

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



026000345688



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΕΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ Τ.Ε.Ι.

ΦΩΤΗΣ ΓΙΩΤΑΚΗΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 1993



"Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή δεν υποδηλώνει αποδοχή των
γνωμών του συγγραφέα"

(Νόμος 513/32, άρθρο 202, παρ.2)



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Ερευνα της ανθρώπινης σεξουαλικότητας:	
Κοινωνικο-ιστορικά στοιχεία	5
Η αναγκαιότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων	9
Η αναγκαιότητα σεξουαλικής εκπαίδευσης των Επαγγελματιών Υγείας	11
Σκοπός της μελέτης και ειδικά σχόλια	15
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Μέθοδοι - Υλικό	17
Μεθοδολογία	17
Το ερωτηματολόγιο S.K.A.T	18
Περιγραφικά και Ιστορικά στοιχεία του SKAT	18
Α. Περιγραφή του S.K.A.T	18
Β. Η Ιστορία του S.K.A.T	20
Γ. Ερευνητικές στρατηγικές του S.K.A.T	21
Ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του S.K.A.T	21
1. Ανάπτυξη των κλιμάκων στάσεων του S.K.A.T	21
2. Test Retest Reliability	22
3. Test Retest Reliability "Ελληνικού S.K.A.T"	22
4. Εγκυρότητα	24
Χρήσεις του S.K.A.T και αποτελέσματα διαφόρων μελετών για τη σεξουαλικότητα	24
ΥΛΙΚΟ	28
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	35
Στάσεις	35
Εμπειρίες	43
Αλληλοσυσχετίσεις Εμπειριών-Στάσεων-Απόψεων-Κοινωνικοοικονομικής κατάστασης	58
Αντισύλληψη	66



Γνώσεις	77
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	83
Στάσεις - Απόψεις	83
Εμπειρίες	87
Αυνανισμός	92
Ομοφυλοφιλία	94
Γνώσεις	94
Αλληλοσυσχετίσεις	95
Αντισύλληψη	96
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	102
SUMMARY	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	106
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	115
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	116



Στη γυναίκα μου Τίνα
Στο γυιό μου Μάριο
Στους γονείς μου



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ισχυρά συναισθήματα, συστήματα πίστεων, αξιών και στάσεων, σχετικά με το σεξ, είναι τα στοιχεία που καθιστούν την ανθρώπινη σεξουαλικότητα, ένα πολυπλοκότατο θέμα, τόσο στον τομέα της έρευνας, όσο και στον τομέα της σεξουαλικής εκπαίδευσης.

Είναι πασίγνωστο πόσο ισχυρό είναι το σεξουαλικό ένστικτο και πόσο βιάη είναι η συναισθηματική διέγερση που το συνοδεύει. Το αντικείμενο του ενστίκτου αυτού είναι το άτομο του αντιθέτου φύλου. Τα σεξουαλικά χαρακτηριστικά του ενός φύλου είναι τα φυσικά κλειδιά που ανοίγουν την πόρτα του ενστίκτου στο άλλο φύλο. Υπάρχουν βέβαια και οι παρεκλίσεις. Παρόλο που ο Freud δέχεται ότι οι σεξουαλικές παρορμήσεις υπάρχουν από τη βρεφική κιόλας ηλικία, οι πρώτες εμφανείς εκδηλώσεις ωρίμανσης του σεξουαλικού ενστίκτου παρουσιάζονται στην εφηβεία. Μεταξύ της σεξουαλικής ορμής και του κοινωνικοπολιτιστικού περιβάλλοντος υπάρχει μία αμοιβαία σχέση. Το σεξ επηρεάζεται από το περιβάλλον και το επηρεάζει.

Ο άνθρωπος, αντίθετα από τα ζώα, διακρίνεται για την πλαστικότητα των ενστίκτων του, η οποία συνίσταται στην τροποποίηση της ενστικτώδους συμπεριφοράς του με την επίδραση του κοινωνικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος. Η ευκαμψία αυτή είναι ιδιαίτερα φανερή στην περίπτωση της σεξουαλικής ορμής. Ενώ η σεξουαλική ορμή των περισσότερων ζώων εκδηλώνεται μόνο στις περιόδους αναπαραγωγής, η ορμή του ανθρώπου είναι δραστήρια συνεχώς. Οι κοινωνικοί κανόνες όμως είναι απαγορευτικοί για την ανεξέλεγκτη συνεχή σεξουαλική δραστηριότητα.

Αυτοί οι αυστηροί, απαγορευτικοί κανόνες είναι γνωστοί ως ταμπού και ενεργούν με ασφαλή τρόπο εναντίον του πανσεξουαλισμού, βοηθούν στην εκμάθηση του ρόλου των φύλων, απαγορεύουν την αιμομιξία, δημιουργούν ένα συναίσθημα ντροπής για τη σεξουαλικότητα κ.λ.π. Η στάση των ανθρώπων απέναντι στα ταμπού είναι κυρίως αμφιθυμική. Στα διάφορα στάδια κοινωνικοποίησης της σεξουαλικότητας η εξέλιξη δεν είναι αρμονική. Η αποδοχή των κανόνων εκ μέρους των ατόμων, η αυστηρότητα αυτών των κανόνων κάθε κοινωνικού υποσυνόλου, η προσωπικότητα και άλλοι παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο για την υγεία στον σεξουαλικό τομέα. Η δυσαρμονία μεταξύ κοινωνικών κανόνων και της αποδοχής τους εκ μέρους των ατόμων, δημιουργεί το πρόβλημα στο σεξ.

Οι έρευνες για τη σεξουαλικότητα αποτελούν μία προσπάθεια για την



άντληση γνώσης, η οποία θα βοηθήσει στην απάλυνση του προβλήματος και στο σχεδιασμό τεχνικών και μεθόδων σεξουαλικής αγωγής και θεραπείας, ώστε να κατορθώσει να συνυπάρξει ο άνθρωπος θετικά με τη σεξουαλικότητα που "φέρνει μέσα του" και που του έχει επιβληθεί. Μία τέτοια υγιής συνύπαρξη απορρέει από την ενοποίηση της σωματικής, της πνευματικής, της συναισθηματικής, της κοινωνικής και της ηθικής πλευράς της σεξουαλικής ζωής και συμπεριφοράς. Το αποτέλεσμα δε αυτής, είναι η ανάπτυξη υγιούς προσωπικότητας, ικανής να συνθέτει τις αντιθέσεις και να επιλύει τις συγκρούσεις εν μέσω γνήσιων, αποτελεσματικών και ειλικρινών διαπροσωπικών σχέσεων.

Η σεξουαλική υγεία αναγνωρίζεται σήμερα ως ένα σημαντικό τμήμα της εμπειρίας ζωής του κάθε ατόμου και εξελίσσεται ταχέως σε μέρη των επαγγελματιών υγείας, όπως ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτών, ψυχολόγων και άλλων συγγενών επαγγελμάτων, όπως παιδαγωγών, κοινωνικών λειτουργών, κ.α. Και εδώ εμφανίζεται το πρόβλημα μέσα στο πρόβλημα: Πόσο καλά μπορούν να κάνουν αυτοί τη δουλειά τους; Είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι, είναι κατάλληλα εφοδιασμένοι με γνώση και το κυριότερο είναι οι ίδιοι διαφωτισμένοι και αποκαθαρμένοι;

Τα ανωτέρω ερωτήματα αποτελούν το επίκεντρο πολλών ερευνών από το 19ο αιώνα ακόμη. Τελευταία, όλο και περισσότερα άτομα με απορρίες γύρω από το σεξ, αλλά και σεξουαλικά προβλήματα απευθύνονται στο γιατρό τους, στον ψυχίατρο, στον ψυχολόγο, και στους άλλους επιστήμονες ψυχικής υγείας ζητώντας συμβουλές για την επίλυσή τους. Είναι πολύ συχνό όμως, κατά κοινή ομολογία, αλλά και όπως συνάγεται από ερευνητικά δεδομένα, το παράδοξο γεγονός, αυτοί δηλαδή οι άνθρωποι που θεωρούνται ειδικοί, να γνωρίζουν λιγότερα και να είναι λιγώτερο άνετοι με τις διάφορες όψεις της σεξουαλικής συμπεριφοράς, απ' ότι μη επιστήμονες. Τέτοιες ουσιώδεις αδυναμίες εντοπίστηκαν νωρίς από τη δεκαετία του 70 κιόλας στην Αμερική και την Ευρώπη και εφαρμόστηκαν ειδικά προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, τα οποία εντάχθηκαν στα πλαίσια της Γενικής Ιατρικής Εκπαίδευσης.

Με βάση δε το σκεπτικό, ότι κάθε κλινικός θα πρέπει να γνωρίζει αρκετά για το ευρύ φάσμα της ανθρώπινης σεξουαλικής συμπεριφοράς και να είναι επίσης ενήμερος της προσωπικής του στάσης απέναντι στο σεξ, ώστε ετσι μόνο να μπορεί να θεωρηθεί ικανός να κατανοήσει και να βοηθήσει τα άτομα που ζητούν βοήθεια γύρω από το σεξ, ερευνώνται διεθνώς ιδιαίτερα τελευταία οι περιοχές γνώσεων, στάσεων - απόψεων και εμπειριών φοιτητών των Ιατρικών και νοσηλευτικών σχολών για την εξαγωγή συμπερασμάτων και κατευθυντήριων



γραμμών για το σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων σεξουαλικής εκπαίδευσης.

Στην παρούσα εργασία μελετάμε τις στάσεις - απόψεις, τις γνώσεις και τις εμπειρίες φοιτητών της Ιατρικής και σπουδαστών Νοσηλευτικής και Φυτικής Παραγωγής, με έμφαση στην αντισυλληπτική συμπεριφορά τους, δεδομένων και των τρομακτικών συνεπειών από τις οποίες απειλείται η ανθρωπότητα από την επιδημία του AIDS.

Το ερευνητικό αυτό πρόγραμμα άρχισε στις αρχές του 1990 και διήρκησε μέχρι σήμερα, διεκπεραιώθηκε δε με την επίβλεψη του Καθηγητή της Ψυχιατρικής κ. Αρη Λιάκου και της Επίκουρης Καθηγήτριας της Ψυχιατρικής κ. Σταυρούλας Γιαννίτση, στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Οφείλω θερμά να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κ. Αρη Λιάκο, που μου έδωσε τη δυνατότητα να ασχοληθώ με αυτό το ενδιαφέρον και εντελώς επίκαιρο αντικείμενο, που πολλές χρήσιμες εκπλήξεις μου επιφύλαξε κατά την ενασχόλησή μου με αυτό. Τον ευχαριστώ επίσης γιατί αδιάκοπα με ενθάρρυνε και με κατηύθυνε ουσιαστικά στην ερευνητική διαδικασία.

Ευχαριστώ επίσης την Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Σταυρούλα Γιαννίτση για τη διαρκή, ουσιαστική και μεθοδική ερευνητική κατεύθυνση που μου παρείχε σε όλα τα στάδια της μελέτης, η οποία δε θα ήταν δυνατό να εξελιχθεί και περατωθεί χωρίς την ειλικρινή, συνεχή επιστημονική επίβλεψή της, από το σχεδιασμό της εργασίας, ως και τη συλλογή υλικού και εξαγωγή και αξιολόγηση των ευρημάτων.

Εκφράζω επίσης τις ευχαριστίες μου και στον επιβλέποντα Καθηγητή της Στατιστικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Παναγιώτη Παπαιωάννου που με την καθοδήγησή του συνετέλεσε τα μέγιστα στην στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Οι δε συμβουλές του υπήρξαν χρήσιμες και επικοδομητικές.

Στη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων με βοήθησε σημαντικά και καθοριστικά ο άριστος φοιτητής της Ιατρικής και πολύτιμος συνεργάτης μου κ. Παναγιώτης Αναστασόπουλος. Από αυτό το βήμα τον ευχαριστώ θερμά και του εύχομαι ευόδωση των στόχων και των επιθυμιών του.

Ευχαριστώ τον Επίκουρο Καθηγητή της Ψυχιατρικής κ. Νικηφόρο Αγγελόπουλο και την Ψυχολόγο κ. Ευγενία Τόλη, οι οποίοι μετέφρασαν και προσάρμοσαν το ερωτηματολόγιο S.K.A.T στα ελληνικά δεδομένα και έδωσαν σε εμένα τη δυνατότητα να το χρησιμοποιήσω.

Ευχαριστώ επίσης τη συζυγό μου και συνάδελφο κ. Κωνσταντίνα Μπάρκα για την πολύτιμη βοήθεια που μου παρείχε στην επίλυση δυσκολιών που



ανέκυπταν συχνά κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω τη φοιτήτρια Ιατρικής κ. Σπυριδούλα Χουλιάρα για τη βοήθειά της στα αρχικά στάδια της έρευνας, τον διακεκριμένο φυσικό κ. Δημήτρη Παπαγεωργίου για την πολύτιμη βοήθειά του και την κ. Κατερίνα Μπόλη για την επεξεργασία και τη διαμόρφωση των κειμένων.



ΕΡΕΥΝΑ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑΣ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι ερευνητές της σεξουαλικότητας του 19ου αιώνα, περίοδος κατά την οποία οι προσπάθειες εξερεύνησης αυτού του τομέα της ανθρώπινης συμπεριφοράς αρχίζουν να συστηματοποιούνται, ασχολούνταν επίμονα με την "οικονομική διαχείριση" του σπέρματος του ανδρός. Το θεωρούσαν πολύτιμο αγαθό, το οποίο έπρεπε αυστηρά να προστατεύσουν. Απέτρεπαν τη σπατάλη του με τον αυνανισμό ή τις συχνές συνουσίες και επεσήμαιναν τους κινδύνους για το σώμα, το πνεύμα και την ψυχή (1).

Εκατό χρόνια αργότερα δεν υπήρχε πλέον τέτοιο θέμα. Πολλοί ερευνητές ήταν πια συνεπαρμένοι από το φαινόμενο της έντονης οργασμικής ικανότητας πολλών γυναικών και μελέτησαν τη φυσιολογία, την ψυχολογία και τις πολιτισμικές συνέπειες των πολλαπλών οργασμών. Αυτή η αλλαγή στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των επιστημόνων των δύο γενεών δεν αντικατοπτρίζει τόσο την απελευθέρωση της επιστήμης από την κηδεμονία της ηθικής αντίληψης, όσο κυρίως δείχνει ότι οι επιστήμονες των δύο αυτών περιόδων μεταφέρουν τις κοινωνικές απαιτήσεις της εποχής τους στην ανθρώπινη σεξουαλικότητα. Στον 19ο αιώνα, στην πρώιμη φάση βιομηχανοποίησης, σε μιιά οικονομία λιγοστών αγαθών, γίνεται το σπερματικό υγρό μεταφορικά χρήμα και άρα η όποια ενασχόληση με το σεξ αφορά την "οικονομία του".

Τους σημερινούς ερευνητές δεν απασχολούν τέτοια προβλήματα. Σε μιιά υψηλής τεχνολογίας κοινωνία, που χαρακτηρίζεται από την ολοένα αυξανόμενη καταναλωτική διάθεση, είναι απόμακρες οι σκέψεις για οικονομία. Θαυμάζουν τη δήθεν μη αναλώσιμη ικανότητα οργασμού της γυναίκας και την μεταφέρουν σε ικανότητα κατανάλωσης (2). Αναφέρεται δε πως αν όλες οι ανάγκες ήταν όπως η πολλαπλή γυναικεία οργασμική σεξουαλικότητα, τότε θα είμαστε ατελείωτα ικανοί για κατανάλωση. Κατά δε τη διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας σημειώνεται μιιά σημαντική αύξηση στην έκταση, κατά την οποία τόσο οι έφηβοι, όσο και οι νεαροί ενήλικες ασχολούνται με τη σεξουαλική δραστηριότητα (3,4). Ισως δε το γεγονός αυτό βρίσκει την εξήγησή του και στην επικρατούσα λογική της ενοχής περί "συνεχούς κατανάλωσης" (1).

Η μικρή αυτή ιστορική θεώρηση δείχνει την αναπόφευκτη αλληλεπίδραση επιστήμης και κοινώνιας στο τόσο ενδιαφέρον θέμα της σεξουαλικότητας. Η



επιστήμη ασχολείται εδώ και εκατό χρόνια περίπου με τη σεξουαλικότητα. Κάθε τόσο όμως δείχνει τα δυό της πρόσωπα, από τη μιὰ βοήθεια για απελευθέρωση και από την άλλη συμμετοχή στην καταπίεση. Αυτό χαρακτηρίζει τη σεξουαλική επιστήμη, όπως επίσης χαρακτηρίζει την ψυχολογία και άλλες κοινωνικές επιστήμες.

Τα παραπάνω αποδεικνύονται από αυτή καθ' εαυτή την παρατήρηση των αντικειμένων της σεξουαλικής έρευνας από την αρχή της. Έτσι συνοπτικά οι ερευνητές του 19ου αιώνα αρχίζουν να μελετούν τις σεξουαλικές διαστροφές. Είναι η εποχή που επικρατεί η πειθαρχία και ο ορθολογισμός, αξίες απειλούμενες από την ανυπολόγιστη κινητήρια δύναμη της σεξουαλικότητας και ειδικά του ασυνήθιστου στο σεξ. Ανακύπτει η ανάγκη να μπει τάξη, το ρόλο αυτό αναλαμβάνει το κράτος με τη νομική και αστυνομική βία και η επιστήμη, η οποία αρχίζει να ταξινομεί τις αποκλίσεις και να ονοματίζει τα "παράξενα" σεξουαλικά φαινόμενα (5). Έτσι λοιπόν δημιουργούνται κατάλογοι σεξουαλικών ανήθικων, όπως χαρακτηρίζονται, πράξεων όπως μετατροπισμός, σαδισμός, μαζοχισμός, φетиχισμός, κοπρολαγνία, κοπροφιλία, παιδοφιλία κ.α. Ο Richard V Krafft-Ebing (6) το 1886 έγραψε το μνημειώδες έργο της σεξουαλικής επιστήμης με τίτλο "Psychopathia Sexualis". Η επιχειρούμενη συστηματοποίηση και ονοματολογία των παρεκλίσεων, από τη μιὰ μεριά, δραματοποίησε τα πράγματα και συνέβαλε στην περαιτέρω καταπίεση και από την άλλη βοήθησε στην απελευθέρωση των παρεκκλινόντων σεξουαλικά, από την ηθική κατακραυγή και στην επιστημονική μελέτη φαινομένων τα οποία αργότερα έχρηζαν θεραπείας. Βέβαια η επιστημονική κηδεμονία δεν είναι πάντα καλύτερη από αυτή της ηθικής, μάλιστα δε πολλές φορές μπορεί να καταντήσει πολύ πειστική, όπως φαίνεται και από την έρευνα της ομοφιλοφιλίας. Μόνο στη Γερμανία, γύρω στο 1890, εμφανίστηκαν 1000 επιστημονικές ανακοινώσεις που θεωρούν την ομοφιλοφιλία εκ γενετής ανωμαλία. Αποψη που καταρίπτει τις πανάρχαιες αντιλήψεις που θέλουν την ομοφιλοφιλία ως στίγμα, παράδοση στα πάθη, ανηθικότητα, εκφύλιση κ.λ.π. και απενοχοποιεί ως ένα βαθμό τους ομοφυλόφιλους. Οι επιστήμονες δε, αγωνίστηκαν για την κατάργηση της νομικής δίωξης των ομοφιλοφίλων. Ομως στα 1910-1920 όταν η ορμονική έρευνα νόμισε ότι έδειξε ότι οι όρχεις ομοφιλοφίλων παρήγαγαν περισσότερες θηλυκές ορμόνες, νοσηλεύθηκαν ομοφιλόφιλοι και υπεβλήθηκαν σε χειρουργικές επεμβάσεις, όπου τους προστέθηκαν ιστοί όρχεων ετεροσεξουαλικών ανδρών, χωρίς βέβαια αποτέλεσμα. Η έρευνα για την ομοφιλοφιλία αποτελεί ένα καλό παράδειγμα, που δείχνει ότι η επιστήμη μπορεί να καταφέρει ταυτόχρονα δύο πράγματα: απελευθέρωση από προηγούμενη καταδίωξη και δημιουργία νέων δρόμων καταδίωξης, συχνά χειρότερων (7).



Περί το τέλος του 19ου αιώνα, τα φαινόμενα της σεξουαλικότητας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, ήταν στο κέντρο των θεωριών της ανάπτυξης και ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας. Αυτό δε είναι εμφανές από τις πρώτες ψυχαναλυτικές έρευνες του Freud (8,9). Ήταν επαναστατική η ανακάλυψή του για τη νηπιακή σεξουαλικότητα και γενικά η θεωρία του για την ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου, θεωρία που επεκτείνεται ή τροποποιείται αργότερα (10,11,12). Πιο πρόσφατα άμεσες παρατηρήσεις νηπίων και μικρών παιδιών έχουν ξεκαθαρίσει τη δυναμική άποψη της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης και προστέθηκαν στην ικανότητά μας να μελετάμε και να αντιλαμβανόμαστε τα ειδικά στάδια της σεξουαλικής ανάπτυξης (13,14,15).

Σημαντικές απόψεις για τη σεξουαλικότητα των ενηλίκων ήταν σχεδόν άγνωστες μέχρι που οι έρευνες του γνωστού Αμερικανού ερευνητή της σεξουαλικότητας Alfred C Kinsey (16) είδαν το φως της δημοσιότητας. Μεταξύ 1938 και 1953 με τη βοήθεια συνεργατών του, πήρε γύρω στις χίλιες συνεντεύξεις ανδρών και γυναικών σχετικά με τη σεξουαλική τους συμπεριφορά και δημοσίευσε αυτό το υλικό σε δύο ογκώδεις τόμους, αυστηρώς επιστημονικά γραμμένους, γεμάτους πολύπλοκους αριθμητικούς πίνακες. Ο Kinsey και ο εκδότης του εξεπλάγησαν, όταν τους πρώτους δύο μήνες κυκλοφορίας πουλήθηκαν 200.000 αντίτυπα. Γιατί; Γιατί σ' αυτό που μέχρι στιγμής επικρατούσε σιωπή, στο σεξ δηλαδή, τώρα δημοσιευόταν μυστικές πτυχές του. Για πρώτη φορά ήταν σίγουρο πόσο διαδεδομένη ήταν η αυτοικανοποίηση, πόσο κοινή ήταν η προγαμιαία σεξουαλική επαφή, πόσοι άνθρωποι είχαν ομοφυλοφιλικές εμπειρίες, ότι ο στοματικός έρωτας -που επίσημα θεωρούνταν διαστροφή και σε μερικές πόλεις των Η.Π.Α καταδιώκονταν νομικά- ανήκει στο ρεπερτόριο των περισσότερων ζευγαριών κ.α.

Ο Kinsey αποκάλυψε μία διπρόσωπη ηθική. Αυτή ήταν η προοδευτική πλευρά. Από την άλλη πλευρά όμως, πέρασε η επιστημονική ενασχόληση με τη σεξουαλικότητα σ' ένα νέο στάδιο. Βοηθούσε μεν στην άρση απαγορευτικών νόμων, δημιουργούσε δε νέες εντολές. Κατηύθυνε στην τοποθέτηση του τι είναι φυσιολογικό και διέτρεχε κίνδυνο να οριοθετήσει τη σεξουαλική υγεία. Όταν πάνω από 90% των ανδρών μέχρι την ηλικία των 20 χρόνων είχαν εμπειρία αυνανισμού, τότε ανήκε μόνο αυτός που δεν είχε αυτή την εμπειρία, σε μία μειονότητα. Περιέπιπε δηλαδή σε υποψία ανικανότητας. Γιατροί, δάσκαλοι, γονείς και παπάδες άρχισαν να ασχολούνται με αυτόν, που μέχρι τότε ήταν πρότυπο για τους άλλους, δεν ασχολούνταν πλέον με αυτούς που το "έκαναν". Ο Kinsey δεν το ήθελε αυτό.



Τόνιζε τη μεγάλη ποικιλία της ανθρώπινης σεξουαλικής συμπεριφοράς ως το κεντρικό αποτέλεσμα των μελετών του.

Στη δεκαετία του '70 άρχισε μία μανιώδης έρευνα συχνών σεξουαλικών προβλημάτων, όπως η ανοργασμικότητα της γυναίκας και η ανικανότητα του άνδρα. Απέναντι σ' αυτά τα προβλήματα στέκονταν παλιά γιατροί και ψυχοθεραπευτές αβοήθητοι να προσφέρουν θεραπεία.

Ο William H. Masters & Virginia E. Johnson, ένας γυναικολόγος και μία ψυχολόγος, δημιούργησαν βασιζόμενοι σε πολλές φυσιολογικές μελέτες της "σεξουαλικής αντίδρασης", όπως την ονόμασαν, και σε θεραπευτικές τεχνικές της συμπεριφοράς, μία σύντομη και προπάντων δραστική θεραπεία τέτοιων προβλημάτων (17,18,19). Ο ασθενής δεν ήταν πλέον μόνος, αλλά το ένα μέλος του ζευγαριού. Με μιά σειρά συμβουλών μπορούσαν οι σύντροφοι να διευρύνουν τις γνώσεις τους, να ξεπεράσουν τους φόβους και έτσι τις διαταραχές ή τα προβλήματα τους. Η θεραπεία ήταν απαραίτητη, χωρίς αμφιβολία, γιατί πολλοί άνθρωποι πάσχουν εξ αιτίας αυτών των προβλημάτων, που περιορίζουν τη σεξουαλική τους ζωή, κλονίζουν το εγώ τους και απειλούν τη σχέση τους. Αρα και εδώ υπάρχει η προοδευτική πλευρά. Από την άλλη πλευρά όμως, η σεξουαλική επιστήμη θέτει ένα πλαίσιο "κανονικής" σεξουαλικής συμπεριφοράς. Ο Mastes και η Johnson περιέγραψαν φυσιολογικές τεχνικές διέγερσης, έκαναν υποδείξεις για μιά δίκαιη "σεξουαλική συμμαχία", που λαμβάνει υπόψιν τις επιθυμίες του άλλου, χώρισαν τη σεξουαλική αντίδραση σε συγκεκριμένα στάδια -φάση διέγερσης, φάση πλατώ, οργασμική φάση- και απαρίθμησαν τι συμβαίνει σ' ένα "σωστό" οργασμό.

Με το έργο των Masters & Johnson αλλά και το έργο του Kaplan (20,21,22,23) οργανώνεται πλέον η έρευνα για τη σεξουαλικότητα τόσο από διαγνωστική όσο και από θεραπευτική σκοπιά. Η Ιατρική δε, έχει βαρύνοντα και πρωτεύοντα ρόλο στους προαναφερόμενους τομείς της διάγνωσης και της θεραπείας των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, αλλά και της παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών σε ζητήματα που αφορούν την ανθρώπινη σεξουαλική λειτουργία.



Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ

Η ανάγκη για σεξουαλική αγωγή αναγνωρίζεται από τις αρχές του 20ου αιώνα. Για να υπάρξει βέβαια σεξουαλική αγωγή, προϋποτίθεται γνώση της σεξουαλικότητας, μία προσπάθεια που ξεκινά ο Freud. Με το έργο του "τρεις μελέτες για τη θεωρία της σεξουαλικότητας", που εκδίδεται για πρώτη φορά το 1905 και με συνεχείς προσθήκες συμπληρώνεται ως το 1924, ο Freud παραθέτει μία μεγαλειώδη διερεύνηση της σεξουαλικότητας του παιδιού, που έκτοτε αποτελεί αφετηρία κάθε ενασχόλησης με το θέμα αυτό. Για το πως έχουν τα πράγματα στη σεξουαλικότητα του παιδιού, πως φαντάζεται το ίδιο το παιδί τη σεξουαλικότητα, ποιές παραστάσεις έχει και ποιές θεωρίες αναπτύσσει, γίνεται εκτενής αναφορά στη μελέτη του Freud του 1908 "Οι σεξουαλικές θεωρίες των παιδιών". Ο ρόλος των γονέων, η διαφορά των φύλων, το πολιτισμικό περιβάλλον, και οι σχέσεις των ατόμων στην ομάδα των συνομηλίκων είναι καθοριστικής σημασίας γεγονότα, που επιδρούν στην άντληση και αξιολόγηση πληροφοριών από τα παιδιά για τα σεξουαλικά ζητήματα (24). Ο χειρισμός των σεξουαλικών θεμάτων από την οικογένεια, είναι καλό να γίνεται με τρόπο που να μη μυστικοποιούνται τα γεγονότα σεξουαλικής ζωής, αλλά να βαρύνουν όσο και τα άλλα καθημερινής ροής συμβάντα που πρέπει να μάθει το παιδί, υποστηρίζει ο Freud, στην ανοιχτή επιστολή που απηύθηνε στον Dr. M Furst, ο οποίος εξέδιδε στο Αμβούργο ένα περιοδικό για θέματα Κοινωνικής Ιατρικής και Υγιεινής. Επίσης λέει ότι στο σχολείο είναι αναγκαίο να γίνεται εισαγωγή στις πολύ σημαντικές διαδικασίες της αναπαραγωγής, παραλληλίζοντας τις λειτουργίες των ανθρώπων με εκείνες των θηλαστικών. Η σεξουαλική διαφώτιση, που πρέπει να αναλάβει το σχολείο, καλό είναι να μη σταματά ποτέ και να προχωρά ουσιαστικά και προοδευτικά, δίνοντας τις πρώτες απαντήσεις σε πρωταρχικά ερωτήματα των παιδιών, που αφορούν την προέλευση του ανθρώπου. Θίγει δε εδώ ο Freud και την αναγκαιότητα να απεμπλακεί η εκκλησία από το σεξουαλικό αποπροσανατολισμό, που επιφέρουν οι συντηρητικές απόψεις των λειτουργών της, στους κατηχούμενους (25).

Ο Ψυχαναγκαστικός χαρακτήρας της διαπαιδαγώγησης δεν εκδηλώνεται μόνο στις περιττές αρνήσεις, αλλά διαφαίνεται επίσης και στον τρόπο με τον οποίο οι παιδαγωγοί επιβάλλουν τους αναγκαίους περιορισμούς στις ορμές υποστηρίζει ο Wilhelm Reich (26). Υποστηρίζει επίσης πως η φυσιολογική εξωτερική εκπαίδευση παιδικών ορμών, όπως ο αυνανισμός, αποτελεί κίνδυνο για τη



διατήρηση των σεξουαλικών απωθήσεων των ενηλίκων (27). Ενώ υπάρχουν και άλλοι κλασικοί ψυχαναλυτές που ασχολούνται με ζητήματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης όπως ο Alfred Adler που γράφει την "Αγωγή του παιδιού", η Anne Freud την "Εισαγωγή στην Ψυχανάλυση του Παιδιού", η Melanie Klein την "Ψυχανάλυση του παιδιού", η Sharlote Buller την "Παιδική ηλικία και εφηβεία", ορισμένοι όπως ο C. G. Jung κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ελεύθερη συζήτηση σεξουαλικών θεμάτων απελευθερώνει τη φαντασία του παιδιού και το απεγκλωβίζει από την αναγκαιότητα να ασχολείται κρυφά με τα θέματα αυτά. Το γεγονός όμως ότι η φαντασία παραβλέπει τη σωστή εξήγηση και ακολουθεί το δικό της δρόμο, αποτελεί μία σημαντική ένδειξη για την ελεύθερα αναπτυσσόμενη σκέψη, η οποία διακατέχεται από την αναμφισβήτητη ανάγκη να χειραφετηθεί από την πραγματικότητα και να οικοδομήσει το δικό της κόσμο. Συμπεραίνουν λοιπόν πως μπορεί να μην είναι σκόπιμο να δίνουμε στο παιδί λανθασμένες εξηγήσεις που θα του δημιουργούσαν αμφιβολίες, αλλά επίσης δεν είναι σκόπιμο να εμμένουμε στην παραδοχή της σωστής εξήγησης, και τούτο γιατί με την εμμονή υποτάσσεται η σκέψη σε μία μονόπλευρη σεξουαλικότητα, που είναι παρακινδυνευμένο και αντίθετο με τα βασικά δεδομένα της ανθρώπινης ψυχολογίας (28).

Ο Karl Landauer μιλά για την απόρριψη της σεξουαλικής διαφώτισης για το παιδί (29), ο δε Hans Zulliger γράφει ότι η σεξουαλική διαφώτιση είναι υπόθεση των γονέων. Στις περιπτώσεις που αυτοί αδυνατούν ή δε θέλουν να την κάνουν, θα πρέπει να τους αντικαταστήσει το σχολείο, όχι σε μαζικό επίπεδο, αλλά στον κάθε μαθητή ξεχωριστά και έγκαιρα (30).

Προϊόντων των χρόνων και με την εμφανή αναγνώριση του σημαντικού ρόλου, που καλούνται να διαδραματίσουν τα σχολεία στην μεταπολεμική Ευρώπη και την Αμερική, εγκαινιάζονται μαθήματα σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία. Επίσης ιδρύονται κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού που παρέχουν σημαντική βοήθεια στους γονείς.

Η αναφορά στους κλασικούς συγγραφείς, που έγινε παραπάνω, δείχνει πως πρώτοι αυτοί διερεύνησαν το θέμα της αναγκαιότητας της αγωγής για το σεξ. Στη χώρα μας δεν υπάρχει οργανωμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σ' αυτόν τον τομέα σε καμία βαθμίδα της εκπαίδευσης. Οτι γνωρίζουν οι εκπαιδευόμενοι είναι απλά μαθήματα Ανθρωπολογίας και Βιολογίας. Τα υπάρχοντα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού υπολειτουργούν, αλλά και οι Ιατρικές Σχολές πέραν των μαθημάτων Ανατομίας, Φυσιολογίας, Γυναικολογίας - Μαιευτικής δεν παρέχουν άλλη σχετική εκπαίδευση. Παραμένει πάντα ακέραια η ανάγκη στην



Ελλάδα, τόσο η επιστήμη για να παρέχει τη γνώση, όσο και η πολιτεία για να παρέχει τα μέσα για την υλοποίηση της σεξουαλικής αγωγής, που θα αποκαλύψει στο νέο ποιό ρόλο θα παίξει η σεξουαλικότητα στη ζωή του, ώστε να συμφιλιωθεί με αυτή και να την χρησιμοποιήσει ως πηγή απόλαυσης και δημιουργίας και όχι αυτοκαταστροφής και κινδύνων της σωματικής και της ψυχικής του υγείας, μιὰ και η σεξουαλικότητα εκφράζεται σε βιολογικές και ψυχικές λειτουργίες, η δε σεξουαλική ταυτότητα συντίθεται κυρίως από τις ανώνυμες απόψεις, γνώσεις και εμπειρίες των ανθρώπων. Τα προβλήματα και οι απορίες που προκύπτουν αναμένουν την επίλυσή τους κυρίως από τους ιατρούς, ψυχολόγους, νοσηλευτές, παιδαγωγούς κ.α.

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στο πρώτο Συνέδριο της Ιατρικής Σεξολογίας που έγινε στο Παρίσι το 1974 (31) και σε μία μετεγενέστερη συνάντηση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, που ασχολήθηκε με την εκπαίδευση και τη θεραπεία της ανθρώπινης σεξουαλικότητας (W.H.O, 1975) (32), το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν, ήταν ότι υπήρχε μία επείγουσα ανάγκη να συμπεριληφθούν μαθήματα ανθρώπινης σεξουαλικότητας στα εκπαιδευτικά προγράμματα των Ιατρικών Σχολών. Ο Gebhard (1974) (33) δήλωσε στην συνάντηση της Π.Ο.Υ., ότι η σεξουαλική έρευνα, εκπαίδευση και θεραπεία αποτελούν ευθύνη του ιατρού. Αυτό ήταν ήδη αναγνωρισμένο από ένα μεγάλο αριθμό Ιατρικών Σχολών στις Η.Π.Α και την Ευρώπη. Ο Lief, που ήταν από τους πρώτους επιστήμονες που διακήρυξαν την ανάγκη για την επίσημη σεξουαλική εκπαίδευση των φοιτητών στις Ιατρικές Σχολές, στην ίδια συνάντηση της Π.Ο.Υ. είπε ότι στη χώρα του, τις Η.Π.Α δηλαδή, μαθήματα ανθρώπινης σεξουαλικότητας παραδίνονται στο 88% των Ιατρικών Σχολών (34).

Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στο να τονισθεί η σπουδαιότητα της σεξουαλικής εκπαίδευσης στην Ιατρική. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η αλλαγή των κοινωνικών απόψεων σχετικά με τη σεξουαλικότητα, το γάμο, την αντισύλληψη, την έκτρωση και το διαζύγιο (35). Τελευταία παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ασθενών, που απευθύνονται στους γιατρούς για συμβουλές σχετικές με τα σεξουαλικά τους προβλήματα. Οι ασθενείς αυτοί προσδοκούν, οι γιατροί να έχουν ακριβείς γνώσεις και κλινικές ικανότητες, προκειμένου να είναι



αποτελεσματικοί θεραπευτές. Τα στοιχειώδη μαθήματα, τα οποία διδάσκονται στην Ιατρική Σχολή, δεν καλύπτουν τομείς όπως ιστορία του σεξ, σεξουαλική συμπεριφορά σε συνδυασμό με καρδιοπάθειες, σακχαρώδη διαβήτη και άλλες ασθένειες, σεξ και μαστεκτομή, σεξ κατά τη διάρκεια της κύησης, σεξ μετά από τραυματισμό του νωτιαίου μυελού, σεξουαλική ζωή των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, συναισθηματική στάση και κολπική εξέταση, σεξουαλική ανεπάρκεια σε άνδρες και γυναίκες, παιδι και αυνανισμός,, σεξουαλικές αποκλίσεις, ομοφυλοφιλία, βίαια σεξουαλική συμπεριφορά κ.λ.π.

Πολλές μελέτες βεβαιώνουν ότι οι περισσότεροι γιατροί δεν έχουν επαρκείς γνώσεις και πείρα να ανταποκριθούν με τον αρμόζοντα τρόπο στις ανάγκες των ασθενών. Πληθώρα ευρημάτων (35,36,37,38,39,40,41) δείχνουν ότι α) οι γιατροί στερούνται γνώσεων για τη σεξουαλικότητα, β) συναισθηματικές αντιδράσεις όπως φόβος και άγχος επιδρούν αρνητικά στην απόδοσή τους ως συμβούλων και θεραπευτών γ) γύρω στους 50% ήταν υπερβολικά προσεκτικοί και αυστηροί στην προσωπική τους σεξουαλική ζωή και τηρούσαν κριτική στάση, όταν επρόκειτο για πρόσωπα που δεν τηρούσαν τις δικές τους σεξουαλικές αντιλήψεις. Το τελευταίο αποδεικνύει τον επηρεασμό της θεραπευτικής ικανότητας του γιατρού από την προσωπική του στάση για σεξουαλικά ζητήματα.

Ενας από τους στόχους της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας είναι και η σεξουαλική ενημέρωση των φοιτητών της Ιατρικής για τις προσωπικές τους στάσεις απέναντι στο σεξ, γεγονός το οποίο, όπως αποδεικνύεται από τις μελέτες, αυξάνει την ανεκτικότητα τους ως προς τη διαφορετικότητα των ασθενών. Επίσης διευκολύνει τους φοιτητές στη λήψη ολοκληρωμένου ιστορικού, προσδίδοντας σ' αυτούς άνεση και ικανότητα αποστασιοποίησης και διάκρισης της υποκειμενικής και αντικειμενικής πραγματικότητας στο σεξ (42,43,44,45).

Μεγάλος προβληματισμός υπήρξε στους ερευνητές για το σχεδιασμό των προγραμμάτων σεξουαλικής εκπαίδευσης. Από τη δεκαετία του 60, όπου ορισμένοι επέστησαν την προσοχή στην απουσία της ιατρικής σεξουαλικής εκπαίδευσης (46,47,48,49,50,51,52) άρχισαν να δοκιμάζονται διάφοροι μέθοδοι, με άλλοτε άλλη αποτελεσματικότητα και διαφορετικούς στόχους (53,54). Εφαρμόστηκαν υποχρεωτικά και επιλεγόμενα μαθήματα (55). Προβλήθηκαν ταινίες σχετικές με τη σεξουαλική συμπεριφορά (56,57,58,59,60,61,62,63). Δοκιμάσθηκαν συνεχόμενες και διακεκομμένες σειρές μαθημάτων, σε μικρές ή μεγάλες ομάδες φοιτητών, σε μικρές ή μαραθώνιες συναντήσεις, χρησιμοποιώντας ή όχι οπτικοακουστικά υλικά (64,65,66,67,68). με αποτέλεσμα να διαπιστωθεί ότι η διάρκεια των μαθημάτων, η συζήτηση σε μικρές ή μεγάλες



ομάδες, η εκπαίδευση των συντονιστών των ομάδων, ο υπολογισμός του χρόνου της διδασκίας ύλης, καθώς και το περιεχόμενο των μαθημάτων, παίζουν αποφασιστικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα τέτοιας φύσεως εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Οι γνώσεις των φοιτητών και οι προσωπικές τους απόψεις ως και η σεξουαλική τους συμπεριφορά είναι οι πιο πολυχρησιμοποιημένες μεταβλητές τόσο για το σχεδιασμό όσο και για την αξιολόγηση των προγραμμάτων (54,69,70). Αυτή η διαπίστωση καθιστά και την ερευνητική μας προσπάθεια αξιολογή, δεδομένου ότι εστιάζεται στη μελέτη των παραπάνω μεταβλητών.

Τώρα όσον αφορά τα οφέλη των μαθημάτων ανθρωπίνης σεξουαλικότητας, υπάρχουν συγκρουόμενα αποτελέσματα (71,72). Με ορισμένα προγράμματα οι ερευνητές πέτυχαν να αυξήσουν τη σεξουαλική γνώση, χωρίς να επιφέρουν αλλαγές στις στάσεις των φοιτητών. Άλλοι υποστηρίζουν ότι κυρίως σε μικρές ομάδες φοιτητών σημειώθηκαν θετικές αλλαγές στις στάσεις τους. Οι φοιτητές δηλαδή απέκτησαν ευαισθησία σε σεξουαλικά θέματα, ανεκτικότητα και ικανότητα να δρουν ως σύμβουλοι και θεραπευτές, αλλά κυρίως να προσεγγίζουν τους ασθενείς τους, σε τέτοια ζητήματα με λιγώτερο άγχος (73,74,75,76,77). Τονίζεται ότι πριν την εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής εκπαίδευσης είναι απαραίτητη η μελέτη του σεξουαλικού προφίλ των υπό εκπαίδευση ατόμων, δεδομένου ότι έχουν μελετηθεί οι συγκρούσεις και οι αντιστάσεις και οι οπισθοδρομήσεις που μπορεί να επακολουθήσουν (71,78,79,80).

Η παραπάνω εντόπιση είναι ενισχυτική της αξίας της μελέτης μας, που στοχεύει στη σκιαγράφηση του σεξουαλικού προφίλ των υποκειμένων της (των ατόμων που ερευνά). Ακόμη δε η έρευνα αυτή καθ' εαυτή, ως μεμονωμένο γεγονός της επαφής των φοιτητών και σπουδαστών με ένα τέτοιο ερωτηματολόγιο, μπορεί να αποτελέσει μικρό αλλά ουσιαστικό ερέθισμα για περαιτέρω επεξεργασία των υπό έρευνα θεμάτων, τα οποία ο φοιτητής είναι πιθανόν ουδέποτε να είχε συνειδητά αντιμετωπίσει. Άλλοι μάλιστα ερευνητές, όπως ο Lief, χρησιμοποίησαν το S.K.A.T και για διδακτικούς σκοπούς όπως θα αναφέρουμε παρακάτω (81,82).

Τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω αφορούσαν, όχι βέβαια αποκλειστικά, κυρίως φοιτητές ιατρικής. Όμως η σεξουαλική αγωγή κρίνεται επιβεβλημένη και για τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, είτε ευρισκόμενους στο στάδιο της εκπαίδευσης, είτε στην άσκηση της δουλειά τους (82,83,84). Έτσι, όπως προαναφέρθηκε, γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης, παιδίατροι, μαιευτήρες - γυναικολόγοι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές κ.α. χρήζουν



βοήθειας σ' αυτόν τον τομέα. Είναι γνωστό ότι ενώ στην Ελλάδα ουδεμία μέριμνα υπάρχει, σε διάφορες άλλες χώρες σε σχολές κοινωνικής εργασίας και σε νοσηλευτικές σχολές, αν και καθυστερημένα, έχουν οργανωθεί προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης (85,86,87,88).

Η εισαγωγική αναφορά στα συγκεκριμένα θέματα έγινε για να δείξει πως στην έρευνα για τη σεξουαλικότητα δεν υπάρχουν κατασταλαγμένα συμπεράσματα, μάλιστα δε πολλές φορές οι απόψεις, τόσο των μεγάλων κλασικών ερευνητών, όσο και άλλων, είναι συγκρουόμενες. Εκείνο το οποίο έχει σημασία, είναι ότι πριν αγγίξουμε το θέμα του σεξ από συμβουλευτική, αιτιολογική, θεραπευτική σκοπιά, απαιτείται επαρκής μελέτη παραγόντων που συνθέτουν τη σεξουαλικότητα. Αυτό δε τον πρωταρχικό στόχο έχει η παρούσα εργασία, που μελετά στάσεις, γνώσεις και σεξουαλικές εμπειρίες.



ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ

Ο βασικός στόχος της έρευνας, είναι η περιγραφική μελέτη της σεξουαλικότητας των φοιτητών Ιατρικής των σπουδαστών Νοσηλευτικής και των σπουδαστών Φυτικής Παραγωγής. Οι δύο τελευταίες σχολές ανήκουν στα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα.

Το υπό μελέτη δείγμα μας αποτελείται από άτομα που φέρουν δύο σπουδαία χαρακτηριστικά, εκείνο του νεαρού ενήλικα μετεφηβικής περιόδου και οι περισσότεροι εκείνο του εκπαιδευόμενου επαγγελματία υγείας, προέρχεται δε από φοιτητές μικρών και μεγάλων ετών, της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και από σπουδαστές μικρών και μεγάλων εξαμήνων του Νοσηλευτικού Τμήματος και του Τμήματος Φυτικής Παραγωγής των ΤΕΙ Ηπείρου. Το Νοσηλευτικό Τμήμα εδράζεται στα Ιωάννινα και το Τμήμα Φυτικής Παραγωγής στην Αρτα.

Οι φοιτητές και σπουδαστές Ιατρικής και Νοσηλευτικής αντίστοιχα, επιλέγησαν ως ανήκοντες στην εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας. Επιλέξαμε όμως και σπουδαστές Φυτικής Παραγωγής, με βάση το ότι το αντικείμενο σπουδών είναι εντελώς άσχετο με αυτό των Ιατρικών και Νοσηλευτικών Σχολών και έτσι μπορούμε να έχουμε ένα μέτρο σύγκρισης των παραμέτρων σεξουαλικότητας των εκπαιδευομένων επαγγελματιών και μη επαγγελματιών υγείας.

Μελετώνται ιδιαίτερα οι στάσεις - απόψεις για τη σεξουαλικότητα και οι γνώσεις και εμπειρίες σεξουαλικότητας. Αυτοί οι τομείς σκιαγραφούν ικανοποιητικά το σεξουαλικό προφίλ ενός ατόμου.

Όπως τονίστηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η ανάγκη σεξουαλικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας είναι προφανής και αποδεδειγμένη.

Για την κατάρτιση όμως εκπαιδευτικών προγραμμάτων, δεν αρκεί η εμπειρία που αποκομίζουν από τις διεθνείς μελέτες. Απαιτείται εστιασμένη έρευνα στον εκάστοτε πληθυσμό για την εξαγωγή των ιδιαίτερων συμπερασμάτων και την επισήμανση των ιδιαίτερων αναγκών και ελλείψεων.

Με αυτή την ερευνητική προσπάθεια στοχεύουμε να επισημάνουμε τις χαρακτηριστικές συνιστώσες σεξουαλικότητας, τόσο στον τομέα στάσεων - απόψεων, όσο και στον τομέα γνώσεων και εμπειριών των φοιτητών της Ιατρικής Σχολής Ιωαννίνων και των σπουδαστών Νοσηλευτικής.

Τα συμπεράσματα που θα εξαχθούν μπορεί να καθορίσουν σε σημαντικό βαθμό, τους άξονες που θα συντελέσουν στο σχεδιασμό ενός προγράμματος σεξουαλικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στην Ηπειρο. Εφ' όσον όμως η πανεπιστημιακή μόρφωση στην Ελλάδα είναι δωρεάν και οι φοιτητές και



σπουδαστές προέρχονται από όλη τη Χώρα και το γεγονός ότι το σύστημα εισαγωγής στα πανεπιστήμια εξασφαλίζει ως ένα βαθμό την αντιπροσώπευση όλων των κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων στις επιμέρους σχολές, όσον αφορά κυρίως τους υπό εκπαίδευση επαγγελματίες υγείας, θεωρούμε ότι το δείγμα μας είναι αντιπροσωπευτικό και στο ευρύτερο επίπεδο της Χώρας. Ωστόσο απαιτείται ευρύτερη μελέτη, για την υλοποίηση της οποίας πιστεύουμε θα βοηθήσει τα μέγιστα η παρούσα εργασία.

Η παρούσα έρευνα μελετά επίσης την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ερωτώμενων και την πιθανή σχέση τους με τη σεξουαλικότητα. Επίσης μελετώνται ομοιότητες και διαφορές σε στάσεις - απόψεις, γνώσεις και εμπειρίες μεταξύ των φύλων. Επίσης επιχειρείται μία διαπολιτισμική σύγκριση των απόψεων των φοιτητών Ιατρικής με τις απόψεις φοιτητών Ιατρικής άλλων εθνικοτήτων και αναζητούνται τυχόν αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ στάσεων, γνώσεων και εμπειριών.

Τέλος τονίζουμε φλέγοντα και επίκαιρα θέματα που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα, όπως η αντισύλληψη, μελετούμε δηλαδή γνώσεις, προτιμήσεις και πρακτικές αντισύλληψης, ώστε να συμπεράνουμε άμεσα για την αντισυλληπτική συμπεριφορά των νέων και έμμεσα για τα μέτρα που λαμβάνονται για την προφύλαξη από μεταδοτικά νοσήματα, όπως είναι και το AIDS.



ΜΕΘΟΔΟΙ - ΥΛΙΚΟ

Μεθοδολογία

Στην εξεταστική περίοδο του Ιουνίου 1990, εφ' όσον πρώτα προέβημεν σε συμφωνία με τους υπεύθυνους Καθηγητές, χορηγήσαμε ερωτηματολόγιο βασισμένο στο S.K.A.T (Sex, Knowledge and Attitude Test) και τροποποιημένο ώστε να προσαρμόζεται καλύτερα στα ελληνικά δεδομένα. Η επιλογή των μαθημάτων, στις εξετάσεις των οποίων διενεμήθη το ερωτηματολόγιο, έγινε τυχαία. Στις εξετάσεις παρευρίσκετο το σύνολο σχεδόν των φοιτητών ή σπουδαστών των ετών ή εξαμήνων που επιλέξαμε. Η επιλογή του δείγματος, αν και δεν είναι τυχαία, θεωρούμε ότι το δείγμα μας είναι αντιπροσωπευτικό του υπό μελέτη σπουδαστικού πληθυσμού μας, αφού περιέχει φοιτητές και σπουδαστές μικρών και μεγάλων ετών ή εξαμήνων. Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο διενεμήθη στο Β και ΣΤ έτος της Ιατρικής, στο Α, Β, Γ, Δ εξάμηνο της Νοσηλευτικής και στο Β και ΣΤ εξάμηνο της Φυτικής Παραγωγής.

Κάθε φορά ενημερώναμε τους ερωτώμενους με τον ίδιο πανομοιότυπο τρόπο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που ήταν εθελοντική. Κανείς από τους ερωτώμενους δεν αρνήθηκε τη συμμετοχή του στην έρευνα. Οι απαντήσεις ήταν ανώνυμες και εμπιστευτικές, κάτι που αναφερόταν και γραπτώς στο ερωτηματολόγιο. Η διάταξη που καθόταν οι συμμετέχοντες, ένας πίσω από τον άλλον, και η ομαδική επιστροφή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων αύξησε πιθανόν το αίσθημα ασφάλειας για ειλικρινείς απαντήσεις.

Ο χρόνος που δόθηκε για τις απαντήσεις ήταν 40 λεπτά (81) και προηγίτο των εξετάσεων στα εκάστοτε μαθήματα.

Για τη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν στατιστικά πακέτα (Παράρτημα 2) και οι κάτωθι στατιστικές μέθοδοι:

1. Συγκρίσεις ποσοστών χωρίς ζεύγη test χ^2
2. Έλεγχος ανεξαρτησίας με το test χ^2
3. Τα Loglinear model
4. Σύγκριση μέσων τιμών χωρίς ζεύγη, t test
5. Συντελεστής συσχέτισης ρ του Spearman
6. Ανάλυση διακύμανσης για σύγκριση περισσότερων των δύο μέσων τιμών (ANOVA)
7. Σύγκριση μέσων τιμών χωρίς ζεύγη σε μεγάλα δείγματα z test.



Το Ερωτηματολόγιο S.K.AT

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ S.K.AT

A. Περιγραφή του S.K.AT

Το πρωτότυπο S.K.AT σχεδιάστηκε από τους Harold Lief και David Reed (81,82,139) και επανασχεδιάστηκε με τη βοήθεια των Kurt Ebert και Neville Vines στο κέντρο για τη Σεξουαλική Εκπαίδευση της Ιατρικής του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια στην Αμερική.

Διερευνά στάσεις - απόψεις (attitudes), γνώσεις και σεξουαλικές εμπειρίες και καταγράφει δημογραφικά στοιχεία.

Το 1990 ο βασικός εμπνευστής αυτού του ερευνητικού εργαλείου, συμπεριέλαβε ερωτήματα για το AIDS στο λεγόμενο S.K.AT-A (128).

Το S.K.AT τροποποιήθηκε για να εφαρμοστεί στα ελληνικά δεδομένα και αποτελείται από 5 μέρη, που είναι τα εξής:

1. Στάσεις με 24 ερωτήματα. Κάθε ερώτηση έχει 5 διαβαθμίσεις (κλίμακα LIKERT) και βαθμολογείται από 1-5. Υψηλή βαθμολογία δηλώνει κατά τον κατασκευαστή φιλελεύθερη στάση, ενώ χαμηλή βαθμολογία συντηρητική, γι' αυτό και στη μελέτη μας οι χαρακτηρισμοί φιλελεύθερος, συντηρητικός, χρησιμοποιούνται σύμφωνα με αυτή τη λογική, και όχι σύμφωνα με κρατούσες αντιλήψεις, οι οποίες είναι άλλωστε διάχυτες και υποκειμενικές. Το τμήμα των στάσεων αποτελείται από 4 κλίμακες.

α. Η κλίμακα των ετεροσεξουαλικών σχέσεων [Heterosexual Relations (HR)] με 8 ερωτήματα. Αυτή ασχολείται με τη γενική στάση του ατόμου απέναντι στους προ- και εξωγαμιαίους ετεροσεξουαλικούς συντρόφους. Ατομα με υψηλά HR σκορ θεωρούν τις προγαμιαίες σεξουαλικές σχέσεις ως αποδεκτές ή ακόμη επιθυμητές και για τους άνδρες και για τις γυναίκες. Αυτά τα άτομα βλέπουν τις εξωγαμιαίες σχέσεις ως δυνητικά ωφέλιμες περισσότερο από ότι βλαβερές. Χαμηλά σκορ υπαινύσσονται συντηρητική στάση σ' αυτόν τον τομέα.

β. Η κλίμακα των σεξουαλικών μύθων [Sexual Myths (SM)] με 8 ερωτήματα. Αυτή ασχολείται με την αποδοχή ή την απόρριψη από το άτομο κοινών εσφαλμένων αντιλήψεων. Υψηλά SM σκορ δείχνουν απόρριψη των εσφαλμένων αντιλήψεων. Χαμηλά σκορ δείχνουν αποδοχή των δημοφιλών εσφαλμένων αντιλήψεων.

γ. Η κλίμακα της έκτρωσης [Abortion (A)] με 3 ερωτήματα. Αυτή ασχολείται με τα γενικά, κοινωνικά, ιατρικά και νομικά ζητήματα απέναντι στην έκτρωση. Υψηλά A σκορ δηλώνουν έναν προσανατολισμό προς την αποδοχή των εκτρώσεων. Χαμηλά



σκορ υποδηλώνουν μη αποδοχή της έκτρωσης.

δ. Η κλίμακα του αυτοερωτισμού [Masturbation (M)] με 5 ερωτήματα. Αυτή αχολείται με τις γενικές στάσεις απέναντι στο επιτρεπτό των αυνανιστικών δραστηριοτήτων. Ατομα με υψηλά σκορ θεωρούν την αυτοερωτική διέγερση υγιή και αποδεκτή. Χαμηλά σκορ δηλώνουν προσανατολισμό που αντιμετωπίζει τον αυνανισμό σαν νοσηρή πράξη.

2. Γνώσεις με 10 ερωτήματα, που εξετάζουν τη φυσιολογία της αναπαραγωγής και την αντισύλληψη. Η απάντηση είναι σωστό - λάθος.

3. Εμπειρίες με 24 ερωτήματα, 9 ερωτήματα για ετερο- και ομο-σεξουαλικές εμπειρίες, 8 ερωτήματα για αυτοεκτίμηση ("σχέσεις", συγκρίσεις με συνομηλικούς, στάση οικογένειας, επηρεασμός από θρησκεία κ.λ.π), 1 ερώτημα για τον αυνανισμό, 6 ερωτήματα για αντισυλληπτικές μεθόδους (προτιμήσεις και χρήση).

4. Απόκτηση Γνώσεων και Εμπειριών με 5 ερωτήματα, που διερευνούν απόκτηση γνώσεων και εμπειριών, δηλαδή από ποιά πηγή αντλεί για πρώτη φορά πληροφορίες για το σεξ ο νέος, αν συζητά θέματα σεξουαλικά με τους γονείς του ή το σχολείο κ.λ.π. και

5. Κοινωνικοοικονομική Κατάσταση με 10 ερωτήματα που ερευνούν Φύλο, Ηλικία, Καταγωγή, Διαμονή, Έτος Σπουδών, Θρησκεία, Οικονομική Κατάσταση Οικογένειας, Επάγγελμα και Γραμματικές Γνώσεις Πατέρα - Μητέρας.

Το σύνολο των ερωτημάτων είναι 73.

Το S.K.AT εφαρμόστηκε ευρέως σε φοιτητές Ιατρικής (42,64,65,66,67,69, 70,84), Νοσηλευτές (140), σε κολλέγια, αλλά και σε ειδικευμένους γιατρούς (54,83), όπως προαναφέραμε, για ερευνητικούς και εκπαιδευτικούς σκοπούς.

Το S.K.AT αποτελεί ένα όργανο συλλογής πληροφοριών για τις στάσεις-απόψεις (Attitudes), τις σεξουαλικές γνώσεις ως και τις σεξουαλικές εμπειρίες (81,82). Είναι ευπροσάρμοστο σε έρευνες τοπικού και ειδικού χαρακτήρα. Δηλαδή, μπορεί να συμπεριλάβει ερωτήματα γύρω από τους τομείς του σεξ, που ερευνά, τα οποία διαμορφώνονται ανάλογα με τα δεδομένα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται. Για παράδειγμα τα ερωτήματα των σεξουαλικών μύθων μπορεί να τροποποιούνται ανάλογα με τις κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες από τις οποίες εξαρτώνται. Είναι ειδικού χαρακτήρα διότι υπάρχει η δυνατότητα ενσωμάτωσης νέων ερωτημάτων που διερευνούν ειδικές καταστάσεις όπως π.χ. το AIDS.

Το S.K.AT χρησιμοποιείται και ως εργαλείο και ως εγχειρίδιο αναφοράς



πληροφοριών. Με βάση το S.K.AT μπορεί να ταξινομηθούν, να αξιολογηθούν και να ανακοινωθούν πληροφορίες γύρω από τη σεξουαλική γνώση και συμπεριφορά, από τις οποίες εξάγονται αποτελέσματα πρόσφορα και για συγκρίσεις. Προορίζεται κυρίως για μελέτη ομάδων και όχι μεμονωμένων ατόμων. Μπορεί να μελετηθεί κάθε μέρος του, επιμέρους τμήματα των μερών του αλλά και κάθε ερώτημα ξεχωριστά και για αυτό χαρακτηρίζεται ως ευέλικτο και εύχρηστο εργαλείο έρευνας.

Οι δημιουργοί του το προορίζουν κυρίως για εκτίμηση σεξουαλικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, χορηγώντας το προ και μετά από μία σειρά μαθημάτων. Επίσης το προορίζουν και για εκπαιδευτικό όργανο, εφ' όσον τα ερωτήματα των γνώσεων του πρωτότυπου S.K.AT, το κάθε ένα ξεχωριστά, μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης και ειδικής διάλεξης.

Χρησιμοποιήθηκε επίσης και ως περιγραφικό όργανο των σεξουαλικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται, ως περιγραφικό κυρίως όργανο χρησιμοποιήθηκε και στην έρευνά μας.

B. Η Ιστορία του S.K.AT

Το 1965 οι Harold Lief και David Reed συγκέντρωσαν ερωτήσεις για το σεξ από τη βιβλιογραφία, την κλινική εμπειρία και τα επίμαχα κοινωνικά και σεξουαλικά ζητήματα και έφτιαξαν τον πρώτο πυρήνα του S.K.AT, που περιείχε 180 ερωτήσεις και υπήρχε η δυνατότητα χρήσης του στο σύνολο της μέσης εκπαίδευσης στην Αμερική. Εκτοτε, προστέθηκαν, διατηρήθηκαν ή αφαιρέθηκαν ερωτήματα, σύμφωνα με τις υποδείξεις ειδικών ερευνητών και το 1969 πρωτοχρησιμοποιήθηκε σε δείγμα 834 φοιτητών από ΗΠΑ, Βρετανία και Σουηδία για να δοκιμαστεί και στη συνέχεια να γίνουν βελτιωτικές τροποποιήσεις. Η δεύτερη αναθεωρημένη μορφή του S.K.AT χρησιμοποιήθηκε το 1970 σε δείγμα 2.274 φοιτητών Ιατρικής στις ΗΠΑ.

Στην αναθεωρημένη μορφή του S.K.AT, που έγινε τη δεκαετία του '70 και η οποία αποτελεί προϊόν έρευνας μίας δεκαετίας περίπου, βασίζεται το ερωτηματολόγιο της μελέτης μας. Εγιναν ορισμένες περικοπές ή αλλαγές ερωτημάτων για την καλύτερη προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα. Στο τμήμα των στάσεων, αλλά κυρίως στο τμήμα των εμπειριών και των δημογραφικών στοιχείων δεν έγιναν ουσιώδεις αλλαγές. Αποτελεί όμως αδυναμία του ερωτηματολογίου μας ο μικρός αριθμός ερωτήσεων του τμήματος των γνώσεων. Συμπεριλάβαμε μόνο βασικά ερωτήματα, διότι μία ευρύτερη συλλογή ερωτημάτων που θα ερευνούσαν τις γνώσεις του δείγματος μας, απαιτούσε ειδική προκαταρκτική μελέτη, ώστε να επιλεγούν ερωτήματα, τα οποία θα αποτελούσαν ερέθισμα διάλεξης ή συζήτησης σύμφωνα με το επίπεδο γνώσεων και αναγκών των ερωτηθέντων, ερωτήματα τα οποία θα αύξαναν



τη συνοχή του ερωτηματολογίου μας και θα εξυπηρετούσαν και ευρύτερους διδακτικούς σκοπούς. Η προκαταρκτική αυτή μελέτη στην παρούσα φάση δεν ήταν δυνατόν να υλοποιηθεί. Έτσι το ενδιαφέρον μας εστιάστηκε πρωτίστως στα υπόλοιπα τμήματα του S.K.AT.

Γ. Ερευνητικές στρατηγικές του S.K.AT

Η στρατηγική στην εφαρμογή του S.K.AT εξαρτάται από τους εκάστοτε ερευνητές, όμως υπάρχει και ένα γενικό μοντέλο κατευθύνσεων (81), το οποίο συνίσταται:

- α) στην περιγραφή ενός πληθυσμού
- β) στην περιγραφή συγκεκριμένων πληθυσμιακών υποομάδων
- γ) στις συσχετίσεις μεταξύ διαφόρων τμημάτων του S.K.AT
- δ) στις μελέτες πληθυσμιακών ομάδων (π.χ. φοιτητών) πριν και μετά την ειδική εκπαίδευσή τους, όπως προαναφέραμε
- ε) στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων που υπάρχουν, ώστε κάθε ερώτημα των μερών 1,3 και 5 να χρησιμοποιηθεί για την ταξινόμηση σε πληθυσμιακές υποομάδες ανάμεσα στις οποίες μπορούν να γίνουν σημαντικές συσχετίσεις.

Ένα ουσιαστικό χαρακτηριστικό του S.K.AT είναι η δυνατότητα χρησιμοποίησης συγκριτικών στοιχείων. Μάλιστα οι απαντήσεις και η βαθμολογία τους, όπως προκύπτουν από ένα συγκεκριμένο πληθυσμό έχουν ιδιαίτερη αξία όταν συσχετιστούν με αντίστοιχα συγκριτικά δεδομένα. Τέτοια δεδομένα για την Αμερική παρέχονται από το C.S.S.E.M (Center for the Study of Sex Education in Medicine). Τις γενικές κατευθύνσεις αυτής της στρατηγικής ακολουθούμε και στη μελέτη μας, μιά και ο βασικός μας σκοπός είναι να περιγράψουμε το δείγμα μας και να προβούμε σε συγκρίσεις υποομάδων και σε συσχετίσεις διαφόρων μεταβλητών. Ανάλογες έρευνες στη χώρα μας δεν έγιναν. Υπάρχουν όμως επιμέρους θέματα, τα οποία ερευνήθηκαν και τα οποία θα συζητηθούν σε σχέση με τα αποτελέσματά μας.

ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ S.K.AT

1. Ανάπτυξη των Κλιμάκων Στάσεων του S.K.AT

Οι παραγοντικές αναλύσεις των αποτελεσμάτων διαφόρων μορφών του S.K.AT αποκάλυψαν 4 παράγοντες στην περιοχή των στάσεων βάσει των οποίων κατασκευάστηκαν οι 4 κλίμακες, που περιγράφηκαν παραπάνω.



Η αξιοπιστία της εσωτερικής συνοχής (coefficient alpha) υπολογίζεται για αυτές τις κλίμακες range από 0.68 έως 0.86, δείχνοντας μετρίως καλή προς καλή εσωτερική συνοχή (internal consistency) των κλιμάκων για τις στάσεις του S.K.AT

2. Test - Retest Reliability

Μελέτη της σταθερότητας των ατομικών απαντήσεων στις ερωτήσεις συν τω χρόνω δεν ενδιέφερε την εκπαιδευτική έρευνα. Πιθανά, η υπόθεση είναι ότι σε καθεστώς έρευνας δεν υπάρχει λόγος να αμφιβάλλει κανείς ότι οι φοιτητές δεν θα δώσουν συνεπείς απαντήσεις σε πραγματικές (factual) ερωτήσεις και ότι σε μη πραγματικές (nonfactual) ερωτήσεις η αλλαγή στην απάντηση μπορεί να παριστά πραγματική αλλαγή παρά λάθος στην απάντηση (81). Δεν υπάρχουν μελέτες test-retest των απαντήσεων του S.K.AT., εκτός του τμήματος των γνώσεων όπου η αξιοπιστία με test-retest ήταν 0.87 (81,141). Παρ' όλα αυτά η Parten αναφέρει συνοψίζοντας ότι στις ανασκοπήσεις της test-retest αξιοπιστίας απαντήσεων σε ερωτήσεις προσωπικών πληροφοριών, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν σε επιδημιολογικές έρευνες, τα ποσοστά συμφωνίας ήταν συνήθως γύρω στα 80% (82).

3. Test - Retest Reliability "Ελληνικού" S.K.AT.

Προσπαθήσαμε να συγκρίνουμε την αξιοπιστία των ερωτήσεων χορηγώντας το ίδιο ερωτηματολόγιο στα ίδια άτομα (N=50) σε χρονική διαφορά 15 ημερών. Από αυτούς λόγω μη επαρκούς συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου αξιολογήθηκαν 40.

Συγκρίναμε τις απαντήσεις τους στις ερωτήσεις των στάσεων και ελέγξαμε κατά πόσο διαφέρουν ή μοιάζουν αυτές μεταξύ τους ελέγχοντας έτσι την αξιοπιστία. Χρησιμοποιήσαμε το test συγκρίσεως ζευγών του Wilcoxon για την κάθε μία από τις ερωτήσεις χωριστά, διότι τα δεδομένα είναι ποιοτικά και ελέγχονται με το test Wilcoxon ως προς την ομοιότητά τους. Σε καμία από τις ερωτήσεις των στάσεων δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις τους κατά την χορήγηση προ και μετά, εκτός από τις ερωτήσεις 11 και 18 όπου οι απαντήσεις διαφέρουν στατιστικά με επίπεδο σημαντικότητας 1% και 1% αντίστοιχα. (πίνακας 1).

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι το τμήμα των στάσεων του ερωτηματολογίου μας εμφανίζει αξιοπιστία αφού στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι απαντήσεις αποδεικνύονται αξιόπιστες.



Πίνακας Ι: Ελεγχος αξιοπιστίας των ερωτήσεων των στάσεων του ερωτηματολογίου μας με βάση το test σύγκρισης ζευγών του Wilcoxon

Ερωτήσεις Στάσεων	Τιμές του Wilcoxon Test			P
	α/α	T	T	
Σ _{1α}	7.5	2.5	4	Μη σημαντικό
Σ _{1γ}	58	20	12	"
Σ ₂	142	134	23	"
Σ ₃	39	39	17	"
Σ ₄	171	105	23	"
Σ ₅	171	105	23	"
Σ ₆	116.5	93.5	20	"
Σ ₇	77	43	15	"
Σ ₈	120	90	20	"
Σ ₉	150.5	149.5	24	0.1
Σ ₁₀	147	43	19	Μη σημαντικό
Σ ₁₁	138	15	17	"
Σ ₁₂	107	107	23	"
Σ ₁₃	127	127	29	"
Σ ₁₄	256	240	31	"
Σ ₁₅	49.5	41.5	13	"
Σ ₁₆	43	43	14	"
Σ ₁₇	181	144	25	"
Σ ₁₈	92	13	14	0.1
Σ ₁₉	141	141	24	Μη σημαντικό
Σ ₂₀	121	121	22	"
Σ ₂₁	156.5	156.5	26	"
Σ ₂₂	94.5	94.5	22	"
Σ ₂₃	241	224	30	"
Σ ₂₄	64	64	16	"



4. Εγκυρότητα

Έχει δειχθεί (81) ότι όλες οι ερωτήσεις του S.K.AT είναι ευθείς και άμεσα κατανοητές. Κάθε ερώτηση στοχεύει στην απόκτηση αυτής ακριβώς της πληροφορίας που απαιτείται από τη διατύπωσή της. Όλες οι ερωτήσεις του S.K.AT θεωρούνται ότι έχουν εγκυρότητα όψεως (face validity).

Μπορεί να σημειωθεί επίσης ότι σε έρευνες, όπου ομάδες παρά άτομο είναι μονάδες ανάλυσης, οι τυχόν ανακριβείς απαντήσεις κάποιων ερωτώμενων τείνουν να μην επηρεάζουν σημαντικά τα τελικά αποτελέσματα.

Είναι επίσης προφανές ότι πληροφορίες που συλλέγονται για ερευνητικούς σκοπούς δίνονται με μεγαλύτερη ακρίβεια, αυξάνοντας έτσι την εγκυρότητα, σε αντιδιαστολή με πληροφορίες που δίνονται για πρόσληψη σε εργασία ή εισαγωγή σε εκπαιδευτικό ίδρυμα (82). Η εγκυρότητα της κατασκευής των κλιμάκων των στάσεων του S.K.AT ελέγχθηκε και θεμελιώθηκε (81) με τον υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης μεταξύ θεματικών ενοτήτων του S.K.AT και των κλιμάκων των στάσεων. Λόγω του μεγάλου μεγέθους του δείγματος που χρησιμοποίησε ο κατασκευαστής (81), ακόμα και οι πολύ μικροί συντελεστές συσχέτισης της τάξεως του 10-15%, είναι στατιστικώς σημαντικοί με επίπεδο σημαντικότητας 0.01.

Χρήσεις του S.K.AT και Αποτελέσματα διαφόρων Μελετών για τη Σεξουαλικότητα

α) Το S.K.AT έχει χρησιμοποιηθεί από άλλους ερευνητές για να περιγράψει το σεξουαλικό προφίλ φοιτητών Ιατρικής και άλλων εκπαιδευομένων επαγγελματιών υγείας (42,69,70,93). Το φύλο σε ορισμένες έρευνες (42) βρέθηκε να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των απόψεων για το σεξ και στην απόκτηση σεξουαλικών εμπειριών, σε άλλες όμως δεν εντοπίστηκαν διαφορές των φύλων (92).

Ετσι Ο Η. Lief (42) βρήκε ότι όσον αφορά τις στάσεις, τα δύο φύλα εμφανίζουν διαφορές π.χ. οι Αμερικανίδες φοιτήτριες της Ιατρικής είναι πιο φιλελεύθερες από τους άνδρες φοιτητές της Ιατρικής στον τομέα των σεξουαλικών μύθων. Επίσης βρήκε σημαντικές διαφορές στις συγκρίσεις που έκανε σε πληθυσμούς διαφόρων εκπαιδευτικών βαθμίδων. Ετσι βρήκε ότι άνδρες φοιτητές Ιατρικής είναι πιο φιλελεύθεροι από άνδρες σπουδαστές Νοσηλευτικής και άλλους φοιτητές Κολλεγίων, αλλά πιο συντηρητικοί από τελειόφοιτους φοιτητές διαφόρων σχολών και των δύο φύλων.

Για τις τελειόφοιτες νοσηλεύτριες, βρήκε ότι είναι πιο φιλελεύθερες από ότι



οι άνδρες φοιτητές Ιατρικής, ως προς την απόρριψη των σεξουαλικών μύθων. Αυτό μπορεί να οφείλεται, υποστηρίζει ο Lief, στο γεγονός ότι έχουν καλύτερη γνώση από ότι οι άνδρες φοιτητές Ιατρικής, αν και η διαφορά τους στο κομμάτι του ερωτηματολογίου που αφορά τις γνώσεις, δε βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική. Τονίζεται δε ότι δεν παίζει ρόλο η βαθμίδα αυτή καθ' εαυτή, αλλά οι γνώσεις για τα σεξουαλικά θέματα.

Όσον αφορά τις αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ στάσεων, γνώσεων και εμπειριών, υποστηρίζει ο Lief, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Αναλύσεις των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών του S.K.A.T, από άλλους ερευνητές, καταλήγουν σε διαφορετικά συμπεράσματα. Έτσι οι Hoch και συνερ. (69,70) δε βρήκαν καμία σημαντική συσχέτιση σεξουαλικών εμπειριών και κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης (φύλο, καταγωγή, μόρφωση γονέων). Μόνον οι σεξουαλικές γνώσεις και στάσεις ήταν ισχυρά συσχετισμένες με όλες τις ομάδες μεταβλητών, πλην εκείνων που εξετάζουν την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση.

Ο Chan (93) βρήκε ότι η σεξουαλική εμπειρία δεν ήταν αιτιολογικά συνδεδεμένη με τις στάσεις αλλά ήταν ασθενώς συνδεδεμένη με τις γνώσεις και την επιτρεπτικότητα της οικογένειας ως προς το σεξ.

Η αρχική του υπόθεση ότι οι σεξουαλικές γνώσεις και αξίες, θα επηρέαζαν τις σεξουαλικές στάσεις, οι οποίες με τη σειρά τους θα επιδρούσαν στις σεξουαλικές συμπεριφορές, επιβεβαιώθηκε μόνον όσον αφορά τη σύνδεση γνώσεων, στάσεων και εμπειριών αυνανισμού. Μελέτη (42) αποδεικνύει ότι φοιτητές και φοιτήτριες Ιατρικής με μεγάλη εμπειρία (σεξουαλικές σχέσεις με πάνω από πέντε ερωτικούς συντρόφους) έχουν πιο φιλελεύθερες στάσεις και περισσότερες γνώσεις από φοιτητές και φοιτήτριες, που ήταν σεξουαλικά ανενεργοί, επισημαίνοντας έτσι την σχέση εμπειριών, στάσεων και σεξουαλικών γνώσεων.

Το φύλο επίσης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και στην απόκτηση εμπειριών. Από πολλές έρευνες διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες έχουν λιγότερες σεξουαλικές εμπειρίες από τους άνδρες κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της πρώιμης νεαρής ηλικίας (69,70,92,93,97,98).

Δεν υπάρχουν μελέτες που να δείχνουν αν και κατά ποιό τρόπο η κοινωνική τάξη επηρεάζει την ανθρώπινη σεξουαλικότητα, ενώ είναι πολυσυζητημένη η στάση των γονέων απέναντι στη σεξουαλικότητα και η σχέση με τη θρησκεία (109,122,127). Η Daugherty και οι συνεργάτες της (127) βρήκαν ότι η σεξουαλική συμπεριφορά και οι σεξουαλικές απόψεις φοιτητριών Πανεπιστημίου είχαν περισσότερη σχέση με τις απόψεις των συνομηλικών τους παρά με τις απόψεις των γονέων και της εκκλησίας. Αντίθετα οι άνδρες φοιτητές επηρεαζόταν περισσότερο από τις απόψεις των γονέων



τους. Οσον αφορά τη συμπεριφορά αντισύλληψης καμμία από τις πηγές επίδρασης (γονείς, συνομήλικοι, εκκλησία) δεν σχετιζόταν με αυτήν. Άλλη έρευνα (109) υποστηρίζει ότι φοιτήτριες ήταν σεξουαλικά δραστήριες και χρησιμοποιούσαν αντισύλληψη αντιστρόφως ανάλογα προς το βαθμό θρησκευτικότητας. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι η αποδοχή της έκτρωσης επηρεαζόταν αρνητικά από το βαθμό θρησκευτικότητας. Σε σχέση με τις αντισυλληπτικές μεθόδους, το προφυλακτικό, το χάπι και η απόσυρση αποτελούν τις πλέον δημοφιλείς μεθόδους σε άλλοτε άλλη σειρά σε διάφορες μελέτες (94,129,131,136,137,138). Οσον αφορά την έκτρωση πάλι υπάρχουν έρευνες (121,136) που δείχνουν τα υψηλά ποσοστά εκτρώσεων, παρά τις οργανωμένες υπηρεσίες προγραμματισμού στα διάφορα κράτη και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των ατόμων.

Ο αυνανισμός είναι επίσης ένα από τα θέματα σεξουαλικότητας που εστιάζεται το ενδιαφέρον των ερευνητών. Ο Kinsey και οι συνεργάτες του (16) βρήκε τις πιο συντηρητικές στάσεις για τον αυνανισμό σε άτομα χαμηλότερου μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου. Η στάση των γονέων για τον αυνανισμό παίζει σημαντικό ρόλο. Έρευνα (122) υποστηρίζει ότι γονείς με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης και φιλελεύθερες σεξουαλικές στάσεις ήταν πιο θετικοί στα περισσότερα θέματα στάσεων για τον αυνανισμό και ανέφεραν τις περισσότερες περιπτώσεις αυνανισμού των παιδιών τους, σε σχέση με γονείς χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Το πλέον κοινό εύρημα στις μελέτες του αυνανισμού είναι οι διαφορές ως προς την ηλικία έναρξης του αυνανισμού, και ως προς την αυνανιστική εμπειρία μεταξύ των φύλων. Έτσι οι άνδρες αυνανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό και πρωιμότερα από τις γυναίκες (97,98,142).

Το μικρό ποσοστό, περίπου 10% των ατόμων που δηλώνει κάποιου είδους ομοφυλόφιλη εμπειρία, όπως φαίνεται από διάφορες έρευνες (69,70), έρχεται σε αντίθεση με τα μεγαλύτερα ποσοστά, που επισημαίνονται από ειδικούς μελετητές της σεξουαλικότητας (16,17,18,19,21). Ο Lief διαπιστώνει την έλλειψη γνώσεων για το σεξ σε επαγγελματίες υγείας (44,48). Τέλος έρευνες επισημαίνουν τις διαφορές απόψεων σε φοιτητές Ιατρικής διαφόρων εθνικοτήτων (69,70,93).

β) Το S.K.A.T είναι ίσως το πιο πλατιά χρησιμοποιημένο εργαλείο για την αξιολόγηση της εκπαιδευτικής εμπειρίας σχετικά με την ανθρώπινη σεξουαλικότητα. Οι Garrard και συν. (61,62) χορήγησαν το S.K.A.T σε ένα πρόγραμμα πριν και μετά-αξιολόγησης ενός σεμιναρίου 2 εβδομάδων πάνω στην ανθρώπινη σεξουαλικότητα για φοιτητές Ιατρικής και για άτομα από την κοινότητα. Αυτοί οι συγγραφείς ανέφεραν ότι όλες οι κατηγορίες των συμμετεχόντων έδειξαν σημαντική αλλαγή στη βαθμολογία των



στάσεων προς την κατεύθυνση της μεγαλύτερης φιλελευθεροποίησης των στάσεων. Για τον τομέα των γνώσεων, οι ομάδες των φοιτητών της Ιατρικής δεν αύξησαν τα score τους, ενώ όλες οι άλλες κατηγορίες αύξησαν σημαντικά τα score τους, όσον αφορά τις γνώσεις. Σε αντίθεση οι Golden και Liston (68) δε βρήκαν αλλαγές στο S.K.A.T, μετά από ένα πρόγραμμα μαθημάτων για δευτεροετείς φοιτητές Ιατρικής. Και οι δύο αυτές μελέτες χρησιμοποίησαν την πρώτη μορφή του S.K.A.T, η οποία περιλάμβανε μόνο μία κλίμακα για τις στάσεις. Κάποιες ακόλουθες εργασίες έχουν χρησιμοποιήσει την Form 2 του S.K.A.T με τις 4 υποκλίμακες για τις στάσεις.

Οι Marcotte και συν.(64,65) συνέλεξαν βαθμολογίες του S.K.A.T πριν και μετά από μία εβδομαδιαίο πρόγραμμα μαθημάτων για πρωτοετείς φοιτητές Ιατρικής και ανέφεραν σημαντικές αλλαγές στις γνώσεις και στάσεις σε όλες τις υποκλίμακες του S.K.A.T. Σε μία αξιολόγηση ενός τριήμερου workshop για επαγγελματίες υγείας στη συμβουλευτική, όσον αφορά το σεξ των σωματικά μειονεκτούντων, ο Kreger (141) βρήκε σημαντικές αυξήσεις, στο κομμάτι που αφορά τις γνώσεις, αλλά σημαντικές αλλαγές στο κομμάτι των στάσεων βρέθηκαν μόνο στις υποκλίμακες αυτοερωτισμού και ετεροφυλικών σχέσεων.

Οι Mims και συν. (141) ανέφεραν ότι ένα πενταήμερο πρόγραμμα μαθημάτων είχε ως αποτέλεσμα σημαντικές αυξήσεις σε όλες τις υποκλίμακες των στάσεων εκτός της κλίμακας της έκτρωσης, καθώς επίσης και σημαντική αύξηση στην κλίμακα των γνώσεων.

Σε μία πειραματική μελέτη που συνέκρινε 2 διαφορετικά σεμιναριακά σχήματα, ο Vines (52) βρήκε σημαντικές διαφορές στο κομμάτι της γνώσης, αλλά όχι στις υποκλίμακες των στάσεων του S.K.A.T, μεταξύ σπουδαστών που το είχαν παρακολουθήσει. Επιπρόσθετα στη μελέτη του Vines μόνο άλλη μία δημοσιευμένη αξιολόγηση, που χρησιμοποίησε το S.K.A.T, πήγε παραπέρα από το απλό σχέδιο εκτίμησης πριν και μετά.

Οι Garrard και συν. (63) αξιολόγησαν ένα σεμινάριο πάνω στην ανθρώπινη σεξουαλικότητα για δευτεροετείς φοιτητές Ιατρικής. Το S.K.A.T, όπως επίσης και άλλα εργαλεία, δόθηκε πριν και μετά και επίσης σε follow-up, 6 και 12 μήνες μετά. Ανέφεραν παρόμοια αποτελέσματα και για τις γνώσεις και για τις στάσεις. Δεν υπήρχε σημαντική αύξηση στη βαθμολογία πριν και μετά, αλλά μία σημαντική μείωση από μετά τους 6 μήνες και από τους 6 στους 12 μήνες.

Υπάρχουν και άλλα ερευνητικά εργαλεία που ερευνούν τη σεξουαλικότητα, τα οποία φαίνονται στο παράρτημα I και στο οποίο επιχειρείται και η σύγκρισή τους με το S.K.A.T.



Υλικό**1. Φύλο**

Το δείγμα της έρευνας αποτελείτο, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, από 455 άτομα. Από αυτά 40.22% ήταν άνδρες και 56.26% ήταν γυναίκες, ενώ 3.52% δεν δήλωσαν το φύλο τους.

Από το σύνολο των ερωτηθέντων οι 244 ήταν φοιτητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μικρών και μεγάλων ετών. Από αυτούς 51.64% ήταν άνδρες και 45.49% ήταν γυναίκες, ενώ 2.87% δεν δήλωσαν το φύλο τους.

Οι 148 ήταν σπουδαστές της Νοσηλευτικής Σχολής των ΤΕΙ (Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα) Ιωαννίνων, μικρών και μεγάλων εξαμήνων. Από αυτούς 15.54% ήταν άνδρες και 81.76% γυναίκες, ενώ 2.7% δεν δήλωσαν το φύλο τους.

Τέλος οι 63 ήταν σπουδαστές Φυτικής Παραγωγής, τμήματος του ΤΕΙ Αρτας, μικρών και μεγάλων εξαμήνων. Από αυτούς 53.97% ήταν άνδρες και 38.10% ήταν γυναίκες, ενώ 7.94% δεν δήλωσαν το φύλο τους.

	Ιατρική	Νοσηλευτική (ΤΕΙ)	Φυτική Παραγωγή (ΤΕΙ)
	n %	n %	n %
Ανδρες	126 (51.64)	23 (15.54)	34 (53.97)
Γυναίκες	111 (45.49)	121 (81.76)	24 (38.10)
Δε Δήλωσαν	7 (2.87)	4 (2.70)	5 (7.94)
Σύνολο	244 (100)	148 (100)	63 (100)

Παρατηρείται ότι σε όλα σχεδόν τα ερωτήματα υπάρχει ένα μικρό ποσοστό φοιτητών, όλων των σχολών, που δεν συμπλήρωσε επαρκώς το ερωτηματολόγιο. Έτσι για παράδειγμα στην Ιατρική σχολή και στα δημογραφικά στοιχεία, δεν συμπλήρωσαν επαρκώς το ερωτηματολόγιο ως εξής: Φύλο 2.87%, Ηλικία 0%, Καταγωγή 6.14%, Θρησκεία 5.3%, Οικονομική Κατάσταση 2%, Απασχόληση γονέων 2.8%, Μόρφωση γονέων 2%. Άρα οι διαφορές που παρατηρούνται σε όλους τους πίνακες που ακολουθούν, σε σχέση με το συνολικό αριθμό των ερωτώμενων, κατά σχολή και στο σύνολο, οφείλονται στο ότι δεν συμπεριλαμβάνονται όσοι δεν συμπλήρωσαν επαρκώς το ερωτηματολόγιο.



2. Ηλικία

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτική Παραγωγή		Σύνολο	
Ηλικία	N	%	N	%	N	%	N	%
18 - 21	46	18.8	98	66.2	39	61.9	183	40.2
22 - 23	54	22.2	40	27.0	18	28.6	112	24.6
24 - 26	126	51.6	6	4.0	1	1.6	133	29.2
>26	18	7.4	4	2.8	5	7.9	27	6.0
Σύνολο	244	100	148	100	63	100	455	100

Παρατηρούμε ότι οι φοιτητές της Ιατρικής Σχολής είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία, 51.6% αυτών είναι ηλικίας 24-26 ετών. Ποσοτό 66.2% και 61.9% των σπουδαστών Νοσηλευτικής και Φυτικής Παραγωγής αντίστοιχα είναι 18-21 ετών. Οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές $\chi^2_{(16)} = 196.66$, $P < 0.001$.

3. Καταγωγή

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτική Παραγωγή		Σύνολο	
Καταγωγή	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόλη	179	78.2	71	51	37	65	287	67.5
Χωριό	50	21.8	68	49	20	35	138	32.5
Σύνολο	229	100	139	100	57	100	425	100

Οι διαφορές ως προς την καταγωγή είναι στατιστικά σημαντικές $\chi^2_{(2)} = 29.14$, $P < 0.001$ με τους φοιτητές Ιατρικής να κατάγονται οι περισσότεροι από πόλη, σε σχέση με τους σπουδαστές Νοσηλευτικής και Φυτικής Παραγωγής.



4. Θρησκεία

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτική Παραγωγή		Σύνολο	
Απάντηση	N	%	N	%	N	%	N	%
Ναί	137	59.3	96	69	46	79.3	279	65.1
Όχι	94	40.7	43	31	12	20.7	149	34.9
Σύνολο	231	100	139	100	58	100	428	100

Οι περισσότεροι των φοιτητών και σπουδαστών δηλώνουν ότι είναι θρησκευόμενοι (δεν ερευνάται το θρήσκευμα), όμως οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές μεταξύ των τριών σχολών $\chi^2_{(2)}=9.53$, $P<0.008$, με τους φοιτητές της Ιατρικής να δηλώνουν σε ποσοστό 40.7% ότι δεν είναι θρησκευόμενα άτομα, έναντι του 31% και 20.7% της Νοσηλευτικής και Φυτικής Παραγωγής αντίστοιχα.

5. Οικονομική Κατάσταση

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτική Παραγωγή		Σύνολο	
Κατάσταση	N	%	N	%	N	%	N	%
Πολύ καλή	37	15.5	18	12.3	3	5.0	58	13.0
Αρκετά καλή	116	48.5	55	37.7	17	28.3	188	42.2
Μέτρια	83	34.7	65	44.5	35	58.4	183	41.1
Κακή	3	1.3	8	5.5	5	8.3	16	3.7
Σύνολο	239	100	146	100	60	100	445	100

Ποσοστό 64% των φοιτητών της Ιατρικής δηλώνουν ότι η οικονομική τους κατάσταση είναι πολύ καλή και αρκετά καλή, ενώ 50% των σπουδαστών Νοσηλευτικής και 66.7% των σπουδαστών Φυτικής Παραγωγής δηλώνουν ότι η οικονομική κατάστασή τους είναι μέτρια ή κακή. Οι διαφορές στις τρεις σχολές είναι στατιστικά σημαντικές $\chi^2_{(6)}=25.77$, $P<0.001$.



6. Απασχόληση Γονέων

A) Απασχόληση γονέων φοιτητών Ιατρικής

Απασχόληση	Πατέρας		Μητέρα	
	N	%	N	%
Αγρότης/Εργάτης	28	11.8	17	7.5
Ανεργος	1	0.4	0	0
Επιστήμονας	30	12.6	14	6.2
Ελεύθερος Επαγγελματίας/Υπάλληλος	178	75.2	74	32.6
Νοικοκυρά	-	-	122	53.7
Σύνολο	237	100	227	100

B) Απασχόληση γονέων σπουδαστών Νοσηλευτικής

Απασχόληση	Πατέρας		Μητέρα	
	N	%	N	%
Αγρότης/Εργάτης	56	38.4	34	23.6
Ανεργος	1	0.7	1	0.7
Επιστήμονας	1	0.7	0	0
Ελεύθερος Επαγγελματίας/Υπάλληλος	88	60.2	24	16.7
Νοικοκυρά	-	-	85	59.0
Σύνολο	146	100	144	100



Γ) Απασχόληση γονέων σπουδαστών Φυτικής Παραγωγής

Απασχόληση	Πατέρας		Μητέρα	
	N	%	N	%
Αγρότης/Εργάτης	23	38.3	14	25.5
Ανεργος	1	1.7	0	0
Επιστήμονας	1	1.7	0	0
Ελεύθερος Επαγγελματίας/Υπάλληλος	35	58.3	11	20.0
Νοικοκυρά	-	-	30	54.5
Σύνολο	60	100	55	100

Τα επαγγέλματα των γονέων των φοιτητών Ιατρικής είναι καλύτερα σε σχέση με τα επαγγέλματα των γονέων των σπουδαστών ΤΕΙ. Έτσι στην Ιατρική 12.2% είναι εργάτες, αγρότες και άνεργοι, ενώ 87.8% είναι επιστήμονες και υπάλληλοι, για τους πατεράδες. Αντίστοιχα στη Νοσηλευτική τα ποσοστά είναι 39.1% και 60.9% και στη Φυτική Παραγωγή τα ποσοστά είναι 40% και 60%.

Για τις μητέρες στην Ιατρική 7.5% είναι αγρότισσες και εργάτριες και 38.8% επιστήμονες και υπάλληλοι, ενώ στη Νοσηλευτική τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 24.3% και 16.7% καθώς και στη Φυτική Παραγωγή 25.5% και 20%. Σε όλες τις σχολές οι μητέρες πάνω από 50% είναι νοικοκυρές. Δεν υπάρχουν διαφορές ως προς το φύλο στην Ιατρική Σχολή, στις άλλες σχολές δεν διερευνήθηκαν οι τυχόν υπάρχουσες διαφορές λόγω μη επαρκούς αντιπροσώπευσης των δύο φύλων, ιδιαίτερα στη Νοσηλευτική Σχολή.



7. Μόρφωση Γονέων**A) Μόρφωση γονέων φοιτητών Ιατρικής**

Μόρφωση	Πατέρας		Μητέρα	
	N	%	N	%
Αγράμματος	4	1.7	6	2.5
Κατώτερη Εκπαίδευση	57	23.8	86	36.1
Μέση Εκπαίδευση	71	29.7	87	36.6
Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση	107	44.8	59	24.8
Σύνολο	239	100	238	100

B) Μόρφωση γονέων σπουδαστών Νοσηλευτικής

Μόρφωση	Πατέρας		Μητέρα	
	N	%	N	%
Αγράμματος	4	2.7	12	8.3
Κατώτερη Εκπαίδευση	91	62.3	103	71.0
Μέση Εκπαίδευση	40	27.4	26	18.0
Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση	11	7.6	4	2.7
Σύνολο	146	100	145	100

Γ) Μόρφωση γονέων σπουδαστών Φυτικής Παραγωγής

Μόρφωση	Πατέρας		Μητέρα	
	N	%	N	%
Αγράμματος	2	3.4	6	10.3
Κατώτερη Εκπαίδευση	30	50.8	34	58.6
Μέση Εκπαίδευση	17	28.8	17	29.3
Ανώτερη/Ανώτερα Εκπαίδευση	10	17.0	1	1.8
Σύνολο	59	100	58	100



Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές (Πατέρας: $\chi^2_{(6)} = 83.37$, $P < 0.001$, Μητέρα: $\chi^2_{(6)} = 79.257$, $P < 0.001$) ως προς τη μόρφωση των γονέων στις τρεις σχολές, με τους γονείς των φοιτητών Ιατρικής να εμφανίζονται πιο μορφωμένοι από τους γονείς των ΤΕΙ. Έτσι στην Ιατρική για τους πατεράδες 23.8% είναι κατώτερης εκπαίδευσης και 44.8% ανώτερης και ανώτατης. Στη Νοσηλευτική και Φυτική Παραγωγή τα αντίστοιχα ποσοστά είναι: 62.3% - 7.6% και 50.8% - 17%. Για τις μητέρες στην Ιατρική 36.1% είναι κατώτερης εκπαίδευσης, 36.6% μέσης και 24.8% ανώτερης και ανώτατης. Για τη Νοσηλευτική τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 71%, 18%, 2.7% και για τη Φυτική Παραγωγή 58.6%, 29.3%, 1.8%



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την επεξεργασία των απαντήσεων των μερών του ερωτηματολογίου προέκυψαν τα κάτωθι:

ΣΤΑΣΕΙΣ

Η μελέτη των σεξουαλικών στάσεων συνίσταται:

1. στη διερεύνηση των διαφορών των στάσεων των δύο φύλων στην Ιατρική Σχολή
2. στη διερεύνηση των διαφορών των σεξουαλικών στάσεων απόμων του ίδιου φύλου (γυναικών) κατά σχολή
3. στη διερεύνηση των διαφορών των σεξουαλικών στάσεων των δύο φύλων στο συνολικό δείγμα και
4. στη διαπολιτισμική διερεύνηση σεξουαλικών στάσεων μεταξύ φοιτητών Ιατρικής διαφόρων εθνικοτήτων.

1. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΑΣΕΩΝ - ΑΠΟΨΕΩΝ ΑΝΔΡΩΝ - ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

Επιλέξαμε τους φοιτητές και φοιτήτριες της Ιατρικής για να μελετήσουμε την επίδραση του φύλου στις στάσεις - απόψεις τους, να μελετήσουμε δηλαδή τις διαφορές που έχουν τα δύο φύλα στις στάσεις - απόψεις τους για τη σεξουαλικότητα.

Η επιλογή της Ιατρικής έγινε δεδομένου ότι στο δείγμα το προερχόμενο από τη σχολή αυτή, η αναλογία των δύο φύλων είναι ικανοποιητική σε αντίθεση με άλλες σχολές.

Ετσι μελετήθηκαν 244 φοιτητές και φοιτήτριες Ιατρικής διαφόρων ετών. Ποσοστό 2.9% αποκλείσθηκαν διότι δεν συμπλήρωσαν επαρκώς το ερωτηματολόγιο. Από τους αξιολογηθέντες 53.2% ήταν άνδρες και 46.8% γυναίκες, ίδιας περίπου μέσης ηλικίας (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Διαφορές Στάσεων-Απόψεων Ανδρών-Γυναικών στην Ιατρική - Υλικό

- 244 φοιτητές και φοιτήτριες Ιατρικής (I) διαφόρων ετών
- 7 (2.9%) αποκλείσθηκαν
- 237 αξιολογήθηκαν
- 126 άνδρες, μέσης ηλικίας 23.69 (± 1.93) έτη
- 111 γυναίκες, μέσης ηλικίας 23.44 (± 2.22) έτη



Ο Πίνακας 2 δείχνει ότι οι άνδρες στην κλίμακα σεξουαλικών μύθων έχουν μέσο όρο βαθμολογίας 2.95 (± 0.45) ενώ οι γυναίκες 3.08 (± 0.42). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($P=0.022$) με τις γυναίκες να εμφανίζονται περισσότερο φιλελεύθερες στο θέμα αυτό. Απορρίπτονται δηλαδή κοινές σεξουαλικές αντιλήψεις γύρω από το σεξ περισσότερο από τους άνδρες.

Στην κλίμακα των ετεροσεξουαλικών σχέσεων οι γυναίκες έχουν περισσότερο φιλελεύθερες απόψεις για τις ετεροσεξουαλικές σχέσεις, δηλαδή οι γυναίκες θεωρούν τις προγαμιαίες σεξουαλικές σχέσεις ως αποδεκτές ή ακόμα και επιθυμητές και για τους άνδρες και για τις γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Στην κλίμακα του αυνανισμού οι γυναίκες εμφανίζονται πιο συντηρητικές από τους άνδρες, δηλώνοντας π.χ. τον αυνανισμό ως νοσηρή πράξη περισσότερο από τους άνδρες. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Και τέλος στην κλίμακα της έκτρωσης η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική με τις γυναίκες να δηλώνουν πιο φιλελεύθερη στάση όσον αφορά την αποδοχή της έκτρωσης.

Πίνακας 2: Διαφορές Στάσεων-Απόψεων Ανδρών-Γυναικών Ιατρικής - Αποτελέσματα

	Ανδρες	Γυναίκες		
	ΜΟ (\pm ΣΑ)	ΜΟ (\pm ΣΑ)	t	P
Σεξουαλικοί μύθοι	2.95(\pm .45)	3.08(\pm .42)	-2.30	.022*
Ετεροσεξουαλικές Σχέσεις	4.00(\pm .49)	4.13(\pm .51)	-2.03	.044*
Αυνανισμός	3.64(\pm .67)	3.40(\pm .70)	2.70	.008**
Εκτρωση	3.24(\pm .97)	3.59(\pm .92)	-2.86	.005**

2. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΑΣΕΩΝ-ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΣΧΟΛΗ

Επιλέγησαν οι γυναίκες για να μελετηθούν οι διαφορές τους στις στάσεις - απόψεις κατά σχολή, διότι τα ποσοτά των ανδρών στις τρεις σχολές ήταν



δυσανάλογα.

Μελετήθηκαν 256 φοιτήτριες και σπουδάστριες, εκ των οποίων οι 111 της Ιατρικής, 121 της Νοσηλευτικής και 24 της Φυτικής Παραγωγής (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Διαφορές Στάσεων-Απόψεων των Γυναικών κατά Σχολή - Υλικό

- 256 Φοιτήτριες και Σπουδάστριες
- 111 Ιατρικής, ηλικίας 23,44 (± 2.22) έτη
- 121 Νοσηλευτικής, ηλικίας 20.73 (± 1.38) έτη
- 24 Φυτικής Παραγωγής, ηλικίας 20.79 (± 1.25) έτη

Η στατιστική ανάλυση της διακύμανσης (ANOVA) (Πίνακας 4) έδειξε τα εξής:

α) Στις κλίμακες των σεξουαλικών μύθων, των ετεροσεξουαλικών σχέσεων και της έκτρωσης οι διαφορές των στάσεων - απόψεων ήταν στατιστικά σημαντικές, οι φοιτήτριες δηλαδή της Ιατρικής έχουν πιο φιλελεύθερες απόψεις σε σχέση με τις σπουδάστριες.

β) Στην κλίμακα του αυνανισμού οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Όσον αφορά τη σύγκριση των φοιτητριών και των σπουδαστριών (Πίνακας 5) ανάλογα με τον τόπο καταγωγής και τη θρησκεία, η στατιστική ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στον τόπο καταγωγής (οι φοιτήτριες της Ιατρικής κατάγονται σε μεγαλύτερο ποσοστό, 81.1%, από πόλη, σε σχέση με τις σπουδάστριες), ενώ δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο ερώτημα αν είναι θρησκευόμενες ή όχι. Αξιοσημείωτο είναι το υψηλό ποσοστό θρησκευομένων φοιτητριών και σπουδαστριών.

Η σύγκριση της οικονομικής κατάστασης (πίνακας 5) και του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα (πίνακας 7), έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις τρεις σχολές, με τις φοιτήτριες της Ιατρικής να δηλώνουν υψηλότερο οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο του πατέρα.



Πίνακας 4: Διαφορές Στάσεων-Απόψεων των Γυναικών κατά Σχολή - Αποτελέσματα

	Ιατρική	Νοσηλευτική	Φυτικής Παραγωγής	F	P
	ΜΟ (± ΣΑ)	ΜΟ (± ΣΑ)	ΜΟ (± ΣΑ)		
Σεξουαλικοί μύθοι	3.08(±.42)	2.86(±.44)	2.61(±.35)	14.19	.001**
Ετεροσεξουαλικές Σχέσεις	4.14(±.50)	3.97(±.59)	3.72(±.50)	6.71	.001**
Αυνανισμός	3.40(±.70)	3.24(±.66)	3.29(±.49)	1.76	ΜΣ
Εκτρωση	3.59(±.91)	3.16(±.89)	2.90(±1.03)	9.20	.001**

Πίνακας 5: Σύγκριση Φοιτητριών-Σπουδατριών ανάλογα με τον Τόπο Καταγωγής και τις Απόψεις-Στάσεις για τη Θρησκεία

	Ιατρική	Νοσηλευτική	Φυτική Παραγωγή	χ^2	P
	n (%)	n (%)	n (%)		
Χωριό	20 (18.9)	57 (49.6)	11 (50)	24.5	.005**
Πόλη	86 (81.1)	58 (50.4)	11 (50)		
Θρησκευόμενες	73 (67.0)	83 (70.9)	8 (81.8)	1.1	ΜΣ
Μή Θρησκευόμενες	36 (33.3)	34 (29.1)	4 (18.2)		



Πίνακας 6: Σύγκριση Φοιτητριών-Σπουδαστριών ανάλογα με την Οικονομική Κατάσταση

	Ιατρική	Νοσηλευτική	Φυτική Παραγωγή		
	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2	P
Υψηλή	76 (68.5)	64 (52.9)	8(34.8)		
Μέτρια	35 (31.5)	50 (41.3)	14 (60.9)	15.6	.005**
Χαμηλή	0 (0)	7 (5.8)	1 (4.3)		

Πίνακας 7: Σύγκριση Φοιτητριών-Σπουδαστριών ανάλογα με το Μορφωτικό Επίπεδο του Πατέρα

	Ιατρική	Νοσηλευτική	Φυτική Παραγωγή		
Πατέρας	n (%)	n (%)	n (%)	χ^2	P
Υψηλό	48 (43.3)	8 (6.6)	5 (22.7)		
Μέτριο	37 (33.3)	32 (26.5)	6 (27.3)	57.0	.005**
Χαμηλό	26 (23.4)	81 (66.9)	11 (50.0)		



3. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΑΣΕΩΝ-ΑΠΟΨΕΩΝ ΑΝΔΡΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ

Μελετήθηκαν οι διαφορές ανδρών - γυναικών στις στάσεις - απόψεις που έχουν για τη σεξουαλικότητα στο σύνολο του δείγματος. Από τα 455 άτομα αξιολογήθηκαν τα 430 ως επαρκώς συμπληρώσαντα το ερωτηματολόγιο. Από αυτούς 180 ήταν άνδρες και 250 γυναίκες.

Πίνακας 8: Σύνολο Ερωτηθέντων - Υλικό

	N	%
Φοιτητές και Φοιτήτριες του Παν/μίου Ιωαννίνων και Σπουδαστές και Σπουδάστριες ΤΕΙ της περιοχής	455	
Φοιτητές/τριες, Σπουδαστές/τριες που αποκλείστηκαν διότι δεν συμπλήρωσαν επαρκώς το ερωτηματολόγιο	25	5.4

Πίνακας 9: Διαφορές Στάσεων-Απόψεων Ανδρών-Γυναικών στο Σύνολο των Ερωτηθέντων

	Ανδρες	Γυναίκες	t	p
	M.O (± ΣΑ)	M.O (± ΣΑ)		
Σεξουαλικοί Μύθοι	2.87 (±.48)	2.93 (±.44)	1.498	ΜΣ
Ετεροσεξουαλικές Σχέσεις	3.98 (±.50)	4.01 (±.55)	0.713	ΜΣ
Αυνανισμός	3.51 (±.66)	3.31 (±.66)	3.115	0.002
Εκτροπή	3.15 (±.95)	3.32 (±.94)	1.809	ΜΣ

Στόν Πίνακα 9 παρατηρούμε ότι μόνο στην κλίμακα του αυνανισμού, όπου οι άνδρες έχουν M.O βαθμολογίας 3.51 (±0.66) και οι γυναίκες έχουν αντίστοιχα M.O. βαθμολογίας 3.31 (±0.66), υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις στάσεις - απόψεις μεταξύ των δύο φύλων.



Παρατήρηση: Απεδείχθηκε ότι οι γυναίκες των ΤΕΙ είναι συντηρητικότερες των γυναικών της Ιατρικής στις τρεις κλίμακες HR, SM, A. Κατά συνέπεια η μείωση των μέσων όρων σ' αυτές τις κλίμακες οφείλεται σ' αυτό το γεγονός, το οποίο μπορεί να εξηγήσει και την εξαφάνιση των σημαντικών διαφορών που παρατηρήθηκαν στην Ιατρική, μεταξύ των δύο φύλων. Οσον αφορά τους άνδρες, οι μέσοι όροι των βαθμολογιών που έλαβαν δεν μειώθηκαν σε σχέση με την Ιατρική, διότι το 70% των ανδρών ήταν φοιτητές της Ιατρικής. Συνεπώς το υπόλοιπο 30%, αν και συντηρητικότερο απ' ό τι φαίνεται, μείωσε ελάχιστα τους Μ.Ο. βαθμολογίας.



4. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΑΣΕΩΝ-ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΕΛΛΗΝΩΝ, ΚΙΝΕΖΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΡΙΚΑΝΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Οι μέσοι όροι των βαθμολογιών των Ελλήνων φοιτητών της Ιατρικής στις κλίμακες των ετεροσεξουαλικών σχέσεων (HR), των σεξουαλικών μύθων (SM), της έκτρωσης (A) και του αυνανισμού (M) συγκρίθηκαν με τα ευρήματα άλλων ερευνών (13), που διεξήχθησαν με την ίδια μεθοδολογία.

Προέκυψαν τα εξής: Η στάση των Ελλήνων ($\chi=32.52\pm 3.90$) είναι πιο φιλελεύθερη από εκείνη των Αμερικανών ($\chi=28.10\pm 6.40$) και των Κινέζων ($\chi=20.34\pm 5.90$) στην HR, πιο συντηρητική όμως στην SM και A. Η στάση τους στην M είναι ενδιάμεση, με πιο φιλελεύθερους τους Αμερικάνους και πιο συντηρητικούς τους Κινέζους. Τα υπολογισθέντα Z scores δείχνουν ότι όλες οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 1: Διαφορές Στάσεων-Απόψεων για τη Σεξουαλικότητα Ελλήνων, Κινέζων και Αμερικανών Φοιτητών Ιατρικής

		Ελληνες Φοιτητές			Κινέζοι φοιτητές #			Αμερικανοί Φοιτητές #				
Κλίμακα		X	SD	n	X	SD	n	Z	X	SD	n	Z
Ετεροσεξουαλικές Σχέσεις (HR)	A	32.00	3.92	126								
	Γ	33.04	4.08	111								
	Σ	32.52	3.90	237	20.34	5.23	83	19.28	28.10	6.41	420	10.8
Σεξουαλικοί Μύθοι (SM)	A	26.55	4.05	126								
	Γ	27.72	3.78	111								
	Σ	27.13	3.80	237	29.34	4.26	83	-4.20	34.72	4.62	422	-22.4
Έκτρωση (A)	A	25.92	7.76	126								
	Γ	28.72	7.36	111								
	Σ	27.32	7.50	237	29.45	4.72	83	-3.11	29.70	6.08	423	-4.3
Αυτοερωτισμός (M)	A	25.48	4.69	126								
	Γ	23.80	4.90	111								
	Σ	24.64	4.78	237	22.04	4.03	83	4.90	25.65	4.20	424	-2.6*

* $p < 0.005$

Όλες οι άλλες διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ($p=0.001$)

A = Άνδρες, Γ = Γυναίκες, Σ = Σύνολο

D.W. Chan (1990) (93)



ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ

Η μελέτη των σεξουαλικών εμπειριών συνίσταται: 1) στη διερεύνηση των διαφορών των σεξουαλικών εμπειριών μεταξύ των ατόμων των τριών σχολών, 2) στη διερεύνηση των διαφορών των σεξουαλικών εμπειριών μεταξύ ανδρών και γυναικών, τόσο στο σύνολο των ερωτηθέντων, όσο και επι μέρους στους φοιτητές Ιατρικής (ΦΙ) και 3) στη διερεύνηση των τυχόν υπαρχόντων αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών (ερωτημάτων) της εμπειρίας στους ΦΙ.

Οι εμπειρίες και προτιμήσεις αντισυλληπτικών μεθόδων εξετάζονται σε ξεχωριστό κεφάλαιο.

Τα αποτελέσματα τα οποία προέκυψαν είναι τα εξής:

α) Σύγκριση Αποτελεσμάτων των τριών Σχολών

Όσον αφορά τον αριθμό των ερωτικών επαφών (Πίνακας 1), στις εμπειρίες "ραντεβού", "προκαταρκτικά της σεξουαλικής επαφής" και ολοκληρωμένη "σεξουαλική επαφή", υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών σχολών ($p < 0.001$). Τη μεγαλύτερη εμπειρία και στα τρία στάδια της ερωτικής σχέσης έχουν οι φοιτητές Ιατρικής (ΦΙ).

Αν και στις τρεις σχολές το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε ότι οι εμπειρίες του είναι πάνω από πέντε φορές και στα τρία ερωτήματα, εν τούτοις υπάρχει και ένα ποσοστό (12.71 στην Ιατρική, 32.41 στη Νοσηλευτική και 10.71 στη Φυτική Παραγωγή) που δεν είχε ποτέ ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή.

Σημειωτέον είναι ότι και στις τρεις σχολές τα ποσοστά ελαττώνονται καθώς προχωράμε από την εμπειρία "ραντεβού" στην εμπειρία "προκαταρκτικά" και "σεξουαλική επαφή". Επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0.001$) υπάρχουν και στην εμπειρία των ερωτικών επαφών ανάλογα με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων στα "προκαταρκτικά" και στη "σεξουαλική επαφή" (Πίνακας 1). Έτσι την εμπειρία "σεξουαλική επαφή" 14.75% των φοιτητών Ιατρικής, 32.87% των σπουδαστών Νοσηλευτικής και το 10.53% των σπουδαστών Φυτικής Παραγωγής, δεν την είχαν ποτέ. Στην εμπειρία του "σταθερού δεσμού" μ' ένα άτομο τα αντίστοιχα ποσοστά στις τρεις σχολές είναι 28.82%, 41.26% και 30.09%. Συμπερασματικά τη μεγαλύτερη εμπειρία έχουν οι φοιτητές Ιατρικής και στα τρία στάδια της ερωτικής σχέσης, με ποσοστά 46.29% στα "ραντεβού" (με >5 ερωτικούς συντρόφους), 36.56% στα "προκαταρκτικά" και 31.44% στη "σεξουαλική επαφή", έναντι των αντίστοιχων ποσοστών της Νοσηλευτικής:



31,16%, 13,14% και 9,79%.

Παρατηρούμε και στις τρεις σχολές πώση των ποσοστών καθώς προχωράμε στα στάδια της ερωτικής σχέσης. Επίσης φαίνεται ότι οι φοιτητές της Νοσηλευτικής έχουν τη μικρότερη εμπειρία, τόσο όσον αφορά τον αριθμό των ερωτικών επαφών, όσο και των ερωτικών συντρόφων.

Ως προς την εμπειρία της ομοφιλόφιλης σεξουαλικής επαφής, στην Ιατρική 10,21% των φοιτητών δηλώνουν ότι είχε πάνω από μία επαφή (3,21% με περισσότερους από πέντε συντρόφους), στη Νοσηλευτική τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 2,88%, (0%) και στη Φυτική Παραγωγή έχουμε αντίστοιχα 9,1% και (0%).

Σεξουαλική επαφή επ' αμοιβή είχαν στην Ιατρική το 9,01%, στη Νοσηλευτική το 3,6% και στη Φυτική Παραγωγή το 10,72% των ερωτηθέντων.

Στην αυτοεκτίμηση των εμπειριών, γνώσεων και προσαρμογής (Πίνακας 2), η πλειοψηφία των ερωτηθέντων και στις τρεις σχολές, εκτιμούν τους εαυτούς τους, το ίδιο έμπειρους, γνώστες και προσαρμοσμένους, με τους συνομηλίκους τους. Υπάρχουν βέβαια στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0.001$) στην εμπειρία και τη γνώση, όχι όμως και στην προσαρμογή. Έτσι μόνο 25% των ΦΙ αυτοεκτιμώνται ως λιγότερο και πολύ λιγότερο έμπειροι από τους συνομηλίκους, έναντι των 44,59% των σπουδαστών Νοσηλευτικής και του 31,15% των σπουδαστών Φυτικής Παραγωγής. Γενικά οι σπουδαστές ΦΠ αυτοεκτιμώνται ως περισσότερο έμπειροι, γνώστες και προσαρμοσμένοι από τους σπουδαστές Νοσηλευτικής.

Ο Πίνακας 3 δείχνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών σχολών, στη σεξουαλική επιτρεπτικότητα του σπιτιού και στη σύγκρουση με τις αξίες των γονέων. Από τους φοιτητές Ιατρικής το 34,73% θεωρεί επιτρεπτικό το σπίτι και 28,04% απαγορευτικό, έναντι των αντίστοιχων ποσοστών των σπουδαστών Νοσηλευτικής που είναι 25% και 47,91% και των σπουδαστών Φυτικής Παραγωγής που είναι 23,73% και 35,59%.

Από τη θρησκεία δηλώνουν ότι επηρεάζονται πολύ μικρά ποσοστά και στις τρεις σχολές, ενώ η σύγκρουση με τους γονείς ελαττώνεται από τη Νοσηλευτική στη Φυτική Παραγωγή και τέλος στην Ιατρική όπου μόνο το 31,2% συγκρούεται, έναντι του 42,36% στη Νοσηλευτική και 41,67% στη Φυτική Παραγωγή.

Στον Πίνακα 4 φαίνεται ότι οι φοιτητές Ιατρικής αρχίζουν να αυνανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό, από μικρότερες ηλικίες, σε σχέση με τους σπουδαστές Νοσηλευτικής και Φυτικής Παραγωγής. Στην Νοσηλευτική μεγάλο ποσοστό 41,61% δεν αυνανίστηκε ποτέ.



Β) Σύγκριση των Αποτελεσμάτων κατά Φύλο

Από τη διερεύνηση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι, στο συνολικό δείγμα (Πίνακας 5), οι διαφορές ανδρών - γυναικών στις εμπειρίες "ραντεβού", "προκαταρκτικά", "σεξουαλική επαφή", τόσο στον αριθμό των ερωτικών επαφών, όσο και στον αριθμό των ερωτικών συντρόφων, είναι στατιστικά σημαντικές. Οι άνδρες δηλαδή έχουν περισσότερη εμπειρία. Το 11.02%, 14.96%, 28.51% των γυναικών δεν είχε ποτέ αντιστοίχως "ραντεβού", "προκαταρκτικά", "σεξουαλική επαφή" με κανένα σύντροφο έναντι του 6.98%, 4.60% και 9.71% των ανδρών.

Όπως στο σύνολο, έτσι και κατά φύλο, τα ποσοστά μειώνονται όσο πιο ολοκληρωμένη είναι η επαφή. Έτσι λοιπόν το 81.92% των ανδρών (53.49% με περισσότερους από πέντε συντρόφους), έχει την εμπειρία πάνω από 5 "ραντεβού" έναντι των αντίστοιχων ποσοστών 80.79% (45.4%) στα "προκαταρκτικά" και 78.21% (37.71%) στη "σεξουαλική επαφή".

Σημαντικότερη είναι η μείωση των ποσοστών στο γυναικείο πληθυσμό, όσον αφορά τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων τους και το είδος των ερωτικών επαφών που πραγματοποιούν μαζί τους. Έτσι το 30.51% των γυναικών που πραγματοποιεί "ραντεβού" με πάνω από πέντε συντρόφους, μειώνεται στο 12.82% να πραγματοποιεί "προκαταρκτικά" και μόνο ένα 10.74% καταλήγει σε "σεξουαλική επαφή". Ποσοστό 41% των γυναικών προτιμά σεξουαλική επαφή με ένα άτομο, έναντι του 24% των ανδρών.

Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ομοφιλόφιλη εμπειρία, μεταξύ των φύλων, και η σεξουαλική επαφή επ' αμοιβή, φαίνεται να είναι εμπειρία την οποία δοκιμάζουν οι άνδρες σε ποσοστό 15.34%, έναντι του 1.26% των γυναικών.

Στην Ιατρική οι διαφορές μεταξύ των φύλων είναι ίδιες (Πίνακας 6), όπως και αυτές του συνολικού δείγματος.

Παρατηρούμε όμως ότι, είναι πιο έμπειροι από τους άνδρες και τις γυναίκες του συνολικού δείγματος. Η παρατήρηση αυτή ισχύει κυρίως για τις γυναίκες φοιτήτριες Ιατρικής. Για παράδειγμα στη "σεξουαλική επαφή" ανάλογα με τον αριθμό των συντρόφων (Πίνακας 5,6) οι γυναίκες φοιτήτριες Ιατρικής σε ποσοστό περίπου 20% δηλώνουν αριθμό συντρόφων πάνω από πέντε, έναντι του 10% περίπου που δηλώνουν στο συνολικό δείγμα και σε ποσοστό περίπου 69% δηλώνουν αριθμό ερωτικών επαφών πάνω από πέντε, έναντι 56% περίπου του συνολικού δείγματος.

Τα δύο φύλα εκτιμούν με διαφορετικό τρόπο τους εαυτούς τους, σε σχέση με τους συνομήλικους στις εμπειρίες, γνώσεις και προσαρμογή (Πίνακας 7). Οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές. Οι άνδρες θεωρούν τους εαυτούς



τους περισσότερο γνώστες, έμπειρους και προσαρμοσμένους, απ' ότi οι γυναίκες.

Στην Ιατρική (Πίνακας 8), οι διαφορές της αυτοεκτίμησης κατά φύλο, δεν είναι στατιστικά σημαντικές στον τομέα των γνώσεων.

Οι ερωτώμενοι στο σύνολο και στην Ιατρική, σε ποσοστά 50% και πάνω, απαντούν ότi είναι το ίδιο γνώστες, έμπειροι και προσαρμοσμένοι, όσο είναι και οι συνομήλικοί τους.

Παρατηρούμε ότi οι γυναίκες φοιτήτριες Ιατρικής θεωρούν σε ποσοστό 11.11% περισσότερο και πολύ περισσότερο έμπειρους τους εαυτούς τους από τις συνομήλικές τους και σε ποσοστό 36.11% θεωρούν τους εαυτούς τους λιγότερο και πολύ λιγότερο έμπειρους. Εν τούτοις στο θέμα της προσαρμογής δηλώνουν σε ισομοιρασμένα ποσοστά 23%, είτε περισσότερο, είτε λιγώτερο προσαρμοσμένες.

Ο Πίνακας 9 δείχνει ότi όσον αφορά τη σεξουαλική επιτρεπτικότητα του σπιτιού (οικογένειας) και τη σύγκρουση με τις αξίες των γονέων, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0.001$) μεταξύ των δύο φύλων, με τους άνδρες να θεωρούν το σπίτι τους σε ποσοστό 16% κάπως και πολύ απαγορευτικό, έναντι του αντίστοιχου 49.20% των γυναικών. Επίσης οι άνδρες δηλώνουν ότi δεν συγκρούονται καθόλου οι αξίες τους, με εκείνες των γονέων τους, σε ποσοστό 20.45% έναντι του 9.27% των γυναικών, οι οποίες σε ποσοστό 43.15% δηλώνουν ότi συγκρούονται με τους γονείς τους, έναντι 25.27% των ανδρών.

Σε όλα τα ερωτήματα του Πίνακα 9 τα μεγαλύτερα ποσοστά σημειώνονται στην κατηγορία "κάπως", εκτός από το ερώτημα της θρησκείας, όπου το 50.85% των ανδρών και το 45.08% των γυναικών, δηλώνουν ότi δεν επηρεάζονται καθόλου από τη θρησκεία.

Στην Ιατρική τα ποσοστά είναι περίπου ίδια (Πίνακας 10).

Τέλος, οι άνδρες τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στην Ιατρική, αρχίζουν να αυνανίζονται από μικρότερες ηλικίες από τις γυναίκες (Πίνακες 11,12) το υψηλότερο ποσοστό, περίπου 49%, αρχίζει να αυνανίζεται μεταξύ 13 εως 15 ετών. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών 36.63% στο σύνολο του δείγματος και 42.13% στην Ιατρική, δηλώνουν ότi δεν είχαν ποτέ την εμπειρία του αυνανισμού. Επίσης 30% των γυναικών αναφέρει ότi άρχισε να αυνανίζεται μετά την ηλικία των 15 ετών. Οι διαφορές σ' αυτόν τον τομέα του αυνανισμού, είναι στατιστικά σημαντικές ($p < 0.001$).

Για να φανούν ευκρινέστερα οι διαφορές στην αυνανιστική πρακτική,



μεταξύ των φύλων στην Ιατρική, χωρίσαμε το δείγμα σε δύο ομάδες, την ομάδα που δεν αυνανίστηκε ποτέ και την ομάδα που κάποτε άρχισε να αυνανίζεται (Πίνακας 13). Αποδεικνύεται ότι οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ($p < 0.001$), δηλαδή οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη αυνανιστική εμπειρία.



Πίνακας 1: Διαφορές στις Σεξουαλικές Εμπειρίες μεταξύ των Ατόμων των τριών Σχολών (I= Ιατρική, N=Νοσηλευτική, ΦΠ=Φυτική Παραγωγή)

	Αριθμός Ερωτικών Επαφών %					Αριθμός Ερωτικών Συντρόφων %			
	0	1	2-5	>5		0	1	2-5	>5
Ραντεβού ⁽¹⁾					N				
I (n=239)	7.11	2.51	9.62	80.75	229	7.42	16.59	29.69	46.29
N (n=140)	13.57	9.29	20.71	56.43	138	12.32	21.01	35.51	31.16
ΦΠ (n=56)	8.93	5.36	10.71	75.00	53	9.43	15.09	33.96	41.51
Προκαταρκτικά ⁽²⁾					(3)				
I (n=237)	5.06	4.64	13.50	76.79	227	6.17	28.63	28.63	36.56
N (n=140)	19.29	12.86	20.71	47.14	137	19.71	37.96	29.20	13.14
ΦΠ (n=53)	7.55	5.66	16.98	69.81	54	7.41	29.63	38.89	24.07
Σεξουαλική Επαφή ⁽⁴⁾					(5)				
I (n=236)	12.71	4.24	7.20	75.85	229	14.85	28.82	24.89	31.44
N (n=145)	32.41	7.59	13.10	46.90	143	32.87	41.26	16.08	9.79
ΦΠ (n=56)	10.71	5.36	12.50	71.43	57	10.53	35.09	33.33	21.05
Ομοφυλόφιλη Σεξουαλική Επαφή									
I (n=235)	89.79	1.70	1.28	7.23	218	88.89	5.50	2.29	3.21
N (n=139)	97.12	0.72	0.72	1.44	136	98.53	0.74	0.74	0
ΦΠ (n=55)	90.91	3.64	1.82	3.64	54	96.30	3.70	0	0
Επ' αμοιβή Σεξουαλική Επαφή									
I (n=233)	90.99	4.29	3.00	1.72					
N (n=139)	96.40	1.44	1.44	0.72					
ΦΠ (n=56)	89.29	5.36	1.79	3.57					

(1) $\chi^2_{(6)} = 27.73, p < 0.001$

(2) $\chi^2_{(6)} = 41.02, p < 0.001$

(3) $\chi^2_{(6)} = 36.63, p < 0.001$

(4) $\chi^2_{(6)} = 37.93, p < 0.001$

(5) $\chi^2_{(6)} = 45.35, p < 0.001$



Πίνακας 2: Διαφορές μεταξύ των τριών Σχολών στην αυτοεκτίμηση Γνώσεων, Εμπειριών και Προσαρμογής σε σύγκριση με τους Συνομηλίκους

	% των απαντησάντων				
	πολύ λιγότερο	λιγότερο	το ίδιο	περισσότερο	πολύ περισσότερο
Σεξουαλική Εμπειρία¹					
I (n=236)	9.32	15.68	56.36	14.41	4.24
N (n=148)	7.43	37.16	47.30	6.76	1.35
ΦΠ (n=61)	6.56	24.59	47.54	14.75	6.56
Σεξουαλικές Γνώσεις²					
I (n=239)	1.26	7.53	50.63	31.80	8.79
N (n=148)	2.03	15.54	63.51	17.57	1.35
ΦΠ (n=61)	4.92	16.39	54.10	18.03	6.56
Σεξουαλική Προσαρμογή³					
I (n=239)	2.09	13.29	56.49	22.59	5.44
N (n=147)	4.76	20.41	59.86	12.93	2.04
ΦΠ (n=61)	3.28	13.11	54.10	22.95	6.56

1 $\chi^2_{(8)} = 28.62, p < 0.001$

2 $\chi^2_{(8)} = 29.91, p < 0.001$

3 Μη σημαντικό



Πίνακας 3: Διαφορές μεταξύ των τριών Σχολών στην Αυτοεκτίμηση Επιτρεπτικότητας Σπιτιού, Επηρεασμού από Θρησκεία, Σύγκρουση με Γονείς.

	% των απαντησάντων					
	N	Ιατρική	N	Νοσηλευτική	N	Φυτική Παραγωγή
Σεξουαλική Επιτρεπτικότητα ⁽¹⁾	239		144		59	
πολύ επιτρεπτικό		16.32		7.64		6.78
κάπως επιτρεπτικό		18.41		17.36		16.95
ούτε επιτρεπτικό ούτε απαγορευτικό		37.24		27.08		40.68
κάπως απαγορευτικό		18.83		28.47		16.95
πολύ απαγορευτικό		9.21		19.44		18.64
Επηρεασμός από Θρησκεία ⁽²⁾	235		141		58	
καθόλου		46.38		47.52		48.28
κάπως		40.85		41.84		37.93
πολύ		8.51		9.22		8.62
πάρα πολύ		4.26		1.42		5.17
Σύγκρουση με Γονείς ⁽³⁾	234		144		60	
καθόλου		17.09		8.33		15.00
κάπως		51.71		49.31		43.33
πολύ		21.37		25.69		20.00
πάρα πολύ		9.83		16.67		21.67

(1) $\chi^2_{(8)} = 23.299, p = 0.003$

(2) Μη σημαντικό

(3) $\chi^2_{(6)} = 12.86, p < 0.05$

Πίνακας 4: Διαφορές μεταξύ των τριών Σχολών στην Ηλικία Εναρξης του Αυνανισμού.

	% των απαντησάντων					
	0	<10	10-12	13-15	16-18	>19
I (n=228)	19.74	7.89	20.18	32.46	11.40	8.33
N (n=137)	41.61	5.11	10.22	16.79	16.79	9.49
ΦΓ (n=60)	18.33	1.67	16.67	43.33	10.00	10.00

$\chi^2_{(10)} = 40.54, p < 0.001$



Πίνακας 5: Σεξουαλική Εμπειρία του Συνόλου των Ερωτηθέντων:
Διαφορές των Φύλων

	Αριθμός Ερωτικών Επαφών %				N	Αριθμός Ερωτικών Συντρόφων %			
	0	1	2-5	>5		0	1	2-5	>5
Ραντεβού ⁽¹⁾					(2)				
Ανδρες (n=177)	6.21	3.95	7.91	81.92	172	6.98	15.70	23.84	53.49
Γυναίκες (n=244)	11.89	5.74	17.21	65.16	236	11.02	19.92	38.56	30.51
Σύνολο (n=421)	9.50	4.99	13.10	72.21	408	9.31	18.14	32.35	40.20
Προκαταρκτικά ⁽³⁾					(4)				
Ανδρες (n=177)	3.95	3.95	11.30	80.79	174	4.60	24.14	25.86	45.40
Γυναίκες (n=240)	14.17	10.42	19.58	55.83	234	14.96	38.03	34.19	12.82
Σύνολο (n=417)	9.83	7.67	16.07	66.43	408	10.54	32.11	30.64	26.72
Σεξουαλική Επαφή ⁽⁵⁾					(6)				
Ανδρες (n=179)	8.94	3.35	9.50	78.21	175	9.71	24.00	28.57	37.71
Γυναίκες (n=244)	27.05	6.97	10.25	55.74	242	28.51	41.32	19.42	10.74
Σύνολο (n=423)	19.39	5.44	9.93	65.25	417	20.62	34.05	23.26	22.06
Ομοφιλόφιλη Σεξουαλική Επαφή									
Ανδρες (n=176)	93.18	1.14	1.14	4.55	163	90.80	5.52	1.84	1.84
Γυναίκες (n=239)	92.05	2.09	1.26	4.60	234	94.87	2.56	1.28	1.28
Σύνολο (n=415)	92.53	1.69	1.20	4.58	397	93.20	3.78	1.51	1.51
Επ' αμοιβή Σεξουαλική Επαφή									
Ανδρες (n=176)	84.66	6.82	5.68	2.84					
Γυναίκες (n=239)	98.74	1.26	0	0					
Σύνολο (n=415)	92.77	3.61	2.41	1.20					

(1) $\chi^2_{(3)} = 14.79, p=0.002$

(2) $\chi^2_{(3)} = 22.45, p<0.001$

(3) $\chi^2_{(3)} = 30.25, p<0.001$

(4) $\chi^2_{(3)} = 58.07, p<0.001$

(5) $\chi^2_{(3)} = 28.00, p<0.001$

(6) $\chi^2_{(3)} = 63.49, p<0.001$



**Πίνακας 6: Σεξουαλική Εμπειρία των Φοιτητών Ιατρικής:
Διαφορές των Φύλων**

	Αριθμός Ερωτικών Επαφών %				Αριθμός Ερωτικών Συντρόφων %				
	0	1	2-5	>5	N	0	1	2-5	>5
Ραντεβού					N	(1)			
Ανδρες (n=124)	4.84	3.23	6.45	85.48	119	5.88	14.29	24.37	55.46
Γυναίκες (n=109)	10.09	1.83	13.76	74.31	105	9.52	20.00	36.19	34.29
Σύνολο (n=233)	7.30	2.58	9.87	80.26	224	7.59	16.96	29.91	45.54
Προκαταρκτικά ⁽²⁾					(3)				
Ανδρες (n=123)	1.63	3.25	9.76	85.37	119	2.52	24.37	24.37	48.74
Γυναίκες (n=108)	9.26	6.48	17.59	66.67	104	10.58	33.65	34.62	21.15
Σύνολο (n=231)	5.19	4.76	13.42	76.62	223	6.28	28.70	29.15	35.87
Σεξουαλική Επαφή ⁽⁴⁾					(5)				
Ανδρες (n=124)	6.45	4.03	7.26	82.26	119	7.56	22.69	28.57	41.18
Γυναίκες (n=106)	20.75	3.77	6.60	68.87	106	23.58	35.85	20.75	19.81
Σύνολο (n=230)	13.04	3.91	6.96	76.09	225	15.11	28.89	24.89	31.11
Ομοφιλόφιλη Σεξουαλική Επαφή									
Ανδρες (n=121)	93.39	0	0.83	5.79	111	88.29	6.31	2.70	2.70
Γυναίκες (n=108)	86.11	3.70	1.85	8.33	103	90.29	4.85	1.94	2.91
Σύνολο (n=229)	89.96	1.75	1.31	6.99	214	89.25	5.61	2.34	2.80
Επ' αμοιβή Σεξουαλική Επαφή									
Ανδρες (n=121)	85.12	6.61	5.79	2.48					
Γυναίκες (n=106)	98.11	1.89	0	0					
Σύνολο (n=227)	91.19	4.41	3.08	1.32					

(1) $\chi^2_{(3)} = 10.15, p = 0.017$

(2) $\chi^2_{(3)} = 12.97, p = 0.005$

(3) $\chi^2_{(3)} = 21.18, p < 0.001$

(4) $\chi^2_{(3)} = 10.36, p = 0.016$

(5) $\chi^2_{(3)} = 22.49, p < 0.001$



Πίνακας 7: Αυτοεκτίμηση Σεξουαλικών Γνώσεων, Εμπειριών και Προσαρμογής επί του Συνόλου των Ερωτηθέντων σε σύγκριση με τους Συνομηλικούς: Διαφορές των Φύλων.

	% των απαντησάντων				
	πολύ λιγότερο	λιγότερο	το ίδιο	περισσότερο	πολύ περισσότερο
Σεξουαλική Εμπειρία ¹					
Ανδρες (n=182)	1.10	6.04	54.95	29.12	8.79
Γυναίκες (n=253)	2.37	15.42	55.34	22.92	3.95
Σύνολο(n=435)	1.84	11.49	55.17	25.52	5.98
Σεξουαλικές Γνώσεις ²					
Ανδρες (n=180)	3.33	17.28	55.00	19.44	4.44
Γυναίκες (n=251)	12.35	28.29	49.80	6.77	2.79
Σύνολο (n=431)	8.58	23.90	51.97	12.06	3.48
Σεξουαλική Προσαρμογή ³					
Ανδρες (n=182)	1.65	10.44	58.79	22.53	6.59
Γυναίκες (n=252)	4.37	19.84	55.56	17.46	2.78
Σύνολο (n=434)	3.23	15.90	56.91	19.59	4.38

1 $\chi^2_{(4)} = 14.76, p=0.005$

2 $\chi^2_{(4)} = 30.09, p < 0.001$

3 $\chi^2_{(4)} = 13.38, p=0.010$



Πίνακας 8: Αυτοεκτίμηση Σεξουαλικών Γνώσεων, Εμπειριών και Προσαρμογής των Φοιτητών Ιατρικής. Διαφορές των Φύλων.

	% των απαντησάντων				
	πολύ λιγότερο	λιγότερο	το ίδιο	περισσότερο	πολύ περισσότερο
Σεξουαλικές Γνώσεις ¹					
Ανδρες (n=125)	0	4.80	52.00	33.60	9.60
Γυναίκες (n=110)	2.73	10.91	49.09	30.00	7.27
Σύνολο (n=235)	1.28	7.66	50.64	31.91	8.51
Σεξουαλική Εμπειρία ²					
Ανδρες (n=123)	3.25	13.01	59.35	19.51	4.88
Γυναίκες (n=108)	16.67	19.44	52.78	8.33	2.78
Σύνολο (n=231)	9.52	16.02	56.28	14.29	3.90
Σεξουαλική Προσαρμογή ³					
Ανδρες (n=125)	0.80	8.00	60.00	24.00	7.20
Γυναίκες (n=110)	3.64	20.00	52.73	20.91	2.73
Σύνολο (n=235)	2.13	13.62	56.60	22.55	5.11

1 Μη σημαντικό

2 $\chi^2_{(4)} = 18.48, p=0.001$

3 $\chi^2_{(4)} = 11.49, p=0.022$



**Πίνακας 9: Αυτοεκτίμηση Αξιών επί του Συνόλου των Ερωτηθέντων:
Διαφορές των Φύλων.**

	% των απαντησάντων					
	N	Ανδρες	N	Γυναίκες	N	Σύνολο
Σεξουαλική Επιτρεπτικότητα⁽¹⁾	181		248		429	
πολύ επιτρεπτικό		20.44		5.65		11.89
κάπως επιτρεπτικό		26.52		11.29		17.72
ούτε επιτρεπτικό ούτε απαγορευτικό		37.02		33.87		35.20
κάπως απαγορευτικό		11.60		29.44		21.91
πολύ απαγορευτικό		4.42		19.76		13.29
Συντηρητισμός⁽²⁾	175		243		418	
καθόλου		30.29		26.75		28.23
κάπως		61.14		60.91		61.00
πολύ		8.00		8.64		8.37
πάρα πολύ		0.57		3.70		2.39
Προοδευτικότητα⁽³⁾	178		239		417	
καθόλου		1.12		4.18		2.88
κάπως		55.62		50.21		52.52
πολύ		35.39		41.00		38.61
πάρα πολύ		7.87		4.60		6.00
Επηρεασμός από Θρησκεία⁽⁴⁾	177		244		421	
καθόλου		50.85		45.08		47.51
κάπως		38.42		42.62		40.86
πολύ		8.47		8.61		8.55
πάρα πολύ		2.26		3.69		3.09
Σύγκρουση με Γονείς⁽⁵⁾	176		248		424	
καθόλου		20.45		9.27		13.92
κάπως		53.98		47.58		50.24
πολύ		18.18		25.81		22.64
πάρα πολύ		7.39		17.34		13.21

(1) $\chi^2_{(4)} = 66.97, p < 0.001$

(2) Μη σημαντικό

(3) Μη σημαντικό

(4) Μη σημαντικό

(5) $\chi^2_{(3)} = 20.44, p < 0.001$



**Πίνακας 10: Αυτοεκτίμηση Αξιών των Φοιτητών Ιατρικής:
Διαφορές των Φύλων.**

	% των απαντησάντων					
	N	Ανδρες	N	Γυναίκες	N	Σύνολο
Σεξουαλική Επιτρεπτικότητα ⁽¹⁾	126		109		235	
πολύ επιτρεπτικό		22.22		9.17		16.17
κάπως επιτρεπτικό		23.81		11.01		17.87
ούτε επιτρεπτικό ούτε απαγορευτικό		37.30		38.53		37.87
κάπως απαγορευτικό		11.90		26.61		18.72
πολύ απαγορευτικό		4.76		14.68		9.36
Συντηρητισμός ⁽²⁾	121		108		229	
καθόλου		27.27		26.85		27.07
κάπως		61.16		59.26		60.26
πολύ		10.74		9.26		10.04
πέρα πολύ		0.83		4.63		2.62
Προοδευτικότητα ⁽³⁾	123		106		229	
καθόλου		0		4.72		2.18
κάπως		60.16		54.72		57.64
πολύ		32.52		35.85		34.06
πέρα πολύ		7.32		4.72		6.11
Επηρεασμός από Θρησκεία ⁽⁴⁾	122		108		230	
καθόλου		50.82		40.74		46.09
κάπως		37.70		45.37		41.30
πολύ		9.02		8.33		8.70
πέρα πολύ		2.46		5.56		3.91
Σύγκρουση με Γονείς ⁽⁵⁾	121		108		229	
καθόλου		20.66		12.96		17.03
κάπως		55.37		48.15		51.97
πολύ		18.18		25.93		21.83
πέρα πολύ		5.79		12.96		9.17

(1) $\chi^2_{(4)} = 24.42, p < 0.001$

(2) Μη σημαντικό

(3) Μη σημαντικό

(4) Μη σημαντικό

(5) Μη σημαντικό



Πίνακας 11: Αυνανιστική Εμπειρία του Συνόλου των Ερωτηθέντων: Διαφορές των Φύλων

	% των απαντησάντων					
	0	<10	10-12	13-15	16-18	>19
Ανδρες (n=178)	7.30	6.18	26.40	48.88	10.11	1.12
Γυναίκες (n=235)	42.13	5.33	8.94	14.04	15.74	13.62
Σύνολο (n=413)	27.12	5.81	16.46	29.06	13.32	8.23

$$\chi^2_{(5)} = 128.05, p < 0.001$$

Πίνακας 12: Αυνανιστική Εμπειρία Φοιτητών Ιατρικής: Διαφορές των Φύλων

	% των απαντησάντων					
	0	<10	10-12	13-15	16-18	>19
Ανδρες (n=123)	6.50	7.32	26.83	48.78	8.94	1.63
Γυναίκες (n=101)	36.63	7.92	10.89	12.87	14.85	16.83
Σύνολο (n=224)	20.09	7.59	19.64	32.54	11.61	8.48

$$\chi^2_{(5)} = 70.99, p < 0.001$$

Πίνακας 13: Αυνανιστική Πρακτική των Φοιτητών Ιατρικής

	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ομάδα που δεν αυνανίστηκε ποτέ	8 (6.45%)	37 (36.63%)	45
Ομάδα που αυνανίστηκε κάποτε	116 (93.55%)	64 (63.37%)	180
	124 (100%)	101 (100%)	225

$$\chi^2_{(1)} = 31.691, p < 0.001$$



ΑΛΛΗΛΟΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ - ΣΤΑΣΕΩΝ - ΓΝΩΣΕΩΝ - ΚΟΙΝΟΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

A. Οι Αλληλοσυσχετίσεις των Σεξουαλικών Εμπειριών των Φοιτητών Ιατρικής

Μεθοδολογία

Κατασκευάστηκε ένα ερευνητικό μοντέλο βασισμένο στις πληροφορίες που ελήφθησαν από το τμήμα των εμπειριών του S.K.A.T. Συγκεκριμένα σχηματίστηκαν πίνακες μεταξύ 8 μεταβλητών (Cross tabulation), ώστε να ελεγχθούν οι υποθέσεις πιθανών συνδέσεων-αλληλοσυσχετίσεων.

Επιλέγησαν οι 8 μεταβλητές που εξετάζουν:

- 1) Τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων με τους οποίους οι ερωτηθέντες είχαν ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή (E_8)
- 2) την αυτοεκτίμηση των σεξουαλικών εμπειριών σε σύγκριση με τους συνομηλικούς (E_{10})
- 3) την αυτοεκτίμηση των σεξουαλικών γνώσεων σε σύγκριση με τους συνομηλικούς (E_{11})
- 4) την αυτοεκτίμηση της σεξουαλικής προσαρμογής σε σύγκριση με τους συνομηλικούς (E_{12})
- 5) τη στάση της οικογένειας για το σεξ (E_{13})
- 6) τον επηρεασμό των αξιών από τη θρησκεία (E_{16})
- 7) τη σύγκρουση των αξιών με τις αξίες των γονέων (E_{17})
- 8) την ηλικία έναρξης του αυνανισμού (E_{18})

Οι παράγοντες αυτοί θεωρούνται σημαντικοί για να περιγράψουν το προφίλ των σεξουαλικών εμπειριών ενός ατόμου (70,93). Δεν αξιολογήθηκαν οι μεταβλητές που αφορούν τα "ραντεβού", τα "προκαταρκτικά της σεξουαλικής επαφής" και τον αριθμό "σεξουαλικών επαφών" (E_1, E_2, E_3, E_6, E_7), διότι σχετίζονται πολύ στενά με τη μεταβλητή που εξετάζει την ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή ανάλογα με τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, μεταβλητή που τελικά συμπεριελήφθη στο ερευνητικό μας μοντέλο. Οι παραπάνω μεταβλητές συσχετίζονται τόσο στατιστικά, διότι έχουν υψηλό συντελεστή συσχέτισης, όσο και εννοιολογικά, αφού άτομο με μεγάλη εμπειρία ολοκληρωμένης σεξουαλικής επαφής μ' έναν ή περισσότερους συντρόφους, θα αναφέρει και μεγάλο αριθμό ραντεβού και προκαταρκτικών σεξουαλικής επαφής.

Οι ερωτήσεις αυτοεκτίμησης των ηθικών αξιών (E_{14}, E_{15}) δεν ελήφθησαν



υπ' όψη δεδομένου ότι εννοιολογικά καλύπτονται από ευρύτερου περιεχομένου ερωτήματα, όπως εκείνα που συνδέουν τις αξίες με τη θρησκεία και την οικογένεια και της αυτοεκτίμησης αυτής καθ' αυτής.

Επίσης δεν αναλύθηκαν οι ερωτήσεις της ομοφιλόφιλης εμπειρίας και της σεξουαλικής εμπειρίας επ' αμοιβή, διότι το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν αυτές τις εμπειρίες ήταν χαμηλό και δεν επιδέχεται στατιστική επεξεργασία.

Η διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικών αλληλοσυσχετίσεων (Πίνακας 1Α) έγινε με τον προσδιορισμό του συντελεστή συσχέτισης ρ του Spearman και τον έλεγχο της υπόθεσης της ανεξαρτησίας με το test χ^2 , καθώς και με τον έλεγχο καταλληλότητας με Loglinear model.

Χρησιμοποιήθηκαν και οι δύο τρόποι ελέγχου υποθέσεων προκειμένου τα συμπεράσματά μας να είναι περισσότερο αξιόπιστα. Το Loglinear model εφαρμόστηκε με την προσθήκη του συντελεστή $\delta=0.5$, με αποτέλεσμα τα στατιστικά test να είναι ισχυρότερα και αυστηρότερα, έχοντας έτσι μία δεύτερη δικλείδα ασφαλείας.

Αποτελέσματα και Σχόλια

Προέκυψαν οι κάτωθι στατιστικά σημαντικές αλληλοσυσχετίσεις (Πίνακας 2Α).

A) Ο αριθμός των συντρόφων με τους οποίους οι ερωτηθέντες είχαν ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή αναλυτικά, δείκτης που φανερώνει μικρή ή μεγάλη σεξουαλική εμπειρία, ευρέθη να συσχετίζεται αρνητικά με το βαθμό επιρροής της θρησκείας επι των αξιών και το βαθμό της επιτρεπτικότητας της οικογένειας ως προς το σεξ. Η πιθανότερη ερμηνεία του ευρήματος αυτού είναι η εξής: Όσο περισσότερο απαγορευτική είναι η οικογένεια ως προς το σεξ και όσο μεγαλύτερη η επιρροή της θρησκείας επι των αξιών των ατόμων, τόσο λιγώτερη είναι και η σεξουαλική εμπειρία. Τα άτομα με λιγώτερες σεξουαλικές εμπειρίες εκτιμούν τον εαυτό τους ως λιγώτερο έμπειρο, γνώστη και προσαρμοσμένο σε σχέση με τους συνομηλίκους και το αντίστροφο. Αυτό φαίνεται από το ότι η σεξουαλική εμπειρία (E_8) ευρέθη να συσχετίζεται ευθέως θετικά με τις (E^{10} , E_{11} , E_{12}).

B) Οι τρεις μεταβλητές της αυτοεκτίμησης (E_{10} , E_{11} , E_{12}) συσχετίζονται θετικά μεταξύ τους, δηλαδή ο ερωτώμενος που αυτοχαρακτηρίζεται ως περισσότερο έμπειρος σε σχέση με τους συνομηλίκους, αυτοεκτιμάται και ως περισσότερο γνώστης και καλύτερα προσαρμοσμένος, ως και το αντίθετο.



Γ) Η ηλικία του πρώτου αυνανισμού (E_{18}) συσχετίζεται θετικά με τη σεξουαλική επαφή (E_8) και αρνητικά με το βαθμό της επιρροής της θρησκείας επι των αξιών (E_{16}). Δηλαδή όσο πιο μικρότερη είναι η ηλικία του πρώτου αυνανισμού τόσο περισσότερο θεωρούν οι ερωτώμενοι ότι επηρεάζονται οι αξίες τους από τη θρησκεία. Δεν ευρέθη σημαντική συσχέτιση της ηλικίας έναρξης του αυνανισμού (E_{18}) και της αυτοεκτίμησης εμπειρίας, γνώσης και προσαρμογής σε σχέση με τους συνομηλίκους ($E_{10-11-12}$). Άρα η ηλικία έναρξης του αυνανισμού και η πρακτική του αυνανίζεσθαι, με την έννοια ότι οι ερωτώμενοι ποτέ δεν είχαν αυνανιστική εμπειρία ή σε κάποια ηλικία άρχισαν να έχουν (ετσι διατυπώνεται το ερώτημα), δεν θεωρείται από τους ίδιους ως κριτήριο εμπειρίας, γνώσης και προσαρμογής.

Δ) Συσχετίσεις υπάρχουν και μεταξύ των μεταβλητών (E_{16} - E_{13} - E_{10}), δηλαδή αυτοί που δηλώνουν ότι επηρεάζονται οι αξίες τους από τη θρησκεία, θεωρούν το σπίτι τους πολύ απαγορευτικό ως προς το σεξ και τους εαυτούς τους λιγώτερο εμπειρους σε σχέση με τους συνομηλίκους.

Ε) Τέλος δε η μεταβλητή (E_{13}) συσχετίζεται θετικά με την (E_{17}) και αρνητικά με την (E_{12}), δηλαδή αυτοί που θεωρούν το σπίτι τους απαγορευτικό, πιστεύουν ότι είναι λιγώτερο προσαρμοσμένοι από τους συνομηλίκους τους και οι αξίες συγκρούονται με τις αξίες των γονέων τους.



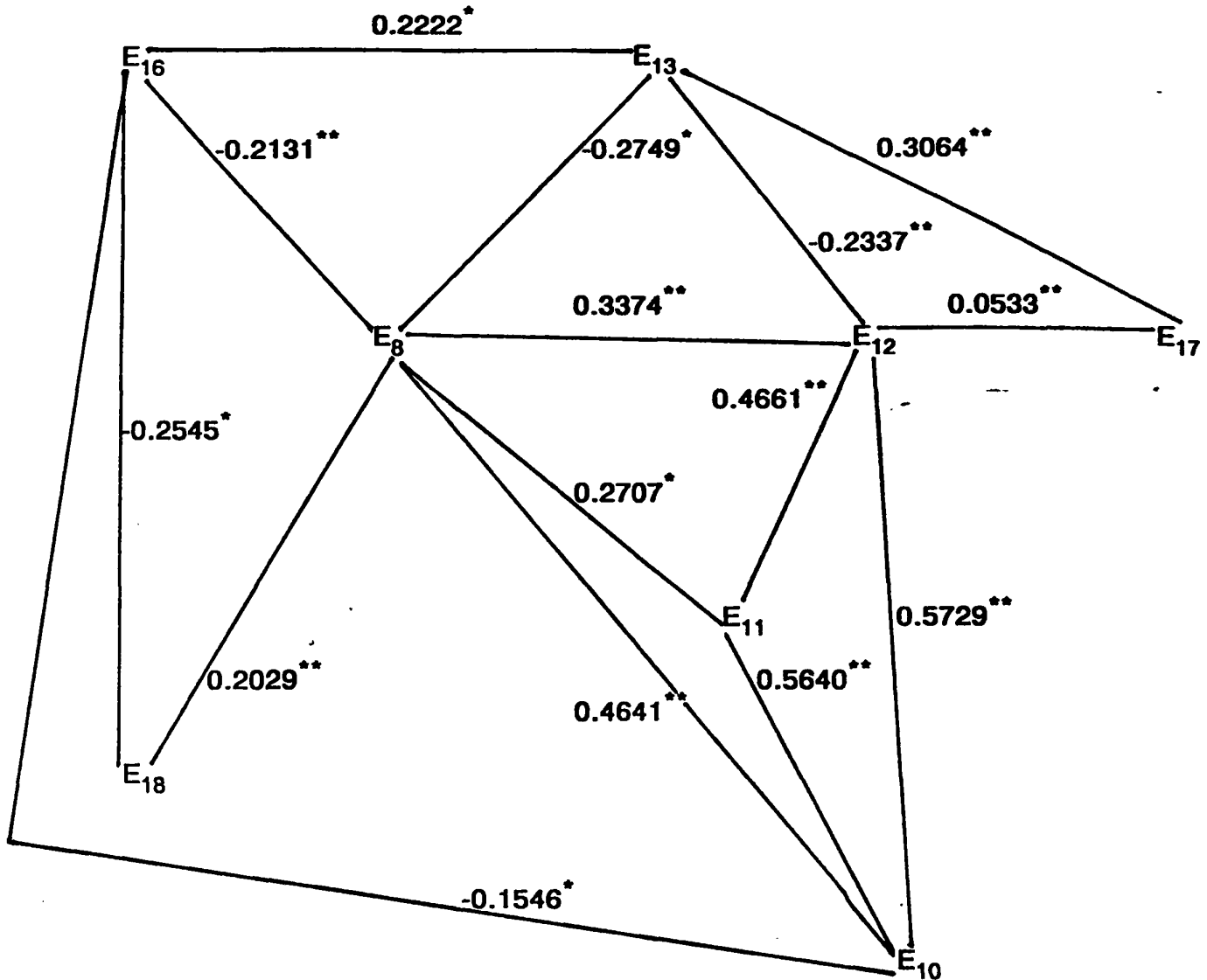
Πίνακας 1Α: Αλληλοσυσχετίσεις των Μεταβλητών Εμπειρίας

		Ελεγχος της υπόθεσης της ανεξαρτησίας με χ^2 test					Ελεγχος καταλληλότητας Loglinear model		
Μεταβλητή	Εντελεστής συσχέτισης ρ του Spearman	Μεταβλητή	Df	χ^2	P	Df	χ^2	P	
Σ_6	0.3374	Σ_{12}	12	65.496 63.616	0 0	12	58.91 54.87	0 0	
Σ_6	0.0490	Σ_{17}	9	12.410 12.338	0.191 0.155	9	12.05 11.97	0.211 0.215	
Σ_{12}	0.0533	Σ_{17}	12	28.427 29.973	0.005 0.003	12	26.83 26.30	0.008 0.010	
Σ_6	0.2029	Σ_{18}	15	50.488 56.012	0 0	15	47.94 52.58	0 0	
Σ_{12}	-0.0611	Σ_{18}	20	30.617 27.834	0.060 0.113	20	25.73 23.18	0.175 0.280	
Σ_{17}	0.0886	Σ_{18}	15	20.499 20.380	0.154 0.158	15	19.95 19.75	0.174 0.182	
Σ_6	0.4641	Σ_{10}	12	88.935 81.233	0 0	12	82.51 75.95	0 0	
Σ_{10}	0.5721	Σ_{12}	16	169.041 130.805	0 0	16	148.20 118.63	0 0	
Σ_{10}	0.0525	Σ_{17}	12	24.680 25.561	0.116 0.112	12	22.23 21.97	0.035 0.048	
Σ_{10}	0.0097	Σ_{18}	20	34.601 34.365	0.022 0.024	20	31.61 30.82	0.048 0.053	
Σ_6	0.2707	Σ_{11}	12	25.207 24.384	0.014 0.015	12	23.05 21.79	0.027 0.041	
Σ_{12}	0.4661	Σ_{12}	16	115.888 84.195	0 0	16	102.39 75.50	0 0	
Σ_{11}	0.5640	Σ_{10}	16	182.668 137.246	0 0	16	154.29 121.31	0 0	
Σ_{11}	0.1337	Σ_{17}	12	14.549 15.908	0.257 0.153	12	12.00 12.73	0.445 0.383	
Σ_{11}	0.0238	Σ_{18}	20	27.844 24.228	0.113 0.233	20	20.57 17.86	0.423 0.600	
Σ_6	-0.2749	Σ_{13}	12	22.815 23.715	0.029 0.027	12	21.60 22.29	0.042 0.034	
Σ_{10}	-0.2578	Σ_{13}	16	28.190 30.291	0.020 0.017	16	26.07 25.50	0.053 0.045	
Σ_{11}	-0.1030	Σ_{13}	16	29.539 30.929	0.021 0.018	16	24.50 24.94	0.079 0.083	
Σ_{12}	-0.2337	Σ_{13}	16	39.247 35.631	0.001 0.003	16	35.29 31.55	0.004 0.011	
Σ_{13}	0.3064	Σ_{17}	12	32.465 31.502	0.001 0.001	12	30.69 31.43	0.002 0.002	
Σ_{13}	-0.0502	Σ_{18}	20	26.835 26.737	0.140 0.143	20	23.78 22.86	0.252 0.295	
Σ_{18}	-0.2131	Σ_6	9	27.411 25.123	0.001 0.003	9	25.97 24.97	0.002 0.004	
Σ_{18}	-0.1546	Σ_{10}	12	29.624 27.272	0.003 0.007	12	27.05 23.06	0.008 0.027	
Σ_{18}	0.0042	Σ_{11}	12	21.718 17.351	0.041 0.137	12	20.88 15.25	0.052 0.180	
Σ_{18}	-0.0850	Σ_{12}	12	12.137 12.558	0.435 0.402	12	12.22 11.30	0.438 0.504	
Σ_{18}	0.2222	Σ_{13}	12	23.937 27.274	0.021 0.007	12	21.63 22.68	0.042 0.031	
Σ_{18}	-0.0498	Σ_{17}	9	11.574 11.906	0.238 0.219	9	10.76 11.09	0.293 0.270	
Σ_{18}	-0.2545	Σ_{18}	15	31.485 36.093	0.008 0.002	15	28.16 28.85	0.021 0.012	

* Pearson χ^2
** Likelihood ratio χ^2



Πίνακας 2Α: Σχηματική Παράσταση Σημαντικών Αλληλοσυσχετίσεων των Μεταβλητών Εμπειρίας



* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Σημείωση: Οι αριθμοί στον πίνακα παριστάνουν το συντελεστή συσχέτισης ρ του Spearman. Οι αντίστοιχες μεταβλητές $E_{8,10,11,12,13,16,17,18}$ αναλύονται στη σελίδα 57.



B. Σχέσεις Εμπειρίας - Στάσεων και Γνώσεων κατά Φύλο στους Φοιτητές και Φοιτήτριες της Ιατρικής Σχολής

Για να μελετήσουμε τις σχέσεις της εμπειρίας με τις στάσεις και τις γνώσεις συγκρίναμε τις στάσεις και τις γνώσεις (πίνακας 1) δύο ομάδων φοιτητών της ομάδας "Ο" (στην ομάδα αυτή ανήκουν άτομα που δεν είχαν καμμία σεξουαλική επαφή) και της ομάδας "πάνω από πέντε" (στην ομάδα αυτή ανήκουν άτομα που είχαν σεξουαλική επαφή ολοκληρωμένη με περισσότερους από πέντε ερωτικούς συντρόφους).

Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων προέκυψαν οι εξής διαφορές: Και οι φοιτητές και οι φοιτήτριες Ιατρικής Σχολής της δεύτερης ομάδας ήταν σημαντικά περισσότερο φιλελεύθεροι στην κλίμακα των ετεροσεξουαλικών σχέσεων (άνδρες: $t=1.989$, $a=0.025$ και γυναίκες $t=2.512$, $a=0.01$) και στην κλίμακα Εκτροπής (άνδρες: $t=1.949$, $a=0.05$ και γυναίκες $t=5.08$, $a=0.05$) σε σχέση με την πρώτη ομάδα. Στην κλίμακα του αυτοερωτισμού οι γυναίκες της δεύτερης ομάδας παρουσιαζόταν περισσότερο φιλελεύθερες ($t=4.579$, $a=0.005$) σε σχέση με τις γυναίκες της πρώτης ομάδας. Στην κλίμακα των σεξουαλικών μύθων δεν υπήρχαν διαφορές. Στην κλίμακα των γνώσεων οι φοιτήτριες είχαν περισσότερες γνώσεις στην πιο φιλελεύθερη ομάδα.

Πίνακας 1: Σχέσεις εμπειρίας-στάσεων και γνώσεων κατά φύλο στους φοιτητές και φοιτήτριες της Ιατρικής Σχολής (N=244)

Ε ₈	Φύλο	HRV	SM	M	A	Kn
0	A= 9	3.709 (±0.278)	2.993 (±0.327)	3.556 (±0.713)	2.739 (±1.078)	9.111 (±0.782)
	Γ=25	3.847 (±0.733)	2.976 (±0.457)	3.180 (±0.726)	3.160 (±1.001)	8.600 (±1.225)
>5	A=49	4.069 (±0.527)	3.003 (±0.509)	3.737 (±0.614)	3.394 (±0.942)	8.694 (±1.211)
	Γ=21	4.294 (±0.387)	3.101 (±0.319)	3.752 (±0.544)	4.031 (±0.829)	9.476 (±0.750)



Γ. Σχέσεις Μορφωτικού Επιπέδου του Πατέρα και Εμπειρίας (Ολοκληρωμένης Σεξουαλικής Επαφής ανάλογα με τον Αριθμό των Ερωτικών Συντρόφων) στους Άνδρες του Συνολικού μας Δείγματος

Για να μελετήσουμε τη σχέση εμπειρίας (ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή ανάλογα με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων) και μορφωτικό επίπεδο του πατέρα μελετήσαμε το άνδρες του συνολικού μας δείγματος και τους χωρίσαμε σε τρεις ομάδες ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα. Από τον πίνακα 2 προκύπτει ότι τη μεγαλύτερη εμπειρία φαίνεται να έχουν οι άνδρες των οποίων οι πατεράδες είναι υψηλού μορφωτικού επιπέδου.

Πίνακας 2: Σχέσεις μορφωτικού επιπέδου του Πατέρα και Εμπειρία (ολοκληρωμένη σεξουαλικής επαφής ανάλογα με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων) στους άνδρες του συνολικού μας δείγματος (N = 174)

Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα	Αριθμός Ερωτικών Συντρόφων			
	0	1	2-5	>5
Δημοτικό (n=59)	10.17	32.20	30.51	27.12
Μέση Εκπαίδευση (n=48)	8.33	22.92	29.17	39.58
Ανώτερη - Ανώτατη (n=64)	10.94	18.75	25.00	45.31
Αγράμματοι (n=3)	-	-	-	-

Δ. Σχέσεις Επαγγέλματος Πατέρα και Εμπειρίας (Ολοκληρωμένης Σεξουαλικής Επαφής ανάλογα με τον Αριθμό των Ερωτικών Συντρόφων) στις Γυναίκες του Συνολικού μας Δείγματος

Για να μελετήσουμε τη σχέση εμπειρίας (ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή ανάλογα με τον αριθμό των ερωτικών συντρόφων) επιλέξαμε τις γυναίκες του συνολικού μας δείγματος και τις χωρίσαμε σε τρεις ομάδες ανάλογα με το επάγγελμα του πατέρα.

Ο πίνακας 3 δείχνει ότι τη μεγαλύτερη εμπειρία "πάνω από πέντε ερωτικούς συντρόφους" έχουν οι κόρες "επιστημόνων" και "υπαλλήλων", ενώ τη



μικρότερη έχουν οι κόρες αγροτών και εργατών, αφού το 38.18% δεν είχε ποτέ σεξουαλική επαφή με κανένα σύντροφο.

Πίνακας 3: Σχέσεις Επαγγέλματος Πατέρα και Εμπειρίας
(ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή ανάλογα με τον αριθμό ερωτικών συντρόφων) στις γυναίκες του συνολικού μας δείγματος (N=241)

Επάγγελμα Πατέρα	Αριθμός Ερωτικών Συντρόφων			
	0	1	2-5	>5
Αγρότες/Εργάτες (n=55)	38.18	43.64	12.73	5.45
Υπάλληλοι (n=170)	27.06	41.76	19.41	11.76
Επιστήμονες (n=16)	12.50	31.25	37.50	18.75



ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Για τη διερεύνηση των γνώσεων και εμπειριών αντισύλληψης μελετήθηκαν οι 256 γυναίκες των τριών σχολών (111 ΦΙ, ηλικίας 23.44 [\pm 2.22] έτη, 121 ΣΝ, ηλικίας 20.73 [\pm 1.38] έτη και 24 ΣΦΠ ηλικίας 20.79 [\pm 1.24] έτη, στις οποίες αναζητήθηκαν: 1) οι διαφορές κατά σχολή και 2) οι διαφορές, ανάλογα με το αν έχουν κάνει έκτρωση (Ομάδα Εκτρωσης: ΟΕ) ή όχι (Ομάδα Μη Εκτρωσης: ΟΜΕ).

Επίσης ελέγχθησαν: 3) οι τυχόν υπάρχουσες διαφορές μεταξύ των φύλων στην προτίμηση των αντισυλληπτικών μεθόδων στο συνολικό δείγμα και στην Ιατρική Σχολή.

Προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα:

1) Γνώσεις και Εμπειρίες Αντισύλληψης των Φοιτητριών Ιατρικής και Σπουδαστριών Νοσηλευτικής και Φυτικής Παραγωγής

A. Γνώσεις

Εξετάζοντας κάθε τομέα χωριστά, θα αναφερθούμε αρχικά στις γνώσεις, που αφορούν την αντισύλληψη:

Πίνακας 1: Γνώση για τη Χρήση Προφυλακτικού

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτ. Παραγωγή	
	n=107	%	n=116	%	n=21	%
Σωστό	105	98.1	109	94	20	95.2
Λάθος	2	1.9	7	6	1	4.8

$$\chi^2 = 2.49$$

Στην ερώτηση "Ποιά είναι η χρήση του προφυλακτικού: Αντισυλληπτική, προφυλακτική από τα αφροδίσια νοσήματα ή και τα δύο;", όπως φαίνεται από τον πίνακα 1, σωστά απάντησαν το 98.1% των φοιτητριών της Ιατρικής, το 94% των Σπουδαστριών Νοσηλευτικής και το 95.2% των Σπουδαστριών Φυτικής Παραγωγής.



Πίνακας 2: Γνώση για την αντισυλληπτική Ασφάλεια του Προφυλακτικού

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτ. Παραγωγή	
	n=108	%	n=115	%	n=20	%
Σωστό	78	72	57	49.6	11	55
Λάθος	30	28	58	50.4	9	45

$$\chi^2=12.16, \quad p<0.005$$

Στην ερώτηση "αν η χρήση του προφυλακτικού είναι η ασφαλέστερη από όλες τις μεθόδους αντισύλληψης", όπως φαίνεται από τον Πίνακα 2, σωστά απάντησαν το 72% των ΦΙ, το 49.6% των ΣΝ και το 55% των ΣΦΠ.

Πίνακας 3: Γνώση για την Αντισυλληπτική Αποτελεσματικότητα της Μεθόδου Ρυθμού

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτ. Παραγωγή	
	n=108	%	n=114	%	n=21	%
Σωστό	93	86.1	69	60.5	12	57.1
Λάθος	15	13.9	45	39.5	9	42.9

$$\chi^2=20.22, \quad p<0.005$$

Στην ερώτηση "αν η μέθοδος ρυθμού είναι εξίσου αποτελεσματική με το αντισυλληπτικό χάπι", ο πίνακας 3 δείχνει, ότι σωστά απάντησαν το 86.1% των ΦΙ, το 60.5% των ΣΝ και το 57.1% των ΣΦΠ.



Πίνακας 4: Γνώση για την Αντισυλληπτική Αποτελεσματικότητα των Κολπικών Πλύσεων

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτ. Παραγωγή	
	n=108	%	n=113	%	n=21	%
Σωστό	100	92.6	96	85	17	81
Λάθος	8	7.4	17	15	4	19

$$\chi^2 = 4.14$$

Τέλος, στην ερώτηση, "αν οι κολπικές πλύσεις είναι αποτελεσματική μέθοδος αντισύλληψης", όπως φαίνεται στον πίνακα 4 σωστά απάντησαν το 92.6% των ΦΙ, το 85% των ΣΝ και το 81% των ΣΦΠ.

Στην Ιατρική, από την επεξεργασία του γενικού επιπέδου των γνώσεων κατά έτος σπουδών, προκύπτει ότι οι γνώσεις για την αντισύλληψη του έκτου έτους, είναι καλλίτερες, με στατιστικώς σημαντική τη διαφορά ($\chi^2 = 14.83$, $P < 0.01$), από τις γνώσεις του δευτέρου έτους.

Β. Προτιμήσεις Αντισυλληπτικών Μεθόδων

Για την κλίμακα των προτιμήσεων, θα πρέπει να τονισθεί ότι με τον όρο προτιμήσεις, δεν εννοούμε απαραίτητα και χρήση των μέσων αντισύλληψης, που προτιμώνται, αλλά ούτε και το αντίστροφο. Δηλαδή μπορεί να χρησιμοποιούνται μέσα αντισύλληψης, που δεν ανήκουν στις προτιμήσεις των χρηστών τους.



Πίνακας 5: Μέθοδοι Αντισύλληψης που Προτιμώνται

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτ. Παραγωγή	
	n=105	%	n=113	%	n=19	%
Προφυλακτικό	36	34.3	45	40	10	52.6
Χάπι	32	30.5	21	18.6	4	21.0
Απόσυρση	24	22.9	30	26.6	4	21.0
Μέθοδος ρυθμού	10	9.5	13	11.5	1	5.4
Άλλες	3	2.8	4	3.3	-	-

Όπως είναι φανερό από τον πίνακα 5 στις προτιμήσεις των ΦΙ πρώτο έρχεται το προφυλακτικό με 34.3% και στη συνέχεια το Χάπι με 30.5%. Σημαντικό ποσοστό προτιμήσεων επίσης αφορά την απόσυρση, περίπου 23%. Στις ΣΝ η χρήση του προφυλακτικού κατέχει επίσης την πρώτη θέση με 40% ακολουθεί η απόσυρση με 26.6% και στη συνέχεια το χάπι με 18.6%. Στις ΣΦΠ το 52.6% προτιμά το προφυλακτικό, ένα 21.05% προτιμά το χάπι και επίσης άλλο ένα 21.05% προτιμά την απόσυρση.

Γ. Εμπειρίες Αντισύλληψης

Πίνακας 6: Χρήση Χαπιού

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτ. Παραγωγή	
	n=103	%	n=103	%	n=18	%
ΝΑΙ	30	29.1	9	8.7	2	11.1
ΟΧΙ	73	70.9	94	91.3	16	88.9

Όσον αφορά τη χρήση χαπιού, περίπου ένα 30% των ΦΙ έχουν χρησιμοποιήσει χάπι όπως φαίνεται στο πίνακα 6. Εδώ μπορούμε να σημειώσουμε, ότι από την ανάλυση κατά έτη σπουδών, οι εκτοετείς φοιτήτριες Ιατρικής χρησιμοποιούν



στατιστικά σημαντικά περισσότερο το χάπι. Οι ΣΝ έχουν χρησιμοποιήσει χάπι κατά ένα ποσοστό 8.7% και οι ΣΦΠ κατά το 11.1%

Πίνακας 7: Χρήση Εκτρωσης

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτ. Παραγωγή	
	n=103	%	n=103	%	n=18	%
ΝΑΙ	18	17.5	6	5.8	-	-
ΟΧΙ	85	82.5	97	94.2	18	100

Στον Πίνακα 7 βλέπουμε, ότι τα ποσοστά φοιτητριών, που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση είναι 17.5% στις ΦΙ, 5.8% στις ΣΝ και 0% στις ΣΦΠ και ότι υπερέχουν οι ΦΙ και ακολουθούν οι ΣΝ. Στην Ιατρική από τη στατιστική ανάλυση κατά έτος σπουδών, βρήκαμε ότι η συχνότητα εκτρώσεων αυξάνει σημαντικά από το δεύτερο στο έκτο έτος ($\chi^2 = 6.05$, $P < 0.05$).



2) Γνώσεις και Εμπειρίες Αντισύλληψης ανάλογα με την Χρήση ή μη Έκτρωσης

Από τις 256 γυναίκες, επαρκώς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο οι 231 ενώ 25 αποκλείσθηκαν. Από τις 231 οι 25 (10.8%) έχουν κάνει χρήση έκτρωσης (ΟΕ), ενώ οι 206 (89.2%) όχι (ΟΜΕ). Συγκρίνονται οι δύο ομάδες ΟΕ και ΟΜΕ ως προς τις απαντήσεις που έδωσαν σε ερωτήσεις γνώσεων, εμπειριών και δημογραφικών στοιχείων, σχετιζόμενες άμεσα ή έμμεσα με το θέμα της έκτρωσης.

Οι απαντήσεις κατά ερώτημα της ομάδας έκτρωσης (ΟΕ) και της ομάδας μη έκτρωσης (ΟΜΕ) έχουν ως κάτωθι:

Πίνακας I

Ερ.: Η χρήση προφυλακτικού είναι η ασφαλέστερη από όλες τις αντισυλληπτικές μεθόδους; (Κλίμακα γνώσεων).

Απάντηση	Ομάδα Έκτρωσης n=24		Ομάδα Μη Έκτρωσης n=200	
Σωστή (ΟΧΙ)	21	(87.5%)	115	(57.5%)
Λάθος (ΝΑΙ)	3	(12.5%)	85	(42.5%)

$$\chi^2=8.09, P<0.004$$

Πίνακας II

Ερ.: Η μέθοδος ρυθμού (αποχή από τοσεξ για 6 ή 8 ημέρες στο μεσοδιάστημα του κύκλου) όταν εφαρμόζεται σωστά είναι τόσο αποτελεσματική όσο και το αντισυλληπτικό χάπι; (Κλίμακα γνώσεων).

Απάντηση	Ομάδα Έκτρωσης n=24		Ομάδα Μη Έκτρωσης n=200	
Σωστή (ΟΧΙ)	23	(95.8%)	137	(68.5%)
Λάθος (ΝΑΙ)	1	(4.2%)	63	(31.5%)

$$\chi^2=7.85, P<0.005$$



Πίνακας III

Ερ.: Οι κοιλικές πλύσεις είναι αποτελεσματικές μέθοδοι αντισύλληψης;
(Κλίμακα γνώσεων).

Απάντηση	Ομάδα Εκτρωσης n=24		Ομάδα Μη Εκτρωσης n=200	
Σωστή (OXI)	23	(95.8%)	176	(88%)
Λάθος (NAI)	1	(4.2%)	24	(12%)

$$\chi^2 = 1.326$$

Πίνακας IV

Ερ.: Ποιά από τις αντισυλληπτικές μεθόδους προτιμάτε περισσότερο;
(Κλίμακα εμπειριών).

Απάντηση	Ομάδα Εκτρωσης n=24		Ομάδα Μη Εκτρωσης n=200	
Χάπι	10	(41.7%)	45	(22.5%)
Απόσυρση πριν την εκσπερμάτωση	7	(29.2%)	49	(24.5%)
Προφυλακτικό	5	(20.8%)	77	(38.5%)
Μέθοδος ρυθμού	2	(8.3%)	22	(11.0%)
Άλλες	-	-	-	-

Πίνακας V

Ερ.: Χρησιμοποίησατε ποτέ αντισυλληπτικό χάπι; (Κλίμακα εμπειριών).

Απάντηση	Ομάδα Εκτρωσης n=24		Ομάδα Μη Εκτρωσης n=200	
NAI	14	(58.3%)	27	(13.5%)
OXI	10	(41.7%)	173	(86.5%)

$$\chi^2 = 28.8, P < 0.001$$



Πίνακας VI**Ερ.: Είστε θρησκευόμενο άτομο; (Δημογραφικά στοιχεία).**

Απάντηση	Ομάδα Εκτρωσης n=23		Ομάδα Μη Εκτρωσης n=184	
ΝΑΙ	12	(52.2%)	130	(70.7%)
ΟΧΙ	11	(47.8%)	54	(29.3%)

$$\chi^2 = 3.24$$

Πίνακας VII**Ερ.: Τόπος καταγωγής (Δημογραφικά στοιχεία).**

Απάντηση	Ομάδα Εκτρωσης n=23		Ομάδα Μη Εκτρωσης n=184	
Πόλη	17	(73.9%)	114	(62%)
Χωριό	6	(26.1%)	70	(38%)

$$\chi^2 = 1.25$$

Πίνακας VIII**Ερ.: Πώς θα χαρακτηρίζατε την οικονομική κατάσταση της οικογενείας σας; (Δημογραφικά στοιχεία).**

Απάντηση	Ομάδα Εκτρωσης n=23		Ομάδα Μη Εκτρωσης n=184	
Πολύ καλή	3	(13.0%)	28	(15.2%)
Αρκετά καλή	10	(43.5%)	87	(47.3%)
Μέτρια/Κακή	10	(43.5%)	69	(37.5%)

$$\chi^2 = 0.316$$



Πίνακας ΙΧ**Ερ.: Γραμματικές γνώσεις πατέρα (Δημογραφικά στοιχεία)**

Απάντηση	Ομάδα Εκτρωσης n=23		Ομάδα Μη Εκτρωσης n=184	
Αγράμματος/Δημοτικό	6	(26.1%)	87	(47.3%)
Μέση Εκπαίδευση	10	(43.5%)	51	(27.7%)
Ανώτερη/Ανώτατη	7	(30.4%)	46	(25.0%)

$$\chi^2=4.01, P<0.05$$

Πίνακας Χ**Ερ.: Γραμματικές γνώσεις μητέρας (Δημογραφικά στοιχεία).**

Απάντηση	Ομάδα Εκτρωσης n=23		Ομάδα Μη Εκτρωσης n=184	
Αγράμματη/Δημοτικό	11	(47.8%)	110	(59.8%)
Μέση Εκπαίδευση	7	(30.4%)	48	(26.1%)
Ανώτερη/Ανώτατη	5	(21.8%)	26	(14.1%)

$$\chi^2=1.44$$

Από τη μελέτη των παραπάνω ερωτημάτων παρατηρούνται συνοπτικά τα εξής:

Α. Κλίμακα Γνώσεων

- Σε δύο από τις τρεις ερωτήσεις που αφορούν την αντισύλληψη η Ομάδα Εκτρωσης παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά ορθών απαντήσεων (Πίνακες I,II,III).

Β. Κλίμακα Εμπειριών

- Στην Ομάδα Εκτρωσης η περισσότερο προτιμητέα αντισυλληπτική μέθοδος είναι η χρήση χαπιού (41.7%) ενώ, στην Ομάδα Μη Εκτρωσης



η περισσότερο προτιμητέα αντισυλληπτική μέθοδος είναι η χρήση προφυλακτικού (38.5%) (Πίνακας IV).

- Το ποσοστό προτίμησης για την απόσυρση πριν την εκσπερμάτωση και για τη μέθοδο ρυθμού δεν παρουσιάζει μεγάλες διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες (Πίνακας IV).
- Η χρήση χαπιού είναι πολύ περισσότερο διαδεδομένη στην ομάδα Εκτρωσης (58.3%) παρά στην Ομάδα Μη Εκτρωσης (13.5%) (Πίνακας V).

Γ. Ερωτήσεις Δημογραφικών Στοιχείων

- Η θρησκευτική πίστη τείνει να μειώνεται στην Ομάδα Εκτρωσης (52.2%) παρά στην Ομάδα Μη Εκτρωσης (70.7%). Η στάση όμως αυτή δεν επιβεβαιώθηκε στατιστικά (Πίνακας VI).
- Οι γυναίκες που έχουν κάνει χρήση έκτρωσης δεν διαφέρουν από τις υπόλοιπες ως προς τον τόπο καταγωγής τους (πόλη, χωριό) (Πίνακας VII).
- Η χρήση ή μη έκτρωσης δεν επηρεάζεται από την οικονομική κατάσταση της οικογένειας (Πίνακας VIII).
- Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων φαίνεται να είναι υψηλότερο στην Ομάδα Εκτρωσης από ότι στην Ομάδα Μη Εκτρωσης (Πίνακες IX, X).



3) Προτίμηση Αντισυλληπτικών Μεθόδων: Διαφορές των Φύλων

Πίνακας 3: Προτίμηση Αντισυλληπτικών Μεθόδων του Συνόλου των Ερωτηθέντων και των Φοιτητών Ιατρικής: Διαφορές των Φύλων.

	Σύνολο Απαντησάντων (n=425)		Ιατρική (n=107)	
	Άνδρες (n=180)	Γυναίκες (n=245)	Άνδρες (n=123)	Γυναίκες (n=107)
Διάφραγμα	1.11	0.41	0.81	0.93
Πλύσεις	0.56	0.82	0.81	0
Προφυλακτικό	36.37	37.96	34.96	36.45
Σπιράλ	2.22	1.22	0.81	1.87
Στείρωση	0.56	0	0.81	0
Απόσυρση	26.11	25.31	28.46	21.50
Ρυθμός	11.11	9.39	11.38	8.41
Χάπι	21.67	24.90	21.95	30.84

Οι άνδρες και οι γυναίκες τόσο στο σύνολο όσο και στην Ιατρική Σχολή δηλώνουν την εξής σειρά προτίμησης: προφυλακτικό, απόσυρση, χάπι. Οι γυναίκες προτιμούν το χάπι σε ποσοστό 24.90% στο σύνολο και 30.84% στην Ιατρική, έναντι του 21.67% και 21.95% αντίστοιχα των ανδρών.



ΓΝΩΣΕΙΣ

Οι γνώσεις ελέγχθηκαν με 10 απλά ερωτήματα ανατομίας και φυσιολογίας, που αφορούν την αναπαραγωγή καθώς και την αντισύλληψη. Όπως ήταν αναμενόμενο οι φοιτητές της Ιατρικής έχουν καλύτερες γνώσεις από τους σπουδαστές της Νοσηλευτικής και αυτοί ελαφρώς καλύτερες από τους σπουδαστές Φυτικής Παραγωγής. Βέβαια μόνο ένα 40.57% απαντά όλα τα ερωτήματα σωστά στην Ιατρική, έναντι του 5.37% της Νοσηλευτικής και του 3.17 της Φυτικής Παραγωγής (Διάγραμμα 1).

Το Διάγραμμα 2 δείχνει ότι οι γυναίκες στο συνολικό δείγμα δίνουν ελαφρώς καλύτερες απαντήσεις, αφού ένα 25% απαντά όλα τα ερωτήματα σωστά, έναντι του 23.5% των ανδρών.

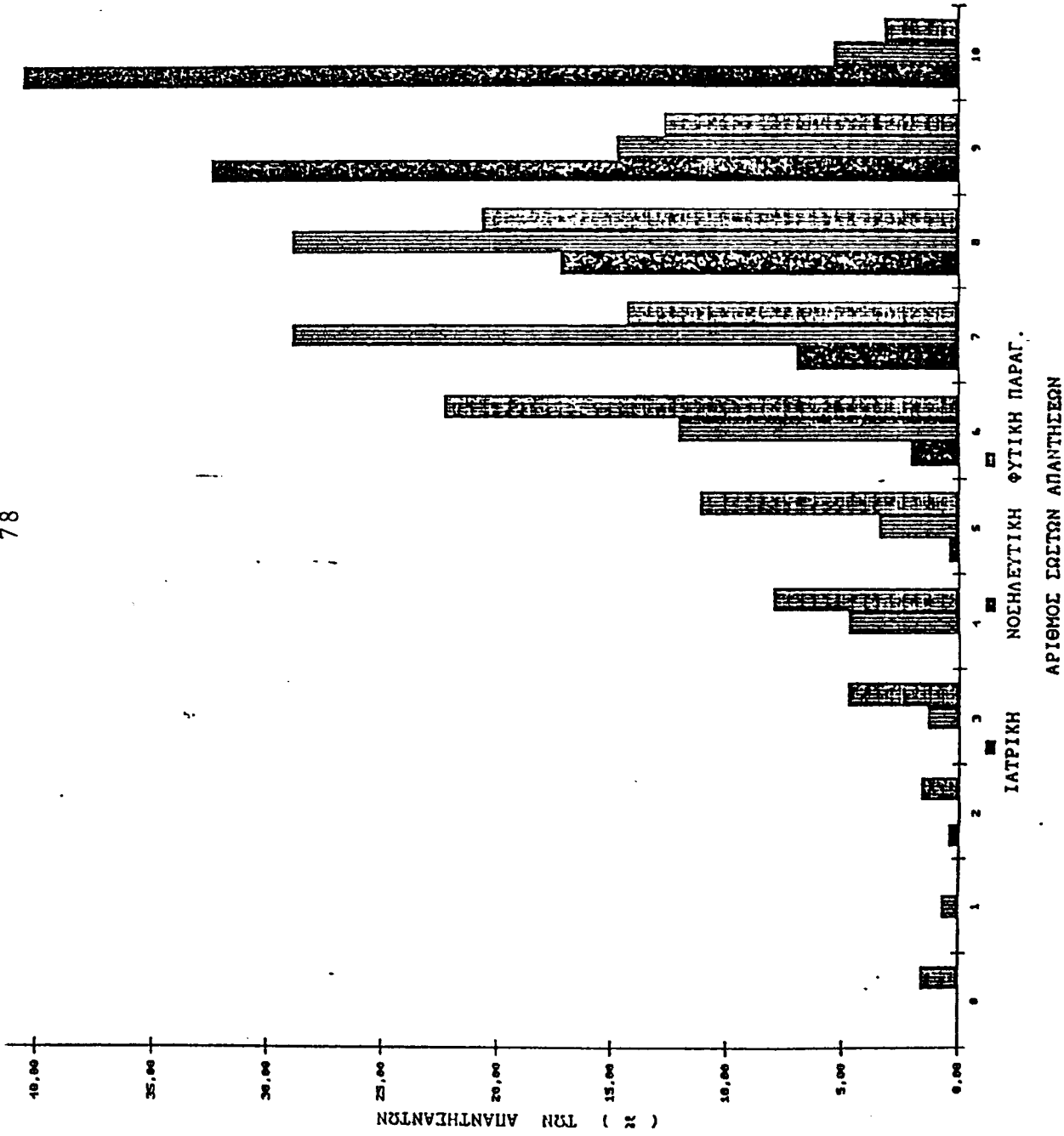
Στην Ιατρική, όπου υπολογίσθηκε ο μέσος όρος των γνώσεων, οι γνώσεις των γυναικών (Πίνακας 1) ήταν καλύτερες από εκείνες των ανδρών. (Κάθε σωστή απάντηση έπαιρνε μία μονάδα, οπότε σε κάθε ερωτώμενο αντιστοιχεί μία βαθμολογία από 0 έως 10. Η βαθμολογία 10 σημαίνει ότι απαντήθηκε σωστά το σύνολο των ερωτήσεων).

**Πίνακας 1: Μέσος Όρος Γνώσεων Φοιτητών Ιατρικής:
Διαφορές των Φύλων**

	N	ΜΟ (±ΣΑ)
Ανδρες	110	8.873 ± 1.041
Γυναίκες	101	9.238 ± 0.981

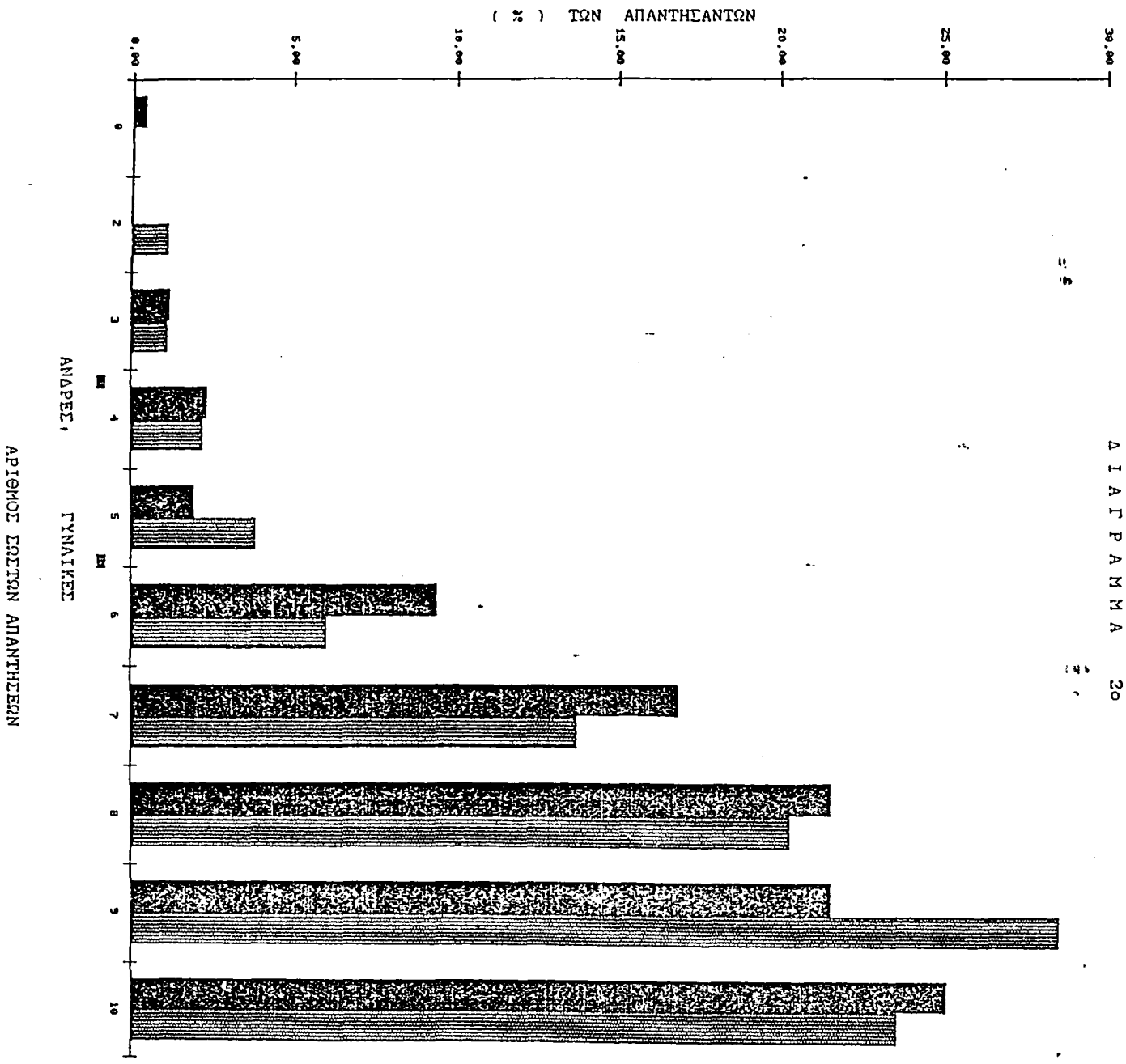
$t=2.614, p=0.010$





ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΓ.
 ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΩΣΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ





ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ-ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ

Παραθέτουμε αυτούσια τα ερωτήματα και τις απαντήσεις που εδόθησαν στο τμήμα του S.K.AT "Απόκτηση Γνώσεων και Εμπειριών.

Ερώτημα: Με ποιόν συζητήσατε για πρώτη φορά θέματα γύρω από το σεξ;

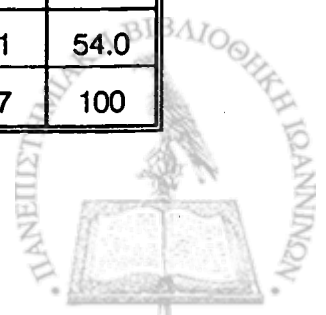
	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτική Παραγωγή		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Γονείς	39	16.2	23	15.7	7	11.7	69	15.5
Δασκάλους	6	2.5	1	0.7	2	3.3	9	2.0
Συνομηλικούς	172	71.7	111	76.0	43	71.7	326	73.1
Άλλους	23	9.6	11	7.6	8	13.3	42	9.4
Σύνολο	240	100	146	100	60	100	446	100

Οι ερωτώμενοι, ανεξαρτήτως σχολής στην οποία ανήκουν, για πρώτη φορά συζητούν θέματα, γύρω από το σεξ με τους συνομηλικούς κυρίως. Ετσι στην Ιατρική 71.7% συζητά με τους συνομηλικούς, στη Νοσηλευτική 76% και στη Φυτική Παραγωγή 71.7%. Ακολουθούν σε μικρά ποσοστά οι γονείς (16.2%, 15.7%, 11.7% αντίστοιχα) άλλα άτομα και τέλος οι δάσκαλοι.

Δεν υπάρχουν διαφορές ως προς το φύλο, στο ανωτέρω ερώτημα, ούτε κατά σχολή, ούτε στο σύνολο.

Ερώτημα: Συζητάτε με τους γονείς σας θέματα γύρω από το σεξ;

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτική Παραγωγή		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ναι	112	46.7	64	43.8	30	49.2	206	56.0
Όχι	128	53.3	82	56.2	31	50.8	241	54.0
Σύνολο	240	100	146	100	61	100	447	100



Οι ερωτώμενοι, ανεξαρτήτως σχολής στην οποία ανήκουν, στο μεγαλύτερο ποσοστό δεν συζητούν με τους γονείς τους για το σεξ. Ετσι στην Ιατρική 53.3% δεν συζητά για το σεξ με τους γονείς, στη Νοσηλευτική το αντίστοιχο ποσοστό είναι 56.2% και στη Φυτική Παραγωγή το 50.8%.

Ερώτημα: Στο σπίτι σας επιτρέπεται να κυκλοφορείτε γυμνοί;

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτική Παραγωγή		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ναι	37	15.7	20	13.8	7	11.7	64	14.5
Όχι	199	84.3	125	86.2	53	88.3	377	85.5
Σύνολο	236	100	145	100	60	100	441	100

Παρατηρούμε ότι σε συντριπτικό ποσοστό οι ερωτώμενοι δηλώνουν ότι δεν επιτρέπεται να κυκλοφορούν γυμνοί στο σπίτι. Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο.

Ερώτημα: Κυκλοφορούν γυμνοί οι γονείς σας στο σπίτι;

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτική Παραγωγή		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ναι	21	8.8	11	7.6	1	1.6	33	7.4
Όχι	217	91.2	134	92.4	60	98.4	411	92.6
Σύνολο	238	100	145	100	61	100	444	100

Παρατηρούμε ότι σε συντριπτικό ποσοστό οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι δεν κυκλοφορούν γυμνοί οι γονείς τους στο σπίτι τους.



Ερώτημα: Έχετε παρακολουθήσει μαθήματα σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο;

	Ιατρική		Νοσηλευτική		Φυτική Παραγωγή		Σύνολο	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ναι	14	5.9	17	11.6	5	8.2	36	8.1
Όχι	224	94.1	129	88.4	56	91.8	409	91.9
Σύνολο	238	100	146	100	61	100	445	100

Οι ερωτώμενοι σε συντριπτικό ποσοστό, ανεξαρτήτως σχολής, δηλώνουν ότι δεν παρακολούθησαν μαθήματα σεξουαλικής αγωγής στο σχολείο. Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο στο ίδιο ερώτημα.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εξ αρχής θεωρούμε σκόπιμο να αναφέρουμε ότι οι ομοιότητες ή οι διαφορές που προκύπτουν από τη σύγκριση διαφόρων υποομάδων του δείγματός μας, δεν συζητούνται με αιτιοκρατική λογική και λόγω της πολυπλοκότητας του αντικειμένου μας και λόγω ορισμένων μεθοδολογικών αδυναμιών που εντοπίσαμε στην πορεία της έρευνας.

Πιστεύουμε ότι οι διαφορές των ηλικιών δεν είναι μεγάλες και δεν διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων των ερωτώμενων σ' αυτό το στάδιο ζωής. Οι στάσεις - απόψεις για τα σεξουαλικά θέματα διαμορφώνονται κυρίως σε προηγούμενα αναπτυξιακά στάδια (142). Στο μορφωτικό επίπεδο, με την ευρεία του έννοια, αν και πιθανόν να υπάρχουν διαφορές στις τρεις σχολές (δεν αναφερόμαστε στο ειδικό αντικείμενο σπουδών) στο θέμα του σεξ, πιστεύουμε ότι δεν διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο, δεδομένου ότι τα στεγανά για τη σεξουαλική πληροφορία ισχύουν για όλη την ελληνική κοινωνία. Περί αυτού μάς υποψιάζουν και τα αποτελέσματα της μελέτης μας στο τμήμα "Απόκτηση Γνώσεων-Εμπειριών".

Συνεπώς απομένουν ορισμένοι παράγοντες, όπως επάγγελμα και μόρφωση γονέων, καταγωγή κ.λ.π, που συνθέτουν την έννοια της κοινωνικής τάξης, να παίζουν σημαντικό ρόλο, όχι σαφώς αιτιολογικό στις συγκρίσεις μας. Από την ίδια σκοπιά συζητάμε την επίδραση της στάσης της οικογένειας και της σχέσης με τη θρησκεία, παράγοντες που δεν θεωρούνται άσχετοι και με την κοινωνική τάξη.

Ακόμη δε και στον τομέα των εμπειριών, όπου η ηλικία παίζει εμφανώς ρόλο, πιστεύουμε ότι σε νέους αυτού του φάσματος ηλικιών, διαφορές σε ορισμένα τουλάχιστον ερωτήματα (ραντεβού, προκαταρκτικά, αριθμός συνουσιών κ.α.) δεν μπορεί να αποδοθεί στη διαφορά ηλικίας, όπου πιθανόν μπορεί να αποδοθούν εν μέρει διαφορές στο ερώτημα "αριθμός σεξουαλικών συντρόφων".

Όσον αφορά τις αλληλοσυσχετίσεις στάσεων, γνώσεων, εμπειριών και τί προηγείται τίνος, απαιτείται περαιτέρω έρευνα, όπως υποστηρίζει και ο Lief (42,47). Αρα ορισμένα ερωτήματα συζητώνται με επιφυλάξεις, λαμβανομένων υπ' όψη των παραπάνω δυσκολιών.

Στάσεις-Απόψεις: Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων στάσεων-απόψεων, παρέχει ενδείξεις ότι ορισμένοι παράγοντες διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωσή τους.

Πρωτίστως το φύλο, αν και δεν διαδραματίζει τόσο σημαντικό ρόλο, όσο



παλαιότερα, στη σεξουαλική ζωή και δραστηριότητα των ανθρώπων, παραμένει ακόμα η πλέον σημαντική ειδοποιός διαφορά, στη διαμόρφωση των προτύπων της σεξουαλικότητας. Η γυναίκα για παράδειγμα, μαθαίνει και ενστερνίζεται απόψεις για τη σεξουαλικότητα, που όχι μόνο δεν έχουν κάτι κοινό με τις ανδρικές απόψεις, αλλά οδηγούν σε πολύ διαφορετικές προσδοκίες και σεξουαλικές συμπεριφορές (89,90).

Υπάρχουν έρευνες, που διαπιστώνουν σύγκλιση στις απόψεις αρρένων και θηλέων φοιτητών της Ιατρικής, και άλλες που διαπιστώνουν διαφορές. Προσέγγιση των απόψεων μεταξύ των φύλων διαπιστώθηκε σε μελέτη Ιαπωνέζων φοιτητών Ιατρικής (91), Κινέζων φοιτητών Ιατρικής (93) και Ελλήνων τελειοφοίτων φοιτητών Ιατρικής (92).

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι οι Ελληνίδες φοιτήτριες Ιατρικής, παρότι δεν διαφέρουν σημαντικά στο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό προφίλ τους, από τους άνδρες, έχουν διαφορετικές σεξουαλικές απόψεις από αυτούς. Έτσι οι γυναίκες θεωρούν τις προγαμιαίες και εξωσυζυγικές σεξουαλικές σχέσεις ως αποδεκτές ή ακόμα και επιθυμητές, από τα δύο φύλα, περισσότερο από τους άνδρες. Επίσης απορρίπτουν κοινές, λαϊκές, εσφαλμένες αντιλήψεις για το σεξ με μεγαλύτερη ευκολία απ' ότι οι άνδρες. Ακόμη δε και οι απόψεις τους για την έκτρωση υποδηλώνουν μία πιο φιλελεύθερη στάση, σε σχέση με εκείνη των ανδρών, σε κοινωνικά, ιατρικά και νομικά ζητήματα.

Διαπιστώνεται δηλαδή ότι οι ελληνίδες φοιτήτριες έχουν πιο φιλελεύθερες απόψεις από τους άνδρες για την έκτρωση, τις ετεροσεξουαλικές σχέσεις και τους σεξουαλικούς μύθους.

Σε έρευνα του Harold I. Lief (42) αποδείχθηκε ότι οι Αμερικανίδες φοιτήτριες Ιατρικής είναι πιο φιλελεύθερες μόνον στον τομέα των σεξουαλικών μύθων.

Τέλος οι άνδρες φοιτητές Ιατρικής θεωρούν την αυτοερωτική διέγερση υγιή και αποδεκτή δραστηριότητα, περισσότερο απ' ότι οι γυναίκες, οι οποίες αντιμετωπίζουν τον αυνανισμό ως νοσηρή πράξη, σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ότι οι άνδρες. Η φιλελεύθερη στάση αυτή των ανδρών, ως προς τον αυνανισμό σημειώνεται και στην έρευνα του Chan στο Hong Kong (93).

Στο συνολικό μας δείγμα η σύγκριση των απόψεων μεταξύ των δύο φύλων σταθεροποιεί τη διαφορά, που προαναφέρθηκε ως προς τον αυνανισμό.

Οι μεγαλύτερες σε ηλικία κατά τρία περίπου χρόνια φοιτήτριες Ιατρικής έχουν πιο φιλελεύθερες απόψεις για τις ετεροσεξουαλικές σχέσεις, τους σεξουαλικούς μύθους και την έκτρωση, από τις σπουδάστριες των ΤΕΙ.



Παρόμοιες διαφορές επισημαίνονται και στην έρευνα του Lief (42), όπου σπουδαστές νοσηλευτές είναι πιο συντηρητικοί και στις τέσσερις κλίμακες σεξουαλικότητας από φοιτητές Ιατρικής. Δεν είναι γνωστό ακριβώς πως επιδρούν κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες στα διάφορα αναπτυξιακά στάδια του ατόμου στη διαμόρφωση της σεξουαλικότητας. Όμως από τη μελέτη μας συμπεραίνεται ότι υπάρχει κάποια σχέση των παραγόντων αυτών με τις σεξουαλικές στάσεις. Οι φοιτήτριες της Ιατρικής, οι οποίες κατάγονται οι περισσότερες από πόλη, είναι πιο πλούσιες και οι γονείς τους έχουν καλύτερα επαγγέλματα και είναι πιο μορφωμένοι, παρουσιάζονται και ως πιο ελαστικές και φιλελεύθερες στις απόψεις τους. Μικρότερες είναι οι διαφορές στις δύο άλλες σχολές, με τις φοιτήτριες της Φυτικής Παραγωγής συντηρητικότερες, αλλά και χαρακτηριζόμενες και ως οι πιο φτωχές. Μία εξήγηση της διαφοράς αυτής μπορεί να δοθεί και από το γεγονός ότι οι φοιτήτριες και σπουδάστριες προέρχονται από τάξεις με διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά δεδομένα.

Όσον αφορά τη θρησκεία, διαπιστώσαμε ότι, και στα τρία δείγματα, οι γυναίκες δήλωναν ότι είναι θρησκευόμενες στη συντριπτική τους πλειοψηφία, πάνω από 70%, και ο βαθμός συντηρητικότητας αύξανε όσο αύξανε το ποσοστό θρησκευομένων γυναικών κατά σχολή.

Για την καλύτερη κατανόηση της παραπάνω διαπίστωσης αναφέρουμε ότι οι φοιτήτριες Ιατρικής, που δηλώνουν ότι είναι θρησκευόμενες σε μικρότερο ποσοστό, είναι πιο φιλελεύθερες. Βέβαια, όπως αναμενόταν, το επίπεδο γνώσεων των φοιτητριών είναι καλύτερο από εκείνο των σπουδαστριών. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες λοιπόν και η θρησκεία είναι πιθανόν να επηρεάζουν σημαντικά τη στάση απέναντι στο σεξ. Τούτο συμπλέει και με συμπεράσματα άλλων ερευνών (94,95,96).

Το αξιοσημείωτο είναι ότι στο θέμα του αυνανισμού δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ φοιτητριών-σπουδαστριών, παρά τις διαφορές στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο που προαναφέραμε. Αντίθετα ο Kinsley ανέφερε ότι τις πιο συντηρητικές στάσεις, σχετικά με τον αυνανισμό, τις εντόπισε σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (97,98), τα δικά μας όμως ευρήματα στρέφουν το ενδιαφέρον σε άλλους παράγοντες που πιθανόν επηρεάζουν την αυνανιστική συμπεριφορά, όπως για παράδειγμα το φύλο.

Η διαπολιτισμική σύγκριση των απόψεων των φοιτητών Ιατρικής με τις απόψεις φοιτητών Ιατρικής άλλων εθνικοτήτων αποκάλυψε ότι οι φοιτητές μας στο σύνολό τους, ανεξαρτήτως φύλου, έχουν πιο φιλελεύθερες απόψεις για τις ετεροσεξουαλικές σχέσεις και πιο συντηρητικές στους σεξουαλικούς μύθους,



την έκτρωση και τον αυνανισμό από τους Αμερικανούς. Ανάλογη σύγκριση μεταξύ Ισραηλινών φοιτητών Ιατρικής και του ιδίου δείγματος Αμερικανών (69,70) έδειξε ότι και οι Ισραηλίτες είναι συντηρητικότεροι των Αμερικανών στις κλίμακες SM, A, M, αλλά όχι όμως και στην HR.

Το γεγονός αυτό στηρίζει την άποψη ότι και η φυλή και η εθνικότητα παίζουν ρόλο σε ορισμένους τομείς του σεξ. Έτσι, όχι άδικα, οι Μεσογειακοί λαοί έχουν τη φήμη του "θερμού και ερωτικού" στο σεξ.

Οι Αμερικανοί, ίσως με τα προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης και την άνοδο του βιοτικού επιπέδου, κατάφεραν να επηρεάσουν τους μέλλοντες ιατρούς, και ιδίως τις γυναίκες, στην απόρριψη μύθων ως προς το σεξ (69,70), παραμένουν όμως συντηρητικότεροι στον τομέα των ετεροφυλικών σχέσεων (93) από φοιτητές χωρών που δεν έχουν σεξουαλική εκπαίδευση. Σημειωτέον ότι οι σεξουαλικοί μύθοι παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία των στάσεων των ανθρώπων για το σεξ και είναι αυτοί που καταρρίπτονται με τη σωστή εμπειριστατωμένη εκπαίδευση για το σεξ (42).

Στις κλίμακες των σεξουαλικών μύθων και της έκτρωσης είμαστε πιο συντηρητικοί από τους Κινέζους του Hong-Kong, έχουμε όμως πιο φιλελεύθερες απόψεις για τις ετεροσεξουαλικές σχέσεις και τον αυνανισμό. Οι Κινέζοι είναι πιο συντηρητικοί από τους Αμερικανούς σε όλες τις κλίμακες (93). Στο Hong-Kong δεν υπάρχει, όπως και στη χώρα μας, σύστημα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Οι λιγότερες ασυμφωνίες μεταξύ Κινέζων, Ελλήνων και Αμερικανών παρατηρούνται στο ζήτημα του αυνανισμού, που αποτελεί και την πιο πρώιμη σεξουαλική εμπειρία του ανθρώπου.

Οι Tang και Whyte (1985) (99) βρήκαν ότι οι δικοί τους φοιτητές της Ιατρικής, που δεν είχαν ειδική εκπαίδευση για το σεξ, ήταν σε αξιοσημείωτα χαμηλά επίπεδα, όσον αφορά τις σεξουαλικές γνώσεις τους και πολύ περισσότερο συντηρητικοί στις σεξουαλικές τους απόψεις σε σύγκριση με φοιτητές Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών. Από τις συγκρίσεις αυτές ενδυναμώνεται μία ακόμη φορά η σκέψη πως το βιοτικό επίπεδο σχετίζεται με ορισμένους τομείς της σεξουαλικότητας, μιά και οι φοιτητές με χαμηλότερα επίπεδα ζωής και παιδείας εμφανίζονται και συντηρητικότεροι στα περισσότερα ζητήματα ως προς το σεξ.

Τα τελευταία χρόνια, μελέτες απ' όλο τον κόσμο (100,101,102,103,104, 105,106,107,108) έχουν παρουσιάσει στοιχεία αλλαγής στις σεξουαλικές απόψεις νέων και μορφωμένων ανθρώπων, προς περισσότερο επιτρεπτικές θέσεις. Για να



βγάλουμε ένα γενικό συμπέρασμα για το εάν οι απόψεις των ατόμων του δείγματός μας είναι συντηρητικής ή φιλελεύθερης κατεύθυνσης ή κρύβουν μιὰ αβεβαιότητα (αυτές είναι οι τρεις διαβαθμίσεις στάσεων που διερευνώνται με το ερωτηματολόγιο, ανάλογα με τις απαντήσεις). Παρατηρήσαμε ότι η πλειοψηφία των ατόμων απάντησε στις κατηγορίες της κλίμακας LIKERT, "Δεν είμαι βέβαιος", "Συμφωνώ" για ερωτήματα φιλελεύθερης κατεύθυνσης και "Διαφωνώ" για ερωτήματα συντηρητικής κατεύθυνσης. Απέφυγαν απαντήσεις ακραίες και απόλυτες. Αυτό για τους μέλλοντες ιατρούς σε ορισμένα ζητήματα πιθανόν να υποκρύπτει έλλειψη γνώσεων και επικράτηση κοινών εσφαλμένων αντιλήψεων για το σεξ. Οι μέσοι όροι των βαθμολογιών (3-4) που εξαγονται από απαντήσεις που βαθμολογούνται με 3 (δεν είμαι βέβαιος) και 4 (συμφωνώ - διαφωνώ) δηλώνουν αβεβαιότητα ή φιλελεύθερη κατεύθυνση.

Εμπειρίες: Κατά τη διάρκεια της τελευταίας 20ετίας, επίσης παρατηρείται μία σημαντική αύξηση στην ενασχόληση των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων με τη σεξουαλική δραστηριότητα (3,4).

Τα αποτελέσματα τα οποία υπολογίστηκαν, χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψη το φύλο και στις τρεις σχολές, δείχνουν ότι τα άτομα της Ιατρικής έχουν μεγαλύτερη εμπειρία σε όλα τα στάδια εξέλιξης μίας ερωτικής σχέσης και ακολουθούν όσοι σπουδάζουν Φυτική Παραγωγή. Επονται όσοι σπουδάζουν Νοσηλευτική.

Δύο λόγοι πιθανόν διαχωρίζουν τη Νοσηλευτική από τη Φυτική Παραγωγή, όπου η ηλικία και το κοινωνικοοικονομικό προφίλ δεν παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές. Ο πρώτος είναι η σύνθεση του δείγματος, όπου στη Νοσηλευτική έχουμε περισσότερες γυναίκες, οι οποίες είναι λιγότερο έμπειρες από τους άνδρες και δεύτερο η καταγωγή τους.

Και στις τρεις σχολές οι εμπειρίες μειώνονται από τα ραντεβού, στις ερωτοτροπίες και τελευταία στην ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή. Τα τρία στάδια είναι φορτισμένα με ένα κλιμακούμενο βαθμό δυσκολίας στην επικοινωνία και την προσέγγιση μεταξύ δύο συντρόφων.

Οι νέοι μας όμως φαίνεται να βγαίνουν πολλά ραντεβού και να ερωτοτροπούν με διαφορετικούς συντρόφους. Λίγοι όμως από αυτούς καταλήγουν σε ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή, την οποία προτιμούν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους και στις τρεις σχολές με ένα σύντροφο. Μεγάλα είναι τα ποσοστά που δεν αναφέρουν σεξουαλική επαφή, με ιδιαίτερα μεγάλο το 33% της Νοσηλευτικής. Περισσότερες εμπειρίες φαίνεται να έχουν άτομα ανώτερης



κοινωνικο-οικονομικής τάξης, όπως φαίνεται στην Ιατρική. Σημειωτέον ότι τα άτομα της Ιατρικής, που έχουν μεγαλύτερη σεξουαλική δραστηριότητα, θρησκευούν και λιγότερο. Ο βαθμός της θρησκευτικότητας είναι αντιστρόφως ανάλογος με τη σεξουαλική δραστηριότητα (109) και τα ευρήματά μας επιβεβαιώνουν την παραπάνω άποψη.

Οι περισσότεροι από τους νέους μας αισθάνονται να είναι το ίδιο έμπειροι, γνώστες και προσαρμοσμένοι όσο και οι συνομήλικοί τους. Τονίζεται εδώ η δύναμη της ομάδας και οι σπουδαίες αλληλεπιδράσεις που υφίστανται οι έφηβοι και νεαροί ενήλικες από τους συνομηλίκους, οι οποίοι άλλοστε αποτελούν και την κύρια πηγή άντλησης σεξουαλικών γνώσεων και εμπειριών.

Οι μέλλοντες ιατροί όμως αισθάνονται, όπως είναι λογικό από την εκπαίδευσή τους, να γνωρίζουν περισσότερα. Είναι βέβαια μεγαλύτερης ηλικίας και έτσι αισθάνονται και πιο έμπειροι. Δεν αισθάνονται όμως πιο προσαρμοσμένοι και αυτό μπορεί να αποτελεί πηγή προβλημάτων στην άσκηση της Ιατρικής, δεδομένου ότι στον συγκεκριμένο τομέα του σεξ χρειάζεται άνεση και σιγουριά. Λιγότερο γνώστες, έμπειροι και προσαρμοσμένοι αυτοεκτιμώνται πάλι οι νοσηλευτές, ακόμα και από άτομα που δεν ανήκουν στην Ιατρική ή Παραϊατρική εκπαίδευση.

Ένα χαρακτηριστικό εύρημα των ατόμων των τριών σχολών μας είναι οι διαφορετικές σχέσεις στην οικογένειά τους. Οι οικογένειες των φοιτητών Ιατρικής, χαρακτηρίζονται από τους ίδιους πιο επιτρεπτικές σε ζητήματα σεξουαλικότητας και κατά συνέπεια οι συγκρούσεις με τους γονείς είναι λιγότερες. Μία επιτρεπτική στάση της οικογένειας μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερη εμπειρία. Πράγματι οι φοιτητές Ιατρικής έχουν και μεγαλύτερη και πρωιμότερη αυνανιστική εμπειρία.

Με αυτές τις παρατηρήσεις εδραιώνονται οι απόψεις ειδικών επιστημόνων, που πιστεύουν ότι οι γονείς είναι οι πρώτοι σεξουαλικοί εκπαιδευτές των παιδιών τους, σε αντίθεση με άλλους, που υποστηρίζουν ότι σπάνια οι γονείς αποτελούν την κύρια πηγή σεξουαλικής εκπαίδευσης. Υπάρχουν συγγραφείς που ισχυρίζονται ότι οι σεξουαλικές αξίες και στάσεις, σε αντίθεση με τη σεξουαλική γνώση, μεταφέρονται στα παιδιά από τους γονείς συχνότερα έμμεσα, παρά άμεσα, μέσω λεκτικών αλληλεπιδράσεων. Ο McNab (110) βρήκε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ σεξουαλικών αξιών των γονέων με τις στάσεις και συμπεριφορές των παιδιών τους. Ο Mahoney (111) υποστηρίζει ότι η σεξουαλική μάθηση της παιδικής ηλικίας επιδρά στη σεξουαλική μάθηση του εφήβου και του νεαρού ενήλικα. Η έρευνα του Shelby (112) αποδεικνύει μερικές σημαντικές



σχέσεις μεταξύ σεξουαλικών εφηβικών στάσεων και των στάσεων των γονιών τους. Μάλιστα στις μελέτες τους οι William L. Yarber και Joanne M. Greer (113) ερευνούν τη σχέση των σεξουαλικών στάσεων των γονέων και των σεξουαλικών στάσεων και συμπεριφορών των φοιτητών θυγατέρων ή γυιών τους, η οποία είναι διαφορετική για τα δύο φύλα, με αποτέλεσμα να διαμορφώνουν και διαφορετικές συμπεριφορές.

Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με τις παραπάνω μελέτες, καθώς οι άνδρες του δείγματός μας είναι πιο έμπειροι από τις γυναίκες σε όλους σχεδόν τους τύπους της εμπειρίας. Αισθάνονται την οικογένειά τους πιο επιτρεπτική και συγκρούονται λιγότερο οι αξίες τους με εκείνες των γονέων τους. Θεωρούν τους εαυτούς τους περισσότερο γνώστες, έμπειρους και προσαρμοσμένους από την ομάδα των συνομηλίκων τους. Η διαφορετική εμπειρία δηλαδή, μπορεί να αιτιολογηθεί και από τη διαφορετική στάση της οικογένειας.

Απεδείχθη ότι το ποσοστό των ανδρών σε κάθε κατηγορία ερωτικής επαφής αυξάνει όσο αυξάνει ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων, ενώ το ποσοστό των γυναικών ελαττώνεται όσο αυξάνει ο αριθμός των συντρόφων. Αυτό συμφωνεί και με άλλες ερευνητικές εργασίες (69,70,93). Η ερμηνεία αυτού του ευρήματος επιχειρείται αμέσως παρακάτω:

Οι Murstein Holden το 1972 (114), Robinson και Jedlicova το 1982 (115) έδειξαν πως η προσαρμοσμένη στην ηλικία εμπειρία των σεξουαλικών επαφών των νέων γυναικών είναι μικρότερη αυτής των νέων ανδρών, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται και με τα δικά μας αποτελέσματα.

Οι γυναίκες προτιμούν να συναλλάσσονται ερωτικά με λίγους συντρόφους, το 41% αυτών με ένα σύντροφο, διότι έχουν την τάση να αναζητούν τη σταθερότητα και να στηρίζονται στην καλλιέργεια της συναισθηματικής διαπροσωπικής σχέσης, μέσω της σεξουαλικής εμπειρίας (116,117).

Οι άνδρες, όπως υποστηρίζουν οι Carns, Offer και Simon (116,117) ενδιαφέρονται να επιδείξουν τις πολλές "κατακτήσεις τους" επιδιώκοντας τη σεξουαλική ευχαρίστηση, στη σεξουαλική σχέση, με μεγάλο αριθμό συντρόφων.

Ο Curran et al (118) απέδειξε και ερευνητικά ότι η σεξουαλική συμπεριφορά είναι προτυποποιημένη, υπάρχει μία αλληλουχία των τύπων των σεξουαλικών εμπειριών -προχωρώντας από το κράτημα του χεριού, στα πρώτα ραντεβού, στο φίλημα, στο χάδι, στη σεξουαλική επαφή και τη στοματογεννητική διέγερση. Παρ' ότι αυτή η διαδοχή μπορεί να είναι η ίδια για τους άνδρες και τις γυναίκες, η ταχύτητα και τα κίνητρα για την εξέλιξη κατά "στάδια" είναι αρκετά διαφορετικά, όπως προαναφέρθηκε. Μόλις πραγματοποιήσουν την πρώτη



σεξουαλική δραστηριότητα του τύπου του απλού χαιδολογήματος, οι άνδρες κινούνται γρηγορότερα των γυναικών προς τον τελικό σκοπό της επαφής και παραμένουν πρώτοι κατά τη διάρκεια της διαδοχής ολοκλήρωσης μίας σχέσης (118), όπως και στο δείγμα μας.

Ενας άλλος συναφής λόγος, που οι γυναίκες έχουν λιγότερες σεξουαλικές επαφές, είναι οι ενοχές και ο φόβος της εγκυμοσύνης. Ετσι τα "προκαταρκτικά" μίας επαφής θεωρούνται αποδεκτά και δεν ενοχοποιούν τις έφηβες ή νεαρές ενήλικες γυναίκες, γι' αυτό η σεξουαλική τους δραστηριότητα με αυτή τη μορφή είναι αυξημένη. Ως ουσιαστική πραγμάτωση της σεξουαλικής πράξης θεωρείται η ολοκληρωμένη επαφή, και αυτή αποφεύγουν οι γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες. Για να δώσουν πάντως τη συγκατάθεσή τους για αυτήν αναζητούν μιά στενή στοργική σχέση με εγγύτητα και αμοιβαία κατανόηση, την οποία μάλλον δεν βρίσκουν εύκολα μιά και ο ρυθμός και τα κίνητρα των ανδρών είναι διαφορετικά (119).

Εναρμονίζοντας τελικά τα στοιχεία μας με αποτελέσματα άλλων ερευνών, που επισημαίνουν αρκετές διαφορές βασισμένες στη διαφορετική διαδικασία της σεξουαλικής ανάπτυξης και κοινωνικοποίησης των δύο φύλων.

α. Εμπειρίες Φοιτητών Ιατρικής: Οι φοιτητές της Ιατρικής είναι πιο έμπειροι των άλλων σπουδαστών. Είναι βέβαια μεγαλύτεροι στην ηλικία, έχουν περισσότερο φιλελεύθερες απόψεις, προέρχονται από ανωτέρου επιπέδου κοινωνικοοικονομικά στρώματα και επηρεάζονται λιγότερο από την οικογένεια και τη θρησκεία, χαρακτηριστικά τα οποία αλληλοσυσχετίζονται με την εμπειρία.

Σε σχέση με τους Αμερικανούς συναδέλφους τους (42) οι Έλληνες, που έχουν σεξουαλική επαφή με περισσότερους από 5 συντρόφους, είναι 41% για τους άνδρες και 20% για τις γυναίκες, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Αμερικανούς είναι 31% και 19%. Υπενθυμίζουμε ότι οι Έλληνες βρέθηκαν να έχουν περισσότερο φιλελεύθερες απόψεις στις ετεροφυλικές σχέσεις και υποθέτουμε η μεγαλύτερη εμπειρία τους, κυρίως των ανδρών, θα έχει σχέση και με τη στάση τους.

Στην Αμερική (42) πολλοί άνδρες (40%), αλλά και στην Ελλάδα (30%) αναφέρουν ότι είχαν ένα ή κανένα σύντροφο, αντιστοίχως οι γυναίκες είναι 58% και 60%. Πραγματικά αυτά τα ποσοστά φαίνεται να βρίσκονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα μελετών σχετικών με τις σεξουαλικές εμπειρίες φοιτητών, που έγιναν από τους Simon, Berger και Cagnon (120) και είναι εκπληκτικά, γιατί υπάρχει η εντύπωση ότι οι φοιτητές Ιατρικής είναι πιο απελευθερωμένοι από άλλους φοιτητές.



Συγκριτικά με άλλη ελληνική μελέτη (92), όπου οι ηλικίες είναι λίγο μεγαλύτερες και όλοι οι φοιτητές τελειόφοιτοι, οι άνδρες και οι γυναίκες του δείγματός μας είναι λιγότερο έμπειροι, διότι μόνο 1% των αρρένων και 15% των θηλέων δεν έχουν σεξουαλική επαφή ολοκληρωμένη έναντι των δικών μας ποσοστών 7% και 23%.

Στην προαναφερόμενη μελέτη (92), σε αντίθεση με τη δική μας, δεν υπήρχαν διαφορές στις απόψεις των δύο φύλων, αυτό μας οδηγεί στην εξής σκέψη: όσο η γνώση καλύτερεύει, η ηλικία αυξάνεται και η εμπειρία ολοκληρώνεται είναι πιθανό να αμβλύνονται οι επιδράσεις των παραγόντων που επηρεάζουν και διαφοροποιούν τις απόψεις των φύλων π.χ. η διαφορετική επίδραση της οικογένειας και της θρησκείας. Αυτό είναι επιθυμητό να συμβαίνει γιατί εξασφαλίζει ευρύτερη αντικειμενικότητα στην άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος, εφ' όσον υπερπηδούνται παράγοντες που διαμορφώνουν προσωπικές στάσεις (φύλο - θρησκεία, οικογένεια κ.λ.π) στο θεραπευτικό έργο (43,44), οι οποίες στον τομέα της συμβουλευτικής του σεξ, εμπλέκονται στη σχέση ιατρού - ασθενούς.

Οι Ισραηλίτες (69,70) είναι πιο έμπειροι από τους Έλληνες, αλλά η οικογένειά τους και η σχέση τους με τη θρησκεία φαίνεται σ' αυτό το στάδιο της ζωής τους να διαδραματίζουν μικρότερο ρόλο, μιά και το 50% δηλώνει το σπίτι του ουδέτερο, έναντι του 38% των δικών μας. Ακόμη και οι Κινέζικη οικογένεια (93) θεωρείται λιγότερο κατασταλτική της Ελληνικής. Τονίζουμε όμως ότι στους διάφορους πολιτισμούς οι οικογενειακές σχέσεις, η θρησκεία και οι χαρακτηρισμοί φιλελεύθερο - συντηρητικό - επιτρεπτικό - κατασταλτικό κ.λ.π. έχουν μάλλον και άλλο νόημα και άλλες διαστάσεις. Για το λόγο αυτό και οι επιχειρούμενες συγκρίσεις γίνονται σε ορισμένα σημεία με επιφύλαξη. Ομως δεδομένου ότι οι έρευνες αυτές διεξήχθησαν με την ίδια μεθοδολογία, σε άτομα του ίδιου εκπαιδευτικού αντικείμενου και της ίδιας περίπου ηλικίας, αποκτούν τα συμπεράσματά μας βαρύτητα.

Σε χώρες όπου δεν υπάρχει ειδική φροντίδα σεξουαλικής παιδείας στην Ιατρική, οι φοιτητές κρίνουν τους εαυτούς τους σε μεγάλα ποσοστά το ίδιο γνώστες με τους συνομηλίκους τους, ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου (69,70,93).

Οι διαφορές των φύλων δεν επιβεβαιώνονται σε όλες τις έρευνες (69,70) εκτός από την εμπειρία του αυνανισμού, την οποία θα σχολιάσουμε παρακάτω, όπου οι άνδρες είναι πάντα πιο έμπειροι. Οι συντηρητικότεροι στις απόψεις Κινέζοι φοιτητές (93,99) έχουν και πάρα πολύ λίγες εμπειρίες, τόσο σε σχέση με



τους δικούς μας, όσο και σε σχέση με φοιτητές άλλων εθνικοτήτων (42,69,70).

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των νεαρών φοιτητών σε πολλές έρευνες, όπως και στην παρούσα, συγκρούονται με τις αξίες των γονέων τους σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο του βίου τους (Ελληνες 83%, Ισραηλινοί 60%, Κινέζοι 73%) και δηλώνουν ότι δεν επηρεάζονται από τη θρησκεία (Ε:46%, ΙΣ:66%, Κ:60%) παρά του ότι δηλώνουν ότι είναι θρησκευόμενα άτομα. Φαίνεται όμως ότι, προιούσης της ηλικίας, προσαρμόζονται τελικά με τις κρατούσες ανά τους αιώνες αντιλήψεις, των οποίων θεματοφύλακες είναι η οικογένεια και η εκκλησία (θρησκεία), διότι όπως παρατηρήσαμε στην εισαγωγή, οι αλλαγές είναι βραδύτατες σε τέτοιους κρίσιμους τομείς. Σε καμμία περίπτωση δεν υποστηρίζουμε τη στασιμότητα στο ανθρώπινο είδος, αλλά τις βήμα προς βήμα αλλαγές που θα στηρίζονται κυρίως στην παιδεία.

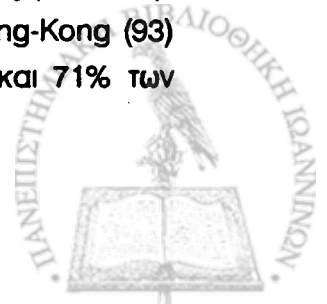
Παρατηρούμε τέλος, ότι δεν συμβαδίζουν οι φιλελεύθερες απόψεις των γυναικών με τις περιορισμένες εμπειρίες τους. Φαίνεται ότι η φεμινιστική διάθεση των γυναικών στην Ιατρική αντανakλάται κυρίως στα "λόγια" παρά στα "έργα" και ότι άλλοι παράμετροι, εκτός των στάσεων-απόψεων είναι περισσότερο καθοριστικοί για το σεξουαλικά "πράττειν".

Αυνανισμός: Ο αυνανισμός, αυτή η απόκρυφη και φορτισμένη με πολλές ενοχές τελετουργία, όπου η μελέτη των φαντασιώσεων μόνο (121) μπορεί να φωτίσει τα πράγματα, παραμένει η μοναδική ίσως περιοχή, όπου οι διαφορές των φύλων είναι παρούσες σε όλες τις έρευνες ανεξάρτητα από τάξη, έθνος, μόρφωση, θρησκεία κ.λ.π.

Οι γυναίκες αυνανίζονται σε μικρότερο ποσοστό και σε μεγαλύτερες ηλικίες και οι άνδρες, που έχουν και πιο φιλελεύθερες απόψεις, όπως αποδείχθηκε προηγούμενα, αυνανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό και σε μικρότερες ηλικίες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών αρχίζει να αυνανίζεται σε ηλικία (13-15 ετών) (42,69,70,92,93).

Στην Ιατρική τα ευρήματά μας δείχνουν ότι το ποσοστό των Ελλήνων, ανεξαρτήτως φύλου, που δηλώνει ότι δεν αυνανίστηκε ποτέ είναι 20%, περίπου ίδιο με το 18.5% των Ισραηλιτών, αλλά πολύ μικρότερο από το 40% των Κινέζων. Δεν διαφέρουν όμως πολύ τα ποσοστά έναρξης του αυνανισμού στους τρεις αυτούς πληθυσμούς, στην ηλικία των 13 έως 15 ετών, που είναι 33% για τους Ελληνες, 39.5% για τους Ισραηλίτες και 23% για τους Κινέζους (69,70,93).

Μεγάλες είναι οι διαφορές σχετικά με την έρευνα στο Hong-Kong (93) και κατά φύλο, αν λάβουμε υπ' όψη μας το 23% των ανδρών και 71% των



γυναικών που δεν αυνανίζεται, έναντι του 6.5% και 36.5% των Ελλήνων. Σε σχέση όμως με προηγούμενα ελληνικά έρευνα (92), όπου μόνο 1% των ανδρών και 13% των γυναικών δηλώνουν ότι δεν αυνανίστηκαν, οι συγκεκριμένοι φοιτητές μας παρουσιάζονται πιο συντηρητικοί. Διατηρούνται βέβαια η διαφορά κατά φύλο και η έναρξη αυνανισμού μεγάλου ποσοστού των ανδρών, στην ηλικία των 13 ετών και των γυναικών στην ηλικία των 15 ετών, στην παραπάνω έρευνα.

Μερικές εξηγήσεις επιχειρήσαν να δώσουν σε αυτά τα ευρήματα διάφοροι ερευνητές. Ο Joseph Noshpitz (121) λέει ότι τα κορίτσια είναι δυνατόν, στις μικρές ιδιαίτερα ηλικίες, να αυνανίζονται, χωρίς να χρησιμοποιούν τα χέρια τους, και έτσι να έχουν την εντύπωση, ότι δεν το έκαναν μόνες τους, συνεπώς δεν το δηλώνουν και ως αυνανιστική εμπειρία.

Σε άλλη έρευνα (113) βρέθηκε ότι η σεξουαλική συμπεριφορά αρρένων φοιτητών, δεν συνδέεται ισχυρά με τις σεξουαλικές στάσεις των γονιών τους. Έτσι μπορεί να δικαιολογηθεί και το εύρημά μας, της μικρότερης σύγκρουσης των ανδρών με την οικογένεια και άρα τις μεγαλύτερες δυνατότητές τους, να αναπτύσσουν ανενόχλητοι τις αυνανιστικές τους εμπειρίες. Η επιρροή όμως της οικογένειας και ιδιαίτερα η στάση της μητέρας, συνδέεται με την αυνανιστική συμπεριφορά των κοριτσιών. Δηλαδή μη επιτρεπτικές οικογένειες μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα, αφ' ενός μεν καθυστέρηση στην έναρξη του αυνανισμού, αφ' ετέρου δε απαγόρευση της αυτοερωτικής δραστηριότητας, κυρίως για τα κορίτσια.

Όταν οι γονείς αντιλαμβάνονται τα παιδιά τους να αυνανίζονται, η συνήθης αντίδραση είναι να κρατούν αρνητική στάση και να δίδουν σ' αυτά αρνητικές πληροφορίες. Γονείς όμως ανωτέρου μορφωτικού επιπέδου είναι θετικοί στον αυνανισμό των τέκνων, κυρίως των αγοριών τους γράφει ο John H. Gagnon (122). Μιά τέτοια αιτιολογία μπορεί να δικαιολογήσει και τις δικές μας επιστημονικές, σύμφωνα με τις οποίες, οι φοιτητές της Ιατρικής, και κυρίως οι άνδρες, έχουν τη μεγαλύτερη εμπειρία στον αυνανισμό, έχουν βέβαια και πιο μορφωμένους γονείς.

Τέλος η συνήθεια του αυνανισμού αρχίζει και διατηρείται, κυρίως στην προεφηβική και εφηβική περίοδο, αλλά οι αναφερόμενες διαφοροποιήσεις αρσενικού-θηλυκού, παρατηρούνται στο στάδιο, πριν την εκμάθηση των ρόλων του φύλου, που συντελείται στην εφηβεία και τη νεότητα (90).

Ιδιαίτερη λοιπόν βαρύτητα, χρειάζεται να δοθεί στην οικογένεια και την κατώτερη και μέση εκπαίδευση, ώστε να γίνει αντιληπτό ότι ο αυνανισμός δεν βλάπτει τη διανοητική και σωματική υγεία. Αντίθετα μπορεί να είναι θετική



δραστηριότητα σε βασικές στιγμές της ζωής και σε κρίσιμα στάδια μιάς σεξουαλικής θεραπείας (123,124,125,126). Παραμένει βέβαια ως βασική πηγή ικανοποίησης του ανθρώπου η επαφή με ερωτικούς συντρόφους.

Ομοφυλοφιλία: Υπάρχουν μελέτες με τις οποίες συμφωνούμε (69,70) στο ποσοστό 10%, που δηλώνουν ομοφυλόφιλη σεξουαλική επαφή. Τα υψηλότερα ποσοστά που αναφέρονται στην έρευνα του Μάνου (92), για την Ιατρική (17% για τους άνδρες και 27% για τις γυναίκες) δικαιολογούνται διότι εκεί δηλώνεται κάποιος τύπος ομοφυλόφιλης εμπειρίας και όχι σεξουαλική επαφή ολοκληρωμένη, που εννοούν πιθανότατα οι απαντητές μας, διότι το ερώτημα διατυπώνεται "Είχατε σεξουαλική επαφή με άτομο του ίδιου φύλου;". Και με την έρευνα αυτή τα ευρήματά μας συμφωνούν, τουλάχιστον όσον αφορά την επαναλαμβανόμενη (πολλές φορές) εμπειρία (10%).

Τα άτομα της έρευνά μας, που έχουν ομοφυλόφιλες επαφές, τις έχουν κυρίως με ένα σύντροφο, οι διαφορές δε στα φύλα δεν είναι σημαντικές. Σίγουρα ο απαγορευμένος αυτός τομέας για την οικογένεια και την κοινωνία, χρήζει διερεύνησης, που είναι δύσκολο όμως να γίνει, λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης από τους ερευνόμενους και ίσως λόγω έλλειψης άνεσης από τους ερευνητές.

Σε συντηρητικές κοινωνίες, ή δεν δηλώνεται ή δεν αποτολμάται αυτή η ερωτική πράξη (93).

Οι φοιτητές της Ιατρικής εδώ και σε άλλες χώρες (69,70,93) δεν ικανοποιούν τις ανάγκες τους στο σεξ με αμοιβή, στοιχείο το οποίο δείχνει ότι δεν διαλέγουν τις εύκολες λύσεις, αλλά προτιμούν την επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο, χωρίς εξαγορά.

Γνώσεις: Οι γνώσεις των φοιτητών είναι ανεπαρκείς, κυρίως στους νοσηλευτές, αφού πολλοί δεν ήταν σε θέση να απαντήσουν σωστά σε τόσο απλά ερωτήματα. Ενδεικτικά αναφέρουμε το 7.5% των φοιτητριών της Ιατρικής, που ακόμα πιστεύουν ότι η κολπική πλύση αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο αντισύλληψης. Ανάλογο εύρημα αναφέρει και ο Lief (42). Υπάρχουν ακόμα φοιτητές και σπουδαστές που δεν γνωρίζουν τη χρήση του προφυλακτικού, αν δηλαδή είναι αντισυλληπτική, προφυλακτική από αφροδίσια νοσήματα ή και τα δύο. Πολλοί δεν γνωρίζουν πού ακριβώς γίνεται η σύλληψη και άλλοι διαφωνούν ότι ο αυνανισμός είναι μία υγιής πρακτική, υπό προϋποθέσεις, και πιστεύουν ότι προκαλεί διανοητικές βλάβες. Επισημαίνουμε ότι οι γνώσεις αυτές διδάσκονται



ακόμα και στη μέση εκπαίδευση στο μάθημα της ανθρωπολογίας.

Πρέπει όμως να τονίσουμε ότι το τμήμα του τροποποιημένου ερωτηματολογίου μας, που εξετάζει τις γνώσεις, είναι ελιπέστατο σε αντίθεση με το πρωτότυπο S.K.AT (81), που ασχολείται με γνώσεις γενικότερου ενδιαφέροντος και έτσι δεν μπορούμε να έχουμε μιά εικόνα των γνώσεων και να προβούμε σε συγκρίσεις και σαφείς υποδείξεις των αδυναμιών που υπάρχουν. Και σε άλλες έρευνες βέβαια, οι φοιτητές κρίνουν τις γνώσεις τους ως πολύ ανεπαρκείς (92,93).

Οι πρώτες γνώσεις, οι οποίες αποκτώνται ενεργητικά, ύστερα από ερεθίσματα που δέχεται ο καθένας, τα οποία αποτελούν αφορμή για προσωπική διερεύνηση, ανεξάρτητα σχολής, φύλου, οικονομικής κατάστασης, μόρφωσης γονέων, αντλούνται από τους συνομηλικούς (127).

Το σχολείο και η οικογένεια δεν αγγίζουν σεξουαλικά θέματα. Παθητικά φυσικά η οικογένεια μεταδίδει κάποιες πληροφορίες, οι οποίες δεν καλύπτουν την περιέργεια και την αναζήτηση των παιδιών, τα οποία στρέφονται προς την ομάδα των συνομηλικών τους, όπου νοιώθουν ασφάλεια και άνεση να πειραματιστούν σε αυτή την τόσο ελκτική και ηδονογόνο περιοχή του σεξ, που ίσως μόνο, ως τότε, ενστικτωδώς γνωρίζουν.

Αλληλοσυσχετίσεις: Ατομα προερχόμενα από υψηλά κοινωνικά στρώματα, όπως αυτά καθορίζονται από το επάγγελμα του πατέρα και το μορφωτικό του επίπεδο, έχουν περισσότερες σεξουαλικές εμπειρίες, από άτομα προερχόμενα από χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα. Το εύρημά μας σύμφωνα με το οποίο άτομα με μεγαλύτερη εμπειρία, έχουν σε ορισμένους τομείς (ετεροσεξουαλικές σχέσεις και έκτρωση) πιό φιλελεύθερες απόψεις από άτομα που δεν έχουν την εμπειρία της σεξουαλικής επαφής, συμφωνεί και με τα ευρήματα του Lief (42). Το ότι όμως δεν υπάρχουν διαφορές στις κλίμακες των σεξουαλικών μύθων, ανάλογα με την εμπειρία και το ότι οι απόψεις για τον αυνανισμό δε διαφέρουν μεταξύ σεξουαλικά ανενεργών και σεξουαλικά δραστηρίων ανδρών, δείχνει πιθανώς ότι οι απόψεις σ' αυτούς τους τομείς αποκτώνται σε πρώιμα αναπτυξιακά στάδια (121) και δύσκολα αλλάζουν.

Ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων με τους οποίους οι ερωτηθέντες είχαν ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή, δείκτης που φανερώνει μικρή ή μεγάλη σεξουαλική εμπειρία, βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με το βαθμό επιτρεπτικότητας της οικογένειας ως προς το σεξ και τον επηρεασμό από τη θρησκεία. Ευρήματα τα οποία συμφωνούν και με άλλες μελέτες (93,109).



Αντισύλληψη: Η σημασία των συμπερασμάτων ως προς την ασφάλεια του προφυλακτικού καθίσταται προφανής, αν λάβουμε υπ' όψη μας, όχι μόνο τη χρησιμότητά του ως αντισυλληπτικού μέσου (129,130), αλλά και την χρησιμότητά του ως μέτρου πρόληψης κατά του AIDS (131).

Γενικά, μπορεί να ειπωθεί, πως οι δύο ομάδες, κυρίως όμως η Ομάδα Μη Έκτρωσης, παρουσιάζουν ανησυχητικά υψηλά ποσοστά λανθασμένων απαντήσεων. Η απαρχή του φαινομένου αυτού μπορεί να έχει τις ρίζες του στην έλλειψη ορθής σεξουαλικής ενημέρωσης κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Έχει αποδειχθεί (132,133,134) πως οι γονείς έχουν μεγάλες αναστολές στην σεξουαλική ενημέρωση των παιδιών τους (113,127). Το ίδιο επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες που έχουν γίνει στο εξωτερικό [Ισραήλ (69,70,109), ΗΠΑ (93), Σιγκαπούρη (94)], αλλά και στην Ελλάδα (135). Πολλοί από τους νέους απαντούν ότι απόκτησαν τις γνώσεις τους από φίλους (94,135), ενώ άλλοι από κληρικούς (69), βιβλία κ.λ.π. Διαφαίνεται έτσι η ανάγκη συστηματικής ενημέρωσης για την αντισύλληψη, τόσο από το σχολείο, όσο και από την οικογένεια, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και την εκκλησία. Η θρησκευτική πίστη, όπως παρατηρήθηκε στη μελέτη μας, τείνει να μειώνεται στην ομάδα της έκτρωσης, παρά στην ομάδα μη έκτρωσης, χωρίς αυτό να επιβεβαιώνεται στατιστικά, άλλες όμως έρευνες του εξωτερικού (109,113) αποδεικνύουν το εύρημα αυτό και στατιστικά. Σε μία έρευνα στην Πολωνία (136) διαπιστώθηκαν υψηλά ποσοστά εκτρώσεων σε θρησκευόμενες νέες.

Η αποτελεσματικότητα της διακεκομμένης συνουσίας, του προφυλακτικού και των κολπικών πλύσεων, ως αντισυλληπτικών μεθόδων θεωρείται γενικά μικρότερη αυτής του χαπιού (130). Ίσως γι' αυτό εκεί όπου οι άλλες μέθοδοι απέτυχαν, όπως στην ομάδα έκτρωσης, το χάπι θεωρείται ως η προσφιλέστερη αντισυλληπτική μέθοδος.

Η αυξημένη χρήση χαπιού στην Ομάδα Έκτρωσης μπορεί γενικά να δικαιολογηθεί ως εξής: η εμπειρία της έκτρωσης οδήγησε σε αυστηρότερες πρακτικές αντισύλληψης. Η χρήση χαπιού ίσως δεν σχετίζεται αυτή καθαυτή με την έκτρωση, αλλά χαρακτηρίζει γυναίκες με εντονότερη σεξουαλική ζωή (134), άρα με μεγαλύτερες πιθανότητες για μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Η ομάδα έκτρωσης αποδεικνύεται, πως έχει καλύτερη γνώση γύρω από θέματα αντισύλληψης από την ομάδα μη έκτρωσης. Είναι ενδιαφέρον να εξετασθεί, αν αυτή η καλύτερη γνώση είναι αποτέλεσμα της έκτρωσης ή προϋπήρχε αυτής. Παράδοξο, τουλάχιστον εκ πρώτης όψεως, φαίνεται το γεγονός ότι οι γονείς των γυναικών της ομάδας έκτρωσης είναι γενικά υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου.



Η παραπάνω παρατήρηση χρήζει αναμφισβήτητα διεξοδικότερης μελέτης.

Η ενημέρωση και η πρακτική των νέων γυναικών στο θέμα της αντισύλληψης φαίνεται, πως είναι εξαιρετικά πλημμελείς. Το γεγονός είναι ανησυχητικό, αν ληφθεί υπ' όψη, ότι η έρευνα αφορούσε νέες γυναίκες, φοιτήτριες και σπουδάστριες προερχόμενες κυρίως από ιατρικούς και παραιατρικούς κλάδους.

Είναι γνωστό ότι η μη ολοκληρωμένη γνώση για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, έχει ως αποτέλεσμα, ιδιαίτερα στις νεαρές ηλικίες ανεπιθύμητες κυήσεις. Στην Αμερική 300.000 έφηβες γυναίκες υποβάλλονται σε έκτρωση, ενώ σημειώνονται 600.000 τοκετοί (23,24) επίσης από έφηβες γυναίκες κατ' έτος. Από τη μελέτη μας προκύπτει ότι οι φοιτήτριες Ιατρικής έχουν καλλίτερες γνώσεις αντισύλληψης σε σχέση με τις Σπουδάστριες Νοσηλευτικής και τις Σπουδάστριες Φυτικής Παραγωγής, ιδιαίτερα στα τελευταία έτη. Τούτο σημαίνει πως η εκπαίδευση, όσο και αν δεν είναι ειδική, που παρέχεται στην Ιατρική με συναφή μαθήματα, όπως π.χ. Μαιευτική, Γυναικολογία, επιφέρει βελτίωση γνώσεων για την αντισύλληψη, αλλά και χρήση ασφαλέστερων μεθόδων, δεδομένου ότι το χάπι, ως μέθοδος αντισύλληψης έχει χρησιμοποιηθεί σημαντικά από τις φοιτήτριες Ιατρικής και σε μικρό ποσοστό από τις Σπουδάστριες Νοσηλευτικής και Σπουδάστριες Φυτικής Παραγωγής.

Όσον αφορά το σπινάκι, τη στείρωση και το διάφραγμα, καμιά φοιτήτρια ή Σπουδάστρια δεν τα έχει χρησιμοποιήσει, εύρημα που συμφωνεί και με άλλες έρευνες (130).

Το προφυλακτικό κατέχει την πρώτη θέση προτίμησης στη μελέτη μας και στις τρεις Σχολές. Ακολουθούν το χάπι και η απόσυρση.

Σε έρευνα που έγινε στο Hong Kong (93) σε φοιτήτριες Ιατρικής προηγείται στις προτιμήσεις το χάπι (36%), έπεται το προφυλακτικό (23%) και ακολουθεί η μέθοδος ρυθμού (14%). Ανάλογα αποτελέσματα παρόμοια με τα δικά μας για προτιμώμενες αντισυλληπτικές μεθόδους, εντοπίζονται και σε άλλες έρευνες στη χώρα μας ή στο εξωτερικό (94,129,131,136,137,138).

Έρευνα, που έγινε προ δεκαετίας στην Ελλάδα (130), αναφέρει την απόσυρση, ως το πιο σύνηθες μέτρο αντισύλληψης, δεύτερο το προφυλακτικό και τρίτο το συνδυασμό των δύο αυτών μεθόδων.

Η προτίμηση του προφυλακτικού από τον πληθυσμό μας, πιθανόν να οφείλεται και στην ευρεία ενημέρωση ως προς τα απαραίτητα μέσα προφύλαξης από το AIDS.

Σημειώνουμε την εμφανή διαφορά ανάμεσα στην προτίμηση και τη χρήση



αντισυλληπτικών μεθόδων με εξαίρεση ίσως τις Φοιτήτριες Ιατρικής.

Τέλος δε, η πρακτική της έκτρωσης έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως από τις Φοιτήτριες της Ιατρικής και αυτό μπορεί να εξηγηθεί πιθανώς από το γεγονός της εντονώτερης σεξουαλικής ζωής, ίσως και λόγω μεγαλύτερης ηλικίας, αλλά και από τις πιά φιλελεύθερες στάσεις που έχουν για το ζήτημα της έκτρωσης και των ετεροσεξουαλικών σχέσεων.

Ακολούθως θα ριψοκινδυνέψουμε να προβούμε σε μερικές γενικές διαπιστώσεις:

- Οι φοιτητές της Ιατρικής δεν έχουν ξεκάθαρες και αποκρυσταλωμένες απόψεις. Αν και μπορεί να διαπιστώνεται μιά φιλελεύθερη τάση στις απαντήσεις τους, υπάρχει και αβεβαιότητα. Διερωτώμεθα ποιιά συμβουλευτική στάση θα κρατήσει ο αυριανός γιατρός, όταν ως τελειόφοιτος της Ιατρικής δεν διαφωνεί απόλυτα στο ερώτημα "στα κορίτσια δεν πρέπει να επιτρέπεται ο αυνανισμός;".
- Γενικώς οι απαντήσεις που δίνονται κινούνται στο "κάπως", "πότε το ένα πότε το άλλο", γεγονός το οποίο καταμαρτυρεί ότι υπάρχει μιά κάποια σύγχυση (θολότητα). Ίσως αυτό χαρακτηρίζει την Ελληνική κοινωνία σήμερα.
- Στη Νοσηλευτική το επίπεδο γνώσεων είναι χαμηλό και οι μέλλουσες νοσηλεύτριες και νοσηλευτές είναι συντηρητικοί και χωρίς μεγάλη εμπειρία. Μικρές είναι οι διαφορές τους από σπουδαστές που δεν έχουν σχέση με την ιατρική εκπαίδευση.
- Η ομάδα των συνομηλίκων πληροφορεί, αλλά και αφομοιώνει τους νέους μας, οι οποίοι προτιμούν να της "μοιάσουν".
- Οι άνδρες είναι πιά έμπειροι από τις γυναίκες, αλλά οι γυναίκες έχουν περισσότερες γνώσεις.
- Οι γνώσεις σε όλες τις σχολές είναι ανεπαρκέστατες.
- Οι φοιτητές μας από τη μιά μεριά δηλώνουν ότι είναι θρησκευόμενοι οι περισσότεροι, αλλά από την άλλη ότι δεν επηρεάζονται από τη θρησκεία. Η οικογένεια και η θρησκεία συνεχίζουν να διαμορφώνουν τη σεξουαλική δραστηριότητα.



- Σε σύγκριση με άλλα έθνη οι Έλληνες φοιτητές της Ιατρικής είναι περισσότερο φιλελεύθεροι και έμπειροι στις ετεροφυλικές σχέσεις.

- Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι γνώσεις, οι απόψεις και οι εμπειρίες αλληλοεπηρεάζονται, αλλά αυτό απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

Τελικά το ερώτημα που ανακύπτει δεν είναι μόνο το γιατί κρίνεται επιβεβλημένη η σεξουαλική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και ποιά θα είναι η φιλοσοφία τέτοιων προγραμμάτων στη χώρα μας. Άλλωστε αυτός ο προβληματισμός εξεφράσθη και στο 3ο Σεμινάριο Σεξουαλικής Υγείας, που έγινε στην Αθήνα τον Απρίλιο του 1992. Το σεμινάριο διοργάνωσε η Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού με τη συμπαράσταση του Υπουργείου Πολιτισμού και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Τελειώνοντας, παραθέτουμε μερικές αδρές σκέψεις, που μπορεί να φανούν χρήσιμες, για το σχεδιασμό προγραμμάτων σεξουαλικής εκπαίδευσης.

- Αρχικά η ομαδοκεντρική διδασκαλία μπορεί να αποδώσει περισσότερα, διότι προφυλάσει από συγκρούσεις, αίρει ευκολώτερα αντιστάσεις και επιτρέπει να βιώνονται με ασφάλεια συναισθήματα ντροπής, ενοχής, καχυποψίας και φόβου. Το ότι δε οι ερωτώμενοι φοιτητές της μελέτης μας δηλώνουν να συνδιαλέγονται με την ομάδα των συνομηθίκων τους σε τόσο σπουδαία γι' αυτούς θέματα, αποδεικνύει τη μεγάλη δύναμη και δυνατότητα της ομάδας ως εργαλείο υποστήριξης και διδασκαλίας. Μία τέτοια απόπειρα εκπαίδευσης αν δεν είναι αυτόνομη, μπορεί να γίνει στα πλαίσια των συναφών μαθημάτων στην Ιατρική (Φυσιολογία, Ανατομία, Γυναικολογία), αρχής γενομένης από μικρές ομάδες φοιτητών με αντικείμενο τη λήψη σεξουαλικού ιστορικού, ή τη δυσκολία φυσικής εξέτασης για τους φοιτητές Ιατρικής (ψηλάφηση μαστών, κολπική εξέταση κ.λ.π.).

- Ο στόχος δεν πρέπει να είναι η αλλαγή των στάσεων, αλλά η αποδοχή από τους ίδιους τους φοιτητές της σεξουαλικότητάς τους και η απόκτηση ανοχής για τη διαφορετική σεξουαλικότητα των ασθενών τους. Αυτός ο στόχος υλοποιείται μέσω των ομαδικών φαινομένων (των αλληλεπιδράσεων, της γενίκευσης, της μίμησης προτύπων κ.λ.π), τα οποία λαμβάνουν χώρα στη ομαδοκεντρικού τύπου εκπαίδευση.

Ισως αρχικά, σ' ένα στάδιο εξοικίωσης των μελών της ομάδας, χρειάζονται ξεχωριστές ομάδες ανδρών γυναικών λόγω των διαφορών τους και ακολούθως



χρειάζεται να συσταθούν μικτές μικρές ομάδες. Μεγάλη βαρύτητα πρέπει να δοθεί στη διάλυση των εσφαλμένων αντιλήψεων για το σεξ και ιδιαίτερα για την αντισύλληψη.

- Οι συντονιστές τέτοιων προγραμμάτων και ομάδων, αν δεν είναι εκπαιδευμένοι, χρειάζεται να είναι καλά ενημερωμένοι και γνώστες των λεπτών και ευαίσθητων περιοχών της σεξουαλικότητας.

- Το ανανεωμένο S.K.A.T-A (128), το οποίο ερευνά και ζητήματα σχετικά με το AIDS, μπορεί να χρησιμοποιηθεί προσαρμοσμένο, με ιδιαίτερη έμφαση στις γνώσεις, και για έρευνα και για εκπαίδευση.

- Τέλος Ο Vincet (52) υποστηρίζει ότι: Η θεωρητική θέση ότι ο γιατρός δεν μπορεί ή δεν πρέπει να πάρει συμβουλευτική θέση για τη σεξουαλική ζωή, είναι χωρίς νόημα, όταν οι ασθενείς προσδοκούν το ρόλο αυτό από το γιατρό τους και οι νόσοι τους έχουν σεξουαλικές επιπτώσεις, αν όχι και την αιτία τους σε σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Η πλειονότητα των γιατρών κυριολεκτικά δεν έχει επιλογή. Ακόμη και να μην κάνουν ή να μην πουν τίποτα σε απάντηση των ερωτημάτων του ασθενούς, η παρουσίαση συμπτωμάτων από περιοχές της σεξουαλικής ζωής, αποτελεί ερήμην ένα τύπο συμβουλευτικής θεραπευτικής παρέμβασης. Μία σύντομη περίληψη των καθηκόντων του γενικού γιατρού-συμβούλου (43,44) που αντιμετωπίζει σεξουαλικά προβλήματα φανερά ή συγκεκαλυμμένα είναι η εξής: α) να είναι άνετος στη συζήτηση των σεξουαλικών θεμάτων και να "φέρνει σ' αυτά" τον ασθενή, β) να είναι καλός ακροατής και να γνωρίζει πως να παίρνει σεξουαλικό ιστορικό, γ) πάντα να δείχνει ενδιαφέρον για τα συναισθήματα του ασθενούς και να μην κάνει τίποτα που να αυξήσει το αίσθημα ντροπής του ασθενούς ή να τον φέρει σε αμηχανία, δ) να κρίνει αν τα σεξουαλικά προβλήματα, που αποκαλύφθηκαν στη λήψη του ιστορικού, βρίσκονται μέσα στην αρμοδιότητά του, ως γενικού συμβούλου ιατρού, ε) αν ναι, να σχεδιάσει τον τρόπο θεραπείας με την πλήρη επίγνωση και σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, ή στ) αν τέτοια προβλήματα δεν είναι μέσα στις αρμοδιότητες του γιατρού, να τον παραπέμψει (ή το ζευγάρι) σ' έναν επαγγελματία, που έχει την απαιτούμενη γνώση και τις ικανότητες. Η διαδικασία της παραπομπής μπορεί να βοηθήσει ή να παρεμποδίσει τη θεραπεία και για να γίνει σωστά απαιτεί διακριτικότητα και ικανότητα.



- Επειδή σεξουαλικά προβλήματα συναντώνται συχνά στην πράξη, όπως υποστηρίχθηκε στην εισαγωγή (16,17,18,19,20,21,22,23,31,35) για να καταστούν οι εκπαιδευόμενοι ιατροί και νοσηλευτές ικανοί σύμβουλοι στην καθημερινή τους ιατρική πρακτική, χρειάζεται ειδική μέριμνα, από την πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς, για την έναρξη της σεξουαλικής εκπαίδευσης.



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνας είναι η περιγραφική κυρίως μελέτη των στάσεων-απόψεων, γνώσεων και εμπειριών φοιτητών Ιατρικής και σπουδαστών Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, ως επίσης και η μελέτη γνώσεων, προτιμήσεων και χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων.

Χορηγήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο βασισμένο στο S.K.A.T (Sex Knowledge and Attitude Test) σε 455 άτομα, από τα οποία οι 244 ήταν φοιτητές Ιατρικής (51.64% άνδρες, 45.49% γυναίκες, 2.87% δε δήλωσαν το φύλο τους), 148 σπουδαστές Νοσηλευτικής (15.54% άνδρες, 81.76% γυναίκες, 2.7% δε δήλωσαν το φύλο τους) και 63 σπουδαστές Φυτικής Παραγωγής (53.97% άνδρες, 38% γυναίκες, 7.94% δε δήλωσαν το φύλο τους).

Μελετήθηκαν οι διαφορές ως προς το φύλο και οι διαφορές σεξουαλικότητας μεταξύ των δειγμάτων από τις τρεις σχολές, οι διαφορές των απόψεων των φοιτητών Ιατρικής από τις απόψεις φοιτητών άλλων εθνικοτήτων και οι αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ διαφόρων μεταβλητών σεξουαλικών στάσεων, εμπειριών, γνώσεων, κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης.

Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων προέκυψαν τα εξής:

- 1) Οι φοιτήτριες Ιατρικής έχουν λιγότερους σεξουαλικούς μύθους, πιο φιλελεύθερες απόψεις για τις ετεροσεξουαλικές σχέσεις και την έκτρωση ως και περισσότερες γνώσεις από τους φοιτητές, αλλά έχουν λιγότερες σεξουαλικές εμπειρίες.
- 2) Οι άνδρες έχουν πιο φιλελεύθερη στάση για τον αυνανισμό από τις γυναίκες και επίσης αρχίζουν να αυνανίζονται σε μικρότερες ηλικίες και σε μεγαλύτερο ποσοστό από αυτές.
- 3) Οι φοιτήτριες της Ιατρικής χαρακτηρίζονται από λιγότερους σεξουαλικούς μύθους, περισσότερη φιλελεύθερη στάση για τις ετεροσεξουαλικές σχέσεις και την έκτρωση σε σχέση με τις σπουδάστριες Νοσηλευτικής και Φυτικής Παραγωγής. Κατάγονται όμως σε μεγαλύτερο ποσοστό από πόλη, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα τους είναι υψηλότερο και είναι υψηλότερου οικονομικού επιπέδου.
- 4) Η στάση των Ελλήνων φοιτητών της Ιατρικής για τις ετεροσεξουαλικές σχέσεις είναι πιο φιλελεύθερη από τη στάση των Αμερικανών και των Κινέζων συναδέλφων τους, πιο συντηρητικοί όμως στους σεξουαλικούς μύθους και την έκτρωση. Η στάση τους ως προς τον αυνανισμό είναι πιο φιλελεύθερη από εκείνη των Κινέζων και πιο συντηρητική από εκείνη των Αμερικανών.
- 5) Οι φοιτητές της Ιατρικής έχουν περισσότερες εμπειρίες από τους φοιτητές των άλλων σχολών, θεωρούν όμως τη στάση της οικογένειά τους περισσότερο



επιτρεπτική ως προς το σεξ, από τους άλλους και δηλώνουν ότι επηρεάζονται λιγότερο από τη θρησκεία σε σχέση με τους άλλους.

6) Η σεξουαλική δραστηριότητα συσχετίζεται αρνητικά με τη στάση της οικογένειας και τον επηρεασμό από τη θρησκεία.

7) Ατομα προερχόμενα από υψηλά κοινωνικά στρώματα, όπως αυτά καθορίζονται από το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, έχουν περισσότερες σεξουαλικές εμπειρίες από άτομα προερχόμενα από χαμηλά κοινωνικά στρώματα.

8) Οι γυναίκες έχουν περισσότερες γνώσεις για το σεξ από τους άνδρες. Γενικώς όμως οι γνώσεις είναι ανεπαρκείς.

9) Το προφυλακτικό είναι πρώτο σε προτίμηση και στις τρεις σχολές. Στις φοιτήτριες Ιατρικής του έκτου έτους διαπιστώνονται οι καλύτερες γνώσεις αντισύλληψης, υψηλή συχνότητα χρήσης χαπιού, αλλά και μεγαλύτερα ποσοστά έκτρωσης.

10) Οι γυναίκες, που έχουν κάνει έκτρωση, έχουν καλύτερες γνώσεις για την αντισύλληψη, επίσης προτιμούν και χρησιμοποιούν περισσότερο το αντισυλληπτικό χάπι από τις γυναίκες που δεν έχουν κάνει χρήση έκτρωσης.

11) Τις πρώτες πληροφορίες για το σεξ οι ερωτώμενοι παίρνουν από την ομάδα των συνομηλίκων τους.

Τονίζεται η ανάγκη σεξουαλικής εκπαίδευσης των εκπαιδευομένων επαγγελματιών υγείας.



SUMMARY

The aim of the present research mainly is the descriptive study of the sexual attitudes, knowledge and experiences of Medical Students and Technical College Students as well as their knowledge, preferences and use of contraceptive methods.

A questionnaire based on S.K.A.T (Sex Knowledge and Attitude Test) has been administered to 455 students who were not required to mention their name; among them 244 were Medical Students (51.64% men, 45.49% women, 2.87% did not mention their sex), 148 Nursing Students (15.54% men, 81.76% women, 2.7% did not mention their sex) and 63 Agricultural Production Students (53.97% men, 38% women, 7.94% did not mention their sex).

We have studied sex differences among the three groups of students, crosscultural differences among Medical Students as well as correlations of different variables such as sexual experience and attitude as regards socio-economic background.

The results of the study are as follows:

- 1) The female Medical Students have less sexual myths, are more liberal about heterosexual relationships and abortion and have better knowledge than male Medical Students, but have less sexual experience.
- 2) Men are more liberal about masturbation than women and they start to masturbate earlier and at a higher percentage than women.
- 3) The female Medical Students have less sexual myths, are more liberal about heterosexual relationships and abortion than those of Nursing and Agricultural Production. However, in a higher percentage, they come from urban surroundings and their father's educational and economic background is higher.
- 4) Greek Medical Students are more liberal as regards heterosexual relationships than their American and Chinese colleagues, but more conservative as regards sexual myths and abortion. Their attitude towards masturbation is more liberal than that of their Chinese colleagues and more conservative in comparison that of American Medical Students.
- 5) The Medical Students have more sexual experiences than those of the other schools but they also consider the attitude of their families towards sex more permissive than the attitude of the families of the other students and they seem to be less influenced by religion than the others.
- 6) Sexual activities are related negatively to family attitude and religion.
- 7) Students of higher socio-economic background, as these are determined by the



profession and the educational level of their father, have more sexual activities than people of lower socio-economic background.

8) Women have a better knowledge about sex, compared to men, but their knowledge seems to be inadequate.

9) All students prefer the use of condom than other contraceptive methods. Undergraduate female Medical Students in their sixth year of studies have better knowledge about contraception, the use of the contraceptive pill has a higher incidence among them, but they have also a higher percentage of abortions.

10) Women who have had an abortion have a better knowledge of contraception and they also prefer and use the contraceptive pill at a higher percentage, compared to women who have not had any abortions.

11) Initial information about sex was given to the students by their peers.

There is an emphasis on the need for sexual education among health professional trainees.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Schmidt Gunter: Die Neugierde des Forschers oder vom Kritischen Umgang mit Sexualwissenschaft. In: "DAS GROSSE DER DIE DAS UBER DAS SEXUELLE", Verlag GmbH, Hamburg, 1988.
2. Sherley MJ: The nature and evolution of female sexuality. Random House, NY, p.144, 1972.
3. Bell R, Coughy K: Premarital sexual experience among college females, 1958, 1968 and 1978. Family Relations, 29: 353-357, 1980.
4. King K, Balswick J, Robinson I: The continuing premarital sexual revolution among college females. J of Marriage and the Family, 30:455-459, 1977.
5. Foucault M: Sexualität und Wahrheit. Suhrkamp, Frankfurt AM, 1977.
6. Krafft-Ebing RV: Psychopathia Sexualis. Enke, Stuttgart (9 Aufl), p 169, 1984.
7. Vgl dazu das Kapitel "Homosexualität", p. 121 ff.
8. Breuer J, Freud S: Studies on Hysteria. In: J Strachey (ed and Trans), The standard edition of complete psychological works of Sigmund Freud (vol 2), London, Hogarth Press, 1895.
9. Freud S: Three essays on the theory of sexuality. The standard edition VII, pp 124-245, London, Hogarth Press, 1905.
10. Freud A: The psychoanalytical treatment of children, NY, International Universities Press, 1959.
11. Klein M: Love, guilt and reparation and other works, pp 1921-1945, London, Hogarth Press, 1975a.
12. Klein M: Envy and gratitude, and other works, pp 1946-1963, London, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1975b.
13. Roiphe H, Galenson E: Infantile origins of sexual identity, NY, International Universities Press, 1981.
14. Scharff D: The sexual relationship: An object relations view of sex and the family. London, Routledge & Kegan Paul, 1982.
15. Scharff D, et al: Object relations family therapy. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987.
16. Kinsey AC: Pomeroy WB und Martin CE: Das sexuelle Verhalten des Mannes. Fisher, Berlin und Frankfurt a.M 1955 (US-Amerikanische Erstausgabe 1948); Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE und Gebhard PH. Das Sexuelle Verhalten der Frau. Fischer, Berlin und Frankfurt a.M. 1954 (US-Amerikanische Erstausgabe 1953).



17. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown, 1966.
18. Masters WH, Johnson VE: Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown, 1970.
19. Masters WH, Johnson VE: Impotenz und Frigiditat. Zur Therapie finktioneller Sexualstorungen. Goverts, Kruger, Stahlberg, Frankfurt a.M, 1973.
20. Kaplan HS: The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions. NY, Brunner/Mazel, 1974.
21. Kaplan HS: Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. NY, Brunner/Mazel, 1979.
22. Kaplan HS: The evaluation of sexual disorders, NY, Brunner/Mazel, 1983.
23. Kaplan HS: Sexual a version, sexual phobias, and panic disorder, NY, Bruner/Mazel, 1987.
24. Freud A: Zur in fantile Sexualtheorien. 1908
25. Freud A: Sexuellen Aufklarung der Kinder, 1908
26. Reich W: Der Erziehungszwang und seine Ursachen. Sexuelle Aufklarung. Zeitschrift fur Psychoanalytische Padagogik, 1927.
27. Reich W: Die Stellung der Eltern zur Kindlichen Onanie, 1927.
28. Jung CG: Uber Konflikte der Kindlichen Seele, 1927.
29. Landae K: Die Zuruckweisung der Aufklarung durch das Kind, 1927.
30. Zulliger H: Eltern, Schule und Sexuelle Aufklarung, 1927
31. Congres International de sexologie Medicale. Book of Proceedings, Paris, 1974.
32. W.H.O: Education and Treatment in Human Sexuality: The training of Health Professionals. Report of a WHO meeting, Technical Report Series, 572, Geneva, 1975.
33. Gebhard PH: Coping with barriers to sex education and sex research. In: WHO meeting on Educational and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals, Geneva, 6-12 February, 1974.
34. Lief HI, Ebert RK: A survey of sex education in United States Medical Schools. In WHO meeting on Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals, Geneva, 6-12 February, 1974.
35. Lock G: The challenge of change. Obstetrics and Gynecology, 24:481, 1964.
36. Golden JS: Managemnt of sexual problems by the physician. Obstetrics and Gynecology, 23:471, 1964.



37. Herndon CN, Nash EM: Premarriage and marriage counseling: A study of practices of North Carolina Physicians, J of the American Medical Association, 180:395, 1962.
38. Klemer RH: Talking with patients about sexual problems,. J of the American Medical Women's Association, 22:107, 1967.
39. Layman WA, Danesino A: Sex education in medical training and practice. J of the Medical Society of New Jersey, 64:499, 1967.
40. Pauley ID, Goldenstein SF: Physicians perception of their education in human sexuality. J of Medical Education, 45:745, 1970.
41. Schuarch DM: Impact of sex education on medical students: Projections of patients attitudes. J of Sex and Marital Therapy, 7:141-155, 1981.
42. Lief HI: Sexual knowledge, attitudes and behavior of medical students: Implications for medical practice In: W Abse, E Nash and L London (eds) Marital and sexual counseling in medical practice, Hagerstown Md, Harger and Row, 1974.
43. Ebert RK, Lief HI: Why sex education for medical students? Human sexuality: A health practitioner's text-ed by Richard Green William & Wilkins Co., Balto., pp 1-6, 1975.
44. Lief HI: Why sex education for health Practicioners? Human sexuality: A health practitioner's text, 2nd edition, R Green (ed), Williams & Wilkins Co., Baltimore, pp 1-10, 1979.
45. Calamidas EG: Sex education and the sexual anxiety of medical students. J of Sex Education and Therapy, 13(1):29-32, 1987.
46. Lief HI: What medical schools teach about sex. Bulletin Tulane Medical Faculty, 22:161, 1963.
47. Lief HI: Sexual attitudes and behavior of medical students. Implications for medical practice In: Marriage counseling in medical practice. EM Nash, L Jessner and DW Abse (eds), University of North Carolina Press, Chapel Hill, 1964.
48. Lief HI: Sex education of medical students and doctors. Pacific Medicine and Surgery, 73:52, 1965.
49. Lief HI: Sex and the medical educator. J of the American Medical Women's Association, 23:195, 1965.
50. Calderone MS: Sex education in medical education. Marquette Medical Review, 32:64, 1966.
51. Calderone MS: Sex education and the physician. Postgraduate Medicine,



- 47:190, 1970.
52. Vincent CE (ed): Human sexuality in medical education and practice. Charles E. Thomas, Springfield, Illinois, 1968.
 53. Schnarch DM, Jones K: Efficacy of sex education courses in medical schools. *J of Sex and Marital Therapy*, 7:307-317, 1981.
 54. Schnarch DM: The role of medical student's stereotype of physicians in sex education. *J of Medical Education* 52:922-930, 1982.
 55. Holden C: Sex therapy: Making it as a science and industry. *Science* 186:330, 1974.
 56. Chez RA: Movies of human sexual response as learning aids for medical students. *J of Medical Education*, 46:977, 1971.
 57. Money J: Pornography and medical education. *Macy Conference on Family Planning Demography, and Human Sexuality in Medical Education*. VW Lippard (ed), N Y, J Mace, Jr Foundation, p 98, 1971.
 58. Berman D: The medical student in a community sex education program. *J of Medical Education*, 43:855, 1968.
 59. Mastroianni LJr: Introduction to reproduction. *Macy Conference on Family Planning, Demography and Human Sexuality in Medical Education*. VW Lippard (ed) J. Mace, Jr Foundation, NY, p 31, 1971.
 60. Tyler EA: Introducing a sex education course into the medical curriculum. *J of Medical Education*, 45:1025, 1970.
 61. Garrand et al: Evaluation of a course in human sexuality. *J of Medical Education*, 47:761, 1972.
 62. Garrand J, Alden L, Chilgren RA: Student allocation of time in a semioptional medical curriculum, 47:460-466, 1972.
 63. Garrand J, Vaitkus A, Held J, Chilgren RA: Follow-up effects of a medical school course in human sexuality. *Arch of Sexual Behavior*, 5:331-340, 1976.
 64. Marcotte DB, Kilpatrick DG: Preliminary evaluation of sex education course. *J of Medical Education*, 49:703-705, 1974.
 65. Marcotte DB, Geyer PR, Kilpatrick DG, Smith AD: The effects of a spaced sex education course on medical students' sexual knowledge and attitudes. *Br J of Medical Education*, 10:117-121, 1976.
 66. Marcotte DB, Kilpatrick DG, Willis A: The Sheppe and Hein study revisited: Professional students and their knowledge and attitudes about human sexuality. *J of Medical Education*, 11:201-204, 1977.



67. Marcotte DB, Logan C: Medical sex education allowing attitude alteration. Arch of Sexual Behavior, 6:155-162, 1977.
68. Golden JS, Liston EH: Medical sex education: The world of illusion and practical realities. J of Medical Education, 47:761, 1972.
69. Hoch Z, Kubat SH, Brandes JM: Results of the sexual knowledge and attitude test of medical students in Israel. In: R Gemme and CC Wheeler (eds) Progress in sexology, NY. Plenum, pp 476-482, 1977.
70. Hoch Z, Kubat SH, Fisher M, Brandes JM: Background in sexual experience in Israeli medical students. Arch of Sexual Behavior, 7:429-441, 1978.
71. Eisenberg G, Kinder BN: The impact of sex education programs: A review of literature. Unpublished manuscript, University of South Florida, 1979.
72. Neubeck C, Mason S. Five years of a human sexuality course. Unpublished paper, 1977.
73. Diamond M: Human sexuality: Mass sex education-student and community reaction. J of Sex Education and Therapy, Fall-Winter, pp 1-11, 1976.
74. Gordon S: Freedom for sex education and sexual expressions. In S Gordon, R Lippy (eds) Sexuality Today and Tomorrow, North Scituate, Mass: Dxbury Press, 1976.
75. Rees B, Zimmerman S: The effects of formal sex education on the sexual behavior and attitudes of college students. J of American College Health Association, 22:370-371, 1974.
76. Zuckerman M, Tushup R, Finner S: Sexual attitudes and experience: Attitude and personality correlates and changes produced by a course in sexuality. J of Consulting Psychology, 44:7-19, 1976.
77. Taylor Mary E: Changing sexual attitudes among university students: A geographic comparison. Health Education, p 23, Sept-Oct, 1983.
78. Sandler J, Myerson M, Kinder B: Human sexuality: Current perspectives. Tampa, Florida, Mariner Publishing Co., Inc., 1980.
79. Spanier CB: Formal and informal sex education as determinants of premarital sexual behavior. Arch of Sexual Behavior, pp 39-67, 1976.
80. Lief HI: Obstacles to the ideal and complete sex education of the medical students and physician. Contemporary Sexual Behavior. Critical Issues in the 1970's. J Zubinad, J Money (eds) pp 141-453, Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland, 1973.
81. Lief HI, Reed DM: Sex knowledge attitude test, Technical Manual, Phila. Marriage Council of Phila, 1972.



82. Miller WR, Lief HI: The sex knowledge and attitude test (SKAT). *J of Sex and Marital Therapy*, 5:282-287, 1979.
83. Elstein M, Gordon ADG, Buckingham MS: Sexual knowledge and attitudes of general practitioners in Wessex. *Br Medical J*, 1:369-371, 1977.
84. Elstein M, Dennis KJ, Buckingham MS: Sexual knowledge and attitudes of Southampton medical students. *The Lancet*, 2:495-497, 1977.
85. Valentich M, Cripton J: Teaching human sexuality to social work students. *Family Coord*, 24:273-280, 1975.
86. Lief HI, Payne TP: Sexuality knowledge and attitudes: *Am J Nurs*, 75:2026-2029, 1975.
87. Langmyhr G, Lief HI, Olds S: Human sexuality training for family planning personnel. *Advances in Planned Parenthood*, 10:29-39, 1975.
88. Katzman EM, Katzman LS: Outcome of sexuality course in nursing education. *J of Sex Education and Therapy*, 13(1):33-36, 1987.
89. Gagnon JH: Human sexualities. Glenview IL: Scott, Foresman and Co., 1977.
90. Gagnon JH, Simon W: Sexual conduct: The social sources of human sexuality. Chicago, Aldine, 1973.
91. Asayama S: Sexual behavior in Japanese students: Comparisons for 1974, 1960 and 1952. *Arch Sex Behav*, 5:371-390, 1976.
92. Manos N: Sexual life, problems, and attitudes of the prospective Greek physician. *Arch Sex Behav*, 12:435-443, 1983.
93. Chan DW: Sex knowledge, attitudes and experience of Chinese medical students in Hong Kong. *Arch of Sex Behav*, 19(1):73-93, 1990.
94. Atputharajah V: Some aspects of sexual knowledge and sexual behavior of local women results of a subvey. I. General sexual knowledge and attitude to abortion, pregnancy and contraception. *Singapore Medical J*, 25,3, 1984.
95. Lim SM: Human sexuality: A survey of attitudes among 4th year medical students in Singapore. *Sing J Obst and Gynae*, 9:15-31, 1979.
96. Yusof K, Etheridge A, Woon TH, Yeoh KL, Yip LC: A study of human sexuality in Malaysia. Presented at Symposium of Human Sexuality, Kuala Lumpur, 27th April, 1980.
97. Kinsey A et al: Sexual behavior in the human male, Sanders, Philadelphia, 1948.
98. Kinsey A et al: Sexual behavior in the human female. Sanders, Philadelphia, 1953.
99. Tang GWK, Whyte PM: Teaching human sexuality to Chinese medical



- students: Curriculum and difficulties. *J Psychosomat Obstet Gynaecol*, 4:129-135, 1985.
100. Alyate H: Sexual behavior of Colombian female university students. *Arch Sex Behav*, 7:43-54, 1978.
 101. Finger FW: Changes in sex practices and beliefs of male college students: Over 30 years. *J Sex Res* 11:304-317, 1975.
 102. Glenn ND, Weaver CN: Attitudes toward premarital, extramarital and homosexual relations in the US in the 1970's. *J Sex Res*, 15:108-118.
 103. Harold ES, Thomaw RE: Sexual and contraceptive attitudes and behavior of high school and college females. *Can J Public Health*, 69:311-314, 1978.
 104. Husslein A: Das sexualverhalten jugendlicher (Sexual behavior of young people). *Auather Umsch*, 34:508-516, 1977.
 105. Nakra BRS, Wig NN, Varma VD: Sexual behavior in the adult Norm Indian male. *Indian J Psychiat*, 20:178-182, 1978.
 106. Reichelt PA, Werley HH: A sex information program for sexually active teenagers. *J School Health*, 45:100-107, 1975.
 107. Undry JR, Bauman KE, Morris NM: Changes in premarital coital experience of recent decade of birth cohorts of urban American women. *J Marriage Family* 37:783-787, 1975.
 108. Barrett FM: Sexual experience, birth control usage, and sex education of unmarried Canadian university students: Changes between 1978 and 1968. *Arch Sex Behav*, 9:367-390, 1980.
 109. Netta N: Effect of religiosity on sex attitudes, experience and contraception among university students. *J of Sex Marital Therapy*, 10 (1), 1984.
 110. McNab W: Sexual attitude development in children and the parent's role. *J School Health*, 9:537-542, 1976.
 111. Mahoney EK: *Human sexuality*. NY, McGraw-Hill, 1983.
 112. Shelby S: Adolescent attitudes as related to perception of parents and sex education. *J Sex Res*, 17(4):250-267, 1981.
 113. Yarber WL, Greer JM: The relationship between the sexual attitudes of parents and their college daughters' or sons' sexual attitudes and sexual behavior. *J of School Health*, 56(2), 1986.
 114. Murstein B, Holden G: Sexual behavior and correlates among college students. *Adolescence*, 14:525-539, 1979.
 115. Robinson I, Jedliena D: Change in sexual attitudes and behavior of college students from 1965 to 1980: A research note. *J of Marriage and the*



- Family, 44:237-240, 1980.
116. Carns DD: Talking about sex: Notes on first coitans and the double sexual standard. *J of Marriage and the Family*, 35:677-688, 1973.
 117. Offer D, Simon W: States of sexual development. In BJ Sadock, HI Kaplan, AM Freedmans (eds) *The sexual experience*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1976.
 118. Curran et al: Correlates of sexual experience among college students. *J of Sex Res*, 9:124-131, 1973.
 119. Swieczkowski JB, Walker CE: Sexual behavior correlates of female orgasm and marital happiness. *J of Nervous and Mental Disease*, 166:342-355, 1978.
 120. Simon W, Berger A, Gagnon JH: Beyond anxiety and fantasy: The coital experience of college youth. *J Youth and Adolescence*, 1(3):203-222, 1972.
 121. Noshpitz J: On masturbation. *Pediatric Annals*, 11:747-749, 1982.
 122. Gagnon J: Attitudes and responses of parents to pre-adolescent masturbation. *Arch of Sex Behav*, 14(5), 1985.
 123. Bancroft J: *Human sexuality and its problems*. Churchill and Livingstone, London, 1983.
 124. Hyde JS: *Understanding human sexuality*. McGraw-Hill, NY, 1979.
 125. Katchadourian H, Lunde DT: *Fundamentals of human sexuality*, 2nd edition, 1978, Holt, Rinhart and Winston, NY.
 126. Rosen R, Rosen L: *human sexuality*, Random House, NY, 1981.
 127. Dougherty LR et al: The influence of parents, church and peers on the sexual attitudes and behaviors of college students. *Arch of Sex Behav*, 13(4), 1984.
 128. Lief HI et al: A new measure of adolescent sexuality: SKAT-A: *J of Sex Education*, 16(2), 1990.
 129. Σακκάς ΠΝ, Μπεργιαννάκη ΙΔ: Ψυχοκοινωνική θεώρηση της αντισύλληψης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 6(1):13-15, 1989.
 - 130: Τσικούλας Ι κ.α.: Αντισυλληπτικές μέθοδοι στη σύγχρονη Ελληνική οικογένεια. *Αρχεία Ιατρικής Εταιρείας* 7(3):413-416, 1981.
 131. Μανδαλάκη-Γιαννιτσιώτη Τ: AIDS: Μέτρα Πρόληψης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 6(1):15-18, 1989.
 132. Τσικούλας Ι κ.α.: Πηγές και τρόποι σεξουαλικής ενημέρωσης παιδιών σχολικής ηλικίας. *Παιδιατρικά Χρονικά*, 15(1):27-34, 1986.



133. Μπατάκης Χ κ.α.: Ενημέρωση των εφήβων πάνω στο σεξουαλικό θέμα στα Χανιά. Ιατρική, 53(4):425-428, 1988.
134. Μπατάκης Χ κ.α.: Η ηλικία έναρξης των σεξουαλικών επαφών σε δείγμα νέων επαρχιακής πόλης. Ιατρική, 55 (5):490-494, 1989.
135. Χλιαουντάκης Ι: Κοινωνιολογική προσέγγιση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Εφηβ Γυν Αναπ 1:18-26, 1990.
136. Oknolski M: Abortion and contraception in Poland. Studies in Family Planning, 14(11):263-274, 1983.
137. Hale RW, Char DFB: Sexual and contraceptive behavior in a college campus: A five year follow-up. Contraception, 25(2):125-134, 1982.
138. Γκουγκούσης Ι, Κούρτη Α: Αντισυλληπτικά δισκία - η άλλη όψη του νομίσματος. Οι επιπλοκές τους. ΠΡΙΕ 1(2):83-87, 1988.
139. Lief HI: The sex knowledge and attitudes test (SKAT). Sexuality related measures: A compendium (pp 213-216), Syracuse, NY, Davis, Davis and Yarber, 1987.
140. Payne T: Sexuality of nurses: Correlation of knowledge, attitudes and behavior. Nursing Research, 25:286-292, 1976.
141. Williams Ann Marie: The Design and Use of Assessment Instruments and Procedures for Sexuality Curricula. Reprinted from Sex Education for the Health Professional. Edited by Norman Rosensweig MD, 1978.
142. William M and Lief HI: Masturbatory Attitudes, Knowledge and Experience. Data from the Sex Knowledge and Attitude Test (SKAT). Arch of Sexual behavior, vol 5, No 5, 1976.
143. Lief HI: Sexuality Knowledge and Attitudes. Amer J of Nurs. Vol 75, 1978, p 2025.



Units for Assessment of Sex Education Curricula

UNIT	AUTHOR(S) AFFILIATION; RELEVANT REFERENCE	Referent Population						Objective of Questions						Type of Questions				RELIABILITY	VALIDITY					
		Med. Students	Nurses	Psychologists	Sex. Workers	Clergy	Other	Biographical Info.	Sex Attitudes	Sex Experience	Sex Information	Conscious Development	Other	Essays	Fill-in-blank	True/False or	Forced Choice			Rating Scales	Changes in Personal Behavior	Changes in Professional Behavior	Length of Time	Number of Items
Attitudes Inventory (VAI)	Fortmann and Mann ¹ Univ. of Calif. at San Francisco 1972	X	X	-	-	-	-	X	X	X	X	X	-	-	-	X	X	X	-	-	30 min	250	.76-.79 test-retest	-
Assessing Knowledge Attitudes (AKA)	Hawkins, Jr. ¹ SUNY at Stony Brook	X	X	-	X	-	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	X	X	-	-	30 min	122	-	-
Sexual Attitude Scales (SAS)	Held, et al ¹	X	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	N.R.	35	N.R.	Construct Validity	
Attitude and Behavior Survey (ABS)	Kilpatrick and Smith ¹ Marquette et al ¹ Med. Univ. of S.C.	X	-	-	-	-	-	N.R.	X	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	N.R.	50	N.R.	Construct and Concurrent	
Knowledge and Attitude Test (KAT)	Lief and Reed ¹ Center for the Study of Sex Education in Medicine	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	-	X	X	-	-	-	30-45 min	145	.87 test-retest	Construct Validity	
Sexual Attitude Questionnaire (SAQ)	Mellvanna ¹¹ Institute for Advanced Study of Human Sexuality	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	X	X	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	N.R.	26	N.R.	N.R.	
Sexual Attitude Questionnaire (SAQ)	Nadelson and Shaw ¹¹	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	N.R.	61	-	-	
Speakers' Workshop Questionnaire (SWQ)	Prior ¹ Kapiolani Sexual Counseling Service	-	-	-	-	-	X	-	X	-	X	X	X	X	-	X	-	X	-	VARIABLE	40	-	-	
Sexual Attitude and Behavior Inventory (SABI)	Woods and Mandetta ^{11,12}	-	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	-	-	-	30-50 min	120	.84 test-retest	Construct Validity for Info. Cont. by Jury rat.	

¹ Not Reported
¹¹ Separate questionnaire used to evaluate specific speakers and material



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

Η αρχική εισαγωγή των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα Excel¹. Το Excel ανήκει στη κατηγορία των προγραμμάτων spreadsheet (φύλλα λογισμών), έχοντας χαρακτηριστικά βάσης δεδομένων και δυνατότητες γραφικών απεικονίσεων.

Η επεξεργασία και η έξοδος των αποτελεσμάτων έγινε από το στατιστικό πακέτο Systat². Πρόκειται για μία συλλογή προγραμμάτων (modules) που επιτρέπει τον υπολογισμό στατιστικών ποσοτήτων, κατασκευή πολυδιάστατων γραμμικών και μη μοντέλων και έξοδο των αποτελεσμάτων με τη μορφή πινάκων ή γραφικών απεικονίσεων. Σε όλες τις περιπτώσεις ο έλεγχος του προγράμματος γίνεται μέσα από ένα περιβάλλον διαλογικού λειτουργικού συστήματος. Χρησιμοποιήθηκαν τα modules DATA για την εισαγωγή των δεδομένων, TABLES για την κατασκευή πινάκων, και GRAPH για την κατασκευή γραφικών παραστάσεων.

Όλη η επεξεργασία έγινε σε μικροϋπολογιστές Macintosh.

¹ Microsoft Excel version 1.5

² Wilkinson, Leland. SYSTAT The System for Statistics, IL: SYSTAT, Inc, 1986.

