



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»**



Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

**«ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ
ΚΥΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ»**

*Μεταπτυχιακή εργασία
Δρακάτου Ειρήνης*

**Γ΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο «Αττικόν»
Διευθυντής: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου**



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

Γ' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Π. Γ. Ν «Αττικόν»

Διευθυντής: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

**«ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ
ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ»**

*Μεταπτυχιακή εργασία
Δρακάτου Ειρήνης*

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

ΑΘΗΝΑ 2017

**Αφιερωμένη
στα παιδιά μου Φωτεινή και Σπυρίδωνα
στον πατέρα και την μητέρα μου**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	9
-------------------------	----------

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ.....	12
------------------------	-----------

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1) Οικογενειακός προγραμματισμός.....	13
2) Σεξουαλική και Αναπαραγωγική υγεία.....	22
3) Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού (Ο.Π).....	22
4) Στόχοι Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης.....	24
5) Τεχνητή διακοπή κύησης	24
6) Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν)	27
7) Υπογονιμότητα και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....	34
8) Αντισύλληψη.....	36

ΣΚΟΠΟΣ-ΥΛΙΚΟ.....	53
--------------------------	-----------

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΦΗΒΕΙΑ-ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ.....	57
--------------------------------	-----------

1) Ανάπτυξη και εξέλιξη.....	58
2) Σεξουαλικές αλλαγές στα κορίτσια.....	59
3) Σεξουαλική δραστηριότητα.....	61
4) Εφηβική εγκυμοσύνη.....	61
5) Σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων.....	63
6) Εφηβική κύηση στην Ελλάδα.....	64
7) Σεξουαλική Συμπεριφορά – Αντισύλληψη.....	67
8) Εκτρώσεις – Επιπτώσεις στις έφηβες.....	69

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	74
--------------------------	-----------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	76
----------------------	-----------

SUMMARY.....	78
---------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80
--------------------------	-----------

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όσους συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Αρχικά ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή Μαιευτικής Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Παπαντωνίου Νικόλαο, Διευθυντή της Γ' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Αττικόν» και Διευθυντή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Ομότιμο Καθηγητή Μαιευτικής Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Σαλαμαλέκη Εμμανουήλ, τ. Διευθυντή της Γ' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής και Μέλος της Συντονιστικής Επιτροπής του Μεταπτυχιακού Προγράμματος, που μου έδωσε την ευκαιρία για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας.

Οφείλω να ευχαριστήσω τον Ομότιμο Καθηγητή Μαιευτικής Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Κασσάνο Δημήτριο, τ. Διευθυντή της Γ' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής και Μέλος της Συντονιστικής Επιτροπής του Μεταπτυχιακού Προγράμματος, που υπήρξε καθοδηγητής στο επιστημονικό μου έργο.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κο Γραμματικάκη Ιωάννη, Επιμελητή Α'ΕΣΥ της Γ' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής για την καθοδήγησή του τόσο κατά την διάρκεια του Μεταπτυχιακού προγράμματος όσο και κατά την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την ηθική υποστήριξη της όλα αυτά τα χρόνια και η οποία μου δίνει ελπίδα και δύναμη κάθε στιγμή να προσπαθώ για το καλύτερο.



ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Επώνυμο	Δρακάτου
Όνομα	Ειρήνη
Όνομα Πατρός	Σπυρίδων
Όνομα Μητρός	Νίκη
Ημερομηνία Γέννησης	3 Αυγούστου 1970, Λευκάδα
Τόπος κατοικίας	Μαραθώνος 12, Νίκαια
Οικογενειακή κατάσταση	2 παιδιά
Τηλέφωνο σταθερό	2130360792
Τηλέφωνο κινητό	6973250433
Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο	drakeiri2@yahoo.gr
Σπουδές	2013 Πτυχίο ΤΕΙ Μαιευτικής και άδεια άσκησης επαγγέλματος 2008 Πτυχίο Β κύκλου Βοηθών Νοσηλευτών, 7 ^ο εσπερινού ΤΕΕ Πειραιά 2002 Πτυχίο Α κύκλου Τομέα υγείας και Πρόνοιας (ΤΕΕ Κρατικού Νοσοκομείου Νικαίας) 1989 Απόφοιτος Γενικού Λυκείου
Ξένη γλώσσα	Αγγλικά Επίπεδο Lower Πιστοποιητικό ECDL στα προγράμματα, α) επεξεργασίας κειμένου, β) υπολογιστικών φύλλων γ) υπηρεσιών διαδικτύου
Σεμινάρια	2010 Σεμινάριο μητρικού θηλασμού Π.Γ.Ν <<ΑΤΤΙΚΟΝ> 2013 <<Προετοιμασία και υποστήριξη γονέων στην περιγεννητική περίοδο>> ΕΥΤΟΚΙΑ

Επαγγελματική εμπειρία | 2007-2010 <<ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΙΡΑΙΑ>>
2010 εως σήμερα Π.Γ.Ν. <<ΑΤΤΙΚΟΝ>>

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Οικογενειακός προγραμματισμός^{1,2}

Εισαγωγικά στοιχεία

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί στον έλεγχο των γεννήσεων και σχετίζεται με τεράστια οφέλη για τη γυναίκα, τα παιδιά και την κοινωνία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) αναγνώρισε τον οικογενειακό προγραμματισμό όχι μόνο ως επιλογή κάθε ζευγαριού, αλλά ως αναφαίρετο δικαίωμα. Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα των υπηρεσιών υγείας για την ευημερία των πολιτών. Κύριοι στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων, η πρόκληση επιθυμητών κυήσεων, η ρύθμιση του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων, ο καθορισμός του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια και η γέννηση υγιών παιδιών.

Η δημιουργία οικογένειας είναι αναφαίρετο δικαίωμα και ατομική υπόθεση του κάθε ανθρώπου. Ωστόσο, για να εξασφαλιστεί η υγεία στον πρωταρχικό πυρήνα της κοινωνίας που ονομάζεται οικογένεια, θα πρέπει η δημιουργία αυτής να είναι αποτέλεσμα ελεύθερης και κυρίως συνειδητής απόφασης των ζευγαριών. Αυτόν το σκοπό έρχεται να υπηρετήσει ο οικογενειακός προγραμματισμός.

Κατά καιρούς η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού έχει παρερμηνευτεί, επειδή λανθασμένα έχει ταυτιστεί με τον «έλεγχο των γεννήσεων». Σε μία προσέγγιση της έννοιας του οικογενειακού προγραμματισμού, θα τον ορίζαμε ως την παροχή πληροφοριών και μέσων σε κάθε άτομο-μέλος της κοινωνίας, ώστε να μπορεί να καταστήσει την αναπαραγωγικότητά του εκούσια, υπεύθυνη και συνειδητή.

Ιστορική αναδρομή

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η Margaret Sanger ήταν νοσοκόμα στη Νέα Υόρκη. Μία νέα γυναίκα, η Sadie Sachs προσπαθούσε να αναρρώσει από μία παράνομη έκτρωση με τη βοήθεια της Sanger. Όταν η νοσοκόμα ρώτησε το γιατρό πώς θα μπορούσε η γυναίκα να αποφύγει μία δεύτερη εγκυμοσύνη, ο γιατρός απάντησε ότι θα έπρεπε να στείλει τον άντρα της να κοιμάται στη σοφίτα. Αργότερα, όταν η Sachs πέθανε κατά τη

διάρκεια μίας δεύτερης έκτρωσης, η Sanger αφιέρωσε τη ζωή της σε μία σταυροφορία για τον οικογενειακό προγραμματισμό. Τύπωσε και διένειμε 1.000.000 φυλλάδια με τίτλο «οικογενειακός περιορισμός», επισκέφθηκε την Ευρώπη για επιμόρφωση και το 1916 άνοιξε την πρώτη κλινική οικογενειακού προγραμματισμού στο Μπρούκλιν των Η.Π.Α., αντιμετωπίζοντας πολλές νομικές και άλλες δυσκολίες. Η Margaret Sanger παρά τις αντιδράσεις που συναντούσε, συνέχισε το έργο της και το 1921 συγκροτήθηκε στην Αμερική ο σύνδεσμος ελέγχου των γεννήσεων. Σκοπός του συνδέσμου αυτού ήταν να δίνει οδηγίες για την ανάπτυξη των προγαμιαίων σχέσεων, να παρέχει βοήθεια στα ζευγάρια που επρόκειτο να γίνουν γονείς, να πληροφορεί σωστά και να δίνει αποτελεσματική βοήθεια σε όσους πάσχουν από στειρότητα, άντρες ή γυναίκες.

Ενώ αυτά συνέβαιναν στις Η.Π.Α., η Mary Slope ανοίγει το 1921 στο Λονδίνο τη δική της κλινική «Mary Slope Mather's Clinic for Birth Control».

Το 1930 λαμβάνει χώρα στη Ζυρίχη η πρώτη διεθνής συνάντηση για τον έλεγχο των γεννήσεων, όπου παίρνουν μέρος εκπρόσωποι από 12 χώρες.

Οι προτάσεις της συνάντησης αυτής αναφέρονται περιληπτικά:

- Ο έλεγχος των γεννήσεων θα πρέπει να θεωρηθεί αντικείμενο της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής.

- Η αντισύλληψη είναι ο κυριότερος τρόπος περιορισμού της συχνότητας των εκτρώσεων.

- Η αντισύλληψη πρέπει να εισαχθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα των ιατρικών σχολών.

- Η στειροποίηση θα πρέπει να επιτρέπεται για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικούς, όπου η αντισύλληψη δεν μπορεί να εφαρμοστεί και τέλος

- Οι γιατροί δε θα πρέπει να χορηγούν αντισυλληπτικά για τα οποία δεν είναι γνωστή η χημική τους σύνθεση.

Μετά την έναρξη του Β' Παγκόσμιου Πολέμου το κίνημα ελέγχου των γεννήσεων άρχισε να εξαπλώνεται προοδευτικά σε Ευρώπη, Ασία και Βόρεια Αμερική. Κατά τη διάρκεια του πολέμου η πρωτοβουλία που πάρθηκε στη Ζυρίχη διακόπηκε εξ' ολοκλήρου.

Το 1946 η Elise Ottesen Jensen οργανώνει στη Στοκχόλμη διεθνές συνέδριο για να δοθεί συνέχεια στις πρωτοβουλίες που πάρθηκαν στη Ζυρίχη. Το 1948 έλαβε χώρα η επόμενη διεθνής συνάντηση με θέμα «Population and World Resources» και ακολούθησε το Γ' Παγκόσμιο Συνέδριο του οικογενειακού προγραμματισμού στη Βομβάη το 1952.

Η ίδρυση της IPPF (Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού) αποτέλεσε το βασικότερο σταθμό στην ιστορία του οικογενειακού προγραμματισμού. Το 1956 ο G. Pincous ανακαλύπτει το αντισυλληπτικό χάπι το οποίο φέρνει επανάσταση στο χώρο της αντισύλληψης. Άλλος σημαντικός σταθμός στην εξέλιξη του οικογενειακού προγραμματισμού ήταν η αναγνώρισή του από τον Ο.Η.Ε, όπου το 1966 σε συνέλευσή του διακήρυξε ότι: Κάθε οικογένεια θα πρέπει να καθορίζει ελεύθερα τον αριθμό των μελών της. Το 1968 το Παγκόσμιο Συνέδριο των Δικαιωμάτων του Ατόμου διατύπωσε την αρχή ότι είναι βασικό δικαίωμα των γονέων: να επιλέγουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τη χρονική κλιμάκωση γέννησης των παιδιών τους και να έχουν επαρκή κατάρτιση και πληροφόρηση σε αυτόν τον τομέα.

Τέλος, καθοριστική είναι η απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε. το 1969 όπου συνιστά στα κράτη-μέλη να εξασφαλίσουν όχι μόνο τις απαραίτητες γνώσεις, αλλά και τα κατάλληλα μέσα για τον έλεγχο της γονιμότητας, ώστε το ζευγάρι να μπορεί να αποφασίζει ελεύθερα και υπεύθυνα για το αν θα κάνει ή όχι παιδιά, πόσα και πότε.

Η καθολική αποδοχή των αρχών του οικογενειακού προγραμματισμού από το Συμβούλιο της Ευρώπης συνιστά με δύο αποφάσεις του στα κράτη-μέλη να λάβουν διοικητικά και νομοθετικά μέτρα, ώστε το άτομο ελεύθερα και υπεύθυνα να μπορεί να ρυθμίζει την τεκνοποίησή του, έχοντας στη διάθεσή του τις απαραίτητες πληροφορίες και τις κατάλληλες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες

Ίδρυση διεθνούς ομοσπονδίας οικογενειακού προγραμματισμού (IPPF)

Η IPPF είναι μετά το Διεθνή Ερυθρό Σταυρό η μεγαλύτερη παγκόσμια οργάνωση ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Σκοπός της είναι να προωθηθεί με την εκπαίδευση και την επιστημονική έρευνα η παγκόσμια αποδοχή της ελεύθερης και υπεύθυνης γονιμότητας. Από το Μάιο του 1985 η Ελλάδα αντιπροσωπεύεται από την εταιρεία οικογενειακού προγραμματισμού. Ο ρόλος της IPPF είναι να συντονίζει τις προσπάθειες για την προώθηση του οικογενειακού προγραμματισμού σε παγκόσμια κλίμακα, να συμβουλεύει τις κυβερνήσεις και τα Ηνωμένα Έθνη σε θέματα που έχουν σχέση με τον οικογενειακό προγραμματισμό και την υγεία του ατόμου, να βοηθά τις εταιρείες-μέλη σε τεχνικά και επιστημονικά θέματα, να επιχορηγεί προγράμματα, αλλά και να παρέχει άμεση οικονομική βοήθεια όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα πρώτος ο καθηγητής Ν. Λούρος το 1973 ίδρυσε την ελληνική εταιρεία οικογενειακού προγραμματισμού με κέντρο το μαιευτήριο <<Αλεξάνδρα>>.



Εικ.1 Καθηγητής Μαιευτηρίου <<ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ>> Ν. Λούρος.

Το 1976 ιδρύεται από μία μικρή ομάδα ατόμων η εταιρεία οικογενειακού προγραμματισμού (Ε.Ο.Π) η οποία αντιπροσωπεύει τη χώρα μας στη διεθνή ομοσπονδία οικογενειακού προγραμματισμού από το Μάιο του 1985.

Το 1980 με το νόμο 1036/80 το κράτος νομοθετεί τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Στη συνέχεια, με την οικονομική και τεχνική υποστήριξη του Ο.Η.Ε. δημιουργούνται τα πρώτα εξειδικευμένα στελέχη και το 1983 αρχίζει η λειτουργία δέκα κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού σε όλη τη χώρα. Τον ίδιο χρόνο με το άρθρο 22 του νόμου 1397/83 ο οικογενειακός προγραμματισμός εντάσσεται στο εθνικό σύστημα υγείας.

Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν συνολικά πάνω από 40 κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

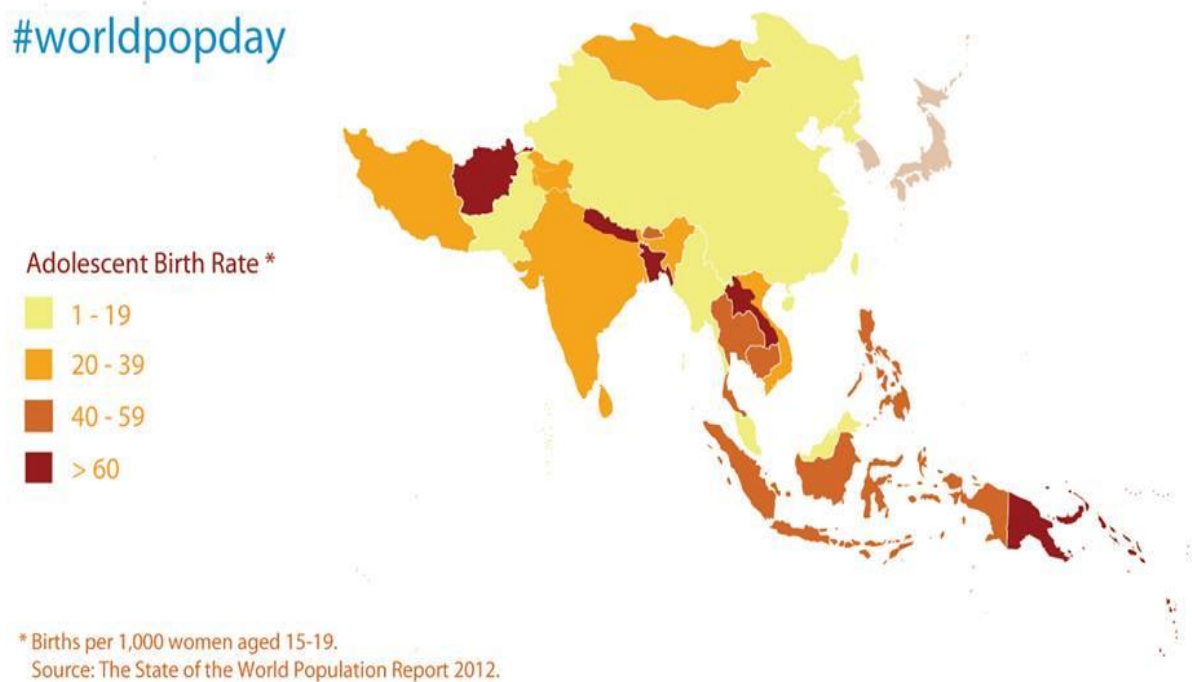
Δημογραφικά στοιχεία

Η εγκυμοσύνη κατά την εφηβεία στις Η.Π.Α. είναι αυξημένη σε σχέση με άλλες χώρες του δυτικού κόσμου. Το 78% από αυτές είναι ανεπιθύμητες και οι μισές διακόπτονται με κάποια μέθοδο τεχνητής έκτρωσης λόγω έλλειψης ή ανεπάρκειας υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού. Επίσης, έχει υπολογιστεί πως 40-50 εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως προσφεύγουν στην τεχνητή διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης κάθε χρόνο και 20 εκατομμύρια από αυτές υποβάλλουν τη ζωή τους σε κίνδυνο, γιατί οι εκτρώσεις εκτελούνται υπό παράνομες και μη ασφαλείς συνθήκες. Δυστυχώς, αυτές συμβάλλουν στο 13% της μητρικής θνησιμότητας παγκοσμίως.

Births to Adolescent Girls in Asia and the Pacific



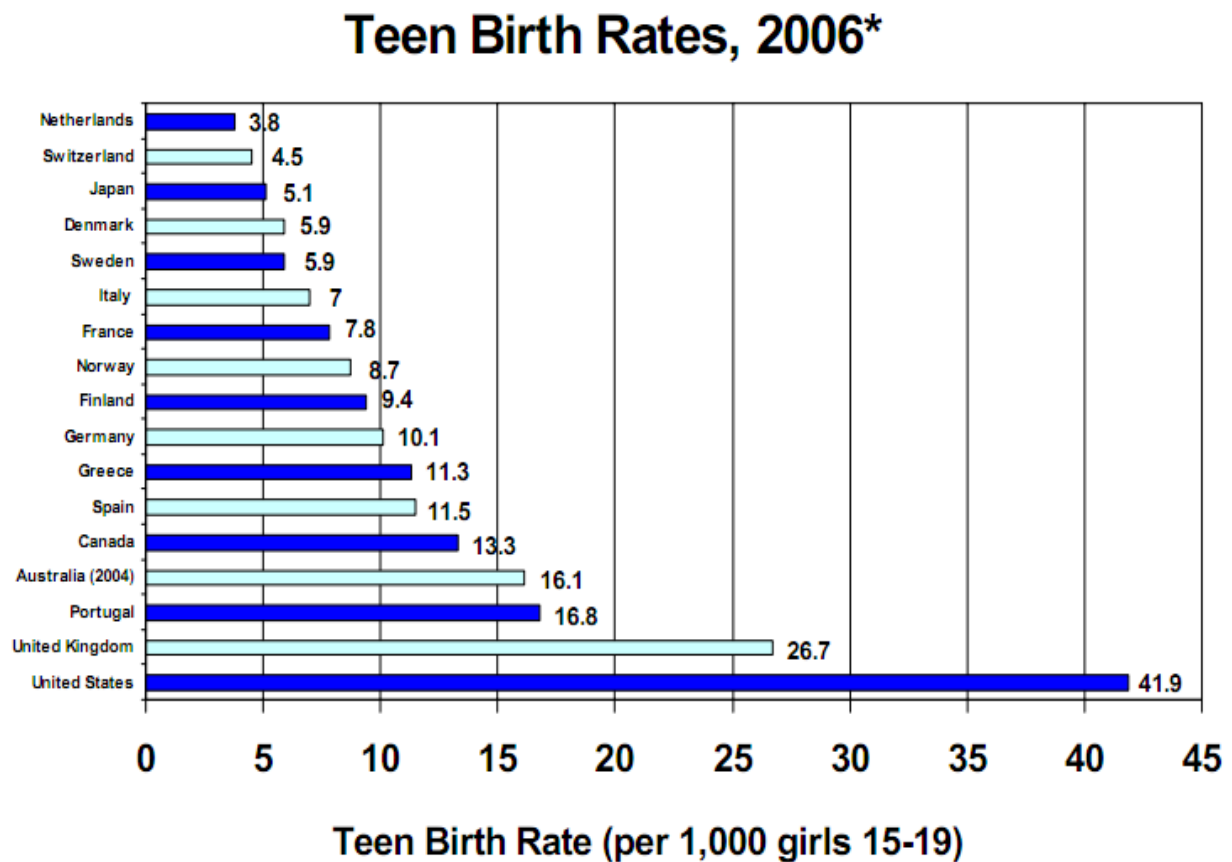
#worldpopday



Εικ. 2 Γεννήσεις στην εφηβεία στην Ασία και τον Ειρηνικό ωκεανό.

Παρ' όλα αυτά, ενθαρρυντικό είναι το γεγονός πως τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες η χρήση των αντισυλληπτικών έχει αυξηθεί παγκοσμίως, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου η χρήση της αντισύλληψης στις έγγαμες γυναίκες έχει αυξηθεί από 9% το 1960 στο 60% σήμερα. Ωστόσο, 8-30 εκατομμύρια ανεπιθύμητες

εγκυμοσύνες συμβαίνουν κάθε χρόνο στις γυναίκες που εφαρμόζουν κάποια μέθοδο αντισύλληψης.



Εικ .3 Δημογραφικά στοιχεία εφηβικής κήσης παγκοσμίως.

Στόχοι οικογενειακού προγραμματισμού

Βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να δώσει τα μέσα σε κάθε ζευγάρι να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειάς του ελεύθερα και μετά από σωστή και υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωση. Αποσκοπεί στη δημιουργία οικογενειών από ευτυχισμένους γονείς και από επιθυμητά, υγιή παιδιά.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός στοχεύει στην επίλυση δημογραφικών προβλημάτων, στη μείωση του αριθμού των εκτρώσεων, στην προαγωγή της υγείας της μητέρας, στην προαγωγή της υγείας των παιδιών, στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Επίσης, ο οικογενειακός προγραμματισμός αναφέρεται σε πρακτικές που βοηθούν τα άτομα ή τα ζευγάρια προκειμένου να επιτύχουν ορισμένους σκοπούς όπως

να αποφεύγουν ανεπιθύμητες γεννήσεις, να προκαλούν επιθυμητές γεννήσεις, να ρυθμίζουν τα διαστήματα μεταξύ των κυήσεων και να ελεγχουν το χρόνο γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων και να καθορίζουν τον αριθμό των παιδιών στην οικογένεια.

Οι υπηρεσίες που μπορούν να εξασφαλίσουν τους στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού περιλαμβάνουν τομείς όπως η εκπαίδευση και συμβουλευτική στον οικογενειακό προγραμματισμό, η παροχή αντισυλληπτικών μέσων, η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, η εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν τις γεννητήσιες σχέσεις και το γονεϊκό ρόλο, η γενετική συμβουλευτική, η συμβουλευτική του γάμου, ο μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος κακοήθων νοσημάτων και τα προβλήματα υιοθεσίας.

Μέθοδοι εφαρμογής στόχων οικογενειακού προγραμματισμού

Οι μέθοδοι εφαρμογής ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του θεσμού του οικογενειακού προγραμματισμού είναι πολυδιάστατες και μπορούν να καταταχθούν σε κοινωνικές, προληπτικές και θεραπευτικές.

Μέθοδος με κοινωνικό προσανατολισμό:

Αφορά στην οργανωμένη παροχή υπηρεσιών που σκοπεύει να δια φωτίσει, να ενημερώσει και να καθοδηγήσει τους πολίτες σε θέματα σχετικά με τα δικαιώματα της οικογένειας και των παιδιών, τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, τα εκτός γάμου παιδιά, τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.

Μέθοδος με προληπτικό προσανατολισμό:

Αφορά στην ενημέρωση και τη διαφώτιση των πολιτών για τις σύγχρονες και πιο αποτελεσματικές μεθόδους αντισύλληψης, καθώς και τους τρόπους πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Μέθοδος με θεραπευτικό προσανατολισμό:

Αφορά στα προγράμματα που απευθύνονται σε ζευγάρια με προβλήματα υπογονιμότητας ή κυήσεις υψηλού κινδύνου, ψυχοσεξουαλικά προβλήματα ή προβλήματα που αφορούν νεαρά άτομα όπως σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

2. Σεξουαλική και Αναπαραγωγική υγεία

Ο ορισμός της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, όπως ορίστηκε το 1994 στο Κάιρο από τη Διεθνή Σύνοδο για τον Πληθυσμό και την Αναπαραγωγή (International Conference on Population and Development- I.C.P.D.) αναφέρει τα εξής:

Αναπαραγωγική υγεία είναι η κατάσταση του ευ'ζήν από πλευράς κοινωνικής, πνευματικής και φυσικής και όχι απλά και μόνο η απουσία νόσου ή κακής διάθεσης, σε όλα τα θέματα που έχουν σχέση με το αναπαραγωγικό σύστημα και τις λειτουργίες του.

Στην αναπαραγωγική υγεία περιλαμβάνεται και η δυνατότητα του ανθρώπου να έχει ικανοποιητικό και ασφαλές σεξ και να έχει την ικανότητα και την ελευθερία να το απολαμβάνει τόσο, όσο το επιθυμεί.

Ωστόσο στις χώρες όπου εφαρμόζονται ευρέως οι αρχές του οικογενειακού προγραμματισμού, τίθενται ερωτήματα σχετικά με το πόσο άλλαξε η ζωή των γυναικών και με ποιον τρόπο. Ευθεία απάντηση δεν υπάρχει, μπορεί όμως κανείς να σημειώσει τέσσερα σημαντικά βήματα:

- Την ελευθερία να επιλέγει τον αριθμό των παιδιών και τα χρονικά διαστήματα μεταξύ των γεννήσεων.
- Τη βελτίωση της υγείας των γυναικών με την εύκολη χρήση των σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης.
- Τη δυναμική της αντισύλληψης στη βελτίωση της ζωής της γυναίκας.
- Τις μεγάλες διαφορές μεταξύ γυναικών διαφορετικών χωρών από πλευράς αναπτύξεως.

3. Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού (Ο.Π)

Στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού (Ο.Π) ειδικοί επιστήμονες παρέχουν τις υπηρεσίες τους για να βοηθήσουν το ζευγάρι σε θέματα αντισύλληψης, γονιμότητας ή και γενικά σεξουαλικά προβλήματα. Κάθε οικογένεια είναι απαραίτητο να προγραμματίσει τον αριθμό των παιδιών της για λόγους κοινωνικούς, οικονομικούς, ιατρικούς.

Στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι εφικτό να πραγματοποιηθούν όλες οι εξετάσεις (γυναικολογικές, εξέταση μαστών, τεστ ΠΑΠ).

4. Στόχοι Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης^{3,4}

Στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πέρα από τις βιολογικές και ιατρικές διαστάσεις πρέπει να εξετάζονται και οι πολιτιστικές και ψυχολογικές παράμετροι. Με βάση αυτό, οι στόχοι της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης μπορούν να είναι οι κατωτέρω:

I. Απόκτηση τεκμηριωμένης γνώσης (δηλαδή επιστημονική προσέγγιση των θεμάτων της σεξουαλικότητας πέρα από μύθους, προκαταλήψεις, προσωπικές εμπειρίες κτλ) και διασαφήνιση των σεξουαλικών μας αξιών. Κατάκτηση μετά από αυτό προσωπικής τεκμηριωμένης συνειδητής στάσης στις συγκρουόμενες απόψεις (θρησκεία, οικογένεια, φίλοι, ΜΜΕ κλπ) για θέματα σεξουαλικότητας, όπως γάμος, αναντιστοιχία, μονογαμικότητα, ομοφυλοφιλία κλπ..

II. Διαμόρφωση θετικής αντίληψης του εαυτού μας για το σεξ (ανάπτυξη της αυτοεκτίμησής μας) και ως εκ τούτου βελτίωση της ανθρώπινης επικοινωνίας (π.χ. η απαλλαγή από το άγχος συνομιλίας για θέματα σεξ μεταξύ εραστών, γονέων-παιδιών βελτιώνει τη σχέση τους).

III. Αναγνώριση των αρνητικών σημείων στις σχέσεις μας (εκμετάλλευση του ενός συντρόφου από τον άλλο, τα ψέματα στη σχέση, η υπερβολική εξάρτηση του ενός ή και των δυο συντρόφων, η ζήλια).

IV. Έλεγχος γονιμότητας (αντισύλληψη, προγεννητικός έλεγχος, αντιμετώπιση δυσκολιών στη σύλληψη κλπ.).

V. Αποφυγή σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (έρπης, χλαμύδια, κονδυλώματα, ηπατίτιδες, AIDS κλπ.).

VI. Κατανόηση και αντιμετώπιση προβλημάτων σεξουαλικής ανταπόκρισης
(σεξουαλικά προβλήματα όπως ανοργασμία, έλλειψη στύσης, πρόωρη εκσπερμάτιση κλπ.).

5. Τεχνητή διακοπή κύησης

Η διακοπή μιας ανεπιθύμητης κύησης (γνωστή ως έκτρωση ή άμβλωση) είναι νόμιμη μέχρι και την 24^η εβδομάδα στις περισσότερες δυτικές χώρες. για να πραγματοποιηθεί μια έκτρωση πρέπει να αποδειχθεί ότι η συνέχιση της κύησης θα ήταν επιβλαβής για την πνευματική ή σωματική υγεία της γυναίκας. Η εκτίμηση μπορεί να λαμβάνει υπόψη και την οικονομική της κατάσταση. Έκτρωση μετά την 24^η εβδομάδα μπορεί να γίνει μόνο κάτω από εξαιρετικές περιστάσεις.

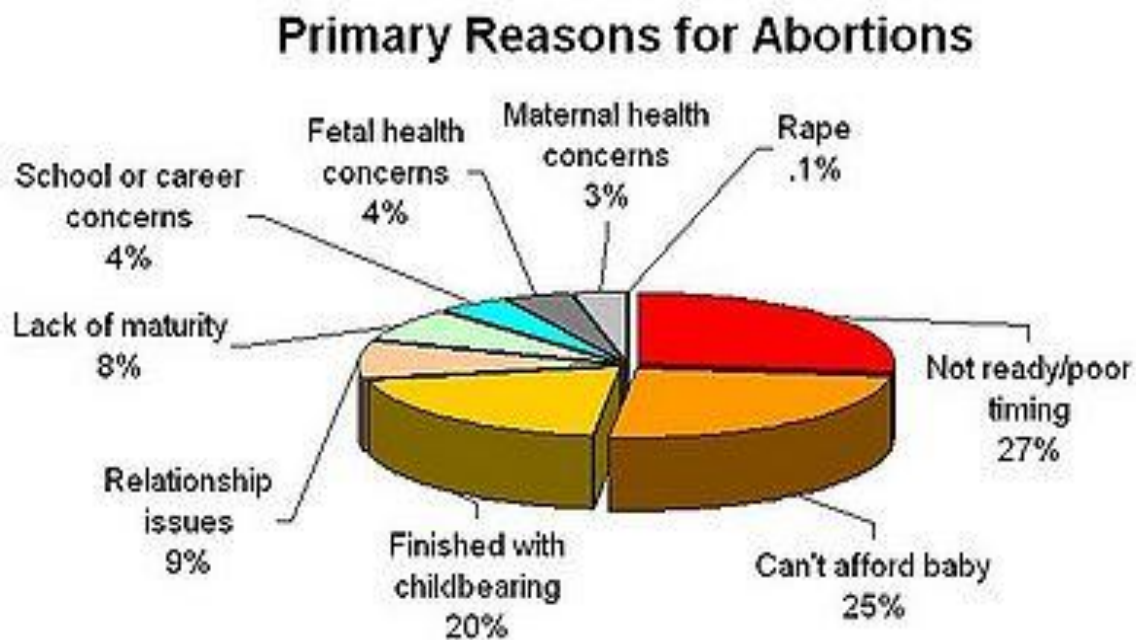
Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση αντιμετωπίζουν σοβαρούς κινδύνους:

- Διάτρηση της μήτρας
- Ρήξη τραχήλου
- Εμφάνιση προδρομικού πλακούντα
- Μελλοντική εξωμήτρια κύηση
- Ενδομητρίτιδα
- Ενδοτραχηλίτιδα
- Πυελική φλεγμονή
- Δευτεροπαθή αμηνόρροια ή στειρώση
- Ενδομήτριες συμφύσεις
- Ανεπάρκεια εσωτερικού τραχηλικού στομίου
- Αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα
- Καθ' έξιν αποβολές
- Πρώιμους τοκετούς

Μελέτες έδειξαν ότι ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού διπλασιάζεται για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στην πρώτη εγκυμοσύνη και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες εκτρώσεις. Ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού, αν και έχει

τεκμηριωθεί καλά, δεν αποκαλύπτεται συνήθως στις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση.

Η έκτρωση ενέχει πολλούς κινδύνους για την σωματική υγεία, που γίνονται πιο σύνθετοι για περισσότερες από μία εκτρώσεις και για εκτρώσεις που γίνονται στα τελευταία στάδια της κύησης. Πολλές γυναίκες μπορεί να υποστούν βλάβες στο αναπαραγωγικό τους σύστημα χωρίς να το διαπιστώσουν και μόνο μετά από χρόνια να ανακαλύψουν ότι είναι στείρες ή κάτι ακόμα χειρότερο. Η έκτρωση μπορεί να κάνει τις επόμενες κύσεις περισσότερο επικίνδυνες, συντελώντας έτσι στην αύξηση της θνησιμότητας των μητέρων κατά τις επιθυμητές κύσεις. Κάθε γυναίκα που σκέπτεται την έκτρωση θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν την πιθανότητα να υποστεί βλάβες στην υγεία της. Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους προβαίνει μία γυναίκα σε διακοπή της κύησης είναι οικονομικοί και κοινωνικοί. Ειδικότερα το ¼ των γυναικών θεωρεί πως δεν μπορεί να ανταπεξέλθει οικονομικά σε ένα παιδί, άλλο ένα 25% δεν νιώθει έτοιμο – ώριμο ενώ ακόμη ένα 25% έχει δηλώνει πως έχει ολοκληρώσει τη τεκνοποίηση.



Εικ. 4 Κυριότερες αιτίες τεχνητής διακοπής κύησης.

Ψυχικές επιπτώσεις της άμβλωσης

Η άμβλωση είναι μια επέμβαση που επηρεάζει γενικά τους εμπλεκόμενους σ' αυτήν. Ασφαλώς το πρώτο πρόσωπο που επηρεάζεται ψυχολογικά είναι η μητέρα, μέσα στο σώμα της οποίας λαμβάνει χώρα η άμβλωση, και η οποία μπορεί να έχει και σωματικές επιπτώσεις που να επιτείνουν τα ψυχολογικά της προβλήματα. Όμως δεν είναι η μητέρα το μόνο πρόσωπο που επηρεάζεται. Ο πατέρας επηρεάζεται εξίσου, αν φυσικά γνωρίζει το γεγονός. Οι γιατροί, που εκτελούν αυτές τις επεμβάσεις και είναι έτσι άμεσα εμπλεκόμενοι, εμφανίζουν κι αυτοί ποικίλα συνειδησιακά προβλήματα, όπως και οι γονείς της μητέρας ή του πατέρα του εμβρύου.

Οι αναφορές επεκτείνονται και σε άλλα πρόσωπα: ο καθηγητής Εμ. Κριαράς έχει αναφέρει χαρακτηριστικά την περίπτωση φοιτητή, ο οποίος είχε ενισχύσει οικονομικά συμφοιτήτριά του να κάνει άμβλωση (σε παιδί που δεν ήταν δικό του) και στη συνέχεια παρουσίαζε κρίσεις κάθε φορά που περνούσε από παιδότοπους.

Μια ηθελημένη έκτρωση μπορεί να είναι ψυχολογικά καταστρεπτική. Μελέτες αποκάλυψαν σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία στις γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση, σε βαθμό που οι ειδικοί έχουν εντάξει τα συμπτώματα σε ειδική κατηγορία της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, το «μετεκρωτικό σύνδρομο»:

- 44% παρουσιάζουν νευρικές διαταραχές
- 36% διαταραχές ύπνου
- 30% - 50% προβλήματα στη σεξουαλική ζωή
- 25% Επισκέπτονται ψυχίατρο
- 60% αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, ενώ
- το 28% από αυτές επιχειρεί αυτοκτονία

Προβλήματα σχετικά με παιδιά που γεννούν μελλοντικά: αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, εξασθένηση των μητρικών δεσμών, αυξημένες πιθανότητες κακοποίησης και κατάληξης τού ζευγαριού στο χωρισμό ή το διαζύγιο.

Οι διατάξεις του νόμου περί νομιμοποίησης των εκτρώσεων

Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, προστασία της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις (Άρθρα του Ν.1609/86 ΦΕΚ Α/86)

Άρθρο 2. Οι παράγραφοι 4 και 5 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίστανται ως εξής:

Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μια από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

β) Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.

γ) Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμοδίου γιατρού.

δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης.

6. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν) ⁵

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν) αποτελούν λοιμώδη νοσήματα, εκ των οποίων ορισμένα μεταδίδονται από άτομο σε άτομο με πλήρη και στενή σεξουαλική επαφή και άλλα με απλή σωματική επαφή.

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα παρουσιάζουν κατά τις τελευταίες δεκαετίες αξιοσημείωτη έξαρση, η οποία αποδίδεται σε κοινωνικές και βιολογικές αιτίες. Στις κοινωνικές αιτίες συγκαταλέγονται η απελευθέρωση της νεολαίας σε ζητήματα τα οποία αφορούν στις σεξουαλικές σχέσεις, η πορνεία, η έλλειψη ενημέρωσης και η άγνοια σχετικά με τους κινδύνους οι οποίοι εγκυμονούνται, καθώς και η ευκολία των μετακινήσεων του πληθυσμού είτε λόγω του τουρισμού, είτε λόγω της

μετανάστευσης. Στις βιολογικές αιτίες έξαρσης των Σ.Μ.Ν συγκαταλέγονται η μεγάλη μεταδοτικότητα, ο βραχύς χρόνος επώασης και η έλλειψη ανοσίας.

Στις περισσότερες σύγχρονες κοινωνίες οι σεξουαλικές προτιμήσεις αντιμετωπίζονται με προκαταλήψεις. Το γεγονός αυτό συνεισφέρει, ώστε οι μολύνσεις οι οποίες είναι απόρροια σεξουαλικών επαφών να στιγματίζονται κοινωνικά και συχνά να αποκρύπτονται από τους νοσούντες, με αποτέλεσμα ο γενικότερος έλεγχος του προβλήματος να αποβαίνει δυσχερής.

Οι συγκεκριμένες διαπιστώσεις επιβάλλουν την αντιμετώπιση της κατάστασης με αποφασιστικότητα και ρεαλισμό. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν πρόκειται να τροποποιήσουν τις στάσεις τους και τις επιλογές τους σε σχέση με τη σεξουαλική τους ζωή και με το δεδομένο ότι η σεξουαλικότητα αποτελεί μια ενστικτώδη κατάσταση, η γνώση της και οι συνέπειες της πρέπει να αποτελούν αντικείμενο εκπαίδευσης και ενημέρωσης του κάθε ατόμου.

Η ενημέρωση για τα Σ.Μ.Ν και γενικότερα για ζητήματα τα οποία αφορούν στις σεξουαλικές σχέσεις, πρέπει να αρχίζει από τις τάξεις του δημοτικού σχολείου, να βασίζεται σε γεγονότα, να πραγματοποιείται σε μεικτές τάξεις και να ολοκληρώνεται πριν τα παιδιά εισέλθουν στην εφηβική ηλικία. Η συγκεκριμένη εκπαιδευτική εμπειρία μπορεί να αποτρέψει ορισμένους από το να αναζητήσουν αργότερα τυχαίες ερωτικές σχέσεις, να οδηγήσει άλλους οι οποίοι θα τις επιδιώξουν στην τήρηση των ενδεδειγμένων μέτρων πρόληψης και προστασίας και τέλος να πείσει όσους πιθανόν να προσβληθούν από Σ.Μ.Ν, να αναζητήσουν ιατρική συνδρομή και θεραπεία χωρίς καμία συστολή και αισθήματα ενοχής.

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν στις εξής τρεις κατηγορίες:

Στις σοβαρές ασθένειες, οι οποίες εάν δεν αντιμετωπισθούν προκαλούν ποικίλες επιπτώσεις σε όργανα του σώματος. Στη συγκεκριμένη κατηγορία συγκαταλέγονται: η μη γονοκοκκική γεννητική μόλυνση περιλαμβανομένης της μη γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας και των μολύνσεων από χλαμύδια, η βλενόρροια, τα γεννητικά κονδυλώματα, ο γεννητικός έρπης και η σύφιλη.

Στις λιγότερο σοβαρές ασθένειες, οι οποίες εντοπίζονται κυρίως στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και δεν προκαλούν μακροχρόνιες βλαβερές συνέπειες. Στη συγκεκριμένη κατηγορία συγκαταλέγονται η κολπική μυκητίαση, η κολπική λοίμωξη από τριχομονάδες, η μη ειδική κολπίτιδα, η φθειρίαση του εφηβαίου και η μολυσματική τέρμινθος.

Στα σπάνια Σ.Μ.Ν, τα οποία εμφανίζονται κυρίως στις τροπικές χώρες και προκαλούν βλάβες στην έξω επιφάνεια της γεννητικής περιοχής. Στη συγκεκριμένη κατηγορία συγκαταλέγονται το μαλακό έλκος, η βουβωνική λεμφοκοκκιωμάτωση και το εξελκωτικό κοκκίωμα του αιδοίου.

Στις ασθένειες οι οποίες μεταδίδονται συχνά και με σεξουαλική επαφή και στις οποίες συγκαταλέγονται οι ηπατίτιδες Α και Β, καθώς και το Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).

ΜΗ ΓΟΝΟΚΟΚΚΙΚΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΜΟΛΥΝΣΗ

Η μη γονοκοκκική γεννητική μόλυνση (NGGI) έχει ως την πλέον συχνή αιτία του μικροοργανισμού *Chlamydia trachomatis*, ο οποίος ευθύνεται για το 50% και πλέον των περιπτώσεων στους άνδρες και για το 80% και πλέον των περιπτώσεων στις γυναίκες.

Στους άνδρες η ασθένεια εκδηλώνεται συνήθως 7-14 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο. Αρχικά μολύνεται η ουρήθρα και παρατηρείται διαυγής, γαλακτώδης ή πυώδης έκκριση, καθώς και δυσφορία ή πόνος κατά την ούρηση. Η συγκεκριμένη περίπτωση χαρακτηρίζεται ως μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα (NGU) και σε ποσοστό 20% των ανδρών είναι ασυμπτωματική. Η διάγνωση τίθεται με μάλαξη του πέους κατά μήκος της ουρήθρας για να εξαχθεί σταγόνα πύου, η οποία χρωματίζεται και ελέγχεται στο μικροσκόπιο.

Στις γυναίκες μολύνεται ο τράχηλος και εφόσον η μόλυνση περιοριστεί στο συγκεκριμένο σημείο υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να εξουδετερωθεί από το αμυντικό σύστημα της γυναίκας.

ΒΛΕΝΝΟΡΡΟΙΑ

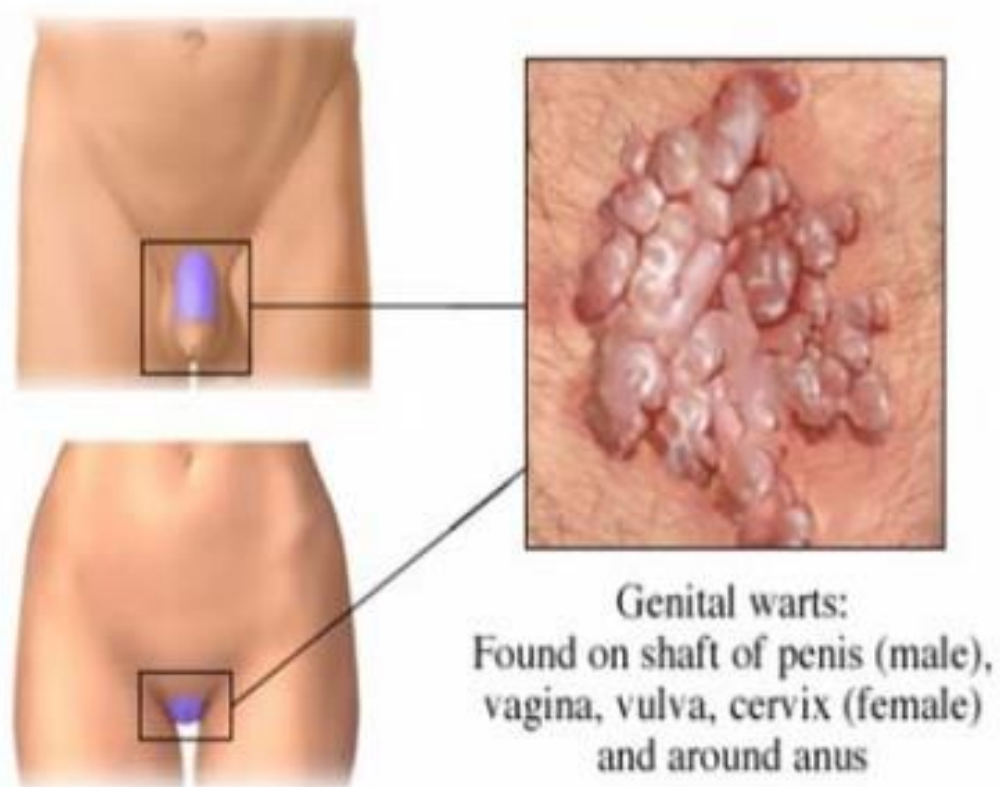
Η βλεννόρροια έχει ως αίτιο τη *Neisseria gonorrhoeae* (Ναισέρια γονοκοκκική) και μεταδίδεται με τη συνουσία.

Τα συμπτώματα αφορούν συνήθως σε πυώδες έκκριμα από την ουρήθρα ή τον κόλπο, άλγος κατά την ούρηση και τη συνουσία, άλγος στους όρχεις και στο υπογάστριο στους άνδρες και ανώμαλη επώδυνη περίοδο στις γυναίκες, ενώ οι βουβωνικοί λεμφαδένες εμφανίζονται διογκωμένοι.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ

Τα γεννητικά κονδυλώματα έχουν ως αίτιο τους ιούς human papilloma viruses (HPV), οι οποίοι εισέρχονται στο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής με μολυσμένο άτομο. Εμφανίζονται επί του πέους, στο αιδοίο ή γύρω από τον πρωκτό. Εκδηλώνονται κατά τη σεξουαλική ωρίμανση του ατόμου και έχουν, ως προς την εκδήλωσή τους, περίοδο αιχμής τόσο για τους άνδρες, όσο και για τις γυναίκες την ηλικία των 25-35 ετών.

Στις γυναίκες ειδικότερα και στις περιπτώσεις μη θεραπευτικής αντιμετώπισης των κονδυλωμάτων υφίσταται κίνδυνος πρόκλησης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας



Εικ. 4 Βλάβες από HPV.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΕΡΠΗΣ

Ο γεννητικός έρπης έχει ως αίτιο τους ιούς HSV1 και HSV2, εκ των οποίων ο δεύτερος αφορά στην πλειοψηφία των μολύνσεων. Η προσβολή από γεννητικό έρπη συμβαίνει συνήθως με γεννητική, πρωκτική ή στοματική σεξουαλική επαφή με άτομα,

τα οποία μόλις είχαν αρχίσει να συνέρχονται από μόλυνση γεννητικού έρπητος. Τα πρώτα συμπτώματα εκδηλώνονται 5-7 ημέρες μετά τη σεξουαλική επαφή και αφορούν στον μεν άνδρα κνησμό στο πέος, στη δε γυναίκα κνησμό στην έσω επιφάνεια των μεγάλων χειλέων του αιδοίου. Μετά την πάροδο 24 ωρών εμφανίζονται πολλά μικρά ερυθρωπά και επώδυνα εξογκώματα, τα οποία μεταμορφώνονται στη συνέχεια σε φυσαλίδες, οι οποίες περιέχουν υγρό.

Ο ιός μόλις εισέλθει στο δέρμα, μπορεί να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση μέχρι να εξαφανιστεί ή να προκαλέσει υποτροπή με την εμφάνιση πλήθους φυσαλίδων.

ΣΥΦΙΛΗ

Η σύφιλη έχει ως αίτιο το *Treponema pallidum* (ωχρά σπειροχαίτη) και μεταδίδεται κυρίως με τη συνουσία με άτομο το οποίο πάσχει από τη νόσο, με την προϋπόθεση να υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος ή των βλεννογόνων. Η νόσος κατά την εξέλιξη της παρουσιάζει τα εξής τρία στάδια:

Πρωτοπαθές στάδιο: Εκδηλώνεται τρεις εβδομάδες μετά την μόλυνση με κύριο σύμπτωμα το έλκος ενοφθαλμισμού. Το έλκος είναι ερυθράς χροιάς, σκληρό, χωρίς άλγος ή ευαισθησία, συνήθως μικρού μεγέθους. Μετά την πάροδο 2-6 εβδομάδων από την εμφάνισή του υποχωρεί χωρίς θεραπεία.

Δευτεροπαθές στάδιο: Εκδηλώνεται 6 περίπου εβδομάδες μετά την εμφάνιση του έλκους, με εξανθήματα στο θώρακα και την κοιλιακή χώρα, συνοδευόμενο από ανορεξία, άλγος στις αρθρώσεις, μυαλγίες και κεφαλαλγίες. Αργότερα εμφανίζεται το βλατιδώδες συφιλιδικό εξάνθημα εντοπιζόμενο στον κορμό, τα άκρα και το πρόσωπο, το οποίο μπορεί να συνοδεύεται από τριχόπτωση και μελανοδερμία. Το συγκεκριμένο στάδιο της σύφιλης, εάν δεν αντιμετωπισθεί θεραπευτικά, διαρκεί 2-3 χρόνια και χαρακτηρίζεται ως ιδιαίτερα μεταδοτικό.

Τριτοπαθές στάδιο: Εκδηλώνεται 10-20 χρόνια μετά το δευτεροπαθές στάδιο και συνοδεύεται από εκδηλώσεις στο δέρμα και τους βλεννογόνους, όπως είναι τα ελκυστικά οζίδια, τα φύματα και τα κομμιώματα, καθώς και από εκδηλώσεις στα σπλάγχνα, όπως είναι η συφιλιδική αορτίτις ή η νευρική σύφιλη.

ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΥΚΗΤΙΑΣΗ

Το 90% των περιπτώσεων κολπικής μυκητίασης έχει ως αίτιο το μύκητα *Candida albicans*. Στις γυναίκες το κύριο σύμπτωμα αφορά σε έντονο κνησμό στον κόλπο και στο αιδοίο, ο οποίος συνοδεύεται από την αποβολή παχύρρευστου λευκού και άοσμου κολπικού απεκκρίματος.

ΤΡΙΧΟΜΟΝΑΔΩΣΗ

Η τριχομονάδωση έχει ως αίτιο το πρωτόζωο *Trichomonas vaginalis*, και τρόπο μετάδοσης κυρίως τη σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο.

Στις γυναίκες τα συμπτώματα αφορούν σε κνησμό, συχνουρία και έκκριση από τον κόλπο δύσοσμου και κίτρινης χροιάς υγρού. Σε ποσοστό 5% των γυναικών είναι δυνατό να μην εκδηλωθούν συμπτώματα ή αν εκδηλώνονται περιστασιακά άλγος κατά την ούρηση ή έκκριση από την ουρήθρα.

ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ

Τα αίτια της μη ειδικής κολπίτιδας είναι από κοινού το βακτήριο *Cardnerella vaginalis* και κάποιο αναερόβιο βακτηρίδιο, τα οποία διαβιούν φυσιολογικά στο γυναικείο κόλπο και αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους προκαλούν δύσοσμη και γκρίζας χροιάς κολπική έκκριση.

ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΑΙΟΥ

Οφείλεται στις φθείρες του εφηβαίου, οι οποίες είναι οργανισμοί ορατοί δια γυμνού οφθαλμού. Μεταφέρονται από άνθρωπο σε άνθρωπο κατά τη διάρκεια τη σεξουαλικής επαφής και σε ορισμένες περιπτώσεις από κλινοσκεπάσματα, εσώρουχα και πετσέτες. Τα συμπτώματα αφορούν σε έντονο κνησμό και ερυθρότητα του εφηβαίου.

ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΗ ΤΕΡΜΙΝΘΟΣ

Η μολυσματική τέρμινθος έχει ως αίτιο ιό, ο οποίος εισχωρεί στο δέρμα μεταδιδόμενος από άτομο σε άτομο με στενή σωματική επαφή. Η μόλυνση από τον ιό προκαλεί βλατίδες, οι οποίες περιέχουν μικρή ποσότητα κολλώδους υγρού και οι οποίες εντοπίζονται συχνότερα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.

ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ Β ΚΑΙ C

Οι ηπατίτιδες δεν αποτελούν αμιγή Σ.Μ.Ν.. Παραταύτα, οι ιοί HBV και HCV είναι δυνατό να μεταδοθούν και κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής με μολυσμένο άτομο.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ΣΕΑΑ- AIDS)

Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ) = Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Είναι νόσος χρόνια, πολυσυστηματική και θανατηφόρα.

Το αίτιο του ΣΕΑΑ είναι ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας HIV= Human Immunodeficiency Virus. Ο HIV μέσω γνωστών και άγνωστων μηχανισμών προκαλεί προοδευτικά ελάττωση ή εξαφάνιση των T4 λεμφοκυττάρων, λόγω δε του βασικού ρόλου τους στους μηχανισμούς της ανοσορύθμισης, οδηγεί στην πλήρη αποδιοργάνωση του ανοσοποιητικού συστήματος. Πηγή μόλυνσης του HIV είναι μόνον ο μικροβιοφορέας άνθρωπος.

Τρόποι μετάδοσης:

Η σεξουαλική μετάδοση: Ο ιός μπορεί να μεταδοθεί τόσο κατά την ανδρική ομοφυλοφιλική σεξουαλική επαφή, όσο και κατά την ετεροφυλοφιλική.

Αιματογενώς: Με τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος, πλάσματος ή παραγώγων αυτού, με βιολογικά υγρά, ιστούς, όργανα και σπέρμα. Η μετάδοση γίνεται και με τη μεταφορά μικρής ποσότητας αίματος από κοινή χρήση βελόνων και συριγγών τοξικομανών ή τρύπημα βελόνας ή αιχμηρών αντικειμένων με μολυσμένο αίμα.

Προγεννητική και κάθετη μετάδοση: Είναι δυνατόν να συμβεί δια μέσω του πλακούντα ενδομητρίως, κατά τη διάρκεια του τοκετού από το αίμα και τα κοιλικά υγρά ή μετά τον τοκετό κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Το 15-30% των νεογνών, που γεννιούνται από HIV θετικές μητέρες, μολύνονται από τον ιό, ενώ πρέπει να επισημανθεί, ότι οι μητέρες φορείς HIV που μεταδίδουν στο κύημα ή το νεογνό τους τον ιό, είναι στην συντριπτική τους πλειοψηφία χρήστριες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ή είχαν ερωτικό σύντροφο φορέα.

ΠΡΟΛΗΨΗ- ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει τα εξής:

Την πρωτογενή πρόληψη για προφύλαξη από το ΣΕΑΑ που αφορά στην ουσιαστική, συστηματική και συνεχή ενημέρωση όλων των κοινωνικών ομάδων για την αιτιολογία, τους τρόπους μετάδοσης της λοίμωξης και τους υφιστάμενους τρόπους προστασίας.

Πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης. Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού με τη σεξουαλική επαφή αφορά στο σύνολο των ατόμων από την εφηβική ηλικία και μετά.

Προφυλάξεις για τους φορείς και τους ασθενείς με ΣΕΑΑ. Με το δεδομένο ότι οι φορείς και οι ασθενείς με ΣΕΑΑ είναι άτομα μειωμένης φυσικής αντίστασης και μολυσματικά για το περιβάλλον τους, πρέπει να τηρούν επιμελώς τις βασικές αρχές προφύλαξης.

7. Υπογονιμότητα και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ^{6,7}

Υπογονιμότητα ονομάζεται η αδυναμία ενός ζευγαριού για γονιμοποίηση, μετά την πάροδο τουλάχιστον ενός έτους, κατά την διάρκεια του οποίου υπήρχαν φυσιολογικές σεξουαλικές σχέσεις.

Στη χώρα μας, όπως περίπου και σε όλο τον υπόλοιπο κόσμο, η υπογονιμότητα είναι ένα πρόβλημα που πλήττει το 15% των ζευγαριών αναπαραγωγικής ηλικίας, δηλαδή αφορά άμεσα περίπου 250.000 ζευγάρια. Τα προβλήματα γονιμότητας εντοπίζονται στο 35% των περιπτώσεων αποκλειστικά στη γυναίκα, στο 35% μόνο στον άνδρα και στο 30% και στους δυο συντρόφους ταυτόχρονα.

Η υπογονιμότητα ενός ζευγαριού επομένως, μπορεί να οφείλεται στους πιο κάτω λόγους:

- Διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας, σε ποσοστό περίπου 15-20%
- Διαταραχές από τον τράχηλο, σε ποσοστό περίπου 10%
- Διαταραχές από τις σάλπιγγες σε σχέση τους με τις ωοθήκες περίπου 25-30%
- Διαταραχές από τη μήτρα, σε ποσοστό περίπου 5%
- Διαταραχές από τον κόλπο, που είναι μάλλον σπάνιο αίτιο υπογονιμότητας
- Αυξημένη ηλικία της γυναίκας
- Διαταραχές από τον άνδρα, σε ποσοστό περίπου 30-50%
- Παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής.

Πριν από μερικά χρόνια, η ανδρική υπογονιμότητα ήταν ένα ταμπού. Δεν ήταν σπάνια η περίπτωση κατά την οποία ένα αντρόγυνο που δεν μπορούσε να τεκνοποιήσει επικέντρωνε την προσοχή του αποκλειστικά και μόνο στη γυναίκα. Μέχρι να γίνει ευρέως γνωστό, ότι ο άνδρας μπορεί να έχει μειωμένη γονιμότητα ακριβώς όπως και η γυναίκα, έπρεπε να υπάρξει συστηματική ενημέρωση και να περάσουν αρκετά χρόνια.

Το βασικό πρόβλημα που σχετίζεται με τα προβλήματα ανδρικής υπογονιμότητας αφορά στον παράγοντα σπέρμα. Η αδρή αναφορά στα ευρήματα που σχετίζονται με την εξέταση σπέρματος πρέπει να καλύπτει παραμέτρους όπως η ποσότητα, η κινητικότητα, η μορφολογία των σπερματοζωαρίων κ.α..

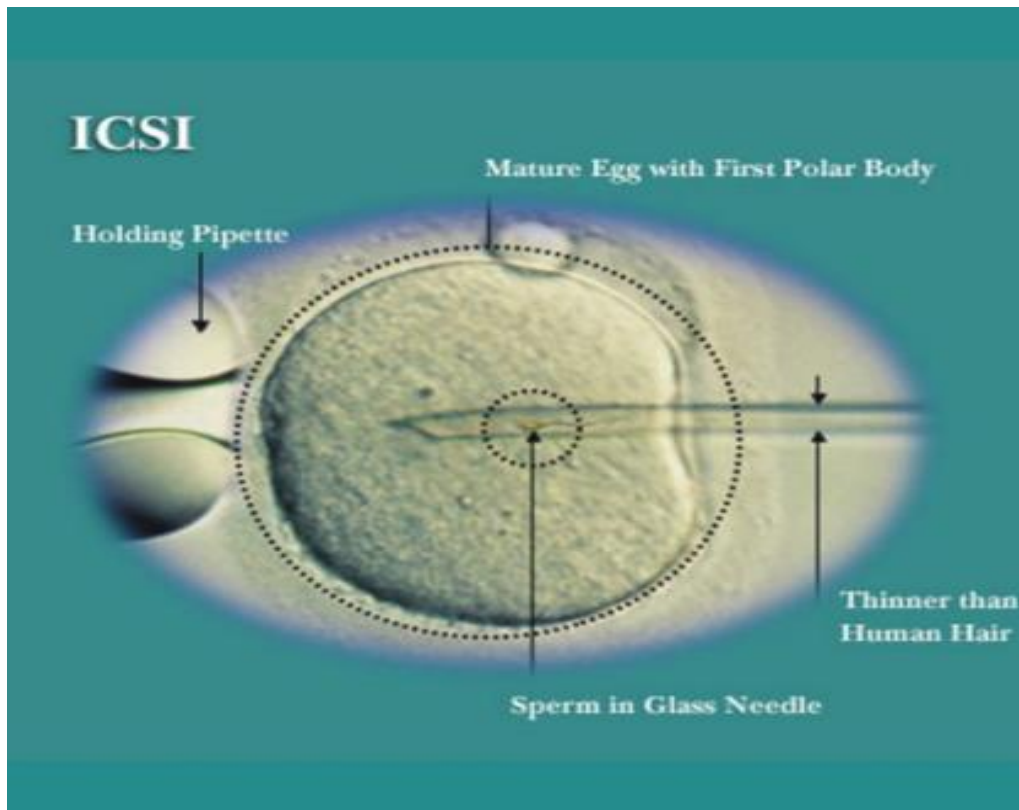
ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Ως τεχνική υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ορίζεται οποιαδήποτε μέθοδος που περιλαμβάνει χειρισμούς ή παρεμβάσεις στους γαμέτες (ωάριο και σπερματοζωάριο) ώστε να επιτευχθεί εγκυμοσύνη.

Αυτός ο ορισμός αντιδιαστέλλει τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην προσπάθεια αντιμετώπισης της υπογονιμότητας από την απλή πρόκληση ωοθηλακιορρηξίας, κατά την οποία χορηγείται φαρμακευτική αγωγή ωοθυλακικής ανάπτυξης που την κατάλληλη ημέρα ακολουθείται από προγραμματισμένη συνουσία ή σπερματέγχυση (δηλαδή απλή, ανώδυνη μεταφορά σπέρματος του άνδρα στη μήτρα της συντρόφου του με τη βοήθεια ενός λεπτού καθετήρα).

Οι τεχνικές που κυρίως χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

- Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)
- Ενδοσαλπινγική μεταφορά γαμετών (GIFT)
- Μικρογονιμοποίηση (ICSI)
- Ενδομητρική σπερματέγχυση
- Δωρεά σπέρματος
- Δωρεά ωοκυττάρων



Εικ. 5 Μικρογονιμοποίηση.

ΥΙΟΘΕΣΙΑ

Είναι η τελευταία λύση για εκείνα τα ζευγάρια, όπου τα ιατρικά δεδομένα τόσο από τον άνδρα, όσο και από τη γυναίκα ή οι ηθικοί, θρησκευτικοί και κοινωνικοί τους προβληματισμοί, δεν επέτρεψαν την εφαρμογή καμίας από τις προαναφερθείσες θεραπείες.

8. Αντισύλληψη^{8,9,10}

Ο έλεγχος των γεννήσεων, γνωστός επίσης και ως αντισύλληψη, αναφέρεται σε μεθόδους ή συσκευές που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη της εγκυμοσύνης. Ο προγραμματισμός, η χορήγηση και η χρήση αντισύλληψης ονομάζονται οικογενειακός προγραμματισμός. Το ασφαλές σεξ, όπως η χρήση του προφυλακτικού για άντρες και του γυναικείου προφυλακτικού, μπορεί επίσης να αποτρέψει τη διάδοση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Μέθοδοι αντισύλληψης χρησιμοποιούνται από την αρχαιότητα, όμως, αποτελεσματικές και ασφαλείς μέθοδοι έγιναν διαθέσιμες μόνο κατά τον 20ο αιώνα.

Οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι αντισύλληψης είναι η στείρωση με βασεκτομή στους άντρες και η απολίνωση των σαλπίνγων στις γυναίκες, τα ενδομήτρια σπειράματα (IUDs) και τα αντισυλληπτικά εμφυτεύματα. Ακολουθούνται από τα ορμονικά αντισυλληπτικά τα οποία περιλαμβάνουν από του στόματος χορηγούμενα χάπια, τα έμπλαστρα, τον κολπικό δακτύλιο, και τις ενέσεις. Λιγότερο αποτελεσματικές μέθοδοι περιλαμβάνουν φραγμούς, όπως προφυλακτικά, διαφράγματα και αντισυλληπτικούς σπόγγους, και μεθόδους κατανόησης του έμμηνου κύκλου. Οι πλέον αναποτελεσματικές μέθοδοι περιλαμβάνουν τα σπερματοκτόνα και τη διακεκομμένη συνουσία με απόσυρση του πέους πριν από την εκσπερμάτιση. Η στείρωση, αν και ιδιαίτερα αποτελεσματική, συνήθως δεν είναι αναστρέψιμη. Όλες οι άλλες μέθοδοι είναι αναστρέψιμες σχεδόν αμέσως μετά τη διακοπή τους. Η επείγουσα αντισύλληψη μπορεί να αποτρέψει μια εγκυμοσύνη μέσα σε λίγες μέρες από τη συνουσία. Κάποιοι θεωρούν τη σεξουαλική αποχή αντισύλληψη, όμως η σεξουαλική αγωγή με βάση την αποχή μπορεί να αυξήσει τις εγκυμοσύνες στους εφήβους, αν δεν συνδυαστεί με αντισυλληπτική σεξουαλική αγωγή.

Στους εφήβους, υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος για την έκβαση μιας εγκυμοσύνης. Η ολοκληρωμένη σεξουαλική αγωγή και η δυνατότητα πρόσβασης στην αντισύλληψη μειώνουν τα ποσοστά ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης σε αυτή την ομάδα.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες, περίπου 222 εκατομμύρια γυναίκες που επιθυμούν να αποφύγουν μια εγκυμοσύνη δεν χρησιμοποιούν κάποια σύγχρονη αντισυλληπτική μέθοδο. Η χρήση αντισύλληψης στις αναπτυσσόμενες χώρες έχει μειώσει τον αριθμό των μητρικών θανάτων κατά 40% (περίπου 270.000 θάνατοι αποτράπηκαν μέσα στο 2008) και θα μπορούσε να αποτραπεί ένα 70%, αν ήταν εφικτό να ικανοποιηθεί πλήρως η ζήτηση για αντισύλληψη. Επιμηκύνοντας το διάστημα ανάμεσα σε δύο εγκυμοσύνες, η αντισύλληψη μπορεί να βελτιώσει την έκβαση του τοκετού στις ενήλικες γυναίκες και την επιβίωση των παιδιών τους.

Οι μέθοδοι αντισύλληψης περιλαμβάνουν τις μεθόδους φραγμού, ορμονική αντισύλληψη, ενδομήτρια σπειράματα, στείρωση, και συμπεριφορικές μεθόδους. Χρησιμοποιούνται πριν ή κατά τη διάρκεια της συνουσίας ενώ η επείγουσα αντισύλληψη είναι αποτελεσματική για λίγες μέρες μετά τη συνουσία. Η αποτελεσματικότητα εκφράζεται γενικώς ως εκατοστιαίο ποσοστό των γυναικών που μένουν έγκυες μέσα στον πρώτο χρόνο χρήσης μιας δεδομένης μεθόδου και μερικές φορές, ως ποσοστό αποτυχίας

της ισόβιας χορήγησης ανάμεσα σε μεθόδους με υψηλή αποτελεσματικότητα, όπως η απολίνωση των σαλίγγων.

Η χειρουργική στείρωση, οι εμφυτεύσιμες ορμόνες και οι ενδομήτριες συσκευές παρουσιάζουν ποσοστό αποτυχίας κατά το πρώτο έτος μικρότερο του 1. Τα ορμονικά αντισυλληπτικά χάπια, τα έμπλαστρα (patch) ή οι κολπικοί δακτύλιοι, καθώς και η αμηνόρροια της γαλουχίας (μέθοδος LAM), εφόσον τηρηθούν πιστά, μπορούν επίσης να έχουν κατά το πρώτο έτος (ή για την μέθοδο LAM, κατά το πρώτο εξάμηνο) ποσοστό αποτυχίας μικρότερο του 1%. Με τυπική χρήση, τα ποσοστά αποτυχίας πρώτου έτους είναι πολύ υψηλά και κινούνται στο εύρος του 3-9%, λόγω εσφαλμένης χρήσης. Άλλες μέθοδοι όπως η ευαισθητοποίηση σε θέματα γονιμότητας, το προφυλακτικό, το διάφραγμα και τα σπέρμοκτόνα παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αποτυχίας πρώτου έτους, ακόμα και με άψογη χρήση.

Ενώ όλες οι μέθοδοι αντισύλληψης μπορεί να έχουν κάποιες πιθανές αρνητικές επιπτώσεις, η επικινδυνότητα είναι μικρότερη από εκείνη μιας εγκυμοσύνης. Μετά από διακοπή ή αφαίρεση διαφόρων μεθόδων αντισύλληψης, όπως από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά, ενδομήτριες συσκευές (IUD), εμφυτεύματα και ενέσεις, το ποσοστό εγκυμοσύνης κατά το επόμενο έτος είναι το ίδιο με εκείνο των περιπτώσεων που δεν χρησιμοποιήθηκε καμία μέθοδος αντισύλληψης.

Σε γυναίκες με συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, μπορεί να απαιτείται επιπλέον έρευνα για ορισμένες μορφές αντισυλληπτικών. Για γυναίκες που είναι κατά τα άλλα υγιείς, πολλές μέθοδοι αντισύλληψης, όπως τα αντισυλληπτικά χάπια, οι ενέσιμες ή εμφυτεύσιμες μέθοδοι και τα προφυλακτικά δεν προϋποθέτουν την διενέργεια ιατρικής εξέτασης. Ειδικότερα δε, η γυναικολογική εξέταση, η εξέταση μαστού ή η εξέταση αίματος πριν την έναρξη λήψης αντισυλληπτικών χαπιών δεν φαίνεται να επηρεάζουν τα αποτελέσματα και, ως εκ τούτου, δεν θεωρούνται απαραίτητες.

Ορμονικά αντισυλληπτικά

Η δράση των ορμονικών αντισυλληπτικών αναστέλλει την ωορρηξία και την γονιμοποίηση. Διατίθενται σε διάφορες μορφές όπως χάπια, ορμονικά εμφυτεύματα κάτω από το δέρμα, ενέσεις, αντισυλληπτικά έμπλαστρα, IUD και κολπικοί δακτύλιοι. Προς το παρόν είναι διαθέσιμα μόνο για γυναίκες. Τα από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά κυκλοφορούν σε δύο τύπους, το από του στόματος χορηγούμενο αντισυλληπτικό χάπι συνδυασμένου τύπου και το χάπι που περιέχει μόνο

προγεστερόνη. Η λήψη τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν αυξάνει τον κίνδυνο για αποβολή, ούτε προκαλεί γενετικές ανωμαλίες.

Τα από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά συνδυασμένου τύπου συνδέονται με ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο φλεβικής και αρτηριακής θρόμβωσης ωστόσο, ο κίνδυνος είναι μικρότερος από τον κίνδυνο μιας εγκυμοσύνης. Λόγω αυτού του κινδύνου, δεν συνιστώνται σε γυναίκες άνω των 35 ετών που εξακολουθούν να καπνίζουν. Οι επιπτώσεις στη σεξουαλική επιθυμία είναι ποικίλες, με αύξηση ή μείωση της επιθυμίας, αλλά και χωρίς καθόλου επιπτώσεις στις περισσότερες περιπτώσεις. Τα από του στόματος χορηγούμενα αντισυλληπτικά συνδυασμένου τύπου μειώνουν τον κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών και καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ ούτε αυξάνουν ούτε μειώνουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Συχνά μειώνουν την έμμηνο ρύση και τους επώδυνους πόνους περιόδου στη διάρκεια της έμμηνο ρύσης. Οι χαμηλότερες δόσεις οιστρογόνων που περιέχει ο κολπικός δακτύλιος μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο ευαισθησίας του μαστού, ναυτίας και κεφαλαλγίας που συνδέονται με προϊόντα που περιέχουν μεγαλύτερες δόσεις οιστρογόνων.

Τα χάπια που περιέχουν μόνο προγεστίνη, οι ενέσεις και οι ενδομήτριες συσκευές δεν συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο θρόμβωσης του αίματος και μπορούν να χρησιμοποιούνται από γυναίκες με ιστορικό φλεβικής θρόμβωσης. Σε άτομα με ιστορικό αρτηριακής θρόμβωσης, πρέπει να χρησιμοποιείται μη ορμονική μέθοδος αντισύλληψης ή μέθοδος που περιλαμβάνει μόνο προγεστίνη, διαφορετική από τα ενέσιμα έκδοχα. Τα χάπια που περιέχουν μόνο προγεστίνη μπορεί να βελτιώσουν τα συμπτώματα της εμμηνορρυσίας και μπορεί να χρησιμοποιούνται από θηλάζουσες γυναίκες, διότι δεν επηρεάζουν την γαλουχία. Οι μέθοδοι που περιλαμβάνουν μόνο προγεστίνη μπορεί να προκαλέσουν ακανόνιστη αιμορραγία, ενώ κάποιες χρήστριες έχουν αναφέρει διακοπή περιόδου. Οι προγεστίνες, η δροσπιρενόνη και η δεσογεστρέλη ελαχιστοποιούν τις παρενέργειες των ανδρογόνων αλλά αυξάνουν τον κίνδυνο θρόμβωσης του αίματος, γι' αυτό και δεν αποτελούν την πλέον ενδεδειγμένη αγωγή. Οι γνώμες δίστανται σχετικά με το τυπικό ποσοστό αποτυχίας πρώτου έτους της ενέσιμης προγεστίνης, Depo-Provera, με τους αριθμούς να δείχνουν ποσοστό μικρότερο από 1% έως και 6%.



Εικ. 6 Διάφορα αντισυλληπτικά χάπια.

Αντισυλληπτικά φραγμού

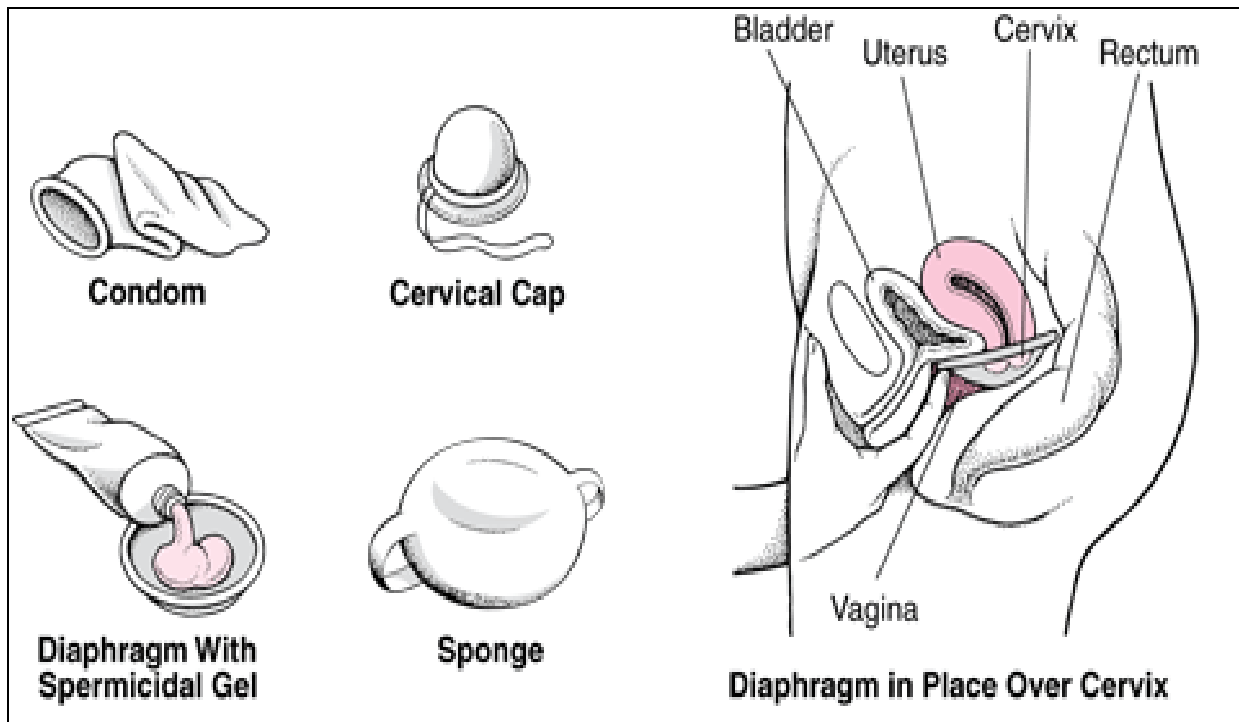
Τα αντισυλληπτικά φραγμού είναι συσκευές που έχουν σκοπό να αποτρέψουν μια εγκυμοσύνη εμποδίζοντας με φυσικό τρόπο την είσοδο του σπέρματος στη μήτρα. Σε αυτά περιλαμβάνονται το ανδρικό προφυλακτικό, το γυναικείο προφυλακτικό, το τραχηλικό κάλυμμα, το διάφραγμα και το αντισυλληπτικό σφουγγάρι εμποτισμένο με σπερματοκτόνο.

Παγκοσμίως, τα προφυλακτικά αποτελούν την πιο κοινή μέθοδος αντισύλληψης. Το ανδρικό προφυλακτικό τοποθετείται στο πέος ενώ αυτό είναι σε στύση δημιουργώντας έναν φυσικό φραγμό που εμποδίζει τα σπερματοζωάρια να εισέλθουν στο σώμα της σεξουαλικής συντρόφου. Τα σύγχρονα προφυλακτικά κατασκευάζονται συνήθως από λάτεξ, κάποια όμως φτιάχνονται και από άλλα υλικά, όπως πολουρεθάνη ή έντερα αρνιού. Υπάρχει και το γυναικείο προφυλακτικό που τις περισσότερες φορές είναι φτιαγμένο από νιτρίλιο, λατέξ ή πολουρεθάνη. Τα ανδρικά

προφυλακτικά έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι φθηνά, εύκολα στη χρήση και έχουν ελάχιστες παρενέργειες. Στην Ιαπωνία περίπου το 80% των ζευγαριών που χρησιμοποιούν αντισύλληψη κάνουν χρήση προφυλακτικών, ενώ στη Γερμανία ο αριθμός αυτός είναι περίπου 25% και στις ΗΠΑ είναι 18%.

Τα ανδρικά προφυλακτικά και το διάφραγμα με σπερματοκτόνο έχουν παρόμοια ποσοστά αποτυχίας τυπικής χρήσης πρώτου έτους, τα οποία ανέρχονται σε 15% και 16% αντίστοιχα. Με άριστη χρήση, τα προφυλακτικά είναι πιο αποτελεσματικά, με ποσοστό αποτυχίας πρώτου έτους 2%, έναντι του διαφράγματος, με ποσοστό αποτυχίας πρώτου έτους 6%. Τα προφυλακτικά έχουν ως πρόσθετο πλεονέκτημα ότι βοηθούν στην πρόληψη της εξάπλωσης ορισμένων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, όπως το HIV/AIDS.

Το αντισυλληπτικό σφουγγάρι είναι ένας συνδυασμός αντισυλληπτικού φραγμού και σπερματοκτόνου. Όπως και το διάφραγμα, εισάγεται στον κόλπο πριν από τη σεξουαλική επαφή, ενώ πρέπει να τοποθετείται πάνω από τον τράχηλο για να είναι αποτελεσματικό. Τα τυπικά ποσοστά αποτυχίας κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους εξαρτώνται από το κατά πόσον ή όχι μια γυναίκα έχει ήδη γεννήσει, και ανέρχονται σε 24% για γυναίκες που έχουν γεννήσει και σε 12% για αυτές που δεν έχουν γεννήσει. Το σφουγγάρι μπορεί να εισαχθεί έως και 24 ώρες πριν από τη σεξουαλική επαφή και πρέπει να παραμείνει στη θέση του για τουλάχιστον έξι ώρες μετά. Έχουν αναφερθεί αλλεργικές αντιδράσεις και πιο σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως σύνδρομο τοξικού σοκ.

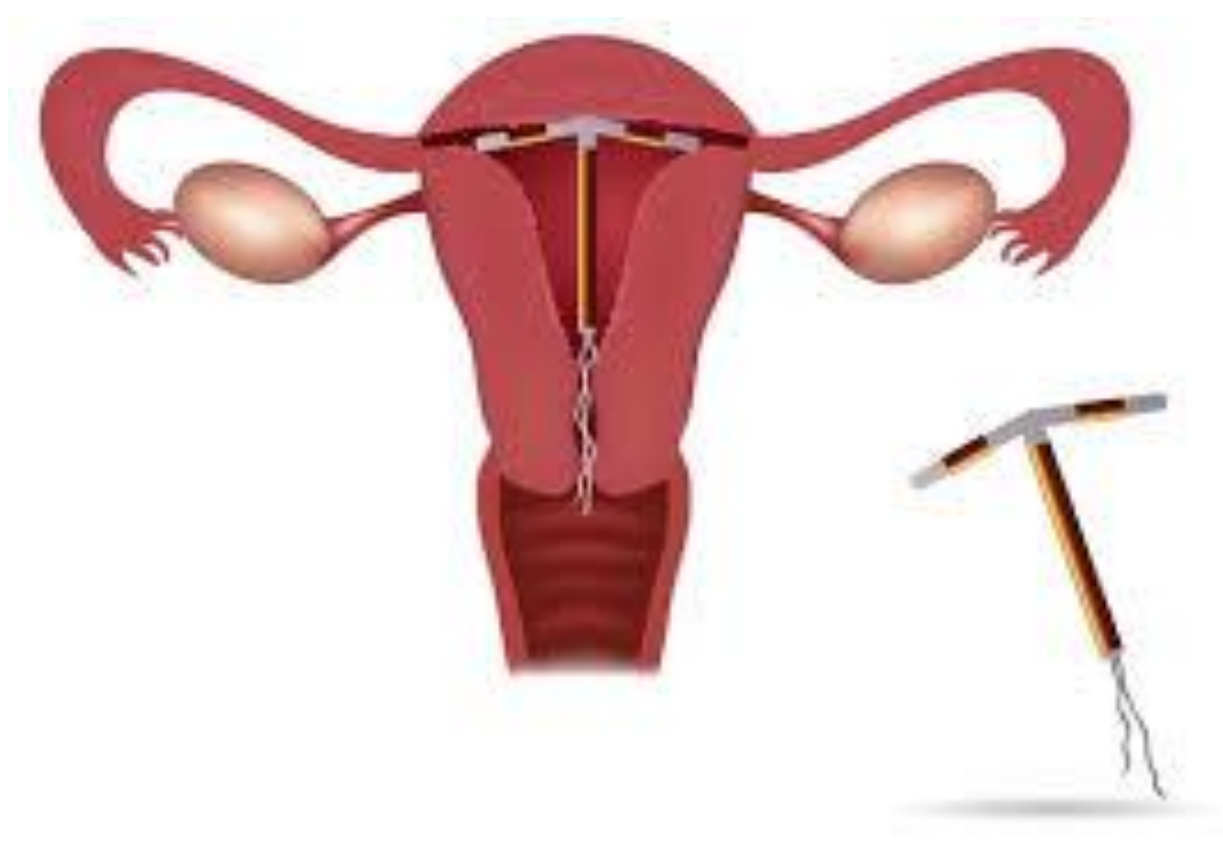


Εικ. 7 Αντισυλληπτικά φραγμού.

Οι σύγχρονες ενδομήτριες συσκευές (ΕΜΣ) είναι συνήθως μικρές συσκευές σε σχήμα Τ που εισάγονται στη μήτρα και περιέχουν χαλκό ή λεβονοργεστρέλη. Πρόκειται για μια μορφή αντισύλληψης μακράς δράσης. Για το σπирάλ χαλκού, το ποσοστό αποτυχίας πρώτου έτους είναι περίπου 0,8%, ενώ για το σπирάλ λεβονοργεστρέλης το αντίστοιχο ποσοστό είναι 0,2%. Αυτά, μαζί με τα εμφυτεύματα, έχουν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις χρήστριες, σε σχέση με άλλες μορφές αντισύλληψης.

Υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια σε έφηβες και σε γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει. Οι ενδομήτριες συσκευές δεν επηρεάζουν τον θηλασμό και μπορούν να τοποθετηθούν αμέσως μετά από τον τοκετό. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν αμέσως μετά από μια άμβλωση. Μετά την αφαίρεσή τους, ακόμα και εάν έχει προηγηθεί μακροχρόνια χρήση, η γονιμότητα επανέρχεται αμέσως στα κανονικά της επίπεδα. Ενώ τα σπирάλ χαλκού μπορεί να προκαλέσουν αύξηση της έμμηνης ρύσης και να έχουν ως αποτέλεσμα πιο οδυνηρούς πόνους περιόδου, τα ορμονικά ΕΜΣ μπορεί να προκαλέσουν μείωση της έμμηνου ρύσης ή και πλήρη διακοπή της. Ανάμεσα στις άλλες πιθανές επιπλοκές είναι η πρόπτωση μήτρας (2–5%) και σπάνια, η διάτρηση μήτρας (σε ποσοστό μικρότερο του 0,7%). Οι πόνοι περιόδου μπορούν να αντιμετωπιστούν με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα NSAIDs.

Από το 2007, οι ΕΜΣ αποτελούν την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μορφή αντισύλληψης, με περισσότερες από 180 εκατομμύρια χρήστριες σε όλο τον κόσμο. Ένα προηγούμενο μοντέλο ενδομήτριας συσκευής (η ασπίδα Dalkon) συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο φλεγμονώδους νόσου της πυέλου ωστόσο, στα μοντέλα που κυκλοφορούν τώρα η επικινδυνότητα δεν αλλάζει, όσον αφορά τα άτομα που κατά τον χρόνο εισαγωγής δεν έχουν προσβληθεί από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις.



Εικ. 8 Ενδομήτριο σπείραμα.

Στείρωση

Η χειρουργική στείρωση υπάρχει στη μορφή της σαλπγγικής απολίνωσης για τις γυναίκες και της βασεκτομής για τους άντρες. Δεν υπάρχουν κάποιες σημαντικές μακροχρόνιες παρενέργειες και η σαλπγγική απολίνωση μειώνει τον κίνδυνο του καρκίνου των ωοθηκών. Οι βραχυπρόθεσμες επιπλοκές είναι είκοσι φορές λιγότερο πιθανό να εμφανιστούν από τη βασεκτομή παρά από την σαλπγγική απολίνωση. Μετά από μία βασεκτομή πιθανώς να εμφανιστεί πρήξιμο και πόνος στο όσχεο που συνήθως υποχωρεί σε μια εβδομάδα ή δύο. Με τη σαλπγγική απολίνωση σοβαρές επιπλοκές εμφανίζονται σε 1 έως 2 τοις εκατό των διαδικασιών που συνήθως οφείλονται

στην αναισθησία. Καμία από τις μεθόδους δεν προσφέρει προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Μερικές γυναίκες μετανιώνουν για την απόφασή τους: περίπου 5% άνω των 30 ετών και περίπου 20% κάτω των 30 ετών. Οι άντρες είναι λιγότερο πιθανό να μετανιώσουν για τη στέρωση (<5%), με νεότερη ηλικία, που έχουν μικρά παιδιά ή καθόλου παιδιά και έναν ασταθή γάμο ο κίνδυνος αυξάνεται. Σε μια έρευνα με ανθρώπους που είχαν παιδιά, το 9% δήλωσε ότι δεν θα είχε κάνει τα παιδιά, αν ήταν σε θέση να το κάνουν ξανά.

Αν και η στέρωση θεωρείται μια μόνιμη διαδικασία, είναι δυνατό να γίνει προσπάθεια για αντιστροφή των ωοθηκών για την επανασύνδεση των σαλπίγγων ή μία αντιστροφή βασεκτομής για την επανασύνδεση του σπερματικού πόρου. Στις γυναίκες η επιθυμία για αντιστροφή συνδέεται συχνά με αλλαγή συζύγου. Τα ποσοστά επιτυχίας εγκυμοσύνης μετά από αναστροφή σαλπίγγων είναι μεταξύ 31 και 88%, με επιπλοκές όπως αυξημένος κίνδυνος εκτοπικής εγκυμοσύνης. Ο αριθμός των ανδρών που ζητούν αναστροφή είναι μεταξύ 2 και 6%. Τα ποσοστά επιτυχίας στην απόκτηση άλλου παιδιού για έναν πατέρα μετά την αναστροφή είναι μεταξύ 38 και 84, με την επιτυχία να είναι μικρότερη όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα μεταξύ της αρχικής διαδικασίας και της αντιστροφής. Η εξαγωγή σπέρματος που ακολουθείται από γονιμοποίηση *in vitro* μπορεί να είναι επίσης μία επιλογή στους άντρες.

Συμπεριφορά

Οι συμπεριφορικές μέθοδοι περιλαμβάνουν ρύθμιση του χρονισμού ή τη μέθοδο επαφής για την πρόληψη της εισαγωγής σπέρματος στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα, είτε συνολικά είτε όταν ένα ωάριο μπορεί να είναι παρόν. Αν χρησιμοποιηθεί πλήρως κατά το πρώτο έτος το ποσοστό αποτυχίας ίσως να είναι περίπου 3,4%, ωστόσο, αν χρησιμοποιηθεί εσφαλμένα τα ποσοστά αποτυχίας του πρώτου έτους μπορεί να προσεγγίσουν το 85%.

Ευαισθητοποίηση σχετικά με τη γονιμότητα

Η μέθοδος ευαισθητοποίησης σχετικά με τη γονιμότητα περιλαμβάνει τον καθορισμό των πιο γόνιμων ημερών του εμμηνορροϊκού κύκλου και την αποφυγή της σεξουαλικής επαφής χωρίς προφυλάξεις. Οι τεχνικές για τον προσδιορισμό της γονιμότητας περιλαμβάνουν την παρακολούθηση της βασικής θερμοκρασίας σώματος, εκκρίσεων του τραχήλου της μήτρας, ή την ημέρα του κύκλου. Έχουν

παραδοσιακά ποσοστά αποτυχίας κατά το πρώτο έτος που κυμαίνονται μεταξύ 12% και 25%. Τα ποσοστά αποτυχίας της πλήρους χρήσης κατά το πρώτο έτος εξαρτώνται από το σύστημα που χρησιμοποιείται και είναι συνήθως 1 έως 9%. Τα στοιχεία στα οποία βασίζονται αυτές οι εκτιμήσεις είναι όμως ελάχιστα, καθώς η πλειοψηφία των ανθρώπων στις δοκιμές σταματούνε νωρίς τη χρήση τους. Σε παγκόσμιο επίπεδο χρησιμοποιούνται από περίπου 3,6% των ζευγαριών.

Αν με βάση τόσο τη βασική θερμοκρασία του σώματος και μιας άλλης κύριας ένδειξης, η μέθοδος αυτή αναφέρεται ως συνδυασμένη μέθοδος. Τα ποσοστά της απρογραμμάτιστης εγκυμοσύνης έχουν αναφερθεί μεταξύ 1% και 20% για τους τυπικούς χρήστες της συνδυασμένης μεθόδου.

Διακοπτόμενη συνουσία

Η μέθοδος αποτραβήγματος (γνωστή ως διακοπτόμενη συνουσία), είναι η πρακτική με την οποία τελειώνει η σεξουαλική επαφή ("τράβηγμα") πριν από την εκσπερμάτιση. Ο κυριότερος κίνδυνος της μεθόδου αποτραβήγματος είναι ότι ο άνθρωπος δεν μπορεί να εκτελέσει τον ελιγμό σωστά ή έγκαιρα. Τα ποσοστά αποτυχίας του πρώτου έτους κυμαίνονται από 4% με πλήρη χρήση έως 27% με τυπική χρήση. Από κάποιους επαγγελματίες υγείας δεν θεωρείται έλεγχος των γεννήσεων.

Υπάρχουν λίγα στοιχεία όσον αφορά το περιεχόμενο σπέρματος του προεκσπερματικού υγρού. Ενώ κάποιες πρώιμες έρευνες δεν βρίσκουν σπέρμα, μία μελέτη διαπίστωσε την παρουσία σπέρματος σε 10 από τους 27 εθελοντές. Η μέθοδος αποτραβήγματος χρησιμοποιείται ως έλεγχος των γεννήσεων από περίπου το 3% των ζευγαριών.

Αποχή

Αν και μερικές ομάδες υποστηρίζουν αποκλειστικά την σεξουαλική αποχή, με την οποία εννοούν την αποφυγή οποιασδήποτε σεξουαλικής δραστηριότητας, στο πλαίσιο του ελέγχου των γεννήσεων, ο όρος συνήθως σημαίνει αποχή από κολπική συνουσία. Η αποχή είναι 100% αποτελεσματική για την πρόληψη της εγκυμοσύνης. Ωστόσο, δεν απέχουν από κάθε σεξουαλική δραστηριότητα όλοι όσοι σκοπεύουν να είναι εγκρατείς και σε πολλούς πληθυσμούς υπάρχει σημαντικός κίνδυνος εγκυμοσύνης από μη συμβατικό σεξ.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση για την αποχή δεν μειώνει την εγκυμοσύνη στην εφηβεία. Τα ποσοστά εγκυμοσύνης των εφήβων είναι υψηλότερα στις μαθήτριες

δεδομένης της εκπαίδευσης μόνο για την αποχή, σε σύγκριση με την ολοκληρωμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Ορισμένες αρχές συστήνουν ότι εκείνοι που χρησιμοποιούν την αποχή ως κύρια μέθοδο πρέπει να έχουν διαθέσιμη μία εφεδρική μέθοδο (όπως προφυλακτικά ή χάπια επείγουσας αντισύλληψης).

Θηλασμός

Η μέθοδος αμηνόρροιας κατά τον θηλασμό αφορά τη χρήση της φυσικής γυναικείας στειρότητας μετά τον τοκετό που συμβαίνει μετά τον τοκετό και μπορεί να παραταθεί με τον θηλασμό. Αυτό συνήθως απαιτεί την απουσία περιόδου, τον αποκλειστικό θηλασμό του μωρού και του βρέφους κάτω των έξι μηνών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δηλώνει ότι αν ο θηλασμός αποτελεί την μοναδική πηγή διατροφής του βρέφους, τα ποσοστά αποτυχίας είναι 2% κατά τους έξι μήνες που ακολουθούν μετά τον τοκετό. Οι δοκιμές διαπίστωσαν ποσοστά αποτυχίας μεταξύ 0% και 7.5%. Τα ποσοστά αποτυχίας αυξήθηκαν σε 4-7% κατά το τελευταίο έτος και 13% σε δύο χρόνια. Η διατροφή με μπιμπερό, η εξαγωγή γάλακτος με αντλία αντί για θηλασμό, η χρήση πιπίλας, και η διατροφή με στερεά τροφή, όλα αυξάνουν τα ποσοστά αποτυχίας. Σε όσες θηλάζουν αποκλειστικά, περίπου το 10% αρχίζει να έχει έμμηνο ρύση πριν από τρεις μήνες και το 20% πριν από έξι μήνες. Σε όσες δεν θηλάζουν, η γονιμότητα μπορεί να επιστρέψει τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Επείγουσα αντισύλληψη

Οι μέθοδοι για την Επείγουσα αντισύλληψη είναι φάρμακα (χάπια της επόμενης μέρας) ή συσκευές που χρησιμοποιούνται μετά την σεξουαλική διείσδυση χωρίς προστασία με την ελπίδα αποτροπής της εγκυμοσύνης. Λειτουργούν κυρίως για την παρεμπόδιση της ωορρηξίας ή της γονιμοποίησης. Υπάρχει ένας αριθμός διαφορετικών επιλογών, συμπεριλαμβανομένων χάπια ελέγχου γέννησης υψηλής δοσολογίας, levonorgestrel, μifeπριστόνη, ulipristal και IUDs.

Τα χάπια λεβονοργεστρέλης μειώνουν την πιθανότητα εγκυμοσύνης κατά 70% (ποσοστά εγκυμοσύνης 2.2%) όταν χρησιμοποιούνται μέσα σε 3 ημέρες μετά το σεξ χωρίς προστασία ή το ελάττωμα προφυλακτικού. Το Ulipristal μειώνει την πιθανότητα εγκυμοσύνης περίπου κατά 85% (ποσοστά εγκυμοσύνης 1.4%) μέχρι και 5 ημέρες και μπορεί να είναι λίγο περισσότερο αποτελεσματικό από την λεβονοργεστρέλη. Η μifeπριστόνη είναι επίσης περισσότερο αποτελεσματική από την

λεβονοργεστρέλη ενώ τα ενδομήτρια σπειρώματα χαλκού είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος. Τα σπειρώματα IUDs μπορούν να εισχωρήσουν μέχρι και 5 ημέρες μετά την διείσδυση και να προφυλάξουν κατά το 99% των εγκυμοσύνων (ποσοστά εγκυμοσύνης 0.1 μέχρι 0.2%). Αυτό τα καθιστά την πιο αποτελεσματική μορφή επείγουσα αντισύλληψη.

Η χορήγηση των χαπιών της επόμενης μέρας σε γυναίκες εκ των προτέρων δεν επηρεάζει τα ποσοστά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, τη χρήση προφυλακτικού, τα ποσοστά εγκυμοσύνης, ή της σεξουαλικής ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς. Όλες οι μέθοδοι έχουν ελάχιστες παρενέργειες.

Διπλή Προστασία

Διπλή προστασία είναι η χρήση μεθόδων που προλαμβάνουν και τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες μολύνσεις και την εγκυμοσύνη. Αυτό μπορεί να γίνει είτε μόνο με προφυλακτικά είτε μαζί με μία άλλη μέθοδο ελέγχου γεννήσεων ή με την αποφυγή σεξουαλικής επαφής.

Είναι λογικό να χρησιμοποιεί κάποια δύο μεθόδους ταυτόχρονα εάν ανησυχεί για μια εγκυμοσύνη, και συνιστώνται δύο μορφές ελέγχου των γεννήσεων σε αυτές που παίρνουν φάρμακα κατά της ακμής ισοτρετινοΐνη, εξαιτίας του υψηλού κινδύνου για εκ γεννητής ελαττώματα αν αυτά λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Αποτελέσματα

Η αντισυλληπτική χρήση στις αναπτυσσόμενες χώρες υπολογίζεται ότι έχει μειώσει τον αριθμό των μαιευτικών θανάτων κατά 40% (το 2008 προλήφθηκαν περίπου 270.000 θάνατοι) και θα μπορούσε να αποτραπεί το 70% των θανάτων εάν είχαν ικανοποιηθεί όλες οι απαιτήσεις. Αυτά τα οφέλη προκύπτουν μειώνοντας τον αριθμό περιπτώσεων μη προγραμματισμένης εγκυμοσύνης, που έχουν ως αποτέλεσμα μη ασφαλείς εκτρώσεις, και αποτρέποντας εγκυμοσύνες σε γυναίκες υψηλού κινδύνου.

Ο έλεγχος των γεννήσεων βελτιώνει επίσης και την επιβίωση των παιδιών στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Σ' αυτούς τους πληθυσμούς τα αποτελέσματα είναι χειρότερα όταν η μητέρα μένει έγκυος μέσα σε δεκαοχτώ μήνες από τον προηγούμενο τοκετό. Ωστόσο, η καθυστέρηση μιας άλλης εγκυμοσύνης μετά από μία αποβολή δεν φαίνεται να μεταβάλλει τον κίνδυνο και οι γυναίκες καλό είναι να επιδιώξουν εγκυμοσύνη σ' αυτή την περίπτωση όποτε είναι έτοιμες.

Η εφηβική εγκυμοσύνη, ιδιαίτερα μεταξύ των νεότερων εφήβων, κινδυνεύουν περισσότερο από αρνητικά αποτελέσματα συμπεριλαμβανομένης της πρόωρης γέννας, του χαμηλού βάρους γέννησης, και της βρεφικής θνησιμότητας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το 82% των περιπτώσεων εγκυμοσύνης σε γυναίκες μεταξύ 15 και 19 είναι μη προγραμματισμένες. Η εκτενής σεξουαλική εκπαίδευση και πρόσβαση στην αντισύλληψη είναι αποτελεσματικές στη μείωση των ποσοστών εγκυμοσύνης σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Παγκοσμίως, από το 2009, περίπου το 60% των γυναικών που είναι παντρεμένες και μπορούν να κάνουν παιδιά χρησιμοποιούν μεθόδους ελέγχου των γεννήσεων. Το πόσο συχνά χρησιμοποιούνται διάφοροι μέθοδοι ποικίλει αρκετά μεταξύ των χωρών. Η πιο συχνή μέθοδος στον αναπτυγμένο κόσμο είναι τα προφυλακτικά και τα αντισυλληπτικά διά στόματος και στη Λατινική Αμερική και Ασία είναι η στείρωση. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο γενικά, το 35% του ελέγχου των γεννήσεων γίνεται μέσω της γυναικείας στείρωσης, το 30% με ενδομήτρια αντισύλληψη, το 11% με προφυλακτικά και το 4% με ανδρική στείρωση.

Ενώ χρησιμοποιούνται λιγότερο στον αναπτυγμένο απ' ό,τι στον αναπτυσσόμενο κόσμο, ο αριθμός των γυναικών που χρησιμοποιούν ενδομήτρια αντισύλληψη από το 2007, είναι μεγαλύτερος από 180 εκατομμύρια. Η αποφυγή του σεξ κατά τη γόνιμη περίοδο χρησιμοποιείται από το 3.6% των γυναικών που βρίσκονται σε ηλικία τεκνοποίησης, με ποσοστά που φτάνουν το 20% σε περιοχές της Νότιας Αφρικής. Από το 2005, το 12% των ζευγαριών χρησιμοποιούν μία μέθοδο ανδρικής αντισύλληψης (είτε προφυλακτικά είτε βαζεκτομή) με υψηλότερα ποσοστά στον αναπτυγμένο κόσμο. Η χρησιμοποίηση ανδρικών μορφών αντισύλληψης έχει μειωθεί από το 1985 μέχρι το 2009. Η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων μεταξύ των γυναικών στην υποσαχάρια Αφρική αυξήθηκε από 5% το 1991 στο 30% περίπου το 2006.

Από το 2012, το 57% των γυναικών που είναι σε ηλικία τεκνοποίησης θέλουν να αποφύγουν μία εγκυμοσύνη (867 από 1520 εκατομμύρια). Περίπου 222 εκατομμύρια γυναίκες, ωστόσο, δεν μπόρεσαν να έχουν πρόσβαση σε μεθόδους ελέγχου των γεννήσεων, 53 εκατομμύρια εκ των οποίων ήταν στην υποσαχάρια Αφρική και 97 εκατομμύρια γυναίκες ήταν στην Ασία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα 54 εκατομμύρια μη προγραμματισμένες εγκυμοσύνες και σχεδόν 80.000 μαιευτικούς θανάτους το χρόνο. Μέρος της αιτίας που πολλές γυναίκες είναι χωρίς μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων είναι ότι πολλές χώρες περιορίζουν την πρόσβαση εξαιτίας θρησκευτικών ή πολιτικών λόγων, ενώ ακόμα ένας παράγοντας είναι η φτώχεια. Εξαιτίας περιοριστικών νόμων για

την έκτρωση στην υποσαχάρια Αφρική, πολλές γυναίκες στρέφονται σε παρόχους έκτρωσης που δεν έχουν άδεια σε περίπτωση ακούσιας εγκυμοσύνης, έχοντας ως αποτέλεσμα το 2-4% να κάνει μη ασφαλείς εκτρώσεις κάθε χρόνο.

Ιστορική αναδρομή

Η 26η Σεπτεμβρίου είναι η Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης, αφιερωμένη στην ευαισθητοποίηση και βελτίωση της εκπαίδευσης σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, με ένα όραμα για έναν κόσμο όπου κάθε εγκυμοσύνη είναι επιθυμητή.

Στις αρχαιότερες μεθόδους αντισύλληψης πέρα από την σεξουαλική αποχή συγκαταλέγονται η διακεκομμένη συνουσία, η γαλουχία, κάποιες μέθοδοι φραγμού και κάποια βότανα που προκαλούσαν έμμηνη ρήση και έκτρωση. Η διακεκομμένη συνουσία (απόσυρση του πέους από τον κόλπο πριν την εκσπερμάτωση) είναι ίσως η αρχαιότερη μέθοδος αντισύλληψης. Όταν η σχέση μεταξύ εκσπερμάτωσης στον κόλπο και εγκυμοσύνης έγινε αντιληπτή, ξεκίνησε η χρήση της τεχνικής αυτής. Η τεχνική αυτή δεν αποτελεί αξιόπιστη μέθοδο αντισύλληψης.

Υπάρχουν ιστορικά αρχεία Αιγυπτίων γυναικών που χρησιμοποιούσαν έναν πεσσό (κολπικό υπόθετο) φτιαγμένο από διάφορες όξινες ουσίες και μέλι ή λάδι ως λιπαντικό, που μπορεί να ήταν σε κάποιο βαθμό αποτελεσματικά ως σπερματοκτόνα. Εντούτοις, το σπέρμα δεν ανακαλύφθηκε παρά τον 17ο αιώνα όταν ο Άντον Βαν Λέβενχουκ εφήυρε το μικροσκόπιο οπότε οι μέθοδοι φραγμού των προηγούμενων εποχών δεν ήταν ενήμερες των λεπτομερειών της αντισύλληψης. Εικάζεται ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν λαδωμένο χαρτί σαν μέθοδο φραγμού στην Ασία και κερί μέλισσας στην Ευρώπη. Το προφυλακτικό εμφανίστηκε κάπου τον 17ο αιώνα και αρχικά ήταν φτιαγμένο από έντερα ζώου. Δεν ήταν ιδιαίτερα δημοφιλές ούτε τόσο αποτελεσματικό όσο τα μοντέρνα προφυλακτικά από λάτεξ αλλά χρησιμοποιείτο τόσο ως μέθοδος αντισύλληψης όσο και με την ελπίδα αποφυγής της σύφιλης, η οποία ήταν αντικείμενο φόβου και ήταν θανάσιμη πριν την ανακάλυψη των αντιβιοτικών.

Διάφορα φάρμακα για την πρόκληση έκτρωσης έχουν χρησιμοποιηθεί ανά τους αιώνες. Κάποια από αυτά ήταν αποτελεσματικά, άλλα όχι. Αυτά που ήταν πιο αποτελεσματικά είχαν και σημαντικές παρενέργειες. Ένα τέτοιο φυτό, το silphium, που αναφέρθηκε ότι είχε μικρές παρενέργειες, συλλέχθηκε μέχρι εξαφάνισης τον 1ο αιώνα.

Η κατάποση κάποιων δηλητηρίων από τη γυναίκα μπορεί να αναστατώσει το αναπαραγωγικό σύστημα. Γυναίκες έπιναν διαλύματα με υδράργυρο, αρσενικό, ή άλλες

τοξικές ουσίες για το σκοπό αυτό. Ο Έλληνας ιατρός Soranus το 2ο αιώνα μ.χ. συνιστούσε οι γυναίκες να πίνουν το νερό που χρησιμοποιούσαν οι σιδηρουργοί για να ψύχουν τα μέταλλα.

ΣΚΟΠΟΣ-ΥΛΙΚΟ

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ

Σκοπός της ανασκοπικής πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη, ανάλυση και αξιολόγηση των σύγχρονων επιστημονικών δεδομένων σχετικά με το θέμα του οικογενειακού προγραμματισμού και της εφηβικής εγκυμοσύνης. Αναζητήθηκαν πληροφορίες από συγγράμματα εγχώρια και διεθνή.

Για τον σκοπό αυτό επίσης χρησιμοποιήθηκαν οι μηχανές αναζήτησης του διαδικτύου και κυρίως το Pubmed και το Google scholar. Για την αναζήτηση των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν λύμματα όπως: οικογενειακός προγραμματισμός, εφηβική κύηση, γεννήσεις στην εφηβεία, family planning, adolescent pregnancy, contraception.

Από την αναζήτηση εμφανίστηκαν 568 άρθρα από την διεθνή βιβλιογραφία και 78 άρθρα από την εγχώρια βιβλιογραφία, από τα οποία χρησιμοποιήθηκαν τα πιο πρόσφατα και όσα περιείχαν ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Για το γενικό μέρος και τις βασικές γνώσεις του αντικειμένου χρησιμοποιήθηκε και υλικό από εγχώρια και διεθνή συγγράμματα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΦΗΒΕΙΑ-ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Η εφηβεία είναι μία μεταβατική περίοδος μεταξύ της ενήβωσης και της ενήλικης ζωής. Είναι μία περίοδος σωματικής, συναισθηματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής ανάπτυξης. <<Μακάρι να κοιμούνταν και να ξυπνούσαν όταν θα είχαν πια ενηλικιωθεί>>, γράφει ο Σαίξπηρ. Με χρονολογικούς όρους τα χρόνια της εφηβείας διαρκούν από την ηλικία των 13 μέχρι την ηλικία των 19. Με βιολογικούς όρους η εφηβεία αρχίζει με την ενήβωση, την εποχή δηλαδή που η σεξουαλική αναπαραγωγή γίνεται μία φυσική ικανότητα.

Χωρίζεται αναπτυξιακά σε τρία στάδια. Στην πρώιμη εφηβεία (10-14), στη μέση εφηβεία (14-17) και στην όψιμη (πάνω από 17). Η ανάπτυξη κατά τη διάρκεια αυτών των ετών είναι πιο εμφανής σωματικά. Τα έφηβα αγόρια και οι έφηβες κοπέλες ψηλώνουν και βαραίνουν περισσότερο, αλλάζει το σχήμα του σώματός τους και τα χαρακτηριστικά του προσώπου τους γίνονται πιο σαφή και ώριμα.

Εξίσου σημαντική είναι η διεύρυνση της πνευματικής ανάπτυξης παρέχοντας νέους τρόπους προσέγγισης και ικανότητες να κατανοηθούν πιο περίπλοκα ζητήματα. Επιπρόσθετα, η ψυχολογική ανάπτυξη ενός εφήβου συμβάλλει στο να ενσωματώσει αυτή την πληθώρα αλλαγών σε μία καλύτερη κατανόηση του σωματικού και πνευματικού εαυτού του.

Συχνά οι σωματικές, νοητικές και ψυχολογικές αλλαγές συμβαίνουν σε διαφορετικούς ρυθμούς και περιόδους. Οι διαφορές μπορούν να οδηγήσουν σε ανησυχία, ανασφάλεια, διαμάχη και άλλα συναισθηματικά εμπόδια.

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας ο συνεχιζόμενος πόλεμος μεταξύ γονέως και παιδιού αρχίζει να αλλάζει. Αυτός ο αγώνας που αρχίζει κατά τη νεογνική ηλικία, περιλαμβάνει τη φυσιολογική ανταγωνιστική τάση μεταξύ της εξάρτησης του παιδιού από τους γονείς του και της ανάγκης του να γίνει πιο ανεξάρτητο.

Ακριβώς όπως τα παιδιά, έτσι και οι έφηβοι είναι διαφορετικοί από τους ενήλικες. Οι έφηβοι δεν είναι πλέον παιδιά αλλά ούτε ακόμα ενήλικες. Στα πρώτα χρόνια της εφηβείας οι έφηβοι αρχίζουν να δημιουργούν μία ταυτότητα που είναι ξεχωριστή από των γονιών τους. Σε αντίθεση με νεότερες ηλικιακές ομάδες, αρχίζουν να αναλαμβάνουν ευθύνη για τη ζωή τους και απαιτούνται περισσότερα από αυτούς.

Για να είναι βέβαιο ότι θα διατηρηθεί μια καλή σχέση, είναι πάρα πολύ σημαντικό και για τις δύο γενιές – γονείς και εφήβους – να επικοινωνούν μεταξύ τους όσο το δυνατόν περισσότερο.

1. Ανάπτυξη και εξέλιξη

Η εφηβεία είναι η ταχύτερη περίοδος ανάπτυξης και εξέλιξης, με εξαίρεση τον πρώτο χρόνο ζωής. Η ανάπτυξη δε γίνεται ομαλά, περίοδοι σχετικά βραδείας αλλαγής εναλλάσσονται με επιτάχυνση της ανάπτυξης.

Οι έφηβοι ανταποκρίνονται διαφορετικά σ' αυτές τις αλλαγές. Ορισμένοι έφηβοι νιώθουν πιεσμένοι ή αβοήθητοι και άλλοι συνεπαρμένοι με το πώς εξελίσσεται το σώμα τους. Ή ο ίδιος έφηβος που ένιωθε πιεσμένος τη μία ημέρα μπορεί να νιώθει συνεπαρμένος την επόμενη.

Είναι φυσιολογικό η ανάπτυξη να συμβαίνει σε διαφορετικούς ρυθμούς. Οι έφηβοι μπορεί να αισθάνονται ανασφαλείς, όταν είναι από τους κοντύτερους ή τους ψηλότερους μέσα στην τάξη. Αν το παιδί αναπτύσσεται βραδύτερα ή ταχύτερα από το μέσο όρο, ενημερώστε το πως δε θα πρέπει να ανησυχεί για τίποτα. Δείξτε την αγάπη σας και καθησυχάστε το, χωρίς να ελαχιστοποιείτε ούτε να μεγεθύνετε τις ανησυχίες του.

Κατά μέσο όρο η εκτίναξη της ανάπτυξης ξεκινά γύρω στην ηλικία των 10 στα κορίτσια και στην ηλικία των 12 για τα αγόρια τείνοντας να φτάσει το μέγιστο ρυθμό αλλαγών περίπου 2 χρόνια αργότερα και για τα δύο φύλα. Κατά το αποκορύφωμα της αναπτυξιακής έκρηξης υπάρχει μία αύξηση στο ύψος κατά περίπου 7 με 10 εκ. το χρόνο. Τα περισσότερα αγόρια μεγαλώνουν γρηγορότερα από ό,τι τα κορίτσια. Στο τέλος της αναπτυξιακής έκρηξης έχει επιτευχθεί σχεδόν το ύψος ενηλίκου.

Το ύψος δεν είναι η μοναδική σωματική παράμετρος που αλλάζει. Καθώς ξεκινά η εκτίναξη, συσσωρεύεται λίπος στους γοφούς και γύρω από την κοιλιά και στα αγόρια και στα κορίτσια. Κατά την εξέλιξη της φάσης της ταχείας ανάπτυξης τα αγόρια αναπτύσσουν περισσότερο μυς και οστά και τα κορίτσια συσσωρεύουν περισσότερο λίπος κυρίως πάνω από τους γοφούς και στους μαστούς τους. Το αποτέλεσμα είναι πως το λίπος συνιστά το 25% του συνολικού βάρους σώματος στα κορίτσια και μεταξύ του 15 με 20% στα αγόρια.

Μέχρι την πρώτη έμμηνο ρύση ενός κοριτσιού ή το τέλος της φάσης ταχείας ανάπτυξης ενός αγοριού υπάρχει εμφανής διαφορά διάπλασης μεταξύ των σωμάτων

αρένων και θηλέων. Οι αντίστοιχες ανδρικές και γυναικείες ορμόνες παράλληλα με τα οικογενειακά χαρακτηριστικά είναι υπεύθυνες για τις περισσότερες αλλαγές. Οι ορμόνες αυτές είναι επίσης υπεύθυνες για τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου που εμφανίζονται συνήθως στην εφηβεία.

Σεξουαλική ανάπτυξη

Υπάρχει μεγάλο εύρος φυσιολογικών ηλικιών, όταν αρχίζει η σεξουαλική ωρίμανση. Η περίοδος σεξουαλικής ωρίμανσης αρχίζει συνήθως ένα με δύο χρόνια αργότερα στα αγόρια από ό,τι στα κορίτσια. Οι σεξουαλικές αλλαγές στα κορίτσια αρχίζουν κάποια στιγμή μεταξύ των 8 έως 13 ετών. Οι σεξουαλικές αλλαγές στα αγόρια αρχίζουν οποιαδήποτε στιγμή μεταξύ των 9 έως 14 ετών. Αν η ενήβωση αρχίσει εκτός του μέσου όρου του εύρους ηλικίας, είτε νωρίτερα είτε αργότερα, συμβουλευτείτε το γιατρό σας.

2. Σεξουαλικές αλλαγές στα κορίτσια

Οι σεξουαλικές αλλαγές στα κορίτσια προκύπτουν από την αύξηση των ορμονών που παράγονται στις ωοθήκες και στα επινεφρίδια. Η πρώτη ορατή αλλαγή των θηλέων είναι είτε η έναρξη της ανάπτυξης των μαστών ή η εμφάνιση αραιών, σκούρων τριχών στο εφηβείο. Τα κορίτσια δε θα πρέπει να ανησυχούν, αν ο ένας μαστός ξεκινήσει να αναπτύσσεται πριν τον άλλο. Ακόμα και όταν οι μαστοί έχουν αναπτυχθεί πλήρως, σπάνια έχουν ακριβώς το ίδιο μέγεθος.

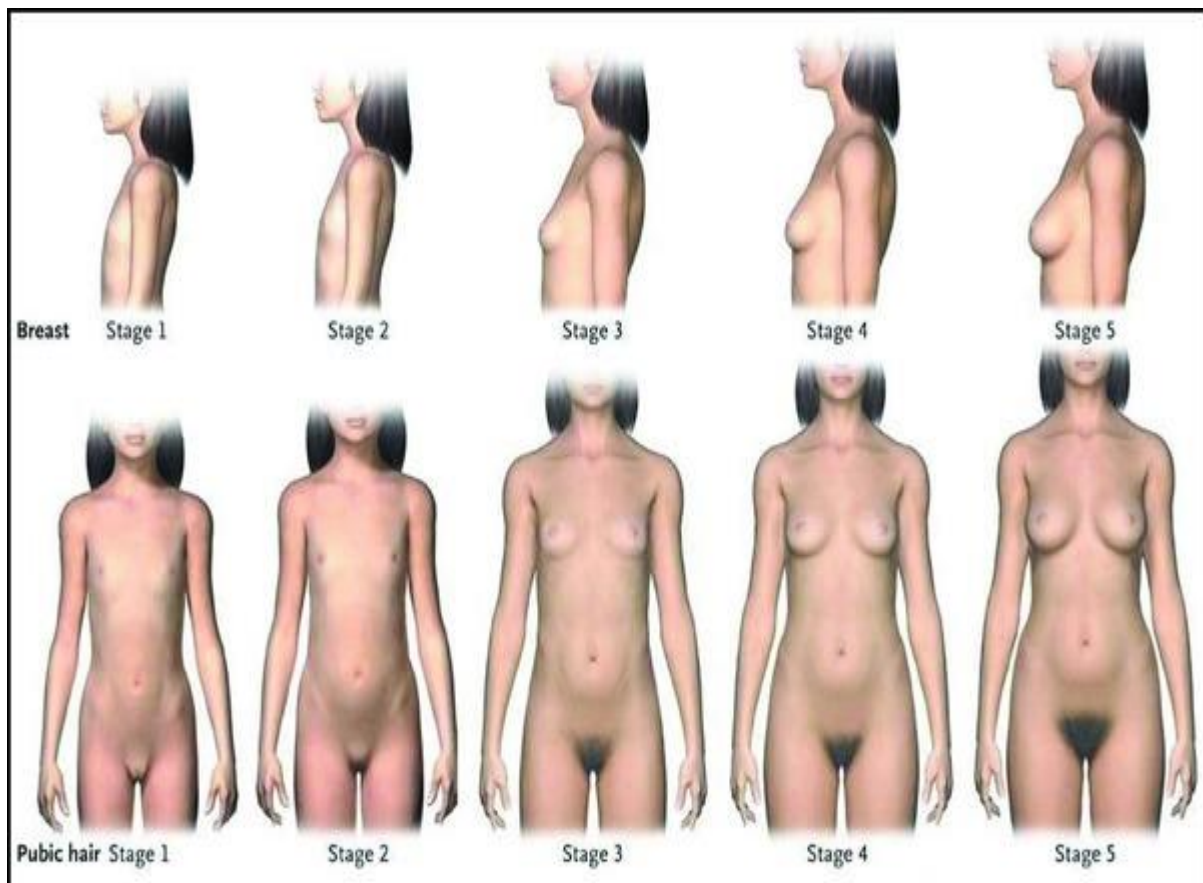
Περίπου ένα χρόνο από τη στιγμή που θα αρχίσουν να διογκώνονται οι μαστοί, είναι πιθανόν ο ρυθμός ανάπτυξης να φτάσει το αποκορύφωμά του. Μέσα σε ένα χρόνο από το αποκορύφωμα της αναπτυξιακής έκρηξης μπορεί να αρχίσει η έμμηνος ρύση (εμμηναρχή). Αδράξτε αυτή την ευκαιρία, για να μιλήσετε με τη κόρη σας σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά συμπεριλαμβάνοντας πληροφορίες για τη σεξουαλική συνεύρεση και την αντισύλληψη.

Μπορεί να υπάρχει μια ακανόνιστη αύξηση είτε άσπρων είτε κιτρινωπών κοιλικών εκκρίσεων κατά τους μήνες πριν την έναρξη της εμμήνου ρύσεως. Είναι επίσης φυσιολογικό οι πρώτες εμμηνορροσίες να είναι ακανόνιστες. Μέσα σε περίπου ένα χρόνο η έμμηνος ρύση θα γίνει πιο ομαλή. Ο μέσος εμμηνορροσιακός κύκλος περιλαμβάνει περίοδο 3-7 ημερών κάθε περίπου 24 έως 34 μέρες. Οι πόνοι κατά την έμμηνο ρύση (δυσμηνόρροια) δεν είναι συχνοί κατά τις πρώτες περιόδους, αλλά μπορεί να επέλθουν αργότερα στην εφηβεία.

Οι σωματικές αλλαγές περιλαμβάνουν αύξηση του ύψους, μεγέθυνση των μαστών, αύξηση των τριχών στο εφηβιαίο και τις μασχάλες και βάρυνση της φωνής, αν και η φωνή δεν αλλάζει τόσο πολύ, όσο σε ένα αγόρι κατά την ενήβωση.

Υπάρχει ένας συνδετικός κρίκος μεταξύ της ενήβωσης και της θρέψης. Η βελτίωση της διατροφής κατά τις τελευταίες δεκαετίες είναι η βασική εξήγηση για την έναρξη της ενήβωσης σε όλο και μικρότερες ηλικίες στις διαδοχικές γενιές νέων θηλέων στα βιομηχανοποιημένα κράτη, όπως οι Η.Π.Α. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν επίσης κάποιο ρόλο.

Η ενήβωση τείνει επίσης να ξεκινά νωρίτερα στα κορίτσια που έχουν περισσότερο σωματικό λίπος και αργότερα σε αυτά που είναι λεπτά. Η συμμετοχή σε κάποια αθλήματα μπορεί να καθυστερήσει την ενήβωση.



Εικ. 9 Στάδια κατά Tanner.

3. Σεξουαλική δραστηριότητα ¹¹

Οι έφηβοι που είχαν σεξουαλική δραστηριότητα έστω και μία φορά θεωρούνται σεξουαλικά ενεργοί. Πολλοί έφηβοι αρχίζουν να κάνουν σεξ στο μέσο ή στο τέλος των εφηβικών χρόνων. Οι μελέτες δείχνουν πως πάνω από τους μισούς από τους 17χρονους είχαν επαφές. Ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης συνεύρεσης για τα κορίτσια είναι τα 17. Για τα αγόρια είναι τα 16,5.

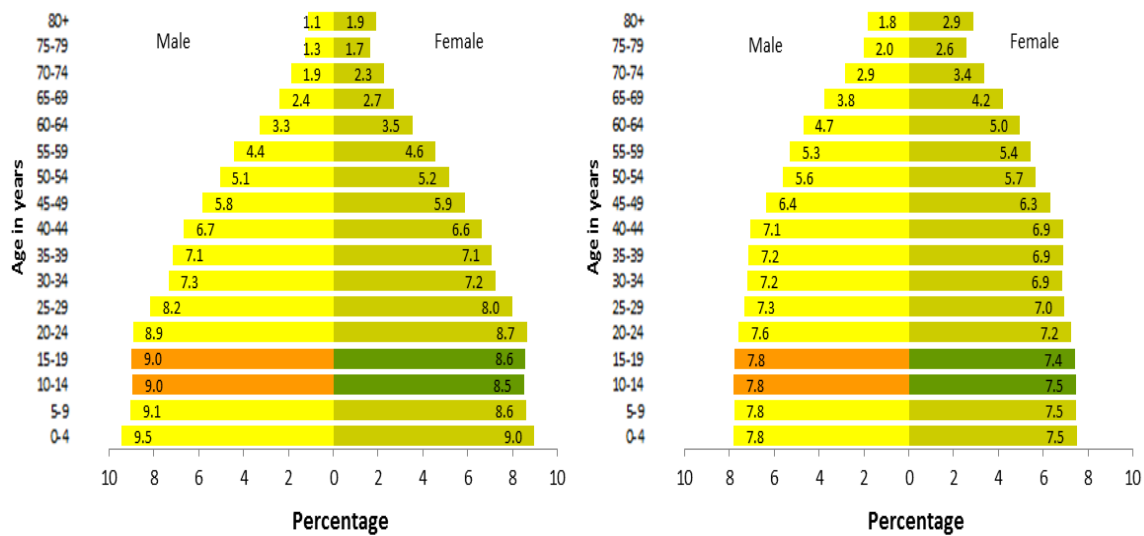
Τα έφηβα αγόρια και κορίτσια τείνουν να αναφέρουν διαφορετικές αντιδράσεις στην πρώτη τους σεξουαλική επαφή. Τα κορίτσια έχουν την τάση να λένε πως ένιωσαν φόβο, ενοχές, ανησυχία, ντροπή και παράξενα. Τα αγόρια από την άλλη αναφέρουν συνήθως πως ένιωσαν ενθουσιασμό, μεγάλη ευχαρίστηση, ικανοποίηση, ευτυχία και ωριμότητα.

Ένα μεγάλο εύρος για το είδος των ραντεβού είναι φυσιολογικό. Οι έφηβοι μπορεί να μη βγαίνουν ραντεβού καθόλου στο γυμνάσιο ή στο λύκειο, ή μπορεί να έχουν κάποιον έρωτα στο λύκειο. Ο πιο συχνός τρόπος είναι δύο ή τρεις στενές συναισθηματικές δεσμεύσεις ως έφηβος, η μία μετά την άλλη. Τυπικά κατά τη διαδρομή κάθε σχέσης κανένας σύντροφος δε βγαίνει ραντεβού με άλλους και, αν η σεξουαλική δραστηριότητα αποτελεί κομμάτι της σχέσης, δεν υπάρχουν άλλοι σεξουαλικοί σύντροφοι.

Περίπου 20% των σεξουαλικά ενεργών μαθητών λυκείου είχαν τέσσερις ή παραπάνω σεξουαλικούς συντρόφους. Τα άτομα αυτά βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για τη μετάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

4. Εφηβική εγκυμοσύνη ¹²

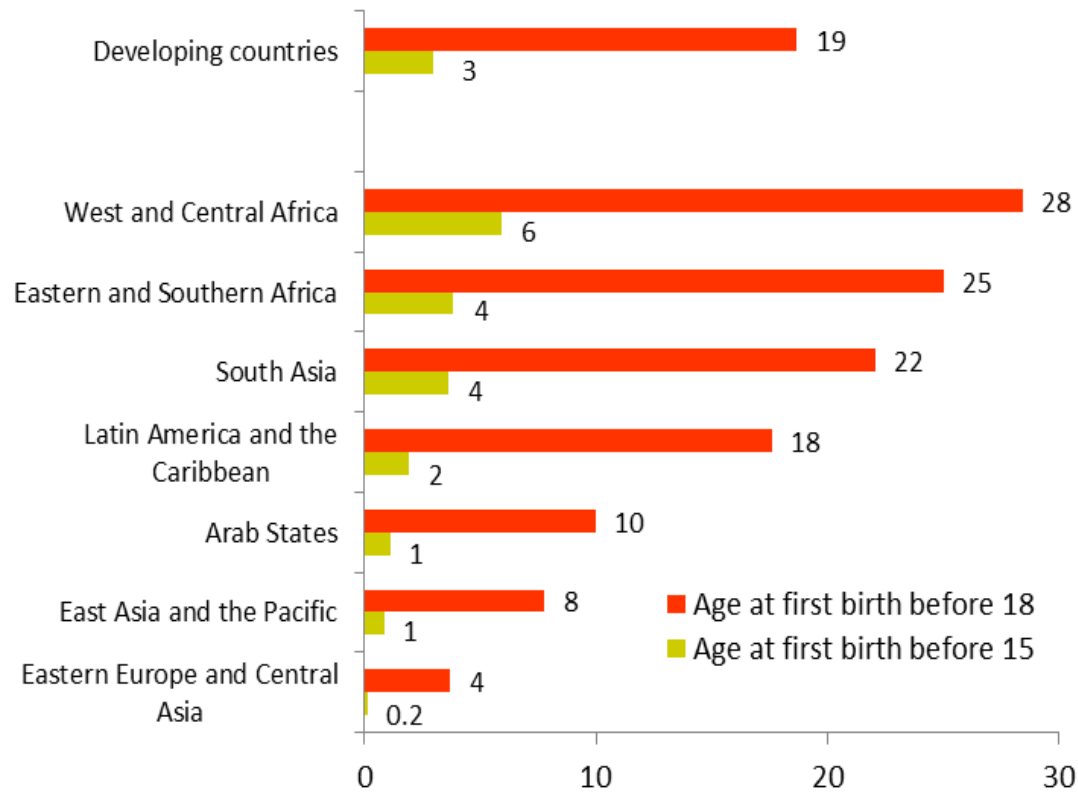
Η εγκυμοσύνη των εφήβων αποτελεί ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας, που αφορά όλες τις κοινωνίες των ανεπτυγμένων χωρών. Επιφέρει στις έφηβες σημαντικές προσωπικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να είναι καταστροφική για μία έφηβο. Στις Η.Π.Α., επί 30 εκατομμυρίων εφήβων, συμβαίνουν 1 εκατομμύριο ανεπιθύμητες κυήσεις ετησίως. Το 50% καταλήγουν σε τοκετό και το άλλο 50% σε αυτόματη ή ηθελημένη διακοπή της εγκυμοσύνης.



Εικ. 10: Πυραμίδα ηλικίας και σεξουαλικής δραστηριότητας το 2010 (UNFPA database, using United Nations Population Division, 2010 estimates)

Στις Η.Π.Α., η εφηβική εγκυμοσύνη είναι το σημαντικότερο πρόβλημα που απασχολεί τους πολίτες μετά τη φορολογία.

Δυστυχώς, λόγοι κοινωνικοί, οικογενειακοί, η απουσία ειδικά εκπαιδευμένων ιατρών και η πλημμελής νομοθεσία καθιστούν ανέφικτη μία ανάλογη εκτίμηση στη χώρα μας. Η χώρας μας δεν παρέχει αξιόπιστες στατιστικές για τον αριθμό των εκτρώσεων που διενεργούνται ετησίως.



Εικ. 11: Ποσοστά γυναικών από 20-24 ετών που γέννησαν σε ηλικία 15 ή 18 ετών κατά τα έτη 1995-2011 (UNFPA MDG5b+Info database with data from DHS and MICS studies)

5. Σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων ^{13,14}

Το ενδιαφέρον μας πρέπει να στραφεί στα αίτια και τις επιπτώσεις που προκύπτουν από την πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών, στην τόσο ευαίσθητη ηλικία των εφήβων, κάτω των 18-19 ετών, λαμβάνοντας υπόψη ότι αποτελούν τη δυσκολότερη ομάδα για ικανοποιητική, ακίνδυνη και ασφαλή, από πλευράς αποτελεσματικότητας, αντισύλληψη. Η σεξουαλική ωριμότητα των εφήβων, επέρχεται σήμερα νωρίτερα από ό,τι πριν 4 δεκαετίες. Η επιπόλαιη και υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά των νέων οφείλεται στις συνήθειες και στη γνωστή ιδιάζουσα ψυχολογία τους, που ορισμένες φορές δημιουργεί προβλήματα. Για αυτό, τα άτομα τα οποία ασχολούνται με την υγεία εφήβων (γονείς, ιατροί, καθηγητές, ψυχολόγοι), θα πρέπει να είναι ενημερωμένα για τα προβλήματα των εφήβων, ώστε να τα βοηθήσουν όσο το δυνατόν καλύτερα.

Στην Ελλάδα, η αρμόδια επιτροπή για τη μείωση των διακρίσεων κατά των Γυναίκων, εξέφρασε την ανησυχία της για το υψηλό ποσοστό των εκτρώσεων στη χώρα μας και ειδικότερα για τις εκτρώσεις εκείνες που αφορούν τις έφηβες, επισημαίνοντας δε, ότι το γεγονός αυτό είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς χρήσης αντισύλληψης, αλλά και της απουσίας σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στους έφηβους.

Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αμβλώσεων στην Ευρώπη και παράλληλα ένα πολύ χαμηλό ποσοστό χρήσης αντισύλληψης, εξαιρουμένων της χρήσεως προφυλακτικού και της απόσυρσης. Το 2001 σύμφωνα με στοιχεία μελέτης που διεξήχθη στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι μια στις δέκα γυναίκες ηλικίας 16-24 ετών είχε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που κατέληξε σε άμβλωση. Γίνεται εμφανής λοιπόν η μεγάλη έλλειψη από πολιτικές πρόληψης στον συγκεκριμένο τομέα, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να θεωρούν την άμβλωση ως ελεγκτικό μηχανισμό των γεννήσεων .

Οι λόγοι και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της εφηβικής εγκυμοσύνης είναι πολλοί και ποικίλλουν ανάλογα. Ωστόσο οφείλουμε να επισημάνουμε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, η κύηση στην εφηβεία αποτελεί επιλογή από την έφηβη και αυτό σχετίζεται άμεσα με στοιχεία κουλτούρας και πολιτισμικής κληρονομιάς, τα οποία διέπουν κάποιες κοινωνίες ή κάποιες κοινωνικές ομάδες.

6. Εφηβική κύηση στην Ελλάδα ^{15,16,17,18,19,20,21}

Στην Ελλάδα το 2007 σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, είχαμε 3.129 γεννήσεις από έφηβες ηλικίας κάτω των 18 ετών, με 76 από αυτές τις γεννήσεις, να αφορούν έφηβες κάτω των 15 ετών, αριθμός που καλύπτει μέρος μόνο του συνόλου των εφηβικών κυήσεων, αφού δεν περιλαμβάνει τις αποβολές ή τις αμβλώσεις στην εφηβική ηλικία των 20 ετών. Ουσιαστικά το χρονικό διάστημα 2000-2007, παρατηρείται μικρή αύξηση στις γεννήσεις από έφηβες κάτω των 15 ετών (n=47 έναντι n=76). Ο αριθμός των καταγεγραμμένων γεννήσεων σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα το έτος 2003 σχεδόν διπλασιάζεται, ανέρχεται στις 92 γεννήσεις, ενώ το έτος 2007 παρουσιάζει μια μικρή μείωση, παρόλα αυτά όμως παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Η αμέσως επόμενη ηλικιακή ομάδα είναι αυτή μεταξύ 15-19 ετών και εκεί όπως αναμένεται εμφανίζεται αυξημένος αριθμός γεννήσεων που ετησίως για το ίδιο χρονικό διάστημα 2000-2007 φτάνει περίπου τις 3.500 χιλιάδες με πολύ μικρή διαφοροποίηση ανά έτος. Ο πραγματικός αριθμός όμως, υπολογίζεται να είναι πολλαπλάσιος, δεδομένου του ότι, με βάση τα παραπάνω στοιχεία,

στη χώρα μας έχουμε συστηματική καταγραφή μόνο των γεννήσεων και δεν περιλαμβάνονται σε αυτήν οι αμβλώσεις και οι αποβολές.

Στοιχεία της Β' Γυναικολογικής και Μαιευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών δείχνουν ότι το 30-40% των κοριτσιών ηλικίας 16-18 ετών έχουν ξεκινήσει σεξουαλική δραστηριότητα. Από το παραπάνω ποσοστό, ένα 30% δεν χρησιμοποιεί καμία μέθοδο αντισύλληψης και ένα άλλο 30% χρησιμοποιεί αναποτελεσματικές μεθόδους, όπως η απόσυρση. Η συχνότητα των εφηβικών γεννήσεων έχει βέβαια μειωθεί την τελευταία εικοσαετία (από 9% το 1985 σε 5.2% το 2003), γεγονός που μάλλον συνδέεται με την αύξηση των αμβλώσεων κατά το ίδιο χρονικό διάστημα (1980: 28.8%, 2003: 50%).

Παράγοντες που συντελούν στην αύξηση της εφηβικής εγκυμοσύνης

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει ουσιαστικά την επίπτωση της εγκυμοσύνης στην εφηβεία. Τα υψηλότερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης παρατηρούνται κυρίως στις κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερες τάξεις και σε περιοχές με υλική και κοινωνική στέρηση. Έφηβες προερχόμενες από την εργατική κοινωνική τάξη έχουν δέκα φορές περισσότερο κίνδυνο να γίνουν έφηβες μητέρες, σε σχέση με τις έφηβες που προέρχονται από την ανώτερη κοινωνική τάξη.

Σε μελέτη που έγινε στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι οι περισσότερες νεαρές έγκυες προέρχονταν από τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα και αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι αυτές οι ομάδες πληθυσμού έχουν ελλιπή γνώση, σε σχέση με την φυσιολογία της αναπαραγωγής καθώς και με την χρήση αντισυλληπτικών.

Η πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για μια κύηση την εφηβεία και μπορεί να σχετίζεται και με κοινωνικοοικονομικά κριτήρια όπως προκύπτει από μια μελέτη που έγινε στη Μ. Βρετανία.

Βρέθηκε λοιπόν ότι, οι έφηβες που προέρχονται από τις εργατικές τάξεις ξεκινούν νωρίτερα τις σεξουαλικές τους επαφές με το άλλο φύλλο, με αποτέλεσμα να εκτίθενται έτσι περισσότερο στον κίνδυνο μιας κύησης στην εφηβεία. Επίσης από μια άλλη μελέτη στη Μ. Βρετανία που αφορά έφηβες από διαφορετικά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα, διαπιστώθηκε ότι, ενώ αρχικά οι περισσότερες από αυτές έβλεπαν την μητρότητα στην εφηβεία κυρίως αρνητικά, εκείνες οι κοπέλες που προέρχονταν

από τις οικονομικά ασθενέστερες περιοχές, φαίνεται ότι είχαν τις περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν την εγκυμοσύνη τους, όταν εκείνη προέκυπτε, σε σχέση με αυτές από τις πιο προνομιούχες οικονομικά περιοχές, οι οποίες τείνουν συχνότερα να υποβάλλονται σε άμβλωση.

Σύμφωνα τέλος με άλλες συναφείς μελέτες, οι συνθήκες που συμβάλλουν στη στέρηση υλικών αγαθών, αποτελούν έναν από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου για μια εγκυμοσύνη στην εφηβεία.

Οικογένεια

Η οικογένεια είναι ένας παράγοντας με σημαντική επιρροή στην απόφαση της εφήβου είτε να οδηγηθεί συνειδητά σε μια εφηβική εγκυμοσύνη, είτε να προβεί νωρίς στην έναρξη της σεξουαλικής της ζωής. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι νεαρά κορίτσια που ζούσαν χωρίς την οικογένειά τους, υπό την προστασία της πολιτείας, βίωναν συναισθήματα μοναξιάς, απόρριψης και έλλειψης εμπιστοσύνης. Αυτά τα συναισθήματα, φαίνεται ότι ασκούσαν σοβαρή επιρροή στην απόφαση τους να επιλέξουν να συνεχίσουν μια κύηση και να γίνουν οι ίδιοι γονείς, προσπαθώντας έτσι μέσα από μια υγιή οικογενειακή σχέση να συμπληρώσουν τα κενά τα οποία ένοιωθαν. Η γέννηση ενός μωρού ουσιαστικά καλύπτει με αυτόν τον τρόπο τις συναισθηματικές ανάγκες της έφηβης, τις οποίες έχει στερηθεί η ίδια.

Επίσης, έφηβες που έχουν βιώσει την απουσία του πατέρα στην οικογένεια, επηρεάζονται από το γεγονός αυτό και εμφανίζονται πιο επιρρεπείς στο να αρχίσουν νωρίτερα τις σεξουαλικές τους επαφές και πολλές φορές αυτό τείνει να καταλήξει σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Τέλος, οι έφηβες που ήταν και οι ίδιες παιδιά έφηβων γονέων, παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώσουν μια κύηση στην εφηβεία και να γίνουν και οι ίδιες έφηβες μητέρες, σε σχέση με τις έφηβες που οι γονείς τους τεκνοποίησαν κατά την ενήλικη ζωή τους.

Σχολείο – Εκπαίδευση

Στη στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε έφηβες, οι οποίες εγκαταλείπουν το σχολείο και στην επίπτωση της εφηβικής εγκυμοσύνης, αναφέρεται μια μελέτη που επισημαίνει ότι ένα ποσοστό 29% από έφηβες που είναι σεξουαλικά ενεργείς και που

εγκαταλείπουν το σχολείο στα 16 τους χρόνια, έχουν ένα παιδί στην ηλικία των 17 χρόνων. Έφηβες που εγκαταλείπουν το σχολείο, είτε διότι δεν το συμπαθούν, είτε έχουν χαμηλή επίδοση σε αυτό, ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για να βιώσουν μια εγκυμοσύνη στην εφηβεία. Η εγκατάλειψη της εκπαίδευσης και η αδυναμία ως εκ τούτου, απόκτησης ουσιαστικών προσόντων για μια καλή επαγγελματική αποκατάσταση, τεκμηριώνεται ως παράγοντας κινδύνου απόκτησης μιας εφηβικής εγκυμοσύνης και από άλλη παρόμοια μελέτη, που αναφέρεται σε νέους που βρίσκονταν υπό τη φροντίδα της πολιτείας και όχι της οικογένειάς τους. Σημαντικός παράγοντας επίσης, σε αυτή την ομάδα νέων, ήταν η διακοπή της σχολικής εκπαίδευσης λόγω εγκατάλειψης του σχολείου και η ως εκ τούτου έλλειψη σχολικής σεξουαλικής τους διαπαιδαγώγησης.

Από μελέτη που έγινε σε έγκυες έφηβες από ασθενέστερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και αφορά την επιθυμία τους για μια εγκυμοσύνη, βρέθηκε ότι, οι έφηβες εκείνες που εγκατέλειψαν το σχολείο, είχαν διπλάσια την επιθυμία για εγκυμοσύνη σε σχέση με τις έφηβες που συνέχιζαν την εκπαίδευση τους.

7. Σεξουαλική Συμπεριφορά – Αντισύλληψη ^{22,23,24,25,26}

Οι έφηβοι φαίνεται ότι προτιμούν συνήθως λιγότερο αξιόπιστες μεθόδους αντισύλληψης και δίνουν λιγότερη προσοχή στην αναπαραγωγική τους υγεία. Τα πρώτα βήματα στη σεξουαλική τους ζωή είναι συνήθως ανασφαλή και χαρακτηρίζονται από έλλειψη εμπειρίας. Η μέση ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής και για τα δύο φύλλα είναι αυτή των 16 ετών σύμφωνα με έρευνα στη Μ. Βρετανία. Επίσης, το όριο έναρξης της εμμήνου ρύσεως έχει αλλάξει σε σχέση με το παρελθόν και χαρακτηρίζεται από την πρόωμη έναρξη της περιόδου στα κορίτσια, ένα γεγονός που σχετίζεται και αυτό με την επίσης πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων. Αυτή η σεξουαλική δραστηριότητα συχνά επιφέρει πολλά απρόοπτα γεγονότα, όπως η εγκυμοσύνη και η άμβλωση.

Η πλειοψηφία των εφήβων που έχουν για πρώτη φορά σεξουαλική επαφή, είναι συνήθως χωρίς τη λήψη προφύλαξης, χωρίς αντισύλληψη ή με ανασφαλή μέτρα αντισύλληψης. Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων στον τομέα της αντισύλληψης, προκύπτει τόσο από την έλλειψη σχολικής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, όσο και από τη φτωχή επικοινωνία με την οικογένεια και εξηγεί τη συμπεριφορά αυτή των εφήβων σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στην Ουγγαρία.

Από τη μελέτη αυτή συμπεραίνεται επίσης ότι, οι έφηβοι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη καθοδήγησης, για τη βελτίωση της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς, και ότι για

να προληφθεί η ανεπιθύμητη εφηβική εγκυμοσύνη και η έκτρωση, η οικογένεια, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το σχολείο και οι επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να βελτιώσουν περισσότερο τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την πληροφόρηση που προσφέρουν στους εφήβους.

Στην Ελλάδα η φτωχή διαπαιδαγώγηση σε θέματα αντισύλληψης, συμβάλλει στο αυξανόμενο ποσοστό των ανεπιθύμητων κήσεων άρα και των αμβλώσεων. Σε έρευνα που έγινε στον Ελλαδικό χώρο, σε 1500 άτομα ηλικίας 16-45 ετών και αφορούσε τη διερεύνηση της γνώσης σε θέματα αντισύλληψης, βρέθηκε ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό, 30,6% γυναικών και 14,7% των ανδρών απάντησαν σωστά στο 50% των ερωτήσεων που αφορούσαν βασικά θέματα αντισύλληψης. Πηγές πληροφόρησής τους σε τέτοια θέματα αποτελούσαν οι παρέες, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και λιγότερο η οικογένεια. Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι η ανάγκη για διαπαιδαγώγηση σε σχετικά θέματα, είναι εμφανής, ειδικά στους νέους.

Οι παράγοντες οι οποίοι ευνοούν στην αύξηση των ανεπιθύμητων κήσεων είναι:

1. Η μικρότερη ηλικία έλευσης της εμμηναρχής.

Η εμμηναρχή επέρχεται μεταξύ 10-16 ετών, με μέσο όρο τα 12,4 έτη. Δεν είναι εξακριβωμένα τα αίτια που επιφέρουν την όλο και νωρίτερα γεννητική ωρίμανση των κοριτσιών και αγοριών. Η διατροφή και η καλύτερη ποιότητα ζωής πιθανόν έχουν συμβάλλει.

2. Η πρόωμη σεξουαλική δραστηριότητα.

Τα τελευταία 30 χρόνια, αυξήθηκε το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν έναρξη των σεξουαλικών επαφών κατά την εφηβεία κατά 25%. Πιο ειδικά, μεταξύ των ηλικιών 16-19 χρονών, το ποσοστό αυξήθηκε από 42% σε 51%, ενώ κάτω των 16 χρονών αυξήθηκε από 16% σε 27%. Παρατηρείται μία μεγαλύτερη αναλογική αύξηση στις μικρότερες ηλικίες. Σε πρόσφατη έρευ-να στη χώρα μας, 4 στα 10 κορίτσια έχουν την πρώτη σεξουαλική επαφή τους πριν από τα 18 χρόνια, συχνή εναλλαγή συντρόφων και χρήση μη αποτελεσματικών αντισυλληπτικών μεθόδων. Σημειώνεται ότι η πλειονότητα των Ελληνίδων «προτιμά» το προφυλακτικό και μόλις το 6,5% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια.

3. Η ανεπαρκής χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων.

Η χρήση της αντισύλληψης στην εφηβική ηλικία παραμένει περιορισμένη στη χώρα μας. Το 50% των εφήβων αναφέρει ότι δε χρησιμοποιεί καμία αντισυλληπτική μέθοδο κατά την πρώτη επαφή. Τα τελευταία 20 χρόνια, ο αριθμός των εφήβων που

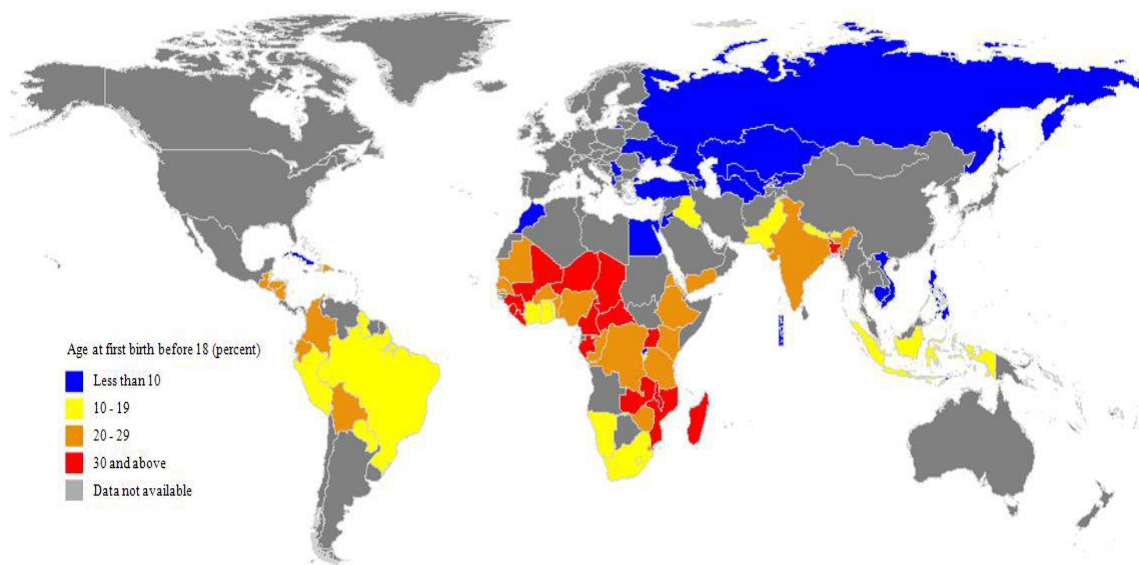
χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο έχει αυξηθεί, αλλά όχι στο επιθυμητό επίπεδο. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται συχνότερα είναι το προφυλακτικό, κυρίως λόγω του φόβου μετάδοσης των Σ.Μ.Ν. Είναι γνωστό ότι το προφυλακτικό δεν αποτελεί ασφαλή αντισυλληπτική μέθοδο.

4. Το μακρύ χρονικό διάστημα μεταξύ εφηβείας και γάμου.

Πριν μερικές δεκαετίες, το διάστημα που μεσολαβούσε μεταξύ της πρώτης σεξουαλικής επαφής και του γάμου, κυμαινόταν από εβδομάδες μέχρι μήνες. Σήμερα το χρονικό αυτό διάστημα έχει αυξηθεί στα 15 χρόνια περίπου, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα ανεπιθύμητης κύησης.

8. Εκτρώσεις – Επιπτώσεις στις έφηβες ^{27,28}

Η εγκυμοσύνη της εφηβείας από πολλούς θεωρείται ως κύηση υψηλού κινδύνου, καθώς συνδέεται με υψηλό ποσοστό επιπλοκών (διαταραχές θρέψεως σε πρωτεΐνες και ασβέστιο, αναιμία, ουρολοιμώξεις, Σ.Μ.Ν, υπέρταση, τοξιναιμία, αποκόλληση πλακούντα, κεφαλοπυελική δυσαναλογία, προωρότητα, νεογνά μικρού βάρους < 2500 γρ., καισαρικές τομές και θνησιμότητα).



Εικ.12 Percentages of women aged 20-24 who gave birth by age 18, by country, most recent data (1996-2011) UNFPA MDG5b+Info database with data from DHS and MICS studies

Οι επιπλοκές αυτές οφείλονται σε ποικίλα αίτια και όχι αποκλειστικά στη βιολογική και ψυχολογική ανωριμότητα των εφήβων. Η ηλικία της εφήβου δεν είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στην αυξημένη εμφάνιση των επιπλοκών.

Τα αίτια αυτά πιθανώς να είναι σημαντικά σε έφηβες κάτω των 14 ετών, λόγω της καθυστερημένης αποκάλυψης-διαπίστωσης της εγκυμοσύνης, του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των περισσότερων των εφήβων, της καθυστερημένης έναρξης παρακολούθησης και παροχής περιγεννητικής φροντίδας.

Δυστυχώς, το 50% των εφηβικών κυήσεων καταλήγουν στην τεχνητή έκτρωση. Η έκτρωση έχει εφαρμοσθεί από την αρχαιότητα με ποικίλους τρόπους και μέσα. Σήμερα, η έκτρωση σε άλλες χώρες είναι νόμιμη, σε άλλες απορρίπτεται και σε άλλες θεωρείται εγκληματική.

Περίπου 40 εκατομμύρια εκτρώσεις διενεργούνται ετησίως παγκοσμίως (νόμιμες και παράνομες), που επιφέρουν 76.000 θανάτους και νοσηρότητα σε μεγαλύτερο ποσοστό. Στις Η.Π.Α, το ποσοστό θανάτου από τις εκτρώσεις ανέρχεται επισήμως στο 0,6/100000 γυναίκες και η νοσηρότητα στο 1%.

Στις επιπλοκές υπάγονται η ανεπάρκεια τραχήλου, η καταστροφή του ενδομητρίου (σύνδρομο Asherman), οι φλεγμονές, η αιμορραγία, η διάτρηση και η στείρωση). Σήμερα η έκτρωση θεωρείται ασφαλής, μόνο κάτω από προϋποθέσεις άριστης υγειονομικής προστασίας.

Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η πλέον συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος στην έκτρωση, κυρίως με αναρρόφηση, η οποία είναι ασφαλέστερη και λιγότερη επώδυνη σε σχέση με τη διαστολή και απόξεση.

Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις ένα ανεπιθύμητο γεγονός και μπορεί να καταλήξει σε άμβλωση, αποβολή ή τη γέννηση ενός παιδιού. Σε οποιαδήποτε περίπτωση όμως και όποια και αν είναι η έκβασή της, οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν είναι σημαντικοί, τόσο για την υγεία της ίδιας της μητέρας, όσο και του παιδιού. Έχει βρεθεί ότι οι έφηβες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αναιμία κατά την κύηση, ενώ η προωρότητα και τα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά είναι μερικά από τα βασικότερα προβλήματα που εμφανίζονται στα βρέφη των εφήβων.

Σε ψυχολογικό επίπεδο επίσης, ο κίνδυνος που απορρέει από μια κύηση στην εφηβεία είναι η διακοπή ή μερικές φορές η αναστολή των εξελικτικών στόχων της εφήβου. Οι έφηβες μητέρες παρουσιάζουν χαμηλότερο βαθμό αυτοεκτίμησης, πράγμα που τις δυσκολεύει ακόμη περισσότερο στο να αντεπεξέλθουν στον ρόλο τους, ενώ

υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στις έφηβες από ότι στις ενήλικες μητέρες.

Σε κοινωνικό επίπεδο, οι έφηβες μητέρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να ζουν σε πιο στερημένα οικονομικά συνθήκες και ως εκ τούτου, να μην συνεχίζουν ούτε την εκπαίδευση τους στο σχολείο.

Μεγάλο ποσοστό από αυτές τις μητέρες, ανήκουν σε μονογονεϊκές οικογένειες ή άνεργες και ως εκ τούτου βρίσκονται σε μια σημαντικά μειονεκτική οικονομική κατάσταση .

Τέλος, η πιθανότητα μιας δεύτερης εγκυμοσύνης στη εφηβεία είναι μεγαλύτερη σε έφηβες που έχουν γίνει ήδη μητέρες, και αυτό μπορεί να οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωση τους και στη μη χρήση σωστών αντισυλληπτικών μέτρων για την αποφυγή μιας δεύτερης εγκυμοσύνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί στον έλεγχο των γεννήσεων και σχετίζεται με τεράστια οφέλη για τη γυναίκα, τα παιδιά και την κοινωνία. Αναπαραγωγική υγεία είναι η κατάσταση του ευ'ζήν από πλευράς κοινωνικής, πνευματικής και φυσικής και όχι απλά και μόνο η απουσία νόσου ή κακής διάθεσης, σε όλα τα θέματα που έχουν σχέση με το αναπαραγωγικό σύστημα και τις λειτουργίες του.

Στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού (Ο.Π) ειδικοί επιστήμονες παρέχουν τις υπηρεσίες τους για να βοηθήσουν το ζευγάρι σε θέματα αντισύλληψης, γονιμότητας ή και γενικά σεξουαλικά προβλήματα. Στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πέρα από τις βιολογικές και ιατρικές διαστάσεις πρέπει να εξετάζονται και οι πολιτιστικές και ψυχολογικές παράμετροι. Η εφηβεία είναι η ταχύτερη περίοδος ανάπτυξης και εξέλιξης, με εξαίρεση τον πρώτο χρόνο ζωής. Οι αντίστοιχες ανδρικές και γυναικείες ορμόνες παράλληλα με τα οικογενειακά χαρακτηριστικά είναι υπεύθυνες για τις περισσότερες αλλαγές.

Η περίοδος σεξουαλικής ωρίμανσης αρχίζει συνήθως ένα με δύο χρόνια αργότερα στα αγόρια από ό,τι στα κορίτσια. Οι σεξουαλικές αλλαγές στα κορίτσια αρχίζουν κάποια στιγμή μεταξύ των 8 έως 13 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης συνένυσης για τα κορίτσια είναι τα 17. Για τα αγόρια είναι τα 16,5. Η εγκυμοσύνη των εφήβων αποτελεί ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας, που αφορά όλες τις κοινωνίες των ανεπτυγμένων χωρών.

Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αμβλώσεων στην Ευρώπη και παράλληλα ένα πολύ χαμηλό ποσοστό χρήσης αντισύλληψης. Το 2001 σύμφωνα με στοιχεία μελέτης που διεξήχθη στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι μια στις δέκα γυναίκες ηλικίας 16-24 ετών είχε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που κατέληξε σε άμβλωση. Στην Ελλάδα το 2007 σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, είχαμε 3.129 γεννήσεις από έφηβες ηλικίας κάτω των 18 ετών, με 76 από αυτές τις γεννήσεις, να αφορούν έφηβες κάτω των 15 ετών. Ο πραγματικός αριθμός όμως, υπολογίζεται να είναι πολλαπλάσιος, δεδομένου του ότι, με βάση τα παραπάνω στοιχεία, στη χώρα μας έχουμε συστηματική καταγραφή μόνο των γεννήσεων και δεν περιλαμβάνονται σε αυτήν οι αμβλώσεις και οι αποβολές. Σε μελέτη που έγινε στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι οι περισσότερες νεαρές έγκυες προέρχονταν από τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα και αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι αυτές οι ομάδες πληθυσμού έχουν ελλιπή γνώση, σε σχέση με την φυσιολογία της αναπαραγωγής καθώς και με την χρήση αντισυλληπτικών. 29% από τις έφηβες που είναι σεξουαλικά ενεργείς και που εγκαταλείπουν το σχολείο στα 16 τους χρόνια, έχουν ένα παιδί στην ηλικία των 17 χρόνων.

Οι έφηβοι φαίνεται ότι προτιμούν συνήθως λιγότερο αξιόπιστες μεθόδους αντισύλληψης και δίνουν λιγότερη προσοχή στην αναπαραγωγική τους υγεία. Η πλειοψηφία των εφήβων που έχουν για πρώτη φορά σεξουαλική επαφή, είναι συνήθως χωρίς τη λήψη προφύλαξης, χωρίς αντισύλληψη ή με ανασφαλή μέτρα αντισύλληψης. Οι έφηβοι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη καθοδήγησης, για τη βελτίωση της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς και για να προληφθεί η ανεπιθύμητη εφηβική εγκυμοσύνη και η έκτρωση. Στην Ελλάδα η φτωχή διαπαιδαγώγηση σε θέματα αντισύλληψης, συμβάλλει στο αυξανόμενο ποσοστό των ανεπιθύμητων κήσεων άρα και των αμβλώσεων. Τα τελευταία 30 χρόνια, αυξήθηκε το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν έναρξη των σεξουαλικών επαφών κατά την εφηβεία κατά 25%.

Η εγκυμοσύνη της εφηβείας από πολλούς θεωρείται ως κύηση υψηλού κινδύνου, καθώς συνδέεται με υψηλό ποσοστό επιπλοκών. Σε κοινωνικό επίπεδο, οι έφηβες μητέρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να ζουν σε πιο στερημένα οικονομικά συνθήκες και ως εκ τούτου, να μην συνεχίζουν ούτε την εκπαίδευση τους στο σχολείο.

Συνεπώς ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) αναγνώρισε τον οικογενειακό προγραμματισμό όχι μόνο ως επιλογή κάθε ζευγαριού, αλλά ως αναφαίρετο δικαίωμα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί στον έλεγχο των γεννήσεων και σχετίζεται με τεράστια οφέλη για τη γυναίκα, τα παιδιά και την κοινωνία. Αναπαραγωγική υγεία είναι η κατάσταση του ευ'ζήν από πλευράς κοινωνικής, πνευματικής και φυσικής και όχι απλά και μόνο η απουσία νόσου ή κακής διάθεσης, σε όλα τα θέματα που έχουν σχέση με το αναπαραγωγικό σύστημα και τις λειτουργίες του. Η εγκυμοσύνη της εφηβείας από πολλούς θεωρείται ως κύηση υψηλού κινδύνου, καθώς συνδέεται με υψηλό ποσοστό επιπλοκών.

Σκοπός: Είναι να μελετήσει και να παρουσιάσει όσο το δυνατόν τις πιο σύγχρονες πληροφορίες σχετικά με το θέμα του οικογενειακού προγραμματισμού και της εφηβικής εγκυμοσύνης.

Υλικό – μέθοδος: Για τον σκοπό αυτό επίσης χρησιμοποιήθηκαν οι μηχανές αναζήτησης του διαδικτύου και κυρίως το Pubmed και το Google scholar. Για την αναζήτηση των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν λύμματα όπως: οικογενειακος προγραμματισμός, εφηβική κύηση, γεννήσεις στην εφηβεία, family planning, adolescent pregnancy, contraception.

Αποτελέσματα: Οι σεξουαλικές αλλαγές στα κορίτσια αρχίζουν κάποια στιγμή μεταξύ των 8 έως 13 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης συνεύρεσης για τα κορίτσια είναι τα 17 έτη. Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αμβλώσεων στην Ευρώπη και παράλληλα ένα πολύ χαμηλό ποσοστό χρήσης αντισύλληψης. Οι περισσότερες νεαρές έγκυες προέρχονταν από τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα. Το 2001 σύμφωνα με στοιχεία μελέτης που διεξήχθη στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι μια στις δέκα γυναίκες ηλικίας 16-24 ετών είχε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που κατέληξε σε άμβλωση. Στην Ελλάδα το 2007 σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, είχαμε 3.129 γεννήσεις από έφηβες ηλικίας κάτω των 18 ετών, με 76 από αυτές τις γεννήσεις, να αφορούν έφηβες κάτω των 15 ετών. Τα τελευταία 30 χρόνια, αυξήθηκε το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν έναρξη των σεξουαλικών επαφών κατά την εφηβεία κατά 25%.

Συμπεράσματα: Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αμβλώσεων στην Ευρώπη ενώ ο πραγματικός αριθμός υπολογίζεται να είναι πολλαπλάσιος, δεδομένου του ότι, με βάση τα παραπάνω στοιχεία, στη χώρα μας έχουμε συστηματική καταγραφή μόνο

των γεννήσεων και δεν περιλαμβάνονται σε αυτήν οι αμβλώσεις και οι αποβολές. Η φτωχή διαπαιδαγώγηση σε θέματα αντισύλληψης, συμβάλλει στο αυξανόμενο ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων άρα και των αμβλώσεων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) αναγνώρισε τον οικογενειακό προγραμματισμό όχι μόνο ως επιλογή κάθε ζευγαριού, αλλά ως αναφαίρετο δικαίωμα. Βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση για την μείωση του αριθμού των γεννήσεων από έφηβες και των εκτρώσεων με στόχο την προαγωγή της υγείας του ανθρώπου σε όλο το φάσμα της ηλικίας του.

SUMMARY

Introduction: Family planning is designed to control births and is associated with enormous benefits for women, children and society. Reproductive health is the state of social, spiritual and physical wellbeing, and not simply the absence of disease or mood, in all matters relating to the reproductive system and its functions. Many teenage pregnancies are considered to be high-risk pregnancies as they are associated with a high rate of complications.

Purpose: It is to study and present as much as possible the most up-to-date information on the topic of family planning and teenage pregnancy.

Material - method: For this purpose we also used the search engines of the Internet, especially Pubmed and Google scholar. Searches like family planning, teenage pregnancy, puberty, family planning, adolescent pregnancy, contraception were used to search for the articles.

Results: Sexual changes in girls begin at some time between the ages of 8 and 13. The average age of the first encounter for girls is 17. Greece has one of the highest abortion rates in Europe and a very low proportion of contraceptive use. Most young pregnant women came from the poorest social strata. In 2001, according to study data conducted in Greece, one in ten women aged 16-24 had an unwanted pregnancy that resulted in abortion. In 2007, according to the National Statistical Service, we had 3,129 births from teenagers under the age of 18, with 76 of these births, for teenagers under the age of 15. Over the past 30 years, the percentage of adolescents who report sexual intercourse during adolescence has increased by 25%.

Conclusions: Greece has one of the highest abortion rates in Europe and the actual number is estimated to be multiple, given that, based on the above, in our country we have a systematic birth-birth record and it does not include abortions and miscarriages. Poor education in contraception contributes to the growing proportion of unwanted pregnancies and abortions. The World Health Organization (WHO) has recognized family planning not only as a choice of each couple but as an inalienable right. The main goal of

family planning is sexual education to reduce the number of births by teenagers and abortions to promote human health throughout the age range.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Βαϊδάκης Ι. και συν. Θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, 1990.
- 2) Ανδρουλάκη Ρ., Μπαφάκη Α., Πολιτική και Οργάνωση του Οικογενειακού Προγραμματισμού, 1995.
- 3) Robbins CL1, Gavin L2, Carter MW3, Moskosky SB. The Link Between Reproductive Life Plan Assessment And Provision of Preconception Care At Publicly Funded Health Centers. *Perspect Sex Reprod Health*. 2017 May 5. doi: 10.1363/psrh.12030
- 4) Robbins CL1, Gavin L2, Zapata LB3, Carter MW4, Lachance C2, Mautone-Smith N2, Moskosky SB2. Preconception Care in Publicly Funded U.S. Clinics That Provide Family Planning Services. *Am J Prev Med*. 2016 Sep;51(3):336-43. doi: 10.1016/j.amepre.2016.02.013. Epub 2016 Mar 24.
- 5) Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD001220.
- 6) Garcia-Velasco JA1. Introduction: Immunology and assisted reproductive technology in the 21st century. *Fertil Steril*. 2017 May 5. pii: S0015-0282(17)30350-3.
- 7) Inhorn MC1, Patrizio P2. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Hum Reprod Update*. 2015 Jul-Aug;21(4):411-26.
- 8) Committee on Adolescent Health Care. Adolescent Pregnancy, Contraception, and Sexual Activity. *Obstet Gynecol*. 2017 May;129(5):e142-e149. Committee Opinion No 699:
- 9) Raidoo S1, Kaneshiro B2. Providing Contraception to Adolescents. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015 Dec;42(4):631-45.
- 10) Rowan SP1, Someshwar J, Murray P. Contraception for primary care providers. *Adolesc Med State Art Rev*. 2012 Apr;23(1):95-110
- 11) Κελλαρτζής Αντισύλληψη στην Εφηβεία. *Ελληνική- Μαιευτική και Γυναικολογία* 2004, 16: 2, 231-237.
- 12) Creatsas G. Elsheikh A. Adolescent pregnancy and its consequences. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2002;7(3):167-72.

- 13) Ioannidi- Kapolou E. Use of contraception and abortion in Greece: a review
Reprod. Health Matters 2004;12(24):174-181.
- 14) Kokkalis P., Papatheodorou D., Georgogiannis N. Tsavez N., Papadimitriou A.
Teenage Pregnancy. Adolescence Gynecology Reprod Menop 2005; 17(4): 252-
257.
- 15) Tsitsika A., Chrousos G. Adolescent Health: a major priority of the health care
system in recent years. Ann Clin Paediatr 2005; 52(4):370-375.
- 16) Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C, et al.
Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the
national teenage pregnancy strategy. Lancet 2006;368 (9550) :1879-1886.
- 17) McLeod A. Changing patterns of teenage pregnancy :population based study of
small areas. BMJ. 2001;323 (7306):199-203.
- 18) Papathanasiou I. Lahana . Adolescence Sexuality and Sexual Education. Health
Science Journal. 2007;1(1):1-8.
- 19) Turner K. Young women's views on teenage motherhood: a possible explanation
for the relationship between socio-economic background and teenage pregnancy
outcome? Journal of Youth Studies 2004; 7(2):221-238, Pub: Routledg
- 20) Knight A, Chase E. Aggleton P. 'Someone of Your Own to Love': Experiences of
Being Looked After as Influences on Teenage Pregnancy. Children & Society
2006; 20(5):391-403.
- 21) Ellis BJ, Bates JE, Dodge KA, Fergusson DM, Horwood LJ, Pettit GS, et al. Does
Father Absence Place Doughters at Special Risk for Early Sexual Activity and
Teenage Pregnancy? Child Development. 2003;74(3):801-821.
- 22) Viner R, Booy R. Epidimiology ohf health and illness. BMJ. 2005;330(7488):411-
414.
- 23) Tripp J. Viner R. Sexual health, contraception and teenage pregnancy.
BMJ. 2005;330(7491):590-593
- 24) Tountas Y, Creatsas G, Dimitrakaki C, Antoniou A, Boulamatsis D. Information
sources and level of knowledge of contraception issues among Greek women and
men in the reproductive age: a country-wide survey. Eur J Contracept Reprod
Health Care. 2004 ;9(1):1-10.
- 25) Jaskiewicz J, Mc Anarney. Pregnancy during Adolescence. Pediatrics in Review,
1994 15: 1, 32-38.

- 26) Religious Tolerance Org. Factors that increase or de-crease the abortion rate. Religious Tolerance Org. 15/9/2008.
- 27) Risks of teen pregnancy. Paediatrics in Review. 1993, 14: 3, 116.
- 28) Dragoman M, Davis A. Abortion care for Adoles-cents. Clinical Obstetrics and Gynecology 2008; 51: 281-289.