. *British Medical Journal*, 84:224-226.

NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases). (1999). How HIV causes AIDS. Ενημερωτικό φυλλάδιο της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α (U.S Public Health Service).

Οργανισμός Νεολαίας Κύπρου. (2006). Ινστιτούτο Αναπαραγωγικής Ιατρικής Κύπρου. Έρευνα για την υγεία στις διαφυλικές σχέσεις και τη σεξουαλικότητα. Λευκωσία, Νοέμβριος.

Panchaud, C., Singh, S., Feivelson, D. & Darroch, E. (2000). Sexually Transmitted Diseases among Adolescents in Developed Countries. *Family Planning Perspectives Journal*, 32(1).

Patseadou, M., Galli-Tsinopoulou, A., Goulis, D.G. & Arvanitidou, M. (2010). Factors associated with the onset of sexual activity among Greek high school students. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 15:357–366.

Picardo, C.M., Nichols, M., Edelman, A. & Jensen, J.T. (2003). Women's knowledge and sources of information on the risks and benefits of oral contraception. *J Am Med Womens Assoc*, 58:112-116.

Ruikar, H.A. (2013). Knowledge, Attitude and Practices about Sexually Transmitted Infections- A Study on Undergraduate College Students of Mumbai. *WebmedCentral Reproduction*, 4(3):WMC004166.

Rutherford, D. (2005). Sex and Relationships, Gonorrhoea. Accessed 20, Jul. 2008.<http://www.netdoctor.co.uk/diseases/facts/gonorrhoea.htm>

Schrager, S. & Hoffmann, S. (2008). Women's knowledge of commonly used contraceptive methods. *WMJ*, 107:327-330.

Σιέττου, Μ. & Σαρίδη, Μ. (2011). Παράγοντες κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10:39–55.

Στρατηγός, Ι. (2003). Εισαγωγή εις την Κλινική Αφροδισιολογία, στο Αφροδισιολογία, εκδ.Μ. Παρισιάνου, Αθήνα.

Στρατηγός, Ι., Τζάλα, Ε., Χασάπη, Β.(2000). Επιδημιολογική πορεία επιλεγμένων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στην Ελλάδα στη διάρκεια των 23 ετών (1974-1996). *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας*, 11: 171-177.

Topsever, P., Filiz, M., Aladağ, N., Topalli, R., Cığerli, O. & Görpelioğlu, S. (2006). Counselling and knowledge about contraceptive mode of action among married women; a cross-sectional study. *BMC Womens Health*, 6:6:12.

Tountas, Y., Creatsas, G., Dimitrakaki, C., Antoniou, A. & Boulamatsis, D. (2004). Information sources and level of knowledge of contraception issues among Greek women and men in the reproductive age: a country-wide survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 9:1-10.

Tountas, Y., Dimitrakaki, C., Antoniou, A., Boulamatsis, D. & Creatsas, G. (2004). Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: a country-wide survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 116:190-195.

Τσαρμακλής, Γ., Νεστορίδου, Α., Στάμου, Π., Νικολάου, Α. & Θωμαΐδης, Θ. (1992). Επίπεδο ενημέρωσης σπουδαστών Σχολής Βοηθών Ιατρικών Επαγγελματιών για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό. 3οο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 103 Α.

Tsitsika, A., Greydanus, D., Konstantoulaki, E., Bountziouka, V., Deligiannis, I., Dimitrakopoulou, V., Critselis, E., Tounissidou, D., Tsolia, M., Papaevagelou, V., Constantopoulos, A., Kafetzis, D. (2010). Adolescents dealing with sexuality issues: A cross-sectional study in Greece. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 23:298–304.

UNAIDS. (2004). Sexually Transmitted Diseases. Accessed 12, Jun. 2008. <http://www.unaids.org/en/policyandpractise/sexualAndReproductivehealth/sexualtransmittedinfections/default.asp>.

WHO/UNAIDS. (1998). Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. Geneva, Switzerland.

WHO (World Health Organization). (2007). Sexually transmitted Infections and Sexual health life. United Nations Populations Fund.

Υφαντή, Ε., Γκέτσιος, Ι., Βουτσέλη, Δ. , Ζαγκότση, Μ., Γραμματικού, Μ., Χαραλαμποπούλου, Ν(2011). Γνώσεις νέων ενηλίκων σχετικά με τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) και η χρήση του προφυλακτικού ως μέσου προστασίας από τα ΣΜΝ. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3 :173-179

Χατζημιαχλίδου, Σ., Παναγοπούλου, Ε. & Νιάκας, Δ. (2010). Γνώσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27:669-674.

Zhang, D., Bi, Y., Maddock, J.E. & Li, S. (2010). Sexual and reproductive health knowledge among female college students in Wuhan, China. Asia Pac J Public Health, 22:118-126.