



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:**  
**«ΙΣΤΟΡΙΑ, ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ»**

**Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

*Τίτλος: «Η εξέλιξη της εφηβικής κύησης ως ιατρικό και κοινωνικό φαινόμενο και το δίλλημα της τελικής απόφασης της ανήλικης κυοφορούσας στην Ελλάδα: Άμβλωση ή Τοκετός;»*

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ**      **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ**      **ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ**      **:Κωνσταντίνα**  
**Τρομπούκη(Α.Μ.7450822300041)**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:**

1. Μακράκης Ευάγγελος- Μαιευτήρας - Γυναικολόγος Αναπαραγωγής, Αν.  
Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Λευκωσίας, Επισκέπτης  
Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ(Επιβλέπων Μέλος)
2. Καραμάνου Μαριάννα- Καθηγήτρια Επιστημολογίας, Ιστορίας και Ηθικής, Ιατρική Σχολή  
ΕΚΠΑ(Συνεπιβλέπων Μέλος)
3. Χατζηράλλη Ειρήνη- Επίκουρη Καθηγήτρια Οφθαλμολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ(Συνε-  
πιβλέπων Μέλος)

**ΑΘΗΝΑ,**  
**ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2024**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	5
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ABSTRACT</b> .....	6
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΣΚΟΠΟΣ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b> .....	7
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΕΦΗΒΕΙΑ</b>	
1.1.1 Το πέρασμα από την παιδική στην εφηβική ηλικία .....	9
1.1.2 Χαρακτηριστικά της εφηβείας.....	10
1.1.3 Τα στάδια της εφηβείας .....	10
1.1.4 Η Ήβη .....	11
1.1.5 Η Σωματική Ανάπτυξη κατά την εφηβεία .....	12
1.1.6 Η Ψυχική Κατάσταση κατά την εφηβεία .....	14
1.1.7 Τα Κοινωνιολογικά γνωρίσματα των εφήβων .....	16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ</b>	
2.1.1 Η σεξουαλικότητα κατά την εφηβεία .....	19
2.1.2 Ο αυνανισμός .....	21
2.1.3 Η ομοφυλοφιλία.....	22
2.1.4 Οι φάσεις των εφηβικών σχέσεων .....	23
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ :ΚΙΝΔΥΝΟΙ</b>	
3.1.1 Οι Κίνδυνοι από την έναρξη σεξουαλικών σχέσεων.....	26
3.1.2 Ψυχικές και Συναισθηματικές Συνέπειες από την πρόιμη έναρξη σεξουαλικών επαφών .....	26
3.1.3 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.....	30
3.1.4 Εφηβική Εγκυμοσύνη .....	35
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΥΗΣΗ</b>	
1.1 Η εφηβική εγκυμοσύνη ως ιατρικό φαινόμενο .....	37
1.1.2 Ορισμός εφηβικής κύησης.....	42
1.1.3 Συμπτώματα.....	43

1.2 Οι επιπτώσεις από την ανακάλυψη και την αποκάλυψη της κύησης στη ζωή μιας έφηβης .....	43
--	----

1.2.2 Ψυχολογικές Συνέπειες.....	45
----------------------------------	----

1.2.3 Κοινωνικές Συνέπειες .....	45
----------------------------------	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

2.1 Τα αίτια επιπολασμού του φαινομένου της εφηβικής κύησης .....	47
---	----

2.2 Η αντισύλληψη στην Ελλάδα .....	48
-------------------------------------	----

2.2.2 Οι μέθοδοι αντισύλληψης.....	50
------------------------------------	----

2.3 Οι πηγές πληροφόρησης των εφήβων σχετικά με την σεξουαλική συμπεριφορά τους στην Ελλάδα.....	51
--	----

2.3.2 Η οικογένεια.....	51
-------------------------	----

2.3.3 Το σχολείο .....	52
------------------------	----

2.3.4 Η παρέα συνομηλίκων .....	52
---------------------------------	----

2.3.5 Η τηλεόραση και ο τύπος .....	53
-------------------------------------	----

2.3.6 Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης .....	53
---------------------------------------	----

2.4 Η εγκυμοσύνη ανήλικων κοριτσιών ως επιταγή σε κανόνες συγκεκριμένων ατόμων, ομάδων ή πεποιθήσεων .....	53
--	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΙΑΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

3.1 Το δίλημμα της τελικής απόφασης της έφηβης κυοφορούσας.....	55
---	----

3.1.2 Άμβλωση.....	55
--------------------	----

3.1.2.α Νομοθεσία στην Ελλάδα για τις Αμβλώσεις .....	57
---	----

3.1.2.β Οι επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία μετά την άμβλωση .....	63
---	----

3.1.2.γ Οι κοινωνικές επιπτώσεις.....	64
---------------------------------------	----

3.2 Ο δρόμος προς τον τοκετό .....	64
------------------------------------	----

3.2.2 Οι κίνδυνοι της εφηβικής εγκυμοσύνης για την υγεία της μητέρας και του νεογνού .....	66
--	----

3.2.3 Οι οικονομικές συνέπειες .....	67
--------------------------------------	----

3.2.4 Οι κοινωνικές συνέπειες.....	67
------------------------------------	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

4.1 Μέτρα παρέμβασης απέναντι στην αύξηση του φαινομένου της εφηβικής κήσης .....	69
4.1.2 Η σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση .....	70
4.1.3 Ο οικογενειακός προγραμματισμός .....	72
4.1.4 Προγράμματα στην Πρωτοβάθμια Υγεία .....	76
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ</b> .....	84
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b> .....	84
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	86

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος του Εργαστηρίου της Ιατρικής και Ιατρικής Ηθικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών: «**Ιστορία, Ηθική και Κοινωνιολογία της Ιατρικής**»

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα αναπληρωτή Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής Λευκωσίας και Επισκέπτη Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ κύριο **Ευάγγελο Μακράκη** για την αμέριστη βοήθεια και την πολύτιμη καθοδήγηση του κατά την εκπόνηση της εργασίας μου. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής για την αξιολόγηση της εργασίας μου, και βέβαια την υπεύθυνη του Μεταπτυχιακού Προγράμματος κ. Μαριάννα Καραμάνου.

Τέλος ,θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον υιό μου Παναγιώτη ,την οικογένεια και τους φίλους μου για την ψυχολογική υποστήριξη και κατανόηση που έδειξαν όλον αυτόν τον καιρό για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία ερευνά το φαινόμενο της εφηβικής εγκυμοσύνης στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας. Πιο συγκεκριμένα ,επιχειρήθηκε μέσα από τη μελέτη της εφηβείας ,των χαρακτηριστικών της και των εξελίξεων που συμβαίνουν κατά την περίοδο αυτή ,η προσέγγιση και η κατανόηση του φαινομένου των εφηβικών κνήσεων γενικότερα.Έπειτα η ανάλυση στράφηκε προς τη μελέτη της εφηβικής εγκυμοσύνης συγκεκριμένα στην Ελλάδα. Αναζητήθηκαν και αναλύθηκαν τα αίτια αύξησης του φαινομένου , οι επιλογές που δίνονται στην έφηβη για την εξέλιξη της εγκυμοσύνης καθώς και οι συνέπειες αυτών. Τέλος ,τονίστηκε η σημασία της πρόληψης στη μείωση επιπολασμού του φαινομένου. Συμπερασματικά. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η κακή αντισυλληπτική συμπεριφορά που επιδεικνύουν οι έφηβοι στις σεξουαλικές τους σχέσεις είναι ο κύριος λόγος αύξησης του φαινομένου στη χώρα και η συμπεριφορά αυτή οφείλεται στην ελλιπή σεξουαλική τους διαπαιδαγώγηση .

Λέξεις κλειδιά: εφηβεία, σεξουαλικότητα, εφηβική εγκυμοσύνη, αντισύλληψη, τοκετός, άμβλωση, πρόληψη

## ABSTRACT

This thesis investigates the phenomenon of teenage pregnancy in the context of the Greek reality. More specifically, through the study of adolescence, its characteristics and the developments that occur during this period, it was attempted to approach and understand the phenomenon of teenage pregnancies in general. Then, the analysis turned to the study of teenage pregnancy particularly in Greece. The reasons for the observed increase in the phenomenon, the options given to the teenage girl for the established pregnancy as well as their consequences, were researched and analyzed. Finally, the importance of prevention in reducing the prevalence of the phenomenon was emphasized. In conclusion. The results show that the inappropriate contraceptive behavior adopted by teenagers in their sexual relationships is the main reason for the increase in the phenomenon in the country and this behavior is mainly due to the lack of sexual education.

**Key words:** adolescence, sexuality, teenage pregnancy, contraception, childbirth, abortion, prevention

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η **εφηβεία** είναι η περίοδος που παρεμβάλλεται μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενηλικίωσης, η οποία συνοδεύεται από αλλαγές βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές. Ενώ οι έφηβοι θεωρούνται υγιή άτομα παρατηρείται ότι συχνά εκθέτουν τους εαυτούς τους σε κινδύνους που ενίοτε είναι πιθανό να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο. <sup>(1)(10)</sup>

Ένας από τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι είναι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Το φαινόμενο της **εφηβικής εγκυμοσύνης** είναι ένα δημόσιο ζήτημα υγείας με συνέπειες οικονομικές και κοινωνικές για τα άτομα, τις οικογένειες τους, τις κοινότητες και την ευρύτερη κοινωνία. Πάρα το γεγονός ότι το φαινόμενο των εφηβικών κυήσεων παρατηρείται συχνότερα στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν πρέπει να αγνοηθεί η συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου και στις αναπτυγμένες χώρες. <sup>(2)</sup>

Το μεγαλύτερο μέρος των εφηβικών κυήσεων καταλήγουν σε αμβλώσεις σύμφωνα με τον ΠΟΥ. Έχει παρατηρηθεί ότι στις δυτικοευρωπαϊκές και αγγλόφωνες χώρες, οι μισές αμβλώσεις πραγματοποιούνται από νεαρές, ανύπαντρες γυναίκες με στόχο να καθυστερήσουν την τεκνοποίηση ενώ στις Ανατολικές χώρες της Ευρώπης και στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι αμβλώσεις πραγματοποιούνται κατά κύριο λόγο από παντρεμένες γυναίκες που δεν επιθυμούν επόμενες γεννήσεις παιδιών. <sup>(3)</sup>

Στην Ελλάδα δύο σημαντικές εξελίξεις συνέβαλαν στον περιορισμό των ανεπιθύμητων κυήσεων: Η ίδρυση των πρώτων κλινικών Οικογενειακού Προγραμματισμού το 1980 και η Νομοθεσία για τις Αμβλώσεις το 1986.

Παρότι το ελληνικό κράτος έλαβε κάποια προληπτικά μέτρα απέναντι στις εφηβικές κυήσεις και τις επακόλουθες αμβλώσεις, το έργο του χρήζει βελτιώσεων. <sup>(4)</sup>

## ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προσεγγιστεί μέσω της διαθέσιμης βιβλιογραφίας το φαινόμενο της εφηβικής εγκυμοσύνης στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας και να αποσαφηνιστεί ο ρόλος του Κράτους απέναντι στον επιπολασμό του φαινομένου.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε κατά τη διεξαγωγή της ερευνητικής αυτής εργασίας είναι η **βιβλιογραφική ανασκόπηση** τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, οι πηγές που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα αυτή είναι βιβλία (ελληνικά και ξενόγλωσσα

μεταφρασμένα) και επιστημονικά περιοδικά και άρθρα τα οποία αναζητήθηκαν μέσω των μηχανών αναζήτησης **Google Scholar, Pubmed, Scopus και Academia.**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΕΦΗΒΕΙΑ

### 1.1.Το πέρασμα από την παιδική στην εφηβική ηλικία

Κάθε άνθρωπος έχει 46 χρωμοσώματα. Τα 44 από τα 46 χρωμοσώματα είναι σωματικά χρωμοσώματα που προκύπτουν από την σύζευξη των 22 σωματικών χρωμοσωμάτων του σπερματοζωαρίου με τα 22 σωματικά χρωμοσώματα του ωαρίου και τα άλλα 2 χρωμοσώματα είναι φυλετικά. Ο καθορισμός του φύλου των ατόμων συμβαίνει κατά τη στιγμή της σύλληψης τους, όταν το σπερματοζωάριο με φυλετικό χρωμόσωμα X ή Y γονιμοποιήσει ωάριο με φυλετικό χρωμόσωμα X.Αν το σπερματοζωάριο με χρωμόσωμα X γονιμοποιήσει ωάριο χρωμοσώματος X ,τότε θα προκύψει έμβρυο θήλυ και άρα θα γεννηθεί κορίτσι. Αν το σπερματοζωάριο με χρωμόσωμα Y γονιμοποιήσει ωάριο X χρωμοσώματος τότε θα προκύψει έμβρυο άρρεν και άρα θα γεννηθεί αγόρι.<sup>(5)</sup>

Έως την 5<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης οι γεννητικοί αδένες (γονάδες) είναι ίδιοι και στα δύο φύλα .Από την 6<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης και ύστερα οι γεννητικοί αδένες διαφοροποιούνται και έτσι έχουμε την ανάπτυξη των όρχεων στο έμβρυο άρρεν (γενετικού φύλου XY)και την ανάπτυξη των ωοθηκών στο έμβρυο θήλυ(γενετικού φύλου XX)<sup>(6)(7)</sup>Από την 12η εβδομάδα κύησης ξεκινάει να αναπτύσσεται στο θηλυκό έμβρυο ο κόλπος και τα έξω γεννητικά όργανα. Παράλληλα με την ανάπτυξη του γεννητικού συστήματος στην ενδομήτρια ζωή συμβαίνει και η ανάπτυξη του ουροποιητικού συστήματος.<sup>(7)</sup>

Στη νεογνική και παιδική ηλικία, παρατηρείται ότι στα όργανα του γεννητικού συστήματος των ατόμων απουσιάζει η ορμονική δραστηριότητα .Τα παιδιά ,πριν την εφηβεία, δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου. Τα σώματά τους είναι ανώριμα χωρίς διακριτές φυλετικές διαφορές.<sup>(8)</sup>Οι καθοριστικές μορφολογικές και λειτουργικές μεταβολές του γεννητικού συστήματος καθώς και των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου συμβαίνουν κατά την εφηβική περίοδο

Η παιδική ηλικία είναι επίσης συνυφασμένη με την γονεϊκή εξάρτηση και τους στενούς οικογενειακούς δεσμούς.<sup>(9)</sup> Από τη στιγμή της γέννησης του το παιδί χρειάζεται τους γονείς του προκειμένου να επιβιώσει. Ακόμη και η συμπεριφορά του καθορίζεται από τους ηθικούς κώδικες και τις στάσεις των γονέων .Βάσει αυτών αναγνωρίζει το σωστό και το λάθος ,το καλό και το κακό .Αυτό συμβαίνει γιατί η πνευματική του ανάπτυξη δεν του επιτρέπει να κατανοήσει το ίδιο τις έννοιες αυτές.<sup>(11)</sup>

Το πέρασμα από την παιδική ηλικία στο ενδιάμεσο στάδιο της εφηβείας πρόκειται να επιφέρει πλήθος αναπτυξιακών αλλαγών.<sup>(12)</sup>

### 1.1.2 Χαρακτηριστικά της εφηβείας

Η εφηβεία είναι το στάδιο που παρεμβαίνει ανάμεσα στην παιδική ηλικία και την ενηλικίωση.  
(10) Η περίοδος της εφηβείας χαρακτηρίζεται από **βιολογικές και σωματικές αλλαγές** καθώς και από μεταβολές σε **ψυχολογικό ,γνωστικό ,κοινωνικό, ηθικό και πνευματικό επίπεδο**. Στο πλήθος αυτών των αναπτυξιακών αλλαγών, ο έφηβος καλείται να προσαρμοστεί και να τις αντιμετωπίσει επιτυχώς. (12)

Οι αναπτυξιακές αυτές αλλαγές που συμβαίνουν στην εφηβεία και αποτελούν κομβικό σημείο στη ζωή του ανθρώπου διαφέρουν από άτομο σε άτομο και από έθνος σε έθνος.(12) (15)Μεταξύ των ατόμων παρατηρούνται διαφορές ως προς την διάρκεια καθώς σε κάποια άτομα η εφηβεία **διαρκεί περισσότερο ενώ σε κάποια άλλα λιγότερο.**(12) **Ο χρόνος έναρξης της εφηβείας** φαίνεται να διαφέρει μεταξύ των φύλων.

Στα **κορίτσια** η έναρξη της εφηβείας φαίνεται να συμβαίνει σε μικρότερη ηλικία(8-12 ετών) από ότι συμβαίνει στα **αγόρια**(9-14ετών).Επίσης τα κορίτσια φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για **πρόωρη είσοδο στην εφηβεία** ενώ τα αγόρια διατρέχουν τον κίνδυνο για **καθυστερημένη είσοδο στην εφηβεία.**(13)(14)

Μεταξύ των εθνικοτήτων παρατηρούνται διαφορές ως προς την ηλικία έναρξης της εφηβείας. Για παράδειγμα η εφηβεία στις Αφρό-Αμερικανές και Μεξικό-Αφρικανές ξεκινάει νωρίτερα από τα κορίτσια της λευκής φυλής και αυτό μπορεί να οφείλεται στις διαφορές στο Δείκτη Μάζας Σώματος .(16)

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι και για τα αγόρια και τα κορίτσια έχει μειωθεί η ηλικία έναρξης της εφηβείας (2 χρόνια νωρίτερα κατά μέσο όρο) ενώ η διάρκεια της έχει αυξηθεί συγκριτικά με το παρελθόν.(17)

### 1.1.3 Τα στάδια της εφηβείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO),η φάση της εφηβείας ορίζεται ηλικιακά από τα 10 έως τα 19 έτη ενώ σύμφωνα με την Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία (AAP) η εφηβική περίοδος ξεκινάει από τα 11 έως τα 21 έτη.

Στην πλειονότητα των χωρών, τα άτομα νομικά αναγνωρίζονται ως ενήλικες από τα 18 έτη .Βάσει αυτών ,μπορούμε να διακρίνουμε τρία στάδια στη διάρκεια της εφηβικής περιόδου:(18)  
(10)

- ❖ **Στάδιο Πρώιμης εφηβείας:** 10-14 έτη
- ❖ **Στάδιο Μέσης Εφηβείας :** 15-17 έτη
- ❖ **Στάδιο Όψιμης Εφηβείας :** >17 έτη

### 1.1.4 Η Ήβη

Η Ήβη είναι το ξεκίνημα της εφηβείας. **Πρόκειται για το σύνολο των καθορισμένων βιολογικά διεργασιών όπου τα άτομα μεταβαίνουν στη φάση της βιολογικής ωρίμανσης, έχοντας πλέον την ικανότητα της βιολογικής αναπαραγωγής.**<sup>(19) (20)</sup>

Οι ορμόνες οιστρογόνα και προγεστερόνη είναι υπεύθυνες για πλήθος σωματικών γεγονότων στο κορίτσι, όπως για παράδειγμα της ωοθηλακιορρηξίας, η οποία επιτρέπει την μετέπειτα αναπαραγωγή. Η ορμόνη τεστοστερόνη προκαλεί τη σπερματογένεση καθώς και πλήθος σωματικών αναπτυξιακών μεταβολών στο αγόρι.<sup>(20)</sup>

Η ήβη ξεκινάει με την ενεργοποίηση εκ νέου του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-γονάδες, που επιτυγχάνεται με την εμφάνιση και εγκατάσταση του μοτίβου έκκρισης της εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπίνων (GnRH) από τον υποθάλαμο. Με την επίδραση της GnRH παράγονται και εκλύονται από την υπόφυση οι γοναδοτροπίνες (FSH=ωοθυλακιοτρόπος και LH=ωχρινοτρόπος), οι οποίες είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο της παραγωγής των στεροειδών του φύλου και τα υψηλότερα επίπεδα τους είναι υπεύθυνα για τις σωματικές αλλαγές στην εφηβεία. Στα κορίτσια οι γοναδοτροπίνες ενεργοποιούν τις ωοθήκες να παράγουν τις ορμόνες οιστρογόνα και προγεστερόνη ενώ στα αγόρια οι ίδιες ορμόνες ενεργοποιούν τους όρχεις και τα επινεφρίδια να εκκρίνουν την τεστοστερόνη και άλλα ανδρογόνα.<sup>(16)</sup>

Στην πραγματικότητα, τα οιστρογόνα που θεωρούνται θηλυκή ορμόνη και η τεστοστερόνη που θεωρείται αρσενική ορμόνη υπάρχουν και στα δύο φύλα. Ωστόσο κατά τη διάρκεια της ήβης, παρόλο που και οι δύο ορμόνες αυξάνονται και στα δύο φύλα, η διαφορά έγκειται στο ότι η τεστοστερόνη στους άνδρες αυξάνεται δεκαοχτώ φορές περισσότερο σε σχέση με την παιδική ηλικία ενώ τα οιστρογόνα αυξάνονται οκτώ φορές περισσότερο στις γυναίκες.<sup>(21)</sup>

Τέλος πρέπει να αναφέρουμε ότι τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια παρατηρείται το φαινόμενο της **αδρεναρχής**, δηλαδή της αύξησης της παραγωγής ανδρογόνων από τα επινεφρίδια που έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση τριχοφυΐας στα γεννητικά όργανα.<sup>(7)</sup>

Ο χρόνος έναρξης της ήβης είναι διαφορετικός από άτομο σε άτομο και από έθνος σε έθνος. Ωστόσο η εμφάνιση της ήβης ενδέχεται να επηρεαστεί λόγω:<sup>(15)</sup>

- ο κληρονομικότητας
- ο διατροφής
- ο της γενικότερης κατάστασης της υγείας

- ο των κλιματολογικών συνθηκών
- ο των χρόνιων νοσημάτων

Οι παραπάνω βιολογικές εξελίξεις επιφέρουν μεταβολές σε σωματικό ,σεξουαλικό και συναισθηματικό επίπεδο τόσο στο αγόρι όσο και στο κορίτσι. <sup>(12)</sup>

### **1.1.5 Η Σωματική Ανάπτυξη κατά την εφηβεία**

Την περίοδο της εφηβείας και υπό την επίδραση των ορμονών και στα δύο φύλα προκαλούνται μεταβολές στο γεννητικό τους σύστημα ενώ παράλληλα εμφανίζονται τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου βάσει των οποίων διακρίνονται τα δύο φύλα σε αρσενικό και θηλυκό. <sup>(7)</sup>

**Οι μεταβολές που συμβαίνουν στο αγόρι κατά τη διάρκεια της εφηβείας:** Η ήβη στα αγόρια αρχίζει συνήθως 6 μήνες μετά από την ήβη των κοριτσιών .Το πρώτο σημάδι εισόδου του αγοριού στην εφηβεία είναι η αύξηση του μεγέθους των όρχεων που ξεκινάει στα 10-11 έτη και ολοκληρώνουν την ανάπτυξή τους μεταξύ των 13,5 και 17,5 ετών . <sup>(7)</sup>

Δύο χρόνια μετά ,ξεκινάει και η αύξηση του μεγέθους του πέους η οποία ακολουθεί την ίδια ηλικιακή εξέλιξη με τους όρχεις. <sup>(7)</sup>Το όσχεο παχαίνει και κοκκινίζει. Λίγο πριν την εφηβεία ,στα αγόρια συμβαίνει αυθόρμητα η στύση του πέους.Μόλις μπουν στην εφηβεία ,η στύση συμβαίνει πιο συχνά χωρίς να καταλήγει ακόμα σε εκσπερμάτωση. <sup>(22)</sup>

Στα 13-14 ξεκινάει η εκσπερμάτιση. <sup>(22)</sup> Εκσπερμάτιση είναι ένα αντανακλαστικό φαινόμενο όπου το σπέρμα (το οποίο περιλαμβάνει σπερματοζωάρια και σπερματικό υγρό)βγαίνει προς τα έξω ,ρυθμικά και διακεκομμένα από την ουρήθρα, συνοδευόμενο από το φαινόμενο του οργασμού(οι σταδιακά ισχυρές και διακεκομμένες συσπάσεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα,) <sup>(23)</sup> . Η πρώτη φορά που τα αγόρια εκσπερματώνουν γίνεται συνήθως κατά τη διάρκεια του ύπνου, αυθόρμητα και το φαινόμενο αυτό ονομάζεται νυχτερινή ρεύση.Τις αρχικές φορές της εκσπερμάτωσης ,τα σπερματοζωάρια του σπέρματος είναι πιο λίγα ενώ δεν είναι τόσο γόνιμα όσο εκείνα των ενηλικών. <sup>(24)</sup>

Η τρίχωση του εφηβαίου υπό την επίδραση των ανδρογόνων γίνεται αντιληπτή από τα 8 έτη.Έως τα 17 έτη η τρίχωση επεκτείνεται στους μηρούς και την κοιλιά.Στα 10 έτη ξεκινάει η τρίχωση της μασχάλης η οποία ολοκληρώνεται στα 16-18 έτη. Στην ηλικία των 13-14 ετών ξεκινάει η τρίχωση του προσώπου στο επάνω χείλος υπό τη μορφή χνουδιού .Η τρίχωση σε όλο το πρόσωπο ολοκληρώνεται μέχρι τα 15 έτη. <sup>(7)</sup>

Στα 11-13 έτη των αγοριών το μέσος ύψος των αγοριών είναι μικρότερο από το μέσο ύψος των κοριτσιών. <sup>(7)</sup> Στα 2 με 3 έτη που διαρκεί η αναπτυξιακή έκρηξη το αγόρι είναι πιθανό να ψηλώσει 23 εκατοστά. <sup>(26)</sup>

Οι ώμοι διευρύνονται ενώ ο λαιμός τους γίνεται πιο μυώδης. Επιπλέον το λίπος τους μειώνεται με αποτέλεσμα να φαίνεται ότι έχουν περισσότερους μυς και γωνίες συγκριτικά με τα κορίτσια.<sup>(27)</sup>

Η μυϊκή δύναμη των αγοριών αυξάνεται και αυτό παρατηρείται έντονα μετά την περίοδο της ήβης. Επίσης, Η υψηλότερη αρτηριακή πίεση τη στιγμή της συστολής των καρδιακών μυών, οι χαμηλοί παλμοί σε κατάσταση ηρεμίας και η ικανότητα της μεταφοράς οξυγόνου στο αίμα, το οποίο καταφέρνει να εξουδετερώσει τα χημικά που επιφέρουν κούραση την ώρα της άσκησης, οφείλονται στη μεγαλύτερη καρδιά και τους πνεύμονες.<sup>(24)</sup>

Τέλος στα αγόρια αυξάνεται η λιπαρότητα στο δέρμα ενώ εμφανίζεται η ακμή (σπυράκια στο πρόσωπο) λόγω της επίδρασης της τεστοστερόνης. Το δέρμα παχαίνει και γίνεται σκουρότερο. Επίσης, αυξημένη είναι η μυϊκή μάζα τους και μεγαλύτερη είναι η μυϊκή ισχύς τους ενώ ενεργοποιούνται οι ιδρωτοποιοί αδένες όλου του σώματος.<sup>(23)</sup>

### **Οι μεταβολές που συμβαίνουν στα κορίτσια κατά τη διάρκεια της εφηβείας :**

Το πρώτο έναυσμα που σηματοδοτεί την είσοδο στην εφηβική φάση στο κορίτσι είναι η μικρή **διόγκωση των μαστών** λόγω της δράσης των οιστρογόνων που παράγονται στις ωοθήκες. Στην Ελλάδα η ηλικία έναρξης του γεγονότος αυτού είναι τα 8-9 χρόνια. Η ανάπτυξη των μαστών ολοκληρώνεται στα 12 έτη.<sup>(23)</sup>

Παράλληλα σχεδόν με την ανάπτυξη των μαστών συμβαίνει η **τρίχωση του εφηβαίου**, η οποία ξεκινάει στα 8 έτη και τελειώνει στα 15 έτη. Το πρώτο σημείο εμφάνισης αραιής τρίχωσης είναι στα χείλη του αιδοίου. Η παρουσία τριχών αργότερα γίνεται πυκνότερη και επεκτείνεται έως την ηβική σύμφυση<sup>(23)</sup>. Την περίοδο της εμφάνισης της ηβικής τρίχωσης εμφανίζεται και η τρίχωση κάτω από τη μασχάλη.<sup>(22)</sup>

Η διόγκωση των μαστών και η ηβική τρίχωση συνοδεύεται από το **στρογγύλεμα του περιγράμματος του σώματος** και το **πλάτεμα της ηβικής περιοχής**. Τα οστά της λεκάνης διευρύνονται με αποτέλεσμα να γίνεται πιο φαρδιά και στρογγυλεμένη ενώ δημιουργούνται καμπύλες στους γλουτούς και στην κοιλιά λόγω της κατανομής του λίπους σε αυτές τις περιοχές. Το μήκος των οστών των κοριτσιών αυξάνεται, με σημείο κορύφωσης λίγο πριν την εμφάνιση της περιόδου. Τα κορίτσια ψηλώνουν περίπου μέχρι τα 16 έτη.<sup>(22)</sup>

Δύο χρόνια μετά το ξεκίνημα της διόγκωσης των μαστών και ένα χρόνο μετά από την παρουσία της τριχοφυΐας ξεκινάει η **εμμηνορρυσία**. Εμμηνορρυσία σύμφωνα με τον Κρεάτσα“ είναι η περιοδική(περίπου ανά μήνα),έξοδος αίματος (αιμόρροια),από την κοιλότητα της μήτρας, η οποία αρχίζει μεταξύ του 11<sup>ου</sup> και του 15<sup>ου</sup> έτους της γυναίκας(εμμηναρχή) και σταματάει μεταξύ του 45<sup>ου</sup> και του 55<sup>ου</sup> έτους (εμμηνόπαυση).Ο χρόνος από την έναρξη της περιόδου μέχρι την παύση της αποτελεί την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας<sup>(25)</sup>.

Το ξεκίνημα της εμμήνου ρύσης ανά μήνα αποτελεί το τέλος ενός εμμηνορροϊκού κύκλου και την έναρξη ενός νέου. Η επανάληψη αυτή της κυκλικής διαδικασίας συμβαίνει από την περίοδο της ήβης μέχρι την εμμηνόπαυση και στόχο έχει τη γονιμοποίηση.

Η «ιδανική» συχνότητα της περιόδου είναι κάθε 28 μέρες. Όμως τα πρώτα χρόνια μετά από την εμφάνιση της πρώτης περιόδου παρατηρείται αστάθεια στη συχνότητα εμφάνισης της εμμηνορροϊκής λόγω της ανωριμότητας του άξονα των εφήβων κοριτσιών. Πολλές γυναίκες και αργότερα παρατηρείται ότι εμφανίζουν αστάθεια, εξαιτίας όμως της επιρροής είτε στρεσογόνων παραγόντων είτε συναισθηματικών διακυμάνσεων είτε απότομων κλιματικών αλλαγών. Η διάρκεια της περιόδου είναι συνήθως 3-5 μέρες ενώ σε κάποιες γυναίκες διαρκεί 1-8 μέρες.<sup>(25)</sup>

Τα γεννητικά όργανα κατά την εφηβεία μεταβάλλονται συνεχώς. Το **εφήβαιο** είναι πλέον διακριτό. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποκρύπτονται λόγω της ανάπτυξης των μεγάλων χειλιών. Ανάπτυξη παρατηρείται επίσης στα μικρά χείλη και στην κλειτορίδα. Το μέγεθος της **μήτρας** ξεκινά να αλλάζει στην ηλικία των 10-12 ετών και στα 18 έτη έχει διπλασιαστεί. Τέλος παρατηρείται πάχυνση στο τοίχωμα του **κόλπου** ο οποίος τώρα αποκτά κόκκινο χρώμα.<sup>(22)</sup>

Στα κορίτσια εμφανίζεται επίσης η ακμή ως απόρροια της ανάπτυξης των σημηματογόνων αδένων και ενεργοποιούνται οι ιδρωτοποιοί αδένες που βρίσκονται σε όλο το σώμα.<sup>(8)</sup>

### **1.1.6 Η Ψυχική Κατάσταση κατά την εφηβεία**

Η εφηβεία είναι η περίοδος έντονων ψυχολογικών προκλήσεων. Μια σημαντική ψυχολογική πρόκληση είναι η **προσπάθεια διαμόρφωσης της προσωπικής ταυτότητας** του εφήβου. Για να αναπτύξουν οι έφηβοι την προσωπική τους ταυτότητα θα πρέπει να καταφέρουν να ενσωματώσουν τα ατομικά χαρακτηριστικά που έχουν αποκτήσει από τη στιγμή της γέννησης τους με τις σεξουαλικές ικανότητες και τις διαπροσωπικές σχέσεις που προκύπτουν.<sup>(28)</sup>

Στην εφηβεία, η διαδικασία διαμόρφωσης της προσωπικής ταυτότητας έχει ως επακόλουθο την **εξατομίκευση**. Τα άτομα δηλαδή ανεξαρτητοποιούνται από τους γονείς και την οικογένεια, μειώνεται το δέσιμο που είχαν με αντικείμενα που τα θεωρούσαν σημαντικά ενώ παρατηρείται συνεχώς αυξημένη η ικανότητα της απόκτησης ενήλικων ρόλων.<sup>(29)</sup> Οι έφηβοι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους πάντοτε σε σχέση με τους άλλους ενώ παράλληλα προσπαθούν να διαχωρίσουν τον εαυτό τους από τους άλλους, βάζοντας όρια.<sup>(30)</sup> Η ομαλή ένταξη τους στην κοινωνία των ενηλίκων προϋποθέτει την ισορροπία μεταξύ αυτών των δύο καταστάσεων. Η μη επίτευξη ισορροπίας επιφέρει κλονισμό στην ψυχολογία τους.<sup>(31)</sup> Στην προσπάθεια συγκρότησης της προσωπικής τους ταυτότητας οι έφηβοι έχουν να διαχειριστούν

πλήθος εμπειριών ,αναμετρήσεων και καταστάσεων ενώ παράλληλα πρέπει να προσαρμοστούν στο πλήθος των αναπτυξιακών αλλαγών. Αυτές οι εξελίξεις επιφέρουν στα άτομα **άγχος** και **ανησυχία** .Η μη αποδοχή των αλλαγών αυτών και μη προσαρμογή και αφομοίωσή τους έχουν ως αποτέλεσμα οι νέοι να γίνονται αντιδραστικοί και με συναισθηματικά έντονες διακυμάνσεις. Διάφορα ερεθίσματα που για τους ενήλικες δεν έχουν συναισθηματική βαρύτητα ,στους έφηβους μπορεί να προκαλέσουν **ενθουσιασμό, θλίψη ,θυμό, αμηχανία και μελαγχολία** .Επίσης ,επειδή συχνά κατακλύζονται από αισθήματα ντροπής και μίσους για τον εαυτό τους και αισθάνονται γελοιοποιημένοι και ταπεινωμένοι ,αναπτύσσουν αμυντικούς μηχανισμούς. Τέτοιοι μηχανισμοί άμυνας είναι η αυτοπροβολή ,η άρνηση, η αποκήρυξη και παλινδρόμηση. Ανάρμοστες συμπεριφορές μπορεί να οφείλονται σε αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς. <sup>(32)</sup>

Μεγάλο κομμάτι της **προσωπικής ταυτότητας** των ατόμων δημιουργείται μαζί με την **συγκρότηση της εθνικής ταυτότητας** .Ιδιαίτερα τα παιδιά που προέρχονται από μειονότητες φαίνεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την διαδικασία συγκρότησης προσωπικής ταυτότητας .<sup>(33)</sup>Προκειμένου να κατορθώσουν να σχηματίσουν την εθνική τους ταυτότητα ,οι έφηβοι περνάνε από τα εξής στάδια:

1. *Στάδιο επεξεργασίας της εθνικής ταυτότητας:* Εδώ το παιδί αποδέχεται τις αξίες και τις στάσεις του κυρίαρχου πολιτισμού .Αν όμως οι αξίες της κυρίαρχης κουλτούρας στρέφονται κατά της ομάδας του τότε είναι πιθανόν να στραφεί εναντίον της . <sup>(33)</sup>
2. *Στάδιο αναζήτησης της εθνικής ταυτότητας :*Στο στάδιο αυτό ο νέος μετά από ένα γεγονός που τον συγκλόνησε και τον έκανε να αισθανθεί την απόρριψη και την ταπείνωση λόγω της εθνικής του καταγωγής ,αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι ανήκει σε μια ομάδα. <sup>(33)</sup>Στη συνέχεια, ο έφηβος στρέφεται στο να αναζητήσει την εθνοτική του ταυτότητα ,μέσα από την εύρεση πληροφοριών σχετικά με την κουλτούρα της ομάδας του ενώ αρχίζει να αναπτύσσει συναισθήματα θυμού και οργής απέναντι στην κυρίαρχη κουλτούρα. <sup>(34)</sup>Η γνώση της κουλτούρας της εθνοτικής του ομάδας ,του δημιουργεί έντονη συναισθηματική φόρτιση γεγονός που μπορεί να τον οδηγήσει στο να εμπλακεί σε κινήματα πολιτικά και κοινωνικά που ασχολούνται με ζητήματα σχετικά με την ομάδα. <sup>(33)</sup>
3. *Στάδιο απόκτησης εθνικής ταυτότητας:* Στο τελικό αυτό στάδιο ο νέος έχει κατορθώσει να διαμορφώσει την εθνική του ταυτότητα και πλέον έχει αποκτήσει θετική εικόνα για τον εαυτό του. <sup>(33)</sup>

Η διαμόρφωση της **επαγγελματικής ταυτότητας** αποτελεί ακόμη μια σημαντική πλευρά της προσωπικής ταυτότητας των εφήβων .Η επαγγελματική ταυτότητα αφορά στην αναζήτηση της

κλίσης και του επαγγέλματος που θα τους εξασφαλίσει την επιβίωση και θα τους προσδώσει μετέπειτα έναν επιπρόσθετο ρόλο, τον επαγγελματικό. <sup>(35)</sup>

### ***1.1.7 Τα Κοινωνιολογικά γνωρίσματα των εφήβων***

Κατά την περίοδο της εφηβείας, μαζί με την συγκρότηση της προσωπικής ταυτότητας του το άτομο προσπαθεί να ενταχθεί στην κοινωνία βάσει της οποίας καλείται να προσαρμόσει τη συμπεριφορά του. Ωστόσο η προσαρμογή στις κοινωνικές προσδοκίες αποτελεί μια σημαντική πρόκληση για τον έφηβο στην οποία οφείλει να ανταπεξέλθει προκειμένου να μεταβεί στην ενηλικίωση. <sup>(36)</sup> Οι περισσότεροι έφηβοι όπως αναφέραμε αυτή την περίοδο επιδιώκουν την ανεξαρτησία τους από το οικογενειακό πλαίσιο. Ο έλεγχος από τους γονείς μειώνεται. Ο χρόνος που περνάνε οι έφηβοι με τους γονείς μειώνεται επίσης. <sup>(37)</sup> Ωστόσο η επιρροή των γονέων εξακολουθεί να υπάρχει. <sup>(36)</sup>

Η ανάγκη για ανεξαρτησία τους οδηγεί στη σύναψη σχέσεων με τους συνομηλίκους. <sup>(38)</sup> Οι έφηβοι αυτή την περίοδο, στρέφονται προς τη δημιουργία σχέσεων με τους συνομήλικους τους περισσότερο από ποτέ. Στην αρχή δημιουργούν φιλίες με άτομα του ίδιου φύλου βάσει κοινών ενδιαφερόντων. Όσο προχωράει η εφηβεία, η οικειότητα και η αφοσίωση γίνεται βασικό κριτήριο επιλογής φίλων. Σε αυτούς τους φίλους εκμυστηρεύονται πιο προσωπικά ζητήματα, προσδιορίζουν τον εαυτό τους και διερευνούν την προσωπική τους ταυτότητα. <sup>(39)</sup> Οι έφηβοι προχωρούν σε αποκαλύψεις πιο προσωπικές μεταξύ τους κυρίως για λόγους ψυχολογικής ενθάρρυνσης ενώ αναζητούν λύσεις στα προβλήματά τους έπειτα από μακροσκελείς συζητήσεις προκειμένου να κατανοηθεί η φύση των προβλημάτων αυτών. <sup>(40)</sup>

Η επιλογή των φίλων στην εφηβεία βασίζεται κυρίως στην *ομοιότητα* που εμφανίζουν με κάποιους συνομήλικους αλλά και στην *ανομοιότητα* που εμφανίζουν με κάποιους άλλους. Η ανομοιότητα τους αποτρέπει στο να συνάψουν φιλίες με τέτοια άτομα ενώ μπορεί να οδηγήσει και σε συγκρουσιακές καταστάσεις. <sup>(41)</sup> Τέλος υπάρχουν έφηβοι που παθητικά δέχονται φιλίες που δεν αποτελούν την πρώτη τους επιλογή. Η φιλία αυτή στο τέλος λήγει άδοξα και το άτομο καταλήγει με άτομα που πραγματικά επιθυμεί. <sup>(42)</sup>

Η *δημοτικότητα* είναι επίσης κριτήριο επιλογής φίλων στην εφηβεία. Η δημοτικότητα βασίζεται στη φήμη που έχει κάποιος, η οποία αντανακλά τις αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με την θέση και την κυριαρχία που θεωρείται ότι κατέχει το άτομο στην ομάδα. <sup>(43)</sup>

Τα μέλη των ομάδων συνομηλίκων οφείλουν να συμμορφώνονται προς τους κανόνες της ομάδας καθώς και να υιοθετούν συγκεκριμένους ρόλους που τους αποδίδονται. Με την αποδοχή του νέου ρόλου από τον έφηβο, η ομάδα αναμένει και την αντίστοιχη συμπεριφορά και δράση. Η συμμόρφωση προς τους κανόνες της ομάδας κάνει τον έφηβο να αποστερείται τις δικές του



αποφάσεις και να αποδέχεται τους κανόνες αυτούς σαν δικούς του. Αυτή η εξέλιξη εγκυμονεί τον κίνδυνο υιοθέτησης ριψοκίνδυνων συμπεριφορών στην προσπάθεια να αποδείξουν την πίστη τους στην ομάδα.<sup>(44)</sup>

Η πίεση της ομάδας συνομηλίκων πέρα από τον αρνητικό αντίκτυπο έχει και θετική επίδραση. Η βελτίωση της ποιότητας της ζωής των εφήβων μέσω της θετικής επιρροής σε τομείς όπως η σχολική απόδοση και η μείωση του κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης μέσα από την ανάπτυξη δεσμών φιλίας συμβάλλουν στην βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας στην ενήλική ζωή των ατόμων.<sup>(45)</sup> Επιπλέον, τα άτομα με την είσοδο του σε παρέες ομηλικών μαθαίνουν να συνεργάζονται με τους άλλους ενώ παράλληλα αναπτύσσουν κοινωνικές δεξιότητες και τρόπους κατανόησης των άλλων. Τέλος μέσα από τη σύνδεση των εφήβων με συνομηλικούς επιτυγχάνεται η κατασκευή της κοινωνικής ταυτότητας τους. Τα άτομα μέσα από τις συγκρίσεις με συνομήλικα άτομα και ανάλογες εμπειρίες καταφέρνουν να αναγνωρίσουν τα ατομικά τους προσόντα.<sup>(44)</sup>

Η ύπαρξη στενών φίλων επίσης επηρεάζει θετικά την προσωπικότητα του εφήβου αλλά επιδρά καθοριστικά και στην κοινωνική του ανάπτυξη. Οι έφηβοι βλέπουν στα μάτια των στενών τους φίλων ένα σύμμαχο και αυτό έχει θετικό αντίκτυπο στην ψυχολογική τους κατάσταση, στην κοινωνική τους αποδοχή από τους συνομηλικούς αλλά και στην σχολική τους απόδοση.<sup>(46)</sup>

Όσο περνάει η εφηβεία τόσο οι σχέσεις με τους συνομήλικους γίνονται πιο περίπλοκες. Νέοι τύποι σχέσεων εμφανίζονται όπως οι ρομαντικές σχέσεις και η δημιουργία παρεών.<sup>(47)</sup> Ρομαντικές σχέσεις στην εφηβεία είναι αυτές που περιέχουν αμοιβαία συναισθήματα στοργής, που συνήθως συνδυάζονται με συχνές εκούσιες σεξουαλικές αλληλεπιδράσεις.<sup>(48) (49)</sup>

Έτσι μπορούμε να πούμε ότι οι φιλίες της πρώιμης εφηβείας βάσει του ίδιου φύλου πρώτα αντικαθίστανται από τη δημιουργία ομάδων συνομηλικών κατά τη μέση εφηβεία, οι οποίες ομάδες συνομηλικών θα αντικατασταθούν στην όψιμη εφηβεία με τις δυαδικές ρομαντικές σχέσεις.<sup>(50)</sup>

Η νοητική ανάπτυξη των εφήβων τέλος έχει επιφέρει μια πολύ σημαντική εξέλιξη στην αντίληψη των ατόμων για τομείς που επηρεάζουν και ρυθμίζουν την κοινωνική ζωή όπως οι νόμοι και ο κοινωνικός έλεγχος ενώ πλέον έχουν την ικανότητα να αντιληφθούν την ύπαρξη κοινωνικών προβλημάτων. Οι νέοι όσο προχωράει η εφηβεία διαμορφώνουν αφηρημένες αντιλήψεις για τους νόμους και κρίνουν θετικά την ύπαρξη των νόμων.<sup>(51)</sup> Όμως στο ζήτημα της επίλυσης των κοινωνικών προβλημάτων όπως η φτώχεια, η ανεργία και οι φυλετικές διακρίσεις, βλέπουμε μια τελείως απορριπτική τάση απέναντι στην ικανότητα αυτή των

πολιτικών συστημάτων.<sup>(52)</sup> Παράλληλα ,επειδή βρίσκονται στη φάση που προσπαθούν να προσδιορίσουν τον εαυτό τους σε σχέση με τις πεποιθήσεις της γενιάς των γονιών τους είναι επιρρεπής στο να έλκονται από ιδεολογίες που υπόσχονται επίλυση των προβλημάτων που μαστίζουν την κοινωνία των ενηλίκων.<sup>(53)</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

### 2.1 Η σεξουαλικότητα κατά την εφηβεία

Η σεξουαλικότητα ,σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι "... Μια κεντρική πτυχή της ανθρώπινης ύπαρξης καθ 'όλη τη διάρκεια της ζωής που περιλαμβάνει το σεξ, τις ταυτότητες και τους ρόλους των φύλων, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τον ερωτισμό, την ευχαρίστηση, την οικειότητα και την αναπαραγωγή. Η σεξουαλικότητα βιώνεται και εκφράζεται σε σκέψεις, φαντασιώσεις, επιθυμίες, πεποιθήσεις, στάσεις, αξίες, συμπεριφορές, πρακτικές, ρόλους και σχέσεις. Ενώ η σεξουαλικότητα μπορεί να περιλαμβάνει όλες αυτές τις διαστάσεις, δεν βιώνονται ή εκφράζονται πάντα όλες. Η σεξουαλικότητα επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών, πολιτιστικών, νομικών, ιστορικών, θρησκευτικών και πνευματικών παραγόντων». <sup>(54)</sup>

Η ανάπτυξη της σεξουαλικότητας ξεκινάει από την πρώτη στιγμή που ο άνθρωπος έρχεται στη ζωή και αποτελεί μέρος της προσωπικότητας του. Η πλευρά αυτής της προσωπικότητας ολοκληρώνεται αφού προηγηθεί η διανοητική ,η κοινωνικοσυναισθηματική και πνευματική ανάπτυξή του.<sup>(55)</sup>

Κατά την **βρεφική ηλικία** παρατηρείται η πρώτη έκφραση της σεξουαλικότητας μέσα από την διαδικασία του θηλασμού και της επαφής με το σώμα της μητέρας(**στοματικό στάδιο κατά Freud**) .Ο θηλασμός, πέρα από την ανάγκη για αυτοσυντήρηση του παιδιού , του προσφέρει ταυτόχρονα ικανοποίηση ενώ αποτελεί την πρώτη του ερωτική εμπειρία. **Στην ηλικία των 3-4 ετών** το νήπιο ξεκινάει πλέον να ελέγχει τους σφιγκτήρες της ούρησης και της αφόδευσης(**πρωκτικό στάδιο κατά Freud** ).Η σεξουαλική ικανοποίηση του νηπίου προκύπτει μέσω του πρωκτού. Αντικείμενο της σεξουαλικής επιθυμίας του αποτελεί το δικό του σώμα. <sup>(55)</sup>

**Στην ηλικία των 3-7 ετών (φαλλικό στάδιο κατά Freud)**το παιδί αισθάνεται ευχαρίστηση ψηλαφίζοντας τα γεννητικά του όργανα ενώ παράλληλα ξεκινάει να παρατηρεί τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα φύλα. Η σεξουαλική έλξη προς τον γονέα του αντίθετου φύλου αντικαθιστά την αυτοερωτική του επιθυμία. Τέλος **στις ηλικίες μεταξύ 6 και 11 ετών**, το παιδί βιώνει μια περίοδο σεξουαλικής ηρεμίας(**στάδιο λανθάνουσας σεξουαλικότητας κατά Freud**).Επιπλέον ,η κοινωνικοποίηση και η ανάπτυξη φιλίων παρατηρείται έντονα στη φάση αυτή. <sup>(55)</sup>

Στην εφηβική ηλικία το νέο άτομο βιώνει την περίοδο της σεξουαλικής αφύπνισης του και της βαθμιαίας ανάληψης του ρόλου του ενεργού σεξουαλικά υποκειμένου. <sup>(56)</sup> Οι ορμονικές εξελίξεις που συμβαίνουν και στα δύο φύλα πέρα από τις σωματικές αλλαγές, επιφέρουν και την αύξηση της σεξουαλικής διέγερσης, της σεξουαλικής επιθυμίας και του σεξουαλικού πόθου. <sup>(57)</sup> Στην προεφηβεία, οι νέοι δημιουργούν κυρίως ισχυρές ομοφυλοφιλικές σχέσεις ενώ εμφανίζονται τα πρώτα ερωτικά συναισθήματα. Στα κορίτσια ξεκινάει η έμμηνος ρύση ενώ τα αγόρια ξεκινούν τις φαντασιώσεις και τον αυνανισμό προκειμένου να ικανοποιήσουν τις σεξουαλικές ορμές τους. <sup>(56)</sup> <sup>(58)</sup> Στη μέση εφηβεία, εμφανίζονται οι παράφοροι έρωτες, οι καταστάσεις έντονου πάθους ενώ οι σχέσεις έχουν μικρή διάρκεια. Στην ύστερη εφηβεία, οι νέοι προχωρούν στη δημιουργία ετεροφυλικών σεξουαλικών σχέσεων εφόσον έχουν συνειδητοποιήσει το ώριμο σεξουαλικά σώμα τους. <sup>(59)</sup>

Στο στάδιο αυτό παρατηρούνται σεξουαλικοί πειραματισμοί με άτομα του ίδιου φύλου και επιλέγεται ο σεξουαλικός προσανατολισμός. <sup>(60)</sup>

Η απόκτηση της έμφυλης ταυτότητας και η οριστικοποίηση του σεξουαλικού προσανατολισμού ολοκληρώνεται στην εφηβική περίοδο. Ως προς την απόκτηση έμφυλης ταυτότητας, ο νέος επιλέγει το φύλο που νιώθει ότι τον αντιπροσωπεύει και όχι απαραίτητα το βιολογικό του φύλο. Ωστόσο υπάρχουν νέοι οι οποίοι νιώθουν ότι κανένα από τα δύο φύλα (αρσενικό-θηλυκό) δεν τους αντιπροσωπεύει (non-binary ή κουίρ άτομα). <sup>(61)</sup>

Ο σεξουαλικός προσανατολισμός αφορά στην ρομαντική ή σεξουαλική ή/και συναισθηματική έλξη ή στην απουσία έλξης που αισθάνεται ένα άτομο προς άλλο άτομο ή άτομα με αυτοκαθορισμένη φυλετική ταυτότητα. <sup>(62)</sup> Έτσι μπορούμε να διακρίνουμε μέσα σε ένα ευρύ φάσμα εκφράσεων του σεξουαλικού προσανατολισμού διάφορες ταυτότητες όπως <sup>(62)</sup>:

- **Ετεροφυλόφιλους:** άτομα που έλκονται ρομαντικά/σεξουαλικά ή συναισθηματικά με άτομα του αντίθετου φύλου.
- **Ομοφυλόφιλους:** άτομα οποιουδήποτε φύλου που έλκονται σεξουαλικά/συναισθηματικά με άτομα του ίδιου φύλου από εκείνο. Μεταξύ των ομοφυλόφιλων ατόμων χρησιμοποιούνται συχνότερα οι όροι :
  - α) Gay: για να περιγράψει άνδρες που έλκονται σεξουαλικά/συναισθηματικά μόνο από άνδρες.
  - β) Λεσβίες: για να περιγράψει γυναίκες που έλκονται σεξουαλικά-συναισθηματικά μόνο από άλλες γυναίκες.
- **Αμφιφυλόφιλους:** άτομα που έλκονται σεξουαλικά ή συναισθηματικά από περισσότερα από ένα άτομα διαφόρων φύλων ή ταυτοτήτων.

- Άφυλους: άτομα που έχουν μερική ή πλήρη έλλειψη σεξουαλικής έλξης ή ενδιαφέροντος για σεξουαλική δραστηριότητα με άλλα άτομα.

Οι έφηβοι προχωρούν στη σύναψη σεξουαλικά ολοκληρωμένων σχέσεων όχι με σκοπό να αναπαραχθούν. Το σεξ για τους έφηβους γίνεται είτε για λόγους ευχαρίστησης ή για λόγους εκτόνωσης και ανακούφισης ή για λόγους επικοινωνίας είτε για λόγους επισφράγισης μιας σχέσης (συναισθηματική ή παθιασμένης) ή ενός έρωτα κ.ο.κ. Η σεξουαλική ολοκλήρωση συμβάλει στην παραδοχή της ταυτότητας από το ίδιο το άτομο και στην αυτονομισή του από την οικογένεια.<sup>(64)</sup>

### 2.1.2 Ο αυνανισμός

**Αυνανισμός** αποτελεί κάθε χάιδεμα ή τρίψιμο των γεννητικών οργάνων με σκοπό την ηδονή. Στην αρχή τα παιδιά ,αγόρια και κορίτσια, ανακαλύπτουν τον αυνανισμό έπειτα από ένα ερέθισμα που δέχονται στα γεννητικά όργανα. Αυτό τους προκαλεί ευχαρίστηση και γι' αυτό το λόγο επαναλαμβάνουν την πράξη. Βέβαια κάποια παιδιά μπορούν να μάθουν να αυνανίζονται από άλλο παιδί ή από κάποιο άλλο μεγαλύτερο άτομο.<sup>(65)</sup>

Στην εφηβεία ,ο αυνανισμός διαφέρει από αυτόν της παιδικής ηλικίας. Οι νέοι αυνανίζονται πλέον πιο συνειδητά ενώ παράλληλα μέσω της πράξης αυτής προσπαθούν να γνωρίσουν και να αγαπήσουν το σώμα τους και να μάθουν τη λειτουργία του .Η γνώση της λειτουργίας του σώματος είναι απαραίτητη ώστε να καταφέρουν να συνάψουν σεξουαλικά ολοκληρωμένες σχέσεις. Εννοείται ότι και στην εφηβεία ο αυνανισμός γίνεται και για λόγους ευχαρίστησης ,όμως η ευχαρίστηση αυτή είναι πιο συνειδητή λόγω της επίδρασης της λειτουργίας του ορμονικού συστήματος το οποίο κατευθύνει τη σεξουαλική λειτουργία.<sup>(66)</sup>

Ο έφηβος αυνανίζεται συχνότερα από τα κορίτσια. Ο αυνανισμός του αγοριού την περίοδο αυτή μπορεί να καταλήξει και σε εκσπερμάτιση. Στη διάρκεια της πράξης του αυνανισμού ή και λίγο νωρίτερα, ο έφηβος σκέφτεται παραστάσεις και εικόνες τα οποία του προκαλούν ηδονή.<sup>(65)</sup> Όσο περνάει η εφηβεία τόσο μειώνεται η πράξη του αυνανισμού και ξεκινάει η έλξη προς άλλα άτομα.<sup>(66)</sup>

Παρατηρείται συχνά κατά την εφηβεία να συμβαίνει η ονειρώξη στα αγόρια. **Ονειρώξη ή νυχτερινή ρεύση(Η ανάπτυξη των εφήβων)** είναι η αυθόρμητη εκσπερμάτιση που συμβαίνει κατά τη διάρκεια του νυχτερινού ύπνου ως αποτέλεσμα του ερεθισμού των γεννητικών οργάνων. Αποτελεί μια φυσιολογική φάση που συμβαίνει λόγω της ορμονικής έκρηξης η οποία προετοιμάζει τον νέο ώστε να εισέλθει ομαλά στην σεξουαλική ζωή.<sup>(65)</sup>

Πολλές φορές ,οι γονείς μόλις αντιληφθούν ότι το παιδί αυνανίζεται, αντιδρούν μαλώνοντας το ή επιβάλλοντας του κάποιου είδους τιμωρίας. Αυτή η συμπεριφορά κάνει το παιδί να

αντιδράσει άσχημα και το οδηγεί στην απομόνωση προκειμένου να πετύχει την απόλαυση που του προσφέρει ο αυνανισμός.<sup>(65)</sup>

Ο αυνανισμός σε κάποιες κοινωνίες ήταν απαγορευμένος καθώς θεωρούταν επικίνδυνος για την υγεία ενώ υπήρχαν διάφορα ταμπού και προκαταλήψεις γύρω από το ζήτημα αυτό. Στη σημερινή εποχή όμως δεν ισχύει κάτι τέτοιο.<sup>(66)</sup> Σήμερα θεωρείται ότι έχει θετική επίδραση στο παιδί αφού το προετοιμάζει ώστε να καταφέρει να προσελκύσει ερωτικά και να αντιμετωπίσει το αντίθετο φύλο. Ο νέος πρέπει να κατανοήσει ότι τα περισσότερα αγόρια που διανύουν την εφηβεία αυνανίζονται όπως και εκείνο και ότι δεν χρειάζεται να αισθάνεται ένοχο για αυτό που κάνει. Ο αυνανισμός αποτελεί μια φυσιολογική φάση της σεξουαλικής ωρίμανσης των ατόμων κατά την εφηβεία.<sup>(65)</sup>

### **2.1.3 Η ομοφυλοφιλία**

Με τον όρο ομοφυλοφιλία αναφερόμαστε στην σεξουαλική έλξη που αισθάνονται τα άτομα με μέλη που ανήκουν στο ίδιο φύλο με εκείνο ή στη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων με άτομα του ίδιου φύλου.<sup>(67)</sup>

Η **ομοφυλοφιλία** ως όρος εισήχθη στην παγκόσμια ιστορία στη δεκαετία του 1860 και έκτοτε τα ομοφυλόφιλα άτομα αποτελούσαν μια ιδιαίτερη κατηγορία ανθρώπων που παρουσίαζαν μια ιδιαίτερη μορφή εκτροπής(Weeks).Οι άνδρες που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία συνεχίζουν να χαρακτηρίζονται ως **ομοφυλόφιλοι** ενώ για τις γυναίκες αυτής της κατηγορίας έχει εισαχθεί ο όρος **λεσβία**.<sup>(68)</sup>

Τα ομοφυλόφιλα άτομα μπορεί να είναι **απόλυτα** δηλαδή να έλκονται σεξουαλικά μόνο από ομόφυλα άτομα αλλά μπορεί να είναι και **αμφιφυλόφιλα** δηλαδή να έλκονται σεξουαλικά και από τα δύο φύλα.<sup>(69)</sup>

Στις ομοφυλοφιλικές σχέσεις παρατηρούνται τρία πρότυπα έκφρασης της ομοφυλοφιλικής συμπεριφοράς<sup>(67)</sup> :

1. Στην πρώτη περίπτωση έχουμε την ενεργητικού τύπου ομοφυλοφιλία όπου το άτομο αναλαμβάνει τον ενεργό σεξουαλικά ρόλο του άνδρα ανεξαρτήτως αν είναι άντρας ή γυναίκα.
2. Στη δεύτερη περίπτωση έχουμε την παθητικού τύπου ομοφυλοφιλία όπου το άτομο αναλαμβάνει τον παθητικό σεξουαλικά ρόλο του θηλυκού είτε είναι άντρας είτε γυναίκα.
3. Στην τρίτη περίπτωση έχουμε τη μεικτού τύπου ομοφυλοφιλία όπου το άτομο αναλαμβάνει άλλοτε τον ενεργό ρόλο και άλλοτε τον παθητικό ρόλο.

Οι βασικότερες ομοφυλοφιλικές πρακτικές είναι ο αυνανισμός, ο σοδομισμός, ο στοματικός ή πρωκτικός έρωτας και η συνουσία κατά την οποία τα γεννητικά όργανα του ενός τρίβονται στους μηρούς του άλλου.<sup>(67)</sup>

Η πρώτη εμφάνιση της ομοφυλοφιλίας παρατηρείται στην παιδική ηλικία όπου το παιδί προσπαθεί να μοιάσει στο γονιό του αντίθετου φύλου.<sup>(55)</sup>

Η εφηβεία είναι μια περίοδος πειραματισμού συμπεριφορών που χαρακτηρίζουν τους ενήλικες. Η σεξουαλική συμπεριφορά αποτελεί πεδίο πειραματισμού των εφήβων. Οι προέφηβοι πειραματίζονται σεξουαλικά με άτομα του ίδιου φύλου, οι περισσότεροι από τους οποίους προσανατολίζονται στη συνέχεια σε σεξουαλικές σχέσεις με ετερόφυλα άτομα. Όμως, υπάρχουν και οι έφηβοι οι οποίοι συνεχίζουν να προσανατολίζονται προς τις ομοφυλόφιλες σεξουαλικές συμπεριφορές.<sup>(70) (71)</sup>

Η συνειδητοποίηση της ομοφυλόφιλης έκφρασης γίνεται στη **μέση εφηβεία** (14-16 έτη). Σύμφωνα με την ψυχοσεξουαλική θεωρία διαμόρφωσης της έμφυλης ταυτότητας σε ομοφυλόφιλους και λεσβίες, ο έφηβος περνάει τα εξής στάδια<sup>(69)</sup>:

- **Σύγχυση ταυτότητας:** Ο/Η έφηβος/η αντιλαμβάνεται ότι τα συναισθήματα και η προσωπικότητα του/της δεν συμβαδίζουν με τα κοινωνικά αποδεκτά πρότυπα.
- **Σύγκριση ταυτότητας:** Ο/Η έφηβος/η, αφού συγκρίνει την συμπεριφορά του/της με τις συμπεριφορές άλλων εφήβων, αντιλαμβάνεται την ύπαρξη ομοφυλοφιλικών τάσεων.
- **Ανοχή ταυτότητας:** Ο/Η έφηβος /η συνειδητοποιεί ότι η συμπεριφορά αυτή είναι πλευρά της προσωπικότητάς του/της.
- **Αποδοχή ταυτότητας:** Ο/Η έφηβος/η αποδέχεται πλέον την ομοφυλόφιλη ταυτότητα του/της ωστόσο δεν την προβάλλει προς τα έξω.
- **Σύνθεση ταυτότητας:** Ο/Η ομοφυλόφιλος/η έφηβος ενσωματώνεται στην κοινωνία.

#### **2.1.4 Οι φάσεις των εφηβικών σχέσεων**

Οι σχέσεις των ανθρώπων είτε με τους γονείς και τα μέλη της οικογένειας τους, είτε με τους συνομήλικους είτε με άτομα που κατέχουν κάποιου είδους εξουσία, κατά την περίοδο της εφηβείας διαφοροποιούνται συνεχώς. Αυτό που χαρακτηρίζει τις σχέσεις των εφήβων είναι η προσωρινότητα, η ρευστότητα και ευμεταβλητότητα. Αυτά είναι λογικό να συμβαίνουν εφόσον οι έφηβοι στη φάση αυτή συνεχώς εξερευνούν, αναζητούν και πειραματίζονται.<sup>(72)</sup>

Κατά το **πρώτο στάδιο της εφηβείας** (11-14 έτη) παρατηρούνται μεταβολές στη συμπεριφορά του νέου. Η ανάγκη του για ανεξαρτητοποίηση από τους γονείς του και η παράλληλη προσπάθεια του για δόμηση της προσωπικής ταυτότητάς του έχουν ως επακόλουθο την υιοθέτηση μιας επαναστατικής συμπεριφοράς από μεριάς του.<sup>(18)</sup> Οι γονείς ως επί των

πλείστων δεν γνωρίζουν για το τι πρέπει να περιμένουν από την συμπεριφορά του έφηβου πλέον παιδιού τους. Πολλές φορές στενοχωριούνται και ανησυχούν με συμπεριφορές που φυσιολογικά συμβαίνουν στο παιδί τους.<sup>(73)</sup> Φτάνουν στο σημείο να μην αναγνωρίζουν το χαρακτήρα του παιδιού τους.<sup>(18)</sup> Ο έφηβος επιζητά την γονεϊκή επιδοκιμασία στις πράξεις του και όταν τα καταφέρνει ,αποκτά μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση. Ωστόσο τα κορίτσια φαίνεται να εξαρτώνται περισσότερο από τα αγόρια ως προς την γονεϊκή επιδοκιμασία των πράξεων τους.<sup>(74)</sup> Η δημιουργία σχέσεων με άτομα του ίδιου φύλου παρατηρείται επίσης κατά το στάδιο αυτό όπως και η δημιουργία πλατωνικών ερώτων.<sup>(18)</sup>

Κατά το **μέσο στάδιο (14-17 έτη)** ο νέος στρέφεται ενάντια στους γονείς του. Δεν επιθυμεί την επαφή μαζί τους και αποφεύγει τις κοινές κοινωνικές εκδηλώσεις. Ο θαυμασμός που είχε για τους γονείς του μετατοπίζεται σε άλλο πρόσωπο που μπορεί να είναι κάποιος δάσκαλος ή κάποιος μεγαλύτερος φίλος. Ο νέος στρέφεται προς τη δημιουργία σχέσεων με συνομήλικους και από το αντίθετο φύλο. <sup>(18)</sup> Η ανάγκη του να γίνει αποδεκτός από τους συνομηλικούς του μπορεί να τον ωθήσουν στο να συμμετέχει σε μη κοινωνικά αποδεκτές δραστηριότητες ή σε ενέργειες που ούτε ο ίδιος προσωπικά συμφωνεί. Οι έφηβοι λόγω της εγωιστικής πεποίθησης τους ότι δεν κινδυνεύουν από τίποτα ή ότι πράξεις που βλάπτουν άλλους δεν πρόκειται να βλάψουν τους ίδιους στρέφονται προς την υιοθέτηση ριζοκίνδυνων συμπεριφορών όπως στη συμμετοχή σε συμμορίες ,στην έκθεση στο κάπνισμα, στη χρήση ναρκωτικών ουσιών και μαριχουάνας, στην κατανάλωση αλκοόλ, στην υπερβολικά γρήγορη οδήγηση αλλά και στη διάπραξη επικίνδυνων ενεργειών προς τρίτους όπως βανδαλισμούς ,κλοπές καταστημάτων.<sup>(75)(18)</sup>

Η υιοθέτηση ακραίων διατροφικών συνηθειών παρατηρείται επίσης κατά την εφηβεία όπου κορίτσια και αγόρια αντιμετωπίζουν προβλήματα νευρικής ανορεξίας ,βουλιμίας αλλά και παχυσαρκίας λόγω της πίεσης που δέχονται από τους φίλους. Η επιρροή που ασκούν οι συνομήλικοι γίνεται επίσης αντιληπτή από την αλλαγή στην εξωτερική εμφάνιση του νέου. Η επιλογή κουρέματος και μακιγιάζ σύμφωνα με τα πρότυπα των συνομήλικων παιδιών του όπως και η επιλογή συγκεκριμένων ρούχων που θεωρούνται μόδα, αποτελούν μια πρόσκαιρη επιλογή που γίνεται για λόγους εξατομίκευσης του νέου και ένταξης του στη σφαίρα των συνομηλικών.<sup>(76) (77)</sup> Η συναναστροφή αγοριών και κοριτσιών οδηγεί στην εμφάνιση των πρώτων παράφορων ερώτων, καταστάσεων έντονου πάθους και μικρής διάρκειας που μπορούν να καταλήξουν σε σεξουαλικές σχέσεις ενώ παρατηρούνται και σεξουαλικά συνειδητοποιημένοι ομοφυλόφιλοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην οικογένεια ,στις σχέσεις τους με τους συνομηλικούς αλλά και στην διαμόρφωση σχέσεων με άλλα άτομα λόγω της φύσης τους αυτής.<sup>(71) (18)</sup>



Κατά το **τελευταίο στάδιο** της εφηβείας (17-20 ετών) ,οι έντονες συγκρούσεις σταματούν και οι νέοι αφού έχουν σταθεροποιήσει την ταυτότητα τους ,προσπαθούν να προσαρμοστούν στην ενήλικη πραγματικότητα. <sup>(18)</sup> Οι νέοι διεκδικούν και αναζητούν ερωτικούς συντρόφους. <sup>(58)</sup> Οι σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ των ετερόφυλων ατόμων έχουν μεγαλύτερη διάρκεια ενώ οι σχέσεις με τους γονείς βελτιώνονται. Οι νέοι πλέον συμβουλευονται τους γονείς τους για την επιλογή επαγγέλματος και σπουδών. <sup>(18)</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ :ΚΙΝΔΥΝΟΙ

### *3.1 Οι Κίνδυνοι από την έναρξη σεξουαλικών σχέσεων*

Κατά το στάδιο κυρίως της μέσης εφηβείας παρατηρείται η ανάπτυξη του ερωτικού ενδιαφέροντος ,του ρομαντισμού, της έκφρασης συναισθημάτων και της γλώσσας του σώματος. Ωστόσο η γνωσιακή και ψυχοκοινωνική κατάσταση του έφηβου δεν είναι ακόμη στη φάση ώστε να μπορέσει να διαχειριστεί το βάρος ,συναισθηματικά αλλά και οργανικά ,της σεξουαλικά ολοκληρωμένης πράξης. Οι έφηβοι στα μάτια των συντρόφων τους βλέπουν το «ιδανικό ταίρι» και εύκολα ενθουσιάζονται με αυτό. Όμως η απογοήτευση τους για τον σύντροφό τους πολύ γρήγορα αντικαθιστά τον ενθουσιασμό αυτό. Η μικρής διάρκειας σύναψη σχέσεων και η συχνή εναλλαγή συντρόφων χαρακτηρίζει τις εφηβικές σχέσεις. <sup>(78)</sup>

Και ενώ εξελίσσονται όλα τα παραπάνω ,η ανάπτυξη της υποθετικής σκέψης δεν έχει εμφανιστεί ακόμη. Αυτό το γεγονός παράλληλα με την προσκόλληση στο παρόν εμποδίζει τους εφήβους στο να αντιληφθούν τις συνέπειες των πράξεων τους μελλοντικά ενώ αναπτύσσουν την πεποίθηση ότι είναι άτρωτοι και δεν πρόκειται να τους συμβεί τίποτα. Ο συνδυασμός όλων αυτών συν την ύπαρξη πρακτικών δυσκολιών όπως η μη ύπαρξη χώρου χωρίς την παρουσία των γονιών προκειμένου να συνευρεθούν ερωτικά και ο προγραμματισμός της σεξουαλικής τους συνέντευξης είναι πιθανό να συμβάλλουν στην υιοθέτηση ριψοκίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών.<sup>(78)</sup>

Στις ριψοκίνδυνες συμπεριφορές εντάσσονται η εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων, η μη χρήση μεθόδων αντισύλληψης κατά τη σεξουαλική επαφή, η πρόωμη έναρξη σεξουαλικών επαφών ,το πρωκτικό σεξ, η σεξουαλική συνέντευξη υπό την επήρεια ουσιών και το σεξ επί πληρωμή. Οι ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές είναι πιθανόν να επιφέρουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή την μετάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων(ΣΜΝ) .<sup>(79)</sup>  
(80)

### *3.1.2 Ψυχικές και Συναισθηματικές Συνέπειες από την πρόωμη έναρξη σεξουαλικών επαφών*

Το πέρασμα στην σεξουαλική δραστηριοποίηση δεν έχει κάποια συγκεκριμένη ημερομηνία έναρξης. Το σεξ πρέπει να είναι απολαυστικό δηλαδή να γίνεται με την θέληση και τη συναίνεση των εφήβων και όχι με εξαναγκασμό ή πίεση ή μέσω εκβιασμού. Πρέπει οι έφηβοι/έφηβες να νιώθουν έτοιμοι/έτοιμες πριν προχωρήσουν σε σεξουαλικές δραστηριότητες.<sup>(64)</sup>

Ως **πρόωμη έναρξη σεξουαλικών επαφών** ορίζεται η ηλικία έναρξης σεξουαλικών σχέσεων

πριν από την ηλικία των 15 ετών.<sup>(81)</sup>

Οι παράγοντες που συνδέονται με την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων στην πρώιμη εφηβική και μέση ηλικία είναι η χρήση ουσιών<sup>(82)</sup>, η ελλιπής γνώση οικογενειακού προγραμματισμού,<sup>(83)</sup> η έλλειψη οικογενειακού υποστηρικτικού περιβάλλοντος,<sup>(84)</sup>

ιστορικό παιδικής κακοποίησης,<sup>(85)</sup> η έκθεση σε σεξουαλικό περιεχόμενο και πίεση που ασκούν οι κοινωνικές ομάδες,<sup>(86)</sup>

η απουσία από το σχολικό περιβάλλον και η έλλειψη σχολικών και επαγγελματικών μελλοντικών φιλοδοξιών όπως και οι φιλελεύθερες στάσεις απέναντι στην έναρξη σεξουαλικών σχέσεων πριν τον γάμο.<sup>(87)</sup>

Η πρώιμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών είναι δυνατόν να οδηγήσει σε **σχολική αποτυχία, στην εναλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων, στη μη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων για ασφαλή σεξουαλική δραστηριότητα, στη χρήση βίας κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα και στην υιοθέτηση ριψοκίνδυνων συμπεριφορών.**<sup>(77)</sup>

Η **κατάθλιψη** εμφανίζεται επίσης στους νέους της πρώιμης και μέσης εφηβείας, ως απόρροια της έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων. Τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η εμφάνιση συναισθημάτων **λύπης, άγχους, ενοχής και θυμού, η εμφάνιση περιφρονητικών αισθημάτων καθώς και η ύπαρξη σύγχυσης στη σκέψη των εφήβων.**<sup>(88)</sup>

Η **σχολική αποτυχία** που αποτελεί συνέπεια των πρώιμων σεξουαλικών σχέσεων αναφέρεται είτε στη διακοπή της φοίτησης στο σχολείο στην περίπτωση που προκύψει εγκυμοσύνη ή σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη είτε στην μείωση του χρόνου ενασχόλησης και συγκέντρωσης με τους εκπαιδευτικούς σκοπούς λόγω της στροφής του ενδιαφέροντος τους στις σεξουαλικές σχέσεις τους που μπορεί να επιφέρει την πτώση στην ακαδημαϊκή επίδοση και τη μείωση των φιλοδοξιών.<sup>(89) (90) (91)</sup>

Επίσης η κατάθλιψη και η χαμηλή αυτοεκτίμηση που μπορεί να προκύψουν από την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων μπορεί να εμποδίσουν τη σχολική εργασία.<sup>(92) (93)</sup>

Η **εναλλαγή ερωτικών συντρόφων** ως απόρροια των πρώιμων σεξουαλικών σχέσεων αποτελεί ακόμα μία αρνητική συνέπεια. Οι έφηβοι μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή φαίνεται να αναζητούν το σεξ συχνότερα και επίμονα.<sup>(94)</sup>

Η μικρής διάρκειας σχέσεις μεταξύ των εφήβων, έχει ως επακόλουθο την αμέσως αντικατάσταση του προηγούμενου συντρόφου με άλλον. Επίσης η ύπαρξη πολλών ερωτικών συντρόφων εγκυμονεί τον κίνδυνο μετάδοσης Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, λόγω της

μη χρήσης προφυλακτικού. Τα έφηβα αγόρια φαίνεται να εναλλάσσουν ερωτικούς συντρόφους ή να έχουν ταυτόχρονα συντρόφους συχνότερα από τα έφηβα κορίτσια.<sup>(95)</sup>

Παρατηρείται επίσης ότι οι έφηβοι ξεκινούν τις σεξουαλικές σχέσεις τους έχοντας **άγνοια της γνώσης και της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων** γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο να προκύψει ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και μη ασφαλής άμβλωση ή εγκυμονείτε ο κίνδυνος μετάδοσης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. *Η αύξηση των πρόωρων γάμων και της τεκνοποίησης σε ορισμένα κράτη μέλη συνδέεται με υψηλότερη μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα, καθώς και νεογνική και βρεφική θνησιμότητα στους εφήβους.*<sup>(96)</sup>

Η **σεξουαλική βία** σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι *κάθε σεξουαλική πράξη, απόπειρα σεξουαλικής πράξης ή άλλη πράξη που στρέφεται κατά της σεξουαλικότητας ενός ατόμου χρησιμοποιώντας εξαναγκασμό, από οποιοδήποτε άτομο ανεξάρτητα από τη σχέση του με το θύμα, σε οποιοδήποτε περιβάλλον. Περιλαμβάνει βιασμό, που ορίζεται ως ο σωματικά εξαναγκασμένος ή με άλλο τρόπο εξαναγκαστική διείσδυση του αιδοίου ή του πρωκτού με πέος, άλλο μέρος του σώματος ή αντικείμενο, απόπειρα βιασμού, ανεπιθύμητο σεξουαλικό άγγιγμα και άλλες μορφές μη επαφής.*<sup>(97)</sup> Η αναγκαστική σεξουαλική επαφή που έχει υποστεί ένας έφηβος στην παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσει στη θυματοποίηση του ή σε διάπραξη σεξουαλικής βίας προς άλλους στο μέλλον<sup>(98) (99)</sup>

Οι αναγκαστικές σεξουαλικές πράξεις περιλαμβάνουν λεκτικό εκφοβισμό, απειλή σεξουαλικής βίας και πράξεις βιασμού. Αναγκαστικές σεξουαλικές πράξεις αποτελούν και οι σεξουαλικές επαφές εντός καταναγκαστικού γάμου όπως και όσες εντάσσονται σε παράνομες σεξουαλικές συναλλαγές (εμπορία ανθρώπων, πορνεία).<sup>(100) (101)</sup>

Δράστες σεξουαλικά βίαιων πρακτικών κατά των εφήβων μπορεί να είναι ενήλικες, συνομήλικοι, οικογένεια, γνωστοί και σπανίως άγνωστα πρόσωπα.<sup>(102)</sup> Θύματα της σεξουαλικής βίας αποτελούν κορίτσια και αγόρια. Ωστόσο πρέπει να τονιστεί ότι έφηβοι που δεν είναι ετεροφυλόφιλοι (ομοφυλόφιλοι, λεσβίες αμφιφυλόφιλοι, τρανσέξουαλ ή ιντερσέξουαλ) είναι περισσότερο ευάλωτοι στη σεξουαλική βία λόγω της διάκρισης που υπάρχει ως προς τον σεξουαλικό προσανατολισμό και της ταυτότητας φύλου τους.<sup>(103)</sup>

Στα θύματα σεξουαλικής βίας εμφανίζονται συμπτώματα όπως άγχος, εφιάλτες, διαταραχές στον ύπνο, μετατραυματικό στρες, ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά, φόβος, σχολικά προβλήματα, κατάθλιψη, απομόνωση και αυτοκτονική συμπεριφορά.<sup>(104)</sup>

Τέλος η **υιοθέτηση ριψοκίνδυνων συμπεριφορών** από τους εφήβους έχει συσχετιστεί με το πέρασμα στην ενεργώ σεξουαλική δράση. Η **χρήση αλκοόλ** έχει συνδεθεί με την υιοθέτηση

σεξουαλικά επικίνδυνων συμπεριφορών όπως και με την σεξουαλική θυματοποίηση.<sup>(105)</sup> Η χρήση αλκοόλ στις σεξουαλικές σχέσεις έχει ως επακόλουθο τα άτομα να βιώσουν συναισθηματικό (ενοχή, ντροπή, κατάθλιψη) ή και σωματικό κίνδυνο (σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες).<sup>(106) (107)</sup>

Η χρήση επίσης ουσιών έχει συσχετιστεί με τις σεξουαλικές επαφές και αντίστροφα. Μελέτες έχουν δείξει ότι η πρώιμη έναρξη χρήσης ουσιών αυξάνει τις πιθανότητες για πρώιμη έναρξη σεξουαλικών επαφών.<sup>(108) (109)</sup> Η εμπλοκή σε περιβάλλοντα και άτομα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά αυξάνει τον κίνδυνο δικτύωσης του νέου και με ενήλικους η οποίοι μπορεί να τον μυσήσουν σε επικίνδυνες σεξουαλικά συμπεριφορές.<sup>(110)</sup>

Η πρώιμη έναρξη σεξουαλικών επαφών που συσχετίζεται με την χρήση ουσιών είναι δυνατόν να αποδοθεί στην ύπαρξη κοινών υποκείμενων παραγόντων όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των εφήβων ή το μειονεκτικό περιβάλλον. Έχει παρατηρηθεί επίσης ότι όταν οι έφηβοι γίνονται σεξουαλικά ενεργοί περνούν περισσότερο χρόνο με συνομήλικους που επίσης είναι σεξουαλικά ενεργοί, σε μέρη που εύκολα μπορούν να βρουν τις ναρκωτικές ουσίες.<sup>(111)</sup>

Επίσης, η σεξουαλική δραστηριότητα με τους συνομήλικους μπορεί να συμβεί σε περιβάλλοντα που υπάρχουν διαθέσιμες ουσίες ενώ αρκετοί νέοι έχουν αναφέρει σεξουαλική δραστηριότητα υπό την επήρεια ουσιών.<sup>(111)</sup> Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας “οι διαταραχές που προκύπτουν από την χρήση ναρκωτικών ουσιών αυξάνουν τους κινδύνους νοσηρότητας και θνησιμότητας για τα άτομα, μπορούν να προκαλέσουν σημαντική ταλαιπωρία και να οδηγήσουν σε έκπτωση σε προσωπικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας. Οι διαταραχές χρήσης ναρκωτικών συνδέονται με σημαντικό κόστος για την κοινωνία λόγω της απώλειας παραγωγικότητας, της πρόωρης θνησιμότητας, των αυξημένων δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και του κόστους που σχετίζεται με την ποινική δικαιοσύνη, την κοινωνική πρόνοια και άλλες κοινωνικές συνέπειες.”  
(112)

Φαίνεται ωστόσο ότι τα έφηβα κορίτσια ενδιαφέρονται περισσότερο για τις μελλοντικές επιπτώσεις από την πρώιμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων λόγω του κινδύνου που υπάρχει να προκύψει εγκυμοσύνη, για αυτό και πιστεύουν ότι είναι σε θέση να ελέγξουν τις σεξουαλικές ορμές τους. Τα αγόρια από την άλλη πλευρά, επηρεάζονται λιγότερο από τους κινδύνους που μπορεί να επιφέρει η πρώιμη έναρξη σεξουαλικών επαφών.<sup>(113)</sup>

Κρίνεται ωστόσο αναγκαία η ανάλυση περαιτέρω των κινδύνων που εγκυμονούν οι πρώιμες

σεξουαλικές σχέσεις των εφήβων ,των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και της ανεπιθύμητης εφηβικής εγκυμοσύνης.

### **3.1.3 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα**

Οι έφηβοι θεωρούνται ως η ομάδα εκείνη που κινδυνεύει περισσότερο από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι ξεκινούν πρόωρα τις σεξουαλικές επαφές ,στο ότι διαθέτουν ελλείψεις γνώσεις πάνω στα ζητήματα σχετικά με το σεξ, στη μη χρήση προφυλακτικού ,στην συχνή εναλλαγή ερωτικών συντρόφων, στην κακή υγιεινή των γεννητικών οργάνων τους , στο τυχόν χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο τους και στο κάπνισμα. <sup>(114)</sup>Επίσης η χρήση ουσιών ,η κακοποίηση ,η κακή ψυχική υγεία, και η αδυναμία πρόσβασης σε υπηρεσίες πρόληψης και διαχείρισης των ΣΜΝ αποτελούν παράγοντες που τοποθετούν τους έφηβους στην υψηλότερη κλίμακα κινδύνου τόσο για ΣΜΝ όσο και για ακούσια εγκυμοσύνη.<sup>(115)</sup>

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση μας πρέπει να διακρίνουμε τις **Σεξουαλικές Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις** από τα **Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα**. Οι Σεξουαλικές Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις είναι οι μολύνσεις που προκύπτουν λόγω της εισόδου στον ανθρώπινο οργανισμό ιών, βακτηρίων ή παράσιτων. Αυτοί οι μικροοργανισμοί αφού εισέλθουν στο σώμα εγκαθίστανται και πολλαπλασιάζονται. Συνήθως τα άτομα που μολύνονται ,δεν εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα ωστόσο μπορούν να μεταδώσουν την μόλυνση σε άλλο άτομο. Η μετάδοση της λοίμωξης γίνεται κατά κύριο λόγο μέσω της ετεροφυλικής ή ομοφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής αλλά μπορεί να μεταδοθεί και μέσω της εγκυμοσύνης, του θηλασμού, του τοκετού και του μολυσμένου αίματος ή προϊόντων.<sup>(116)(117)</sup>Μερικές φορές όμως στις γυναίκες ,οι λοιμώξεις αυτές μπορεί να προκληθούν από βακτηρίδια και μικροοργανισμούς που υπάρχουν ήδη στον κόλπο τους και πολλαπλασιάζονται, διαταράσσοντας την ισορροπία του.<sup>(117)</sup>Όταν το άτομο εμφανίσει συμπτώματα τότε η λοίμωξη μετατρέπεται σε νόσημα.<sup>(118)</sup>

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα που μεταδίδονται μεταξύ των εφήβων κατά κύριο λόγο σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι:

**ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ:**Η γονόρροια οφείλεται στο βακτήριο *Neisseria Gonorrhoeae* και μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής σε άντρες και γυναίκες αλλά και σε νεογνά μέσω της μητέρας (την στιγμή της γέννησης ή αργότερα). Στον άνδρα εκδηλώνεται κυρίως ως ουρηθρίτιδα και επιδιδυμίτιδα.<sup>(116)</sup>Στη γυναίκα οι συνήθεις κλινικές εκδηλώσεις είναι τραχηλίτιδα, ουρηθρίτιδα και σαλπινγίτιδα. Οι επιπλοκές της νόσου αυτής για την γυναίκα είναι η έκτοπη κύηση και η

υπογονιμότητα. <sup>(119)</sup> Από το βακτήριο αυτό προκαλούνται επίσης και εξωγεννητικές λοιμώξεις συμπεριλαμβανομένου του πρωκτού, του ορθού και του στοματοφάρυγγα. <sup>(114)</sup><sup>(116)</sup>  
<sup>(118)</sup>

**Συμπτώματα** :Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες εμφανίζουν κάψιμο κατά την ούρηση και εκκρίσεις από το πέος ή τον κόλπο αντίστοιχα. <sup>(116)</sup><sup>(114)</sup>

Στα νεογνά προκαλείται επιπεφυκίτιδα. Παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης σε έφηβες και νεαρές κοπέλες. <sup>(119)</sup><sup>(114)</sup>

**ΣΥΦΙΛΗ**:Η σύφιλη οφείλεται στο βακτήριο *Treponema pallidum* (ωχρό Τρεπόννημα ) και μολύνει το άτομο μέσω εκδορών στο δέρμα ή μέσω των βλεννογόνων.<sup>(114)</sup> Μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής. Η σύφιλη περιλαμβάνει 4 στάδια:

1. **Πρωτογενής σύφιλη**: Εμφάνιση ενός έλκους που δεν γίνεται εύκολα αντιληπτό στο σημείο εισόδου ,10 έως 60 μέρες μετά τη λοίμωξη από το *Treponema pallidum*.Μπορεί επίσης να υπάρξει πιθανή εμφάνιση λεμφαδενοπάθειας ή άλλων ήπιων συστημικών συμπτωμάτων. Επούλωση έλκους μέσα σε 3 ως 6 μέρες.<sup>(120)</sup>

2. **Δευτερογενής Σύφιλη**: Αν το άτομο αγνοήσει τα πρώτα σημάδια σύφιλης ,τότε η σύφιλη προχωράει σε δεύτερο στάδιο. Τα συμπτώματα της δευτερογενούς σύφιλης εμφανίζονται 4-8 εβδομάδες αφού επούλωθεί το έλκος.**Συμπτώματα**:στην αρχή εμφανίζεται δερματικό εξάνθημα που παρουσιάζεται ως σκληρές, κόκκινες ή καφεοειδείς αλλοιώσεις στις παλάμες και στα πέλματα. **Άλλα συμπτώματα** :λεμφαδενοπάθεια, πυρετός ,κεφαλαλγία, απώλεια βάρους ,κόπωση, μυϊκό άλγος και αλωπεκία (κατά τόπους, με τη μορφή μπαλώματος).Σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών εμφανίζονται λοιμώδεις δευτερογενείς εκθύσεις ( βλεννοδερματικές αλλοιώσεις) και ενίοτε σχηματίζεται πλατύ κονδύλωμα.<sup>(120)</sup><sup>(121)</sup>

3. **Λανθάνουσα Σύφιλη**: Αφού επούλωθούν οι δερματικές εκδηλώσεις του δευτερογενούς σταδίου το άτομο εισέρχεται στο λανθάνον στάδιο σύφιλης.<sup>(121)</sup> Στο στάδιο αυτό ο ασθενής δεν παρουσιάζει κλινικά συμπτώματα παρόλο που οι ορολογικές εξετάσεις είναι θετικές. Το λανθάνον στάδιο διακρίνεται σε **πρώιμο λανθάνον στάδιο**(διαρκεί λιγότερο από ένα έτος μετά τη δευτερογενή σύφιλη) και σε **όψιμο λανθάνον στάδιο**(διαρκεί περισσότερο από ένα έτος μετά την δευτερογενή σύφιλη).<sup>(121)</sup>Στο πρώιμο λανθάνον στάδιο υπάρχει η πιθανότητα υποτροπής των συμπτωμάτων ενώ είναι περισσότερο μεταδοτικό από το όψιμο στάδιο.<sup>(120)</sup>

4. **Τριτογενής Σύφιλη**: Στο στάδιο αυτό εισέρχονται ασθενής που δεν αντιμετώπισαν θεραπευτικά τη νόσο. Το στάδιο αυτό δεν είναι μεταδοτικό. Η σύφιλη στο στάδιο αυτό προκαλεί βλάβες στο κεντρικό νευρικό σύστημα και στο καρδιαγγειακό σύστημα ενώ

παράλληλα προκαλούνται οφθαλμικές και ακουστικές ανωμαλίες.<sup>(120)</sup> Επίσης, σχηματίζονται στο δέρμα συφιλιδικά φυματώματα και κομμιώματα .Σε πρώτη φάση τα κομμιώματα αυτά ανοίγουν και βγάζουν υγρό σε παχύρρευστη μορφή. Σε δεύτερη φάση, η έλκωση επουλώνεται(και χωρίς θεραπεία).Βλάβες εμφανίζονται επίσης στις βλεννογόνους και στο σκελετό. <sup>(122)</sup>

## ΧΛΑΜΥΔΙΑ

Το *Chlamydia trachomatis* (χλαμύδια) είναι η πιο διαδεδομένη σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος στις ΗΠΑ και την Ευρώπη.<sup>(123)</sup> Η νόσος αυτή προκαλείται εξαιτίας του βακτηρίου **Chlamydia trachomatis** που μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής. **Συμπτώματα** :παθολογικές κολπικές εκκρίσεις, κολπική αιμόρροια .τραχηλίτιδα και ήπια σαλπινγίτιδα στις γυναίκες, και επώδυνη ούρηση ,επιδιδυμίτιδα( πόνος στον έναν όρχη), πρωκτίτιδα ,φαρυγγίτιδα και επιπεφυκίτιδα στους άνδρες. <sup>(124)</sup>

Μια σημαντική επιπλοκή της νόσου είναι η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου ,δηλαδή η προς τα άνω εξάπλωση της φλεγμονής της μήτρας, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες. Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου μπορεί να προκαλέσει πυελικό και κοιλιακό άλγος ενώ συσχετίζεται αιτιολογικά με εκδήλωση έκτοπης κύησης και υπογονιμότητα .Το ανησυχητικό με αυτή την νόσο είναι ότι συνήθως είναι ασυμπτωματική .Ωστόσο θεραπεύεται εύκολα με αντιβιοτικά. <sup>(124)(125)</sup>

## ΕΡΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων οφείλεται στη μόλυνση του ανθρώπου από τον ιό HSV.Ο HSV διακρίνεται σε 2 τύπους (HSV-1,HSV-2)Ο ιός HSV-1 προκαλεί συνήθως επιχείλιο έρπητα και μεταδίδεται μέσω της στοματικής επαφής.<sup>(126)</sup>Ο ιός αυτός προκαλεί επίσης και σπάνιες παθήσεις όπως κερατίτιδα και εγκεφαλίτιδα.<sup>(127)</sup>Ο τύπος HSV-2 προκαλεί συνήθως τον έρπητα στα γεννητικά όργανα και μεταδίδεται κυρίως μέσω της σεξουαλικής επαφής.<sup>(128)</sup>Τα τελευταία χρόνια ωστόσο έχει διαπιστωθεί ότι και οι δύο τύποι HSV ευθύνονται για την εμφάνιση του επιχείλιου έρπητα και του έρπητα στα γεννητικά όργανα και οι τρόποι μετάδοσης είναι κοινοί και για τους δύο.<sup>(129)</sup>

Τα συμπτώματα κατά την **Πρωτογενή Λοίμωξη** περιλαμβάνουν αρχικά κνησμό (στο πέος του άντρα και στην εσωτερική επιφάνεια των μεγάλων χειλιών του αιδοίου στη γυναίκα, ενώ στην συνέχεια εμφανίζονται φυσαλίδες συνήθως στο πέος ή στον πρωκτό στους άνδρες, και στα χείλη του αιδοίου ή στην περιοχή του πρωκτού στις γυναίκες. <sup>(130)</sup>Οι φουσκάλες αυτές σπάνε,



αφήνοντας ρηχές ,επώδυνες πληγές με κόκκινα όρια.<sup>(131)</sup> Παράλληλα εμφανίζονται συμπτώματα όπως πυρετός ,πονοκέφαλος ,πόννοι στους μυς, πόνος ή κάψιμο κατά τη διούρηση, εκροή από την ουρήθρα ή τον κόλπο και οίδημα των λεμφαδένων στη βουβωνική περιοχή.<sup>(130)</sup> Αφού περάσει η πρώτη λοίμωξη ,ο HSV βρίσκεται σε λανθάνουσα μορφή στα γάγγλια της ραχιαίας ρίζας.<sup>(131)</sup>

*“ Ο συμπτωματικός HSV των γεννητικών οργάνων είναι μια δια βίου πάθηση που μπορεί να χαρακτηριστεί από συχνές συμπτωματικές υποτροπές ”.*<sup>(132)</sup> Αν και ο έρπης των γεννητικών οργάνων είναι πιο συχνός μεταξύ των έφηβων και νέων κοριτσιών , περισσότερες πιθανότητες υποτροπής έχουν οι άνδρες. Οι υποτροπές της νόσου μπορεί να πυροδοτούνται από το στρες, τη σεξουαλική επαφή, την έμμηνου ρύση, σε ορισμένες κλιματολογικές συνθήκες και την εξασθένηση του οργανισμού.<sup>(114)</sup> <sup>(131)</sup> Οι λοιμώξεις που οφείλονται στον ιό HSV τύπου 2 έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν υποτροπές ενώ παράλληλα έχουν συνδεθεί επιδημιολογικά και με την αυξημένη πιθανότητα λοίμωξης από HIV.<sup>(131)</sup> <sup>(133)</sup>

Τέλος πρέπει να αναφέρουμε ότι οι υποτροπές δεν είναι τόσο σοβαρές και τόσης μεγάλης διάρκειας όσο η πρωτογενής λοίμωξη.<sup>(114)</sup>

## **HIV**

Ο HIV(Ιός Ανοσοανεπάρκειας του Ανθρώπου) είναι υπεύθυνος για την πρόκληση του Συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας(AIDS).Ο ιός αυτός καταστρέφει τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος , τα CD4+ T λεμφοκύτταρα,αφήνοντας τον οργανισμό επιρρεπή σε λοιμώξεις και άλλα νοσήματα.<sup>(134)</sup>

Ο ιός HIV μεταδίδεται μέσω των σωματικών υγρών ενός μολυσμένου ατόμου όπως **το αίμα**(μέσα από την κοινή χρήση προσωπικών αντικειμένων με οροθετικό άτομο πχ ξυραφάκια, σύριγγες), **το σπέρμα και τα κολπικά υγρά**.(μέσω της σεξουαλικής επαφής είτε κολπικής είτε πρωκτικής είτε στοματικής .χωρίς χρήση προφυλακτικού).Τέλος ο ιός αυτός μεταδίδεται και από μια **οροθετική μητέρα στο νεογνό/έμβρυο** κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ,του τοκετού και του θηλασμού.<sup>(134)</sup> <sup>(135)</sup>

**Συμπτώματα:** Η νόσος εξαπλώνεται πολύ γρήγορα από τη στιγμή που το άτομο μολυνθεί από τον ιό. Υπάρχουν άτομα που αγνοούν την κατάσταση τους μέχρι να φτάσουν στο τελικό στάδιο. Όμως υπάρχουν και άτομα ,που τα πρώτα συμπτώματα που εμφανίζουν από τη μόλυνση με τον ιό HIV μοιάζουν με εκείνα της γρίπης :**πυρετός ,πονοκέφαλος ,πονόλαιμος ,εξάνθημα.** Έπειτα ,ο ιός προχωράει στην καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπου.

Τότε ο άνθρωπος εμφανίζει :**διόγκωση λεμφαδένων ,απώλεια βάρους ,πυρετό ,διάρροια και βήχα**. Αν ο ιός δεν θεραπευτεί, τότε ο άνθρωπος καταλήγει στο τελικό στάδιο ,στο σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας(AIDS) όπου μπορεί να εκδηλωθούν: **φυματίωση (TB),κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, σοβαρές βακτηριακές λοιμώξεις, νεοπλασίες όπως λεμφώματα και το σάρκωμα Kaposi ,πνευμονία ,λοιμώξη από έρπη ,σύνδρομο απίσχησης και μυκητίαση του οισοφάγου και του αναπνευστικού.** <sup>(135) (114)</sup>

Οι έφηβοι είναι η ηλικιακή ομάδα με τις περισσότερες πιθανότητες μόλυνσης από τον HIV.Οι σεξουαλικά ενεργοί έφηβοι δεν αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό για αυτό δεν προβαίνουν σε εξετάσεις. Επίσης υπάρχουν έφηβοι που έχουν διαγνωστεί με τον ιό και δεν λαμβάνουν τη θεραπεία τους ή δεν την λαμβάνουν ανά τακτά χρονικά διαστήματα όπως πρέπει. Τέλος, υπάρχουν έφηβοι που δεν έχουν καταλάβει ότι έχουν προσβληθεί από τον ιό επειδή ο χρόνος από την μετάδοση του ιού μέχρι την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων διαρκεί κατά μέσο όρο 10 με 11 χρόνια. Όλες αυτές οι συμπεριφορές αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης τους σε άλλα άτομα. <sup>(136)</sup>

## HPV

Ο ιός των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV) είναι από τις πιο συχνές Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις. Ο HPV μεταδίδεται μέσω της οποιας επαφής με τα γεννητικά όργανα(ολοκληρωμένη και μη σεξουαλική επαφή και απλή επαφή). Συνήθως οι άνθρωποι που προσβάλλονται από τον ιό δεν εμφανίζουν αρχικά συμπτώματα. <sup>(137)</sup>

Υπάρχουν τύποι του HPV που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση θηλωματώδων ή κονδυλωματώδων αλλοιώσεων(κονδυλώματα), καλοήθους φύσεως<sup>(137)</sup>.Τα κονδυλώματα είναι μικρά, τραχιά εξογκώματα που προκαλούν πόνο ή φαγούρα ή αιμορραγία και πρησμένους αδένες.<sup>(138)</sup> Στις γυναίκες τα κονδυλώματα εμφανίζονται συνήθως στην είσοδο του κόλπου και το αιδοίο, στον τράχηλο, στο ουρηθρικό στόμιο στο περίνεο και τον πρωκτό.<sup>(139)</sup>Στους άνδρες τα κονδυλώματα εμφανίζονται συνήθως στη βάλανο, στο σώμα του πέους ,στην ακροποσθία ,στο χαλινό, στο στόμιο της ουρήθρας, στο όσχεο και στον πρωκτό.<sup>(114) (138)</sup>

Τέλος υπάρχουν στελέχη του HPV τα οποία προκαλούν κυτταρικές αλλοιώσεις (δυσπλασίες)οι οποίες αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο στον τράχηλο της μήτρας στον κόλπο ,στο πέος ,στο αιδοίο ,στον πρωκτό ,στο στόμα και στον οισοφάγο.<sup>(140) (141)</sup>

Σύμφωνα με έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2019 ,**620.000 γυναίκες και 70.000 άνδρες** προσβλήθηκαν από καρκίνο που προκλήθηκε από τον ιό HPV.Το 2022 , περι-

που 660.000 γυναίκες προσβλήθηκαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας με 350.000 θανάτους παγκοσμίως. Βλέπουμε ότι ο ιός HPV έχει μεγαλύτερη επίπτωση στις γυναίκες. Η επίμονη λοίμωξη σε HPV στον τράχηλο της μήτρας ,αν δεν θεραπευθεί έγκαιρα εγκυμονεί τον κίνδυνο πρόκλησης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κατά 95%.<sup>(142)</sup>

## ΤΡΙΧΟΜΟΝΙΑΣΗ

Αυτή η Σεξουαλική Μεταδιδόμενη Λοίμωξη οφείλεται σε παράσιτο και προσβάλλει και τα δύο φύλα .**Συμπτώματα** :εκκρίσεις πρασινωπού χρώματος που έχουν μια έντονη οσμή ,ερεθισμός και κνησμός στα γεννητικά όργανα ,πόνος κατά την σύρση και την σεξουαλική επαφή. Υπάρχει κίνδυνος υποτροπής 3 μήνες μετά από την έναρξη της αντιπαρασιτικής θεραπείας.<sup>(129)</sup>

Η επίμονη τριχομονίαση ή μη θεραπείας της στη γυναίκα έχει συνδεθεί με υπογονιμότητα και επιπλοκές κατά τον τοκετό ενώ στον άνδρα έχει συνδεθεί με την μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, την προστατίτιδα και την επιδιδυμίτιδα.<sup>(143) (144) (145)</sup>

Τέλος, η τριχομονίαση έχει συσχετιστεί επιδημιολογικά με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης HIV και στα δύο φύλα.<sup>(146)</sup>

### 3.1.4 Εφηβική Εγκυμοσύνη

Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί ένα ζήτημα δημόσιας υγείας με παγκόσμιες διαστάσεις που φαίνεται να ταλανίζει τόσο τις ανεπτυγμένες όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες.<sup>(147)</sup> Πρόκειται για ένα “παγκόσμιο φαινόμενο με γνωστά αίτια και σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις σε άτομα, οικογένειες και κοινότητες”.<sup>(10)</sup>

Η εφηβική εγκυμοσύνη ορίζεται ως η εγκυμοσύνη των γυναικών ηλικίας μεταξύ **10 έως 19 ετών**, η οποία παρεμβαίνει στη σωματική και ψυχική τους ανάπτυξη.<sup>(148) (149)</sup> Η εφηβική εγκυμοσύνη είναι κατά κύριο λόγο **απρογραμματίστη** και αποτελεί τη σημαντικότερη επίπτωση από την σύναψη σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των εφήβων.<sup>(150) (149)</sup>

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ,περίπου 21.000.000 κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών που προέρχονται από τις αναπτυσσόμενες χώρες μένουν έγκυες, εκ των οποίων τα 12.000.000 καταλήγουν σε γέννηση. Το ποσοστό των εφηβικών γεννήσεων το 2023 ήταν 41,3 ανά 1000 γυναίκες παγκοσμίως .Συγκεκριμένα ,στην Αφρικανική Ήπειρο το ποσοστό των εφηβικών γεννήσεων ήταν 97 ανά 1000 γυναίκες συγκριτικά με το ποσοστό των εφηβικών κυήσεων που ήταν 13,1 ανά 1000 γυναίκες στην Ευρωπαϊκή Ήπειρο.<sup>(10)</sup>

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι παρά το ότι το ποσοστό των γεννήσεων των εφήβων γυναικών παγκοσμίως φαίνεται να είναι μικρότερο χρόνο με τον χρόνο, σε περιοχές όπως η Υποσαχάρια Αφρική και η Λατινική Αμερική, τα ποσοστά συνεχίζουν να παραμένουν υψηλά.

(10)

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση του φαινομένου, θα χρειαστεί να αναλύσουμε τους παράγοντες που έχουν συμβάλει καθοριστικά στον επιπολασμό του φαινομένου αυτού παγκοσμίως.

### **Κοινωνικοπολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες**

Η **φτώχεια** και η **ανεργία** αυξάνουν τον κίνδυνο της εφηβικής εγκυμοσύνης. Τα μεγαλύτερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης παρατηρούνται στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Η φτώχεια παρεμποδίζει την εκπαίδευση, την υγιεινή της περιόδου και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.<sup>(151)</sup>

Συχνά κορίτσια που προέρχονται από φτωχές οικογένειες θεωρούν ότι η μόνη λύση για να ξεφύγουν από την κατάσταση τους αυτή είναι η σύναψη πρόωρων γάμων και η απόκτηση παιδιών ενώ όλα τα υπόλοιπα θεωρούνται μικρής αξίας (εκπαίδευση, χρήση αντισύλληψης). Η αναζήτηση οικονομικής σταθερότητας τόσο από την πλευρά των κοριτσιών όσο και από την πλευρά της οικογένειας τους αυξάνει τον κίνδυνο εγκυμοσύνης στα πλαίσια ενός γάμου.<sup>(152)</sup>

**Πρόωρος γάμος:** Πρόωρος Γάμος θεωρείται κάθε γάμος ή ένωση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους όπου τουλάχιστον ο ένας από τους δύο δεν έχει συμπληρώσει τα 18 έτη. Πολύ πρόωροι γάμοι θεωρούνται οι γάμοι όπου τουλάχιστον το ένα από τα δύο μέλη είναι κάτω των 15 ετών. Συνήθως ο πρόωρος γάμος ταυτίζεται με τον παιδικό γάμο. Όμως στους πρόωρους γάμους συμπεριλαμβάνονται και οι περιπτώσεις γάμων όπου ο ένας ή και οι δύο είναι 18 ετών και άνω αλλά με διακυβευμένη ικανότητα συναίνεσης (σωματική ή συναισθηματική ανωριμότητα ή έλλειψη επαρκών πληροφοριών για τις διαθέσιμες επιλογές τους).<sup>(153)</sup> Μολονότι ο παιδικός γάμος αφορά και τα δύο φύλα, το φαινόμενο αυτό φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά κυρίως τα κορίτσια.<sup>(154)</sup>

Παράγοντες που συμβάλουν στην αύξηση των ποσοστών των πρόωρων γάμων, ειδικά των κοριτσιών είναι ο αναλφαβητισμός εκείνων και των γονιών τους, η κακή οικονομική τους κατάσταση, οι πεποιθήσεις που επικρατούν απέναντι στο γυναικείο φύλο καθώς και η βία λόγω του φύλου.<sup>(155)</sup> Είναι σημαντικό να αναφερθούμε στις κοινωνικές πιέσεις που δέχονται οι οικογένειες στο ζήτημα αυτό. Υπάρχουν πολιτισμοί που θεωρούν ότι οι πρόωροι γάμοι είναι μέσο προστασίας των κοριτσιών από τις σεξουαλικές επιθέσεις και την βία ενώ παράλληλα διασφαλίζουν ότι με αυτό τον τρόπο οι οικογένειες δεν θα ατιμωθούν από εγκυμοσύνες εκτός γάμου. Άλλες κοινωνίες πάλι θεωρούν ότι αυτοί οι γάμοι είναι ευλογία.<sup>(154)</sup>

Ο πρόωρος γάμος των ανήλικων κοριτσιών συσχετίζεται με την μη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων πριν την πρώτη εγκυμοσύνη

,με την ακούσια εγκυμοσύνη, με τις επαναλαμβανόμενες γεννήσεις σε πολύ κοντινά διαστήματα καθώς και με την διακοπή της κύησης .<sup>(156) (157) (158) (159) (160)</sup> Αυτός ο συσχετισμός συνίσταται στο γεγονός ότι οι ανήλικες νέες δεν έχουν την αυτονομία ώστε να αποφασίζουν για το αν οι ίδιες επιθυμούν να τεκνοποιήσουν καθώς και για τη χρήση αντισυλληπτικών.<sup>(10)</sup>

Οι συνέπειες από την πρόωρη σύναψη γάμου για τα κορίτσια ,πέρα από την πρόωρη εγκυμοσύνη , είναι η κοινωνική τους απομόνωση και η διακοπή της σχολικής τους φοίτησης που έχει ως αντίκτυπο τον περιορισμό των επαγγελματικών τους ευκαιριών και των ευκαιριών ανέλιξης τους ενώ θέτει τις γυναίκες σε κίνδυνο να πέσουν θύματα ενδοοικογενειακής βίας.<sup>(161)</sup> *Ο παιδικός γάμος κάνει τα κορίτσια πολύ πιο ευάλωτα στους σοβαρούς κινδύνους για την υγεία της πρόωμης εγκυμοσύνης και του τοκετού – όπως τα μωρά τους είναι πιο ευάλωτα σε επιπλοκές που σχετίζονται με τον πρόωρο τοκετό*», σημειώνει ο Anthony Lake, Εκτελεστικός Διευθυντής της UNICEF.<sup>(162)</sup>

Το **χαμηλό μορφωτικό** επίπεδο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μια εφηβική εγκυμοσύνη. Έτσι ,τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβες στο σχολείο, οι χαμηλές σχολικές επιδόσεις ,οι επαναλαμβανόμενες σχολικές απουσίες ,η εγκατάλειψη του σχολείου ,το χαμηλό εκπαιδευτικό τους επίπεδο καθώς και η μη εγγραφή τους στο σχολείο μπορούν να στρέψουν τα κορίτσια προς την εφηβική εγκυμοσύνη.<sup>(163)(164) (165) (166)</sup>

**Οικογενειακό Υπόβαθρο:** Το διαζύγιο των γονιών των εφήβων, η ελλιπής γονεϊκή συμβουλευτική και καθοδήγηση, η απουσία γονεϊκού ελέγχου και γονεϊκής υποστήριξης ,τα μονογονεϊκά νοικοκυριά ,η απουσία και των δύο γονιών ,η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών τους και η χρήση ουσιών των γονιών αποτελούν παράγοντες που ευνοούν την εφηβική εγκυμοσύνη.<sup>(167) (168) (169)(170)</sup>

(171) (172)

**Κοινωνικοί Κανόνες:** Σε κάποιες κοινωνίες υπάρχουν κανόνες οι οποίοι προάγουν την ανισότητα των φύλων μέσα από την υποτίμηση της εκπαίδευσης της γυναίκας, την ενθάρρυνση του πρόωρου γάμου, τον περιορισμό της γυναικείας αυτονομίας στη λήψη αποφάσεων και στον έλεγχο της γονιμότητάς τους. Στην πραγματικότητα, μέσα από αυτούς τους κανόνες υπονομεύονται τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα των κοριτσιών και έτσι ελλοχεύει ο κίνδυνος της εφηβικής εγκυμοσύνης.<sup>(173)(174) (175)</sup>

**Παράγοντες σχετικοί με τις υπηρεσίες υγείας:** Το κόστος των αντισυλληπτικών ,η ελλιπής

ιδιωτικότητα των εγκαταστάσεων υγείας, η έλλειψη σεξουαλικής αγωγής, οι ανειδίκευτοι πάροχοι, η μη φιλική αντιμετώπιση των φορέων υγείας και η αρνητική στάση των εφήβων απέναντι στους φορείς της αναπαραγωγικής υγείας αποτελούν παράγοντες κίνδυνου εφηβικής εγκυμοσύνης. <sup>(176) (177)</sup>

**Ατομικοί Παράγοντες:** Η κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών, η περιέργεια και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση τους, η πίεση που δέχονται από τους συνομήλικους για σεξ. <sup>(178) (179)</sup>

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΥΗΣΗ

#### 1.1 Η εφηβική εγκυμοσύνη ως ιατρικό φαινόμενο

Το φαινόμενο της εφηβικής εγκυμοσύνης είναι ένα παγκόσμιο ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα.<sup>(180)</sup> Οι εφηβικές εγκυμοσύνες συνδέονται με δυσμενείς μητρικές εκβάσεις και δυσμενή νεογνικά αποτελέσματα όπως και με αυξημένη μητρική και νεογνική θνησιμότητα.<sup>(10)</sup>

Προηγουμένως αναφέραμε ότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας κάθε χρόνο 21.000.000 κορίτσια από τις αναπτυσσόμενες χώρες ηλικίας 15-19 ετών μένουν έγκυες εκ των οποίων οι 12.000.000 καταλήγουν σε γέννα και περίπου 3,9 εκατομμύρια κορίτσια υποβάλλονται σε μη ασφαλείς αμβλώσεις.<sup>(10)</sup>

Περίπου 50.000 έφηβες πεθαίνουν κάθε χρόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού ενώ σχεδόν 1.000.000 βρέφη πεθαίνουν πριν το πρώτο ηλικιακό έτος.<sup>(181)</sup>

Παρακάτω παρουσιάζουμε αναλυτικά τις επιπλοκές που επηρεάζουν την υγεία της ανήλικης μητέρας και του νεογνού ,επιπλοκές που μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και στο θάνατο μητέρας/νεογνού:

#### ΜΗΤΡΙΚΕΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1. **Προεκλαμψία/Εκλαμψία :** Η προεκλαμψία και η εκλαμψία ως μαιευτικές εκβάσεις ,παρατηρούνται συχνά στις έγκυες έφηβες . Με τον όρο *προεκλαμψία* αναφερόμαστε στην εμφάνιση υπέρτασης(συστολική>140mmHg ή διαστολική>90mmHg) μετά τις 20 εβδομάδες κύησης, συνοδευόμενη από πρωτεϊνουρία (έκκριση 0,3g πρωτεΐνης ή περισσότερο στα ούρα 24ώρου) Συνοδές εκδηλώσεις μπορεί να είναι η εμφάνιση οιδημάτων (ιδίως στο πρόσωπο), η μετωπιαία κεφαλαλγία και οι οπτικές διαταραχές. Η προεκλαμψία πέρα από την ανάπτυξη πρωτεϊνουρίας μπορεί να προκαλέσει **α)ηπατική ανεπάρκεια, β)πνευμονικό οίδημα, γ)εγκεφαλικές ή οπτικές διαταραχές, δ)επιγαστρικό άλγος ή άλγος στο άνω δεξιά τεταρτημόριο, ε)θρομβοπενία,στ)ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου.**<sup>(182) (183)</sup> Η προεκλαμψία αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου για αποκόλληση του πλακούντα και πρόωρου τοκετού.<sup>(184)(185)</sup> Με τον όρο *εκλαμψία* αναφερόμαστε στην εμφάνιση σπασμών στην περίπτωση που η γυναίκα παρουσιάζει προεκλαμψία δίχως να υπάρχει κάποια νευρολογική διαταραχή. Οι περισσότεροι σπασμοί συμβαίνουν λίγα 24ωρα πριν τον τοκετό.<sup>(182)</sup>

2. **Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα** Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα παρατηρούνται ιδιαίτερα συχνά μεταξύ των εφήβων. **Χλαμύδια, Σύφιλη, HIV, HSV, HPV Γονόρροια, Τριχομονίαση και Ηπατίτιδα Β** προσβάλλουν κατά κύριο λόγο τους ενεργούς σεξουαλικά εφήβους και τις έγκυες έφηβες. Οι έφηβες που έχουν προσβληθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού, είναι πιθανό να μεταδώσουν τις λοιμώξεις αυτές στα έμβρυα τους, προκαλώντας τους διάφορα προβλήματα, ακόμα και απειλώντας τους τη ζωή.<sup>(186) (187)</sup>

3. **Πρόωρη ρήξη Μεμβρανών (PROM) και (PPROM):** Οι εμβρυικές μεμβράνες συμβάλλουν στη διατήρηση φυσιολογικού αμνιακού υγρού ,το οποίο προστατεύει το έμβρυο από λοιμώξεις ,τραυματισμούς και τη συμπίεση του ομφάλιου λώρου ενώ επιδρά και στην ανάπτυξη του. Με τη ρήξη των εμβρυικών μεμβρανών περιορίζεται η προστασία του εμβρύου ενώ επηρεάζεται και η ανάπτυξή του.<sup>(188)</sup> *“Ως πρόωρη ρήξη υμένων (PROM-Premature Rupture of Membranes) ορίζεται η αυτόματη ρήξη των εμβρυικών μεμβρανών πριν από την έναρξη του τοκετού. Αν η ρήξη συμβαίνει πριν την 37η εβδομάδα της κύησης τότε ορίζεται ως Πρώιμη πρόωρη ρήξη μεμβρανών (Preterm Premature Rupture of Membranes). Η προ του τέρματος ΠΠΥ συμβαίνει σε 2-3% των κνήσεων ενώ στις έφηβες έγκυες η πιθανότητα είναι μεγαλύτερη.”*<sup>(189)</sup>

Οι επιπλοκές από την PROM είναι :**η ενδομήτρια λοίμωξη ,η πρόπτωση του ομφάλιου λώρου και η αποκόλληση του πλακούντα.**<sup>(190)</sup> Η PPRM είναι η βασική αιτία νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας ενώ συνδέεται με τον πρόωρο τοκετό.<sup>(191)</sup> Το 40-50% των Πρόωρων τοκετών οφείλονται στην PROM.<sup>(190)</sup>

4. **Αναιμία:** Η μητρική αναιμία εμφανίζεται όταν ο αιματοκρίτης είναι μικρότερος από το 30% ή η αιμοσφαιρίνη είναι μικρότερη από 10g/dL και σχετίζεται με την μειωμένη μεταφορά οξυγόνου.<sup>(192)</sup> Η **σιδηροπενική αναιμία** είναι η συχνότερη μορφή αναιμίας που παρατηρείται στις έφηβες εγκυμονούσες.<sup>(193)</sup> Οι έφηβες έγκυες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης αναιμίας λόγω της μειωμένης ύπαρξης αποθεμάτων σιδήρου, της μειωμένης απορρόφησης σιδήρου και της ανάγκης απόκτησης αποθεμάτων σιδήρου καθώς ο οργανισμός τους απαιτεί την κατανάλωση σιδήρου προκειμένου να επιτελέσει τις διάφορες αναπτυξιακές αλλαγές ενώ παράλληλα η εγκυμοσύνη επιζητά αυξημένη λήψη σιδήρου προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες της μητέρας και του βρέφους.<sup>(194)</sup> Οι γυναίκες με αναιμία έχουν αυξημένο κίνδυνο μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας (λόγω της επιλόχειας αιμορραγίας , πρόωρου τοκετού, χαμηλού βάρους γέννησης σε σχέση με την



ηλικία γέννησης και περιγεννητικού και νεογνικού θανάτου ενώ το νεογνό κινδυνεύει με χαμηλή βαθμολογία APGAR και με την εμφάνιση αναιμίας για τους πρώτους μήνες της ζωής τους. <sup>(195) (196) (197)</sup>

5. **Μη ασφαλείς Αμβλώσεις:** Η μη ασφαλής άμβλωση που επιλέγουν οι έφηβες προκειμένου να τερματίσουν ακούσια εγκυμοσύνη, ενέχει τον κίνδυνο πρόκλησης ορισμένων σωματικών επιπλοκών που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο. Επιπλοκές της μη ασφαλής άμβλωσης είναι **η ατελής αποβολή (αποτυχία αφαίρεσης ή αποβολής όλου του ιστού εγκυμοσύνης από τη μήτρα), η αιμορραγία, η μόλυνση και η διάτρηση της μήτρας (που είναι πιθανό να προκληθεί κατά την διάρκεια της επέμβασης)** <sup>(198)</sup>
6. **Αιμορραγία κατά τον τοκετό** λόγω αποκόλλησης του πλακούντα. <sup>(199)</sup>
7. **Έκτοπη κύηση :** Ως έκτοπη ορίζεται η κύηση κατά την οποία το έμβρυο εμφυτεύεται και αναπτύσσεται έξω από την κοιλότητα της μήτρας. <sup>(200)</sup>

### **ΝΕΟΓΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ**

1. **Πρόωρος Τοκετός:** Ο Πρόωρος Τοκετός είναι ο τοκετός που πραγματοποιείται πριν την ολοκλήρωση των 37 εβδομάδων κύησης ,πολύ πρόωρος τοκετός είναι ο τοκετός που πραγματοποιείται μεταξύ των 28 με 32 εβδομάδων κύησης και εξαιρετικά πρόωρος είναι ο τοκετός που συμβαίνει πριν τις 28 εβδομάδες κύησης. <sup>(201)</sup> Οι συνέπειες από τον πρόωρο τοκετό για το έμβρυο είναι ο περιγεννητικός θάνατος μικρών εμβρύων ,το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας ,η ενδοκοιλιακή αιμορραγία, η σήψη ,η νεκρωτική εντεροκολίτιδα ,οι νευρολογικές διαταραχές και οι επιληπτικές κρίσεις. Μακροχρόνιες συνέπειες από τον πρόωρο τοκετό είναι βρογχοπνευμονική δυσπλασία και αναπτυξιακές διαταραχές όπως εγκεφαλική παράλυση, κινητικά προβλήματα και προβλήματα όρασης και ακοής. <sup>(202) (203)</sup> Η ανωριμότητα του γυναικολογικού συστήματος της έφηβης εγκύου(βραχύς τράχηλος και μικρός μέγεθος μήτρας)ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τον πρόωρο τοκετό. <sup>(204)</sup>
2. **Χαμηλό Βάρος Γέννησης:** Χαμηλό Βάρος Γέννησης θεωρείται το βάρος γέννησης νεογνού μικρότερο από τα 2.500gr,πολύ χαμηλό βάρος γέννησης θεωρείται το βάρος κάτω από 1500gr και εξαιρετικά χαμηλό βάρος γέννησης θεωρείται το βάρος κάτω τον 1000gr. <sup>(205)(207)</sup> Τα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά όπως και τα πρόωρα νεογνά κινδυνεύουν από αναπτυξιακές διαταραχές και αμφιβληστροειδοπάθεια.Επίσης αυτές οι δύο καταστάσεις μπορεί να συμβάλουν στην εμφάνιση χρόνιων ασθενειών όπως

παχυσαρκία και διαβήτη.<sup>(205)</sup> Το Χαμηλό Βάρος Γέννησης συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με περιγεννητική και νεογνική θνησιμότητα.<sup>(206)</sup>

- 3. Χαμηλή Βαθμολογία APGAR:** Η βαθμολογία APGAR είναι μια μέθοδος αξιολόγησης των νεογνών στο 1 λεπτό μετά τη γέννηση τους και ξανά χρησιμοποιείται στα επόμενα 5 και 10 λεπτά ως δείκτης πρόβλεψης της θνησιμότητας και ως δείκτης ανταπόκρισης σε προσπάθειες ανάνηψης.<sup>(208) (209)</sup> Τα στοιχεία που βαθμολογεί είναι το χρώμα του δέρματος, ο καρδιακός ρυθμός, ο μυϊκός τόνος, τα αντανακλαστικά και η αναπνοή του νεογνού. Τα στοιχεία αυτά βαθμολογούνται με 0, 1 ή 2. Χαμηλή Βαθμολογία θεωρείται ότι υπάρχει όταν η συνολική βαθμολογία των 5 στοιχείων είναι μεταξύ 0-3, ενδιάμεση είναι η βαθμολογία μεταξύ 4-6 ενώ κανονική είναι η βαθμολογία μεταξύ 7-10.<sup>(209) (211)</sup> Η Χαμηλή βαθμολογία APGAR μετά τον τοκετό συνδέεται με δυσμενείς εκβάσεις για το έμβρυο όπως αναπνευστική δυσχέρεια, προβλήματα σίτισης, υποθερμία και επιληπτικές κρίσεις.<sup>(212)</sup> Έρευνες έχουν συνδέσει την Χαμηλή Βαθμολογία APGAR στα πρώτα 5 λεπτά με νεογνική θνησιμότητα και με πιθανότητες εμφάνισης εγκεφαλικής παράλυσης.<sup>(210)</sup> Η χαμηλή βαθμολογία APGAR, ο πρόωρος τοκετός και το χαμηλό βάρος γέννησης φαίνεται να είναι πιο διαδεδομένα μεταξύ των εφηβικών κήσεων συγκριτικά με ενήλικες έγκυες 20-24 ετών λόγω κοινωνικοδημογραφικών, μαιευτικών και διατροφικών παραγόντων ενώ κάποιες έρευνες έχουν αναφέρει ως δευτερογενή παράγοντα το χαμηλό ύψος του κοριτσιού.<sup>(213) (214)</sup>
- 4. Θνησιγένεια:** Θνησιγένεια συμβαίνει όταν ένα έμβρυο καταλήγει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού. Πρόωρη Θνησιγένεια χαρακτηρίζεται ο θάνατος του εμβρύου μεταξύ της 20<sup>ης</sup> και 27<sup>ης</sup> εβδομάδας κύησης. Όψιμη Θνησιγένεια χαρακτηρίζεται ο θάνατος του εμβρύου μεταξύ της 28<sup>ης</sup> και 36<sup>ης</sup> εβδομάδας κύησης ενώ Τελική θνησιγένεια χαρακτηρίζεται ο θάνατος του εμβρύου την 37<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης ή αργότερα.<sup>(215)</sup> Μεγαλύτερο κίνδυνο νεογνικής θνησιγένειας έχουν οι έφηβες κυρίως της ηλικίας 12-15 ετών σε σχέση με τις μεγαλύτερες γυναίκες έγκυες ενώ οι παράγοντες που οδηγούν σε νεογνική θνησιμότητα είναι ο πρόωρος τοκετός, η γέννηση χαμηλού βάρους νεογνών και η γέννηση νεογνών μικρά για την ηλικία κύησης και της αλληλεπίδρασης αυτών των παραγόντων.<sup>(216)</sup>

### **1.1.2 Ορισμός εφηβικής κύησης**

Η εφηβική εγκυμοσύνη ορίζεται ως η εγκυμοσύνη των γυναικών ηλικίας μεταξύ 10 έως 19 ετών, η οποία παρεμβαίνει στη σωματική τους ανάπτυξη.<sup>(148) (149)</sup>

Σύμφωνα με την UNICEF “*Τα έφηβα κορίτσια, ειδικά εκείνα που βρίσκονται στην πρώιμη εφηβεία, είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στις συνέπειες για την υγεία από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό,*

*καθώς το σώμα τους μπορεί να μην είναι σωματικά έτοιμο*''<sup>(337)</sup>

Οι εφηβικές κύησεις ως επί των πλείστων είναι **ακούσιες**. Από το 2019,σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος ,καταγράφηκαν 21.000.000 εφηβικές εγκυμοσύνες (15-19 ετών) εκ των οποίων το 50% ήταν ακούσιες.<sup>(10)</sup>Οι κύησεις αυτές πέρα από **ανεπιθύμητες** ,είναι συνήθως και **απρογραμματίστες** και οφείλονται κατά κύριο λόγο στην ελλιπή σεξουαλική πληροφόρηση και τις δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές καταστάσεις .<sup>(217)</sup>

### **1.1.3 Συμπτώματα**

Οι έφηβες κατά τη διάρκεια της κύησης ενδέχεται να παρουσιάσουν τα εξής συμπτώματα που παρουσιάζονται γενικά στις εγκυμοσύνες:<sup>(218)(219)</sup>

- **Καθυστέρηση Έμμηνου Ρύσης**
- **Κολπική Αιμορραγία στο πρώτο τρίμηνο**
- **Κοιλιακό Άλγος**
- **Δυσκοιλιότητα**
- **Πονοκέφαλος**
- **Ζάλη**
- **Λιποθυμία**
- **Ναυτία/Εμετός**
- **Συχνουρία**
- **Κολπικές ενοχλήσεις**
- **Αύξηση Βάρους**
- **Υπνηλία**

### **1.2 Οι επιπτώσεις από την ανακάλυψη και την αποκάλυψη της κύησης στη ζωή μιας έφηβης**

Η ανακάλυψη της εγκυμοσύνης αποτελεί μια πολύπλευρη και πολύπλοκη διαδικασία. Η καθυστερημένη έμμηνος ρύση, η μη χρήση αντισύλληψης και οι σωματικές αλλαγές όπως είναι η ευαισθησία στους μαστούς και η ναυτία αποτελούν παράγοντες ένδειξης εγκυμοσύνης στις οποίες όμως τα κορίτσια δεν δίνουν ιδιαίτερη σημασία λόγω πιθανού ιστορικού προηγούμενης καθυστερημένης περιόδου, της πεποίθησης ότι δεν υπάρχει κίνδυνος για εγκυμοσύνη ή της άρνησης της ύπαρξής τυχόν εγκυμοσύνης εξαιτίας της επιβεβαίωσης που είχαν από τον σύντροφό τους ότι είχαν χρησιμοποιήσει αντισύλληψη ή της δικής τους πεποίθησης ότι δεν θα προκύψει εγκυμοσύνη με την πρώτη φορά, της συσχέτισης των

συμπτωμάτων με άλλες καταστάσεις, της μη αναγνώρισης των συμπτωμάτων, της καθυστέρησης της επιβεβαίωσης των συμπτωμάτων λόγω φόβου. αλλά και πιθανώς λόγω της επιδίωξης εγκυμοσύνης.<sup>(220)</sup>

Η παραδοχή και η αποδοχή από τις έφηβες της κατάστασης τους αποτελεί το πρώτο βήμα προς την αποκάλυψη.

Η αποκάλυψη της εγκυμοσύνης από τις έφηβες είναι μια δύσκολη απόφαση. Τα έφηβα κορίτσια πριν αποφασίσουν να αποκαλύψουν την εγκυμοσύνη τους ,περνάνε από 2 στάδια :

1. **ΣΤΑΔΙΟ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗΣ ΣΕ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥΣ:** Οι έφηβες συνήθως αποκαλύπτουν σε συνομήλικους τους τις υποψίες ή την επιβεβαιωμένη ύπαρξη εγκυμοσύνης για να δεχτούν συναισθηματική υποστήριξη και συντροφικότητα από εκείνους .Ως προς τον σεξουαλικό σύντροφο με τον οποίο προέκυψε η εγκυμοσύνη, υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι είναι το πρώτο άτομο στο οποίο αποκαλύπτουν την εγκυμοσύνη με στόχο να λάβουν από κοινού μια απόφαση για την έκβαση της εγκυμοσύνης.<sup>(221)</sup>Όμως υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι έφηβες αποκρύπτουν την εγκυμοσύνη τους από τον σύντροφο τους καθώς φοβούνται ότι θα εγκαταλειφθούν από εκείνον και θα τον «χάσουν».<sup>(222)</sup>
2. **ΣΤΑΔΙΟ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ:** Οι έφηβες καθυστερούν να αποκαλύψουν στους γονείς τους την υποψία ή την επιβεβαιωμένη ύπαρξη εγκυμοσύνης. Πολλές φορές μάλιστα τους αποκρύπτουν τελείως την ύπαρξη εγκυμοσύνης μέχρι να αναγκαστούν να το αποκαλύψουν λόγω των σωματικών αλλαγών που υφίστανται ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν το αποκαλύπτουν καθόλου. Οι λόγοι είναι ότι με την αποκάλυψη τους θα αποκαλυφθούν και οι προγαμιαίες σεξουαλικές σχέσεις τους, υπάρχει ο φόβος του «διωξίματος» και της απόρριψης από την οικογένεια και ο φόβος της απογοήτευσης και της ντροπής που θα αισθανθούν τα μέλη της οικογένειας για εκείνες. Συνήθως οι έφηβες αποκαλύπτουν πρώτα στη μητέρα τους την εγκυμοσύνη τους<sup>(221)</sup> <sup>(223)</sup> Οι μητέρες μπορεί στην αρχή να απογοητεύονται από τις κόρες τους και να θυμώνουν μαζί τους ,όμως η εξωτερική αυτών των συναισθημάτων, στη συνέχεια βοηθάει στην αποδοχή της κατάστασης ,στη βελτίωση της σχέσης μάννας-κόρης και εν τέλει στην από κοινού συνεργασία τους με στόχο την αντιμετώπιση της κατάστασης. <sup>(224)</sup>

Συμπεραίνουμε ότι η πορεία που ακολουθείται προς την αποκάλυψη της εγκυμοσύνης επηρεάζει τελικά την έκβαση της .Η τελική απόφαση της έφηβης για την συνέχιση της κύησης ή της διακοπής της επηρεάζεται από τους κοινωνικούς και νομικούς περιορισμούς στο ζήτημα της αμβλώσεως αλλά και από την επιρροή του δικτύου που περιβάλλει την έφηβη,δηλαδή τους γονείς ,τους στενούς φίλους και τον σύντροφο.<sup>(225)</sup>

### **1.2.2 Ψυχολογικές Συνέπειες**

Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είτε συνεχιστεί είτε διακοπεί επιφέρει στην έφηβη πλήθος ψυχολογικών και ψυχικών συνεπειών. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα κορίτσια είναι πιθανόν να εκδηλώσουν ,διαταραχές συμπεριφοράς ,κατάθλιψη και άγχος, να αισθανθούν φόβο ντροπή, ενοχή, θυμό, δυσαρέσκεια και άρνηση καθώς δεν είναι έτοιμες να αναλάβουν τη μητρότητα σε αυτή την ηλικία. <sup>(226) (227)</sup>

Επίσης βιώνουν αισθήματα ανικανότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθηση προσωπικής αποτυχίας και ιδεασμούς αυτοκτονίας ενώ υπάρχουν έφηβες που νιώθουν λύπη καθώς η εγκυμοσύνη μειώνει τις μελλοντικές τους ευκαιρίες ενώ παράλληλα μετανιώνουν που προχώρησαν στη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων, στη σύλληψη και τελικά στην απόκτηση παιδιού. <sup>(228) (229)</sup>

Η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οφείλεται στο στρες που δημιουργείται λόγω των βιολογικών αναπτυξιακών αλλαγών σε συνδυασμό με το άγχος που έχουν για τον επερχόμενο γονεϊκό τους ρόλο. <sup>(230)</sup> Η κατάθλιψη που εμφανίζεται μετά την εγκυμοσύνη των εφήβων ενέχει τον κίνδυνο συνέχιση της σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. <sup>(231)</sup> Οι ψυχικές διαταραχές όπως το άγχος και η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσουν την έφηβη σε αυτοκτονική συμπεριφορά. <sup>(232)</sup>

Οι έγκυες έφηβες μπορεί να εμφανίζουν και μετατραυματικό στρες λόγω της κακοποίησης που δέχονται από τον σύντροφο τους, της παραμέλησης και της βίας που δέχονται από τους γονείς και της τραυματικής απώλειας. <sup>(233)</sup>

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι η κατάθλιψη που εμφανίζουν οι μητέρες μετά τον τοκετό. Οι έφηβες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης συγκριτικά με μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας. <sup>(234)</sup>

### **1.2.3 Κοινωνικές Συνέπειες**

Οι εφηβικές εγκυμοσύνες πέρα από τις δυσμενείς ιατρικές και ψυχολογικές συνέπειες ,έχουν και κοινωνικές συνέπειες που επηρεάζουν τη μητέρα όσο και το παιδί.

Τέτοιες συνέπειες για την μητέρα είναι ο περιορισμός της θέσης της γυναίκας στο νοικοκυριό και στην κοινότητα ,ο στιγματισμός, η κακοποίηση από την οικογένεια και τον σύντροφο και ο πρόωρος και αναγκαστικός γάμος. <sup>(235)</sup> Επίσης, οι έφηβες που η εγκυμοσύνη τους προκύπτει εκτός γάμου πέρα από έντονο στιγματισμό, αντιμετωπίζουν συχνά την απόρριψη από τους γονείς, την κοινότητα και τους συνομηλίκους τους. <sup>(236)</sup>

Εξαιτίας της εγκυμοσύνης πολλά κορίτσια πιέζονται ή αναγκάζονται να εγκαταλείψουν το σχολείο γεγονός που συμβάλει στη μείωση των εκπαιδευτικών και επαγγελματικών ευκαιριών τους και στη μείωση των αποδοχών τους μελλοντικά. Η μείωση των αποδοχών πιθανό να

επηρεάσει την οικονομική ζωή της δυάδας παιδιού-μητέρας.<sup>(236)(235)</sup> Επίσης η ανάληψη των υποχρεώσεων περιγεννητικής φροντίδας είναι πιθανόν να εμποδίζουν τη συμμετοχή στη σχολική διαδικασία.<sup>(238)</sup>

Μελέτες έχουν δείξει ότι κορίτσια που έχουν επιστρέψει στο σχολείο ,έχουν νιώσει ντροπή ,έχουν αυτοστιγματιστεί και χαρακτηριστεί ως αποκλίνουσες από τους συμμαθητές λόγω της εγκυμοσύνης ενώ παράλληλα δάσκαλοι και διοικητικοί υπάλληλοι τα στιγματίζουν μπροστά σε όλους ,προσπαθώντας έτσι να τα μειώσουν με προσβολές και πιθανώς να τα αναγκάσουν να εγκαταλείψουν το σχολείο για να αποτρέψουν την ανηθικότητα στο σχολείο που θα κόστιζε τη φήμη του σχολείου.<sup>(239)</sup>

Τα ανήλικα κορίτσια στιγματίζονται κοινωνικά ενώ παράλληλα τους αποδίδονται οι ευθύνες της πρόωρης σεξουαλικής συμπεριφοράς και των αρνητικών συνεπειών της όπως είναι η εφηβική εγκυμοσύνη και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα ,περισσότερο από τους αρσενικούς συντρόφους τους.<sup>(240)</sup> Αυτό το γεγονός μπορεί να αποδοθεί στην επικράτηση των κοινωνικών κανόνων που διαιώνίζουν την ανισότητα των φύλων.<sup>(241)</sup> Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι δεν στιγματίζονται όλες οι εφηβικές εγκυμοσύνες γιατί υπάρχουν κοινωνίες και κοινωνικά δίκτυα που ευπρόσδεκτα αποδέχονται την ύπαρξη τους, παρέχοντας μάλιστα ένα υποστηρικτικό συναισθηματικό-κοινωνικό -οικονομικό-υλικοτεχνικό πλαίσιο στην έφηβη που κυοφορεί.<sup>(242) (243)</sup>

Η κοινωνική απομόνωση από την οικογένεια και την κοινότητα αποτελεί ακόμη μια αρνητική συνέπεια για την έφηβη έγκυο. Η απόρριψη της έφηβης από την οικογένεια της εξαιτίας της μη αποδοχής της ευθύνης της πατρότητας από τον σύντροφο και του εξαναγκασμού της σε άμβλωση καθώς και οι επικρίσεις που δέχεται από τους συνομήλικους ,την οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση.<sup>(244)</sup>

Οι συνέπειες για τα παιδιά είναι η μειωμένη μητρική φροντίδα που δέχονται λόγω της ανωριμότητας της μητέρας τους, η μειωμένη σύνδεση με την μητέρα τους και η στενότερη σχέση με τους παππούδες και άλλους συγγενείς που αναλαμβάνουν ρόλους φροντιστή.<sup>(235)</sup> Επιπλέον, τα παιδιά όπως και η μητέρα τους, είναι πιθανόν να γίνουν θύματα κακοποίησης ή παραμέλησης και ακούσιου τραυματισμού ενώ έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποτύχουν στο σχολείο ,να εμπλακούν σε εγκληματικές δραστηριότητες, να ξεκινήσουν κάπνισμα και να κάνουν χρήση ουσιών.<sup>(246) (247)</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 2.1 Τα αίτια επιπολασμού του φαινομένου της εφηβικής κύησης

Στην Ελλάδα , τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται ότι η βελτίωση της κοινωνικής θέσης των γυναικών με τις προσπάθειες επίτευξης ισότητας μεταξύ των φύλων καθώς και οι αλλαγές στην σεξουαλική συμπεριφορά και στο οικογενειακό περιβάλλον έχουν μεταβάλει την καθημερινότητα και των τρόπο σκέψης των εφήβων Μέσα σε αυτά τα πλαίσια παρατηρούμε ότι η **έμμηνος ρύση** ξεκινάει πολύ νωρίτερα καθώς και ότι οι έφηβοι συνάπτουν **σεξουαλικές σχέσεις σε όλο και μικρότερη ηλικία**. Η πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών σε συνδυασμό με την **άγνοια των εφήβων για την φυσιολογία της σύλληψης** έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του φαινομένου της εφηβικής ανεπιθύμητης κύησης .<sup>(248)</sup>

Ο επιπολασμός του φαινομένου της εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ελλάδα συνδέεται σε σημαντικό βαθμό με την **αντισυλληπτική συμπεριφορά** που επιδεικνύουν οι έφηβοι. Σύμφωνα με την «Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων-μαθητών» που διεξήχθη στην Ελλάδα το 2018,η οποία συμπεριλαμβάνεται στην Παγκόσμια Έρευνα για τη Σεξουαλική Συμπεριφορά και την Υγεία των εφήβων υπό την αιγίδα της HBSC/WHO παρατηρήθηκε μια μείωση του ποσοστού της χρήσης προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή συγκριτικά με το 2002 από 86,9% σε 75,6%.Στην αντίστοιχη έρευνα που διεξήχθη το 2014 και το 2010,το ποσοστό της χρήσης προφυλακτικού ήταν στο 80,9% και στο 87% αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών δείχνουν ότι διαχρονικά οι έφηβοι μειώνουν τη χρήση του προφυλακτικού κατά τις σεξουαλικές τους συνενυρέσεις. Στις παραπάνω έρευνες παρατηρήθηκε επίσης μειωμένη χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού διαχρονικά (5,9% το 2018,10,7% το 2014 και 4% το 2010) γεγονός που αποδεικνύει την χαμηλή διείσδυση της αντισυλληπτικής αυτής μεθόδου στην χώρα μας. <sup>(249)</sup>

Σε έρευνα που διεξήχθη σε 71 έφηβες ηλικίας 12 έως 16 ετών στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας από τον Ιανουάριο του 2014 έως τον Δεκέμβριο του 2016 διαπιστώθηκε ότι η **πολύ πρόωμη έναρξη** των σεξουαλικών επαφών όπως και η **κοινωνική ομάδα** από όπου προέρχονται οι έφηβοι παίζουν σημαντικό ρόλο στη μη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων κατά τη σεξουαλική επαφή και στην καθυστερημένη μαιευτική παρακολούθηση. Πιο συγκεκριμένα στο δείγμα αυτό οι έγκυες έφηβες ήταν κυρίως Ρομά ,όπου σύμφωνα με την κουλτούρα τους

η εγκυμοσύνη είναι επιθυμητή από τις οικογένειες των εφήβων για αυτό αποφεύγεται η χρήση αντισύλληψης.<sup>(250)</sup> Η αντισυλληπτική στάση που επιδεικνύουν οι έφηβοι εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη γνώση που διαθέτουν για τις αντισυλληπτικές μεθόδους όπως παρουσιάζεται σε έρευνα που διεξήχθη σε 297 νέες φοιτήτριες που παρακολουθούσαν το μάθημα νοσηλευτικών πρακτικών δεξιοτήτων στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξάνδρας στην Αθήνα. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι ακόμα και οι προερχόμενες από τον ιατρικό κλάδο νέες διαθέτουν ελλείψεις γνώσεις σχετικά με τα αποδεκτά πρότυπα αντισύλληψης παγκοσμίως και αυτό είτε οφείλεται στην ελλιπή σεξουαλική αγωγή που παρέχεται στα σχολεία είτε στο ότι οι κύριες πηγές ενημέρωσης τους για τις μεθόδους αντισύλληψης είναι οι φίλοι και τα περιοδικά οι οποίες είναι αναξιόπιστες. Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε επίσης ότι η έναρξη των σεξουαλικών επαφών πριν από ενημέρωσή τους για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, αυξάνει τον κίνδυνο ακούσιων κυήσεων και μετάδοσης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.<sup>(251)</sup>

Επίσης σε μια έρευνα που διεξήχθη μέσω ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων σε 1833 άτομα ηλικίας 18-30 προκειμένου να αξιολογηθεί η ευαισθητοποίηση, η γνώση, οι σεξουαλικές συμπεριφορές και οι κοινές πρακτικές σχετικά με τα ΣΜΝ σε νεαρούς Έλληνες ενήλικες, παρατηρήθηκε ότι οι νέοι έχουν ελλείψεις γνώσεις σχετικά με τα ΣΜΝ (45,97 %± 13,92) και αυτό συσχετίστηκε με δημογραφικές παραμέτρους όπως η ηλικία, το φύλο, οι σεξουαλικές προτιμήσεις, ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων και η κατοικία.<sup>(252)</sup>

Μπορούμε λοιπόν να παρατηρήσουμε ότι οι πρόωρες σεξουαλικές σχέσεις και η ελλιπής σεξουαλική και αντισυλληπτική αγωγή στην Ελλάδα παίζουν καθοριστικό στον επιπολασμό των εφηβικών κυήσεων αλλά και της μετάδοσης των ΣΜΝ.

## **2.2 Η αντισύλληψη στην Ελλάδα**

Σύμφωνα με τον ΕΟΔΥ: *“Με τον όρο αντισύλληψη αναφερόμαστε σε μεθόδους που χρησιμοποιούνται και στοχεύουν στην πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Κάθε πολιτισμός έχει διαφορετική στάση και αντίληψη απέναντι σε κάθε μέθοδο αντισύλληψης. Κατά την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου εκτός από την αναστολή της γονιμότητας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η προστασία από τον HIV/ AIDS, καθώς και από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Εάν μια μέθοδος δεν καλύπτει το άτομο τότε εκείνο έχει την δυνατότητα να διαλέξει μια άλλη. Η κατάλληλη μέθοδος αντισύλληψης παρέχεται/ υποστηρίζεται από εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας.”*<sup>(253)</sup> Μέσα από την έρευνα των Tountas et al. που διεξήχθη σε όλη την χώρα διαπιστώθηκε ότι τα άτομα αναπαραγωγικής ηλικίας στην Ελλάδα έχουν ελλείψεις γνώσεις σε θέματα αντισύλληψης.<sup>(254)</sup>



Η αντισύλληψη στην εφηβεία παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες που είναι σχετικές με τη μεταβατική φυσιολογία που υφίσταται ο οργανισμός των κοριτσιών και τη σεξουαλική συμπεριφορά τους. Δεδομένου ότι η φυσιολογία του οργανισμού σχετίζεται τελικά με την υγεία των εφήβων, για την επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν τα εξής:<sup>(255)</sup>

1. Να μην επηρεάζει η αντισυλληπτική μέθοδος τη σωματική διάπλαση του κοριτσιού και κυρίως το βάρος του.
2. Η αντισυλληπτική μέθοδος να εξασφαλίζει την καλή φυσική και σωματική υγεία της έφηβης.
3. Η αντισυλληπτική μέθοδος να συμβάλει στην καλή περιοδικότητα της περιόδου.
4. Η αντισυλληπτική μέθοδος να μην βλάπτει τη μελλοντική γονιμότητα της εφήβου.
5. Να προσαρμόζεται η αντισυλληπτική μέθοδος από την αδρανή στην συχνή σεξουαλική δραστηριότητα που παρουσιάζουν οι έφηβες σε αυτή την φάση της ζωής τους.

Έτσι μπορούμε να κατανοήσουμε ότι επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου θα πρέπει να αρμόζει στις απαιτήσεις που προστάζει η εφηβική ηλικία του κοριτσιού.

Προχωρώντας τώρα σε ανασκόπηση ερευνών που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα μπορούμε να διαπιστώσουμε ποιες αντισυλληπτικές μέθοδους προτιμώνται από τον ελληνικό πληθυσμό.

Σύμφωνα με την **Πανελλήνια Έρευνα «Οι έφηβοι στην Ελλάδα σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους στις χώρες της έρευνας HBSC»** που διεξήχθη το 2010, οι 15χρονοι Έλληνες έφηβοι χρησιμοποίησαν προφυλακτικό στην τελευταία τους σεξουαλική επαφή σε ποσοστό 87% και αντισυλληπτικό χάπι σε ποσοστό 4%.<sup>(256)</sup> Σύμφωνα με την **«Πανελλήνια Έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την Υγεία των εφήβων μαθητών»** που ακολούθησε 4 χρόνια αργότερα στην Ελλάδα, διαπιστώθηκε ότι ένας στους 6 εφήβους αναφέρει πως κατά την τελευταία σεξουαλική επαφή του/της δεν έκανε χρήση προφυλακτικού ενώ αναφέρει ότι η χρήση προφυλακτικού έχει μειωθεί συγκριτικά με το 2002.<sup>(257)</sup> Η **Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων-μαθητών (Έρευνα HBSC/WHO) – 2018** που αναφέραμε προηγουμένως καταλήγει στο ότι τρεις στους 4 εφήβους (75,6%), (που είχαν ήδη ξεκινήσει σεξουαλικές επαφές) ανέφεραν ότι κατά τη διάρκεια της πιο πρόσφατης σεξουαλικής τους επαφής, έκαναν οι ίδιοι ή ο/η σύντροφός τους– χρήση προφυλακτικού (το ποσοστό των αγοριών ήταν 76,7% και των κοριτσιών 73,7%). Όμως ένα ποσοστό 18,3% των εφήβων ανέφερε ότι δεν έκανε χρήση προφυλακτικού ενώ χρήση αντισυλληπτικών χαπιών αναφέρθηκε σε ποσοστό (5,9%).<sup>(256)</sup>

Στην έρευνα που διεξήχθη μεταξύ των εφήβων που επισκέπτονταν το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού στο Μαιευτικό και Γυναικολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου μας, στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολη παρατηρήθηκε ότι 267 έφηβοι (89,0%)

χρησιμοποίησαν κάποια μέθοδο αντισύλληψης με το αντισυλληπτικό χάπι (56,0%), τη διακεκομμένη συνουσία (45,7%) και τη χρήση προφυλακτικού (42,3%) να είναι οι πιο κοινές μέθοδοι αντισύλληψης.<sup>(258)</sup>

Συμπεραίνουμε λοιπόν από τα παραπάνω ότι οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο από τους έφηβους στην Ελλάδα είναι το προφυλακτικό και το αντισυλληπτικό χάπι ενώ ανησυχία προκαλεί η συχνή χρήση της διακεκομμένης συνουσίας.

### 2.2.2 Οι μέθοδοι αντισύλληψης

Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι σήμερα διακρίνονται στις παρακάτω **κατηγορίες**<sup>(259)(260)</sup>:

- **Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης**
- **Ορμονικές μέθοδοι αντισύλληψης**
- **Μέθοδοι φραγμού**
- **Χειρουργικές μέθοδοι αντισύλληψης**
- **Χημικές μέθοδοι αντισύλληψης**

Αναλυτικότερα:

- Στις **φυσικές μεθόδους αντισύλληψης** περιλαμβάνονται η **διακεκομμένη συνουσία, η σεξουαλική αποχή, ο θηλασμός, η μέθοδος ρυθμού** (η οποία περιλαμβάνει την ημερολογιακή παρακολούθηση ή τη θερμομετρική παρακολούθηση ή την παρακολούθηση της τραχηλικής βλέννας ή των συνδυασμό των παραπάνω για τον προσδιορισμό των γόνιμων ημερών της γυναίκας ώστε να αποφεύγονται οι σεξουαλικές επαφές του ζευγαριού εκείνες τις ημέρες με στόχο την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων), **η σεξουαλική αποχή και οι κολπικές πλύσεις μετά το σεξ**. Αυτές οι μέθοδοι θεωρούνται ως οι λιγότερο ασφαλείς και αναξιόπιστες συγκριτικά με τις υπόλοιπες μεθόδους.<sup>(260) (261)</sup>
- Στις **ορμονικές μεθόδους αντισύλληψης** περιλαμβάνονται **τα αντισυλληπτικά χάπια**(χορηγούμενα ΠΑΝΤΑ υπό τις οδηγίες του γιατρού), **το «χάπι της επόμενης ημέρας»(επείγουσα αντισύλληψη)», τα ορμονικά εμφυτεύματα, η ενέσιμη αντισύλληψη, ο ορμονικός κολπικός δακτύλιος και το αντισυλληπτικό επίθεμα.**<sup>(260) (262)</sup> Τα αντισυλληπτικά χάπια είναι από τις πιο διαδεδομένες μεθόδους αντισύλληψης παγκοσμίως. Διακρίνονται σε 2 κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι **τα συνδυασμένα από του στόματος δισκία(OCP)**. Τα OCP σκευάσματα διακρίνονται σε **μονοφασικά** και **πολυφασικά**. Τα μονοφασικά περιέχουν 21 δισκία με σταθερές δόσεις οιστρογόνων και προγεστίνης ενώ τα πολυφασικά περιέχουν 21 δισκία με μεταβαλλόμενες περιεκτικότητες προγεστίνης και οιστρογόνων σε κάθε χάπι. Η δεύτερη κατηγορία αντισυλληπτικών είναι τα από του στόματος

δισκία που περιέχουν μόνο **προγεσταγόνο(mini pills)**. Συνίσταται η καθημερινή λήψη τους σε συγκεκριμένη ώρα προκειμένου να μην χάσουν την αποτελεσματική τους δράση.<sup>(263)</sup>

- Στις **μεθόδους φραγμού** περιλαμβάνονται η **χρήση προφυλακτικού**(ανδρικού και γυναικείου), **το κολπικό διάφραγμα**, **ο αντισυλληπτικός σπύγγος** και **τα ενδομήτρια σπειράματα(σπιράλ)**.<sup>(260)</sup> Η χρήση των σπιράλ συνίσταται σε έφηβες που δεν μπορούν να ακολουθήσουν άλλες μεθόδους αντισύλληψης, σε εκείνες που παρουσιάζουν κάποιου είδους νοητικής στέρησης ή σε όσες έχουν ήδη γεννήσει.<sup>(264) (260)</sup>
- Στις **χειρουργικές μεθόδους αντισύλληψης** περιλαμβάνονται η **σαλπγγική απολίνωση** ή **απόφραξη** στις γυναίκες και στους άνδρες η **βαζεκτομή**. Αυτές οι μέθοδοι χαρακτηρίζονται ως μόνιμες μέθοδοι αντισύλληψης με μη αναστρέψιμα αποτελέσματα τόσο για άντρες όσο και για γυναίκες ,δηλαδή πρόκλησης μόνιμης στειρώσης.<sup>(260) (265) (266)</sup>
- Στις **χημικές μεθόδους αντισύλληψης** περιλαμβάνονται **τα σπερματοκτόνα**. Τα σπερματοκτόνα διατίθενται σε μορφή κολπικής κρέμας ή τζελ ,κολπικών μεμβρανών ή υπόθετων, κολπικών αφρών και χαπιών. <sup>(267) (261)</sup>

Όσον αφορά την περίπτωση των εφήβων παγκοσμίως, παρατηρείται ότι η συνηθέστερη αντισυλληπτική μέθοδος είναι το **ανδρικό προφυλακτικό** λόγω της αποτελεσματικότητας και της εύκολης χρήσης του ενώ συχνή είναι η **χρήση της επείγουσας αντισύλληψης και του αντισυλληπτικού χαπιού**.<sup>(268)</sup>

Η ανάγκη για σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και γνώση των επιλογών και των ικανοτήτων αντισύλληψης των εφήβων κρίνεται απαραίτητη καθώς η τελική επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου που θα ακολουθηθεί θα επηρεάσει την υγεία τους, τη σχολική και επαγγελματική τους εκπαίδευση καθώς και την ομαλή μετάβασή τους στην ενήλικη ζωή .<sup>(258)</sup>

### **2.3 Οι πηγές πληροφόρησης των εφήβων σχετικά με την σεξουαλική συμπεριφορά τους στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα δυστυχώς δεν υπάρχουν σωστά ανεπτυγμένα συστήματα σεξουαλικής αγωγής και αντισύλληψης .Έτσι, οι έφηβοι μαθαίνουν κάποιες πληροφορίες για τις διαθέσιμες αντισυλληπτικές μεθόδους από το σχολείο, τους ερωτικούς συντρόφους και τους συνομηλίκους ,τους επαγγελματίες υγείας ,τους γονείς, το διαδίκτυο ,την εφημερίδα, τις ειδήσεις , τα μέσα ενημέρωσης και σε μικρότερο βαθμό από την εκκλησία. <sup>(269) (258)</sup>

#### **2.3.2 Η οικογένεια**

Οι σχέσεις που έχουν οι γονείς με τα παιδιά τους διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο αν τα παιδιά θα προσπαθήσουν να αναζητήσουν πληροφορίες για το σεξ από εκείνους ή όχι.<sup>(270)</sup> Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από τους Tsitsika et al. τα κορίτσια συζητούν συχνότερα

σεξουαλικά ζητήματα με τους γονείς ,με μέλη της οικογένειας εκτός από τους γονείς και με τα αδέρφια τους συγκριτικά με τα αγόρια. Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε επίσης ότι τα παιδιά που συζητούσαν τα σεξουαλικά θέματα με τους γονείς τους καθυστερούσαν την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων τους.<sup>(271)</sup>

Στην έρευνα του Tsikouras et al.,η οικογένεια αποτελούσε την δεύτερη πιο διαδεδομένη πηγή πληροφόρησης των εφήβων μαζί με το σχολείο για την αντισύλληψη.<sup>(258)</sup>Τέλος ,η έρευνα των Lagadinou et al.,ανέφερε την οικογένεια από τις σημαντικότερες πηγές πληροφόρησης των εφήβων για τα ΣΜΝ.<sup>(272)</sup>

Από την άλλη πλευρά η έρευνα των Tsakiridis et al., 2020 έδειξε ότι οι έφηβοι στην Ελλάδα σπάνια συζητούν τα σεξουαλικά ζητήματα με τους γονείς τους .<sup>(273)</sup>

### **2.3.3 Το σχολείο**

Το σχολείο αποτελεί μια σημαντική πηγή ενημέρωσης των εφήβων για το σεξ. Σύμφωνα με την έρευνα του Tsikouras et al.το 2018 το σχολείο είναι η δεύτερη σημαντικότερη πηγή ενημέρωσης των εφήβων για την αντισύλληψη μετά την ενημέρωση από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού(20.3% έναντι 47,0%).Επίσης, στην έρευνα των Lagadinou et al., οι δάσκαλοι ενημερώνουν κατά κύριο λόγο τους μαθητές τους σχετικά με τα ΣΜΝ.<sup>(258)</sup>

Ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα στην αρχή ξεκίνησε ως μια ιδιωτική πρωτοβουλία .Από το 1980 και ύστερα το κράτος θεσμοθέτησε τον Οικογενειακό Προγραμματισμό καθώς και τις υπηρεσίες που θα τον παρέχουν. Σήμερα στην Ελλάδα υπάρχουν προγράμματα και μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού βάσει νόμου αλλά και φορείς που αναπτύσσουν δράσεις οικογενειακού προγραμματισμού με άτυπο χαρακτήρα.<sup>(274)</sup>

Δυστυχώς στην Ελλάδα ,η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση μέχρι και κατά το σχολικό έτος 2023-24 δεν περιλαμβάνεται υποχρεωτικά στο σχολικό πρόγραμμα σπουδών όπως παρατηρούμε στο δημοσιευμένο Πρόγραμμα Σπουδών της Διεύθυνσης Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Φλώρινας.<sup>(275)</sup>Από το 2022 το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής αποτελεί μάθημα επιλογής του Τμήματος Εργαστηρίων Δεξιοτήτων που διδάσκεται λίγες ώρες την εβδομάδα σε μαθητές δημοτικού και γυμνασίου και το οποίο βρίσκεται στη διακριτική ευχέρεια του δασκάλου αν θα διδαχθεί ή όχι.<sup>(338)</sup>

### **2.3.4 Η παρέα συνομηλίκων**

Οι συνομήλικοι φίλοι του ίδιου ή του αντίθετου φύλου αποτελούν άλλη μια πολύ σημαντική πηγή από την οποία οι έφηβοι ενημερώνονται για ζητήματα σεξουαλικού περιεχομένου.

Σύμφωνα με τη μελέτη που διεξήχθη από τον Ιανουάριο του 2006 έως τον Δεκέμβριο του 2016 για τις διαφορετικές στάσεις απέναντι στην αντισύλληψη, μεταξύ των γυναικών δύο μεγάλων κοινοτικών υποομάδων: Χριστιανών Ορθόδοξων και Μουσουλμάνων που ζουν στη Θράκη ,και στις δύο υποομάδες η ενημέρωση για σεξουαλικά ζητήματα σε μεγάλο ποσοστό βασίζεται σε φίλους και συμμαθητές και στις δύο υποομάδες(Χριστιανοί Ορθόδοξοι: 69,2% έναντι Μουσουλμάνων: 68,5%).<sup>(258)</sup>

Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα των ILIADOU et al,που διεξήχθη μέσω διανομής ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων σε 206 σπουδαστές σε πλατφόρμες μέσω κοινωνικής δικτύωσης από τις 20 Μαΐου έως τις 5 Ιουνίου 2021 ,παρατηρήθηκε ότι οι φίλοι αποτελούν την δεύτερη πιο συχνή πηγή ενημέρωσης σχετικά με το σεξ λόγω του ότι οι έφηβοι νιώθουν πιο άνετα να μοιράζονται συζητήσεις σχετικά με το σεξ και την αντισύλληψη μαζί τους από ότι με τους γονείς τους (124 από τους 206 συμμετέχοντες (60,5%).<sup>(269)</sup>

### **2.3.5 Η τηλεόραση και ο τύπος**

Η τηλεόραση και ο τύπος αποτελούν τις λιγότερο συνηθισμένες πηγές πληροφόρησης για το σεξ όπως αποδεικνύεται από την έρευνα των Tsikouras et al..Πιο συγκεκριμένα το 12,4% των εφήβων ενημερώνονταν για την αντισύλληψη από τον σεξουαλικό σύντροφο ,την τηλεόραση, την εφημερίδα και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.<sup>(269)</sup>

### **2.3.6 Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης**

Σύμφωνα με την Lagadinou et al οι έφηβοι προτιμούν να ενημερώνονται για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κατά κύριο λόγο από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.<sup>(272)</sup>

Στην έρευνα όμως των ILIADOU et al. αποδείχθηκε ότι το Διαδίκτυο αποτελεί σημαντική πηγή ενημέρωσης για την αντισύλληψη σε ποσοστό 79%(162 από τους 206 φοιτητές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) και αυτό στηρίχθηκε στο γεγονός ότι τα άτομα μπορούν να αναζητήσουν πληροφορίες στον τομέα αυτό διατηρώντας την ανωνυμία τους και έτσι αποφεύγονται τα πιθανά ταμπού που υπάρχουν γύρω από το σεξ .<sup>(269)</sup>

## **2.4 Η εγκυμοσύνη ανήλικων κοριτσιών ως επιταγή σε κανόνες συγκεκριμένων ατόμων, ομάδων ή πεποιθήσεων**

Πρέπει να αναφέρουμε ότι δεν είναι όλες οι εφηβικές εγκυμοσύνες ανεπιθύμητες.

Σύμφωνα με την μελέτη των Pergialiotis et al.σε 1704 περιπτώσεις της Μαιευτικής Κλινικής του Νοσοκομείου Αλεξάνδρας στην Αθήνα, διαπιστώθηκε ότι οι 244 περιπτώσεων ήταν εφηβικές εγκυμοσύνες κατά κύριο λόγο προερχόμενες από την κοινότητα των Ρομά (57,4%).<sup>(276)</sup>Επίσης σύμφωνα με την έρευνα των Ηρωντιάντα et al.από τις 71 γεννήσεις

κοριτσιών ηλικίας κάτω των 16 ετών που καταγράφηκαν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας από τον Ιανουάριο του 2014 έως τον Δεκέμβριο του 2016. ,οι περισσότερες προέρχονταν από κορίτσια Ρομά.Οι Ρομά αποτελούν μια κοινωνική ομάδα ατόμων όπου η εφηβική εγκυμοσύνη είναι ως επί το πλείστον επιθυμητή τόσο από τις οικογένειες των κοριτσιών όσο και από την οικογένεια των συντρόφων τους για αυτό και η αντισύλληψη ηθελημένα δεν επιλέγεται από τα άτομα αυτά. <sup>(277)</sup>εγκυμοσύνη στις μικρές ηλικίες αποτελεί κομμάτι του πολιτισμού τους. <sup>(278)</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΙΑΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 3.1 Το δίλημμα της τελικής απόφασης της έφηβης κυοφορούσας

Εφόσον η έφηβη ανακαλύψει και επιβεβαιώσει την ύπαρξη εγκυμοσύνης μέσω της κλινικής και εργαστηριακής διάγνωσης, δίνονται στην έφηβη δύο βασικές επιλογές.

Η πρώτη επιλογή είναι η **συνέχιση της εγκυμοσύνης μέχρι τον τοκετό** και η δεύτερη επιλογή είναι η **άμβλωση**.<sup>(279)</sup> Λόγω του ότι το κορίτσι είναι πιθανό να βρίσκεται σε κατάσταση έντονης συναισθηματικής φόρτισης είναι απαραίτητη η παροχή κατάλληλης συμβουλευτικής προκειμένου να βοηθηθεί η έφηβη στο να λάβει την τελική της απόφαση.

Η απόφαση μιας εφήβου για το ποια θα είναι η εξέλιξη της εγκυμοσύνης της εξαρτάται<sup>(280)</sup> :

- Από τις συνθήκες κατά τις οποίες προέκυψε η σύλληψη.
- Από την ηλικία του κοριτσιού.
- Από την πνευματική κατάσταση του κοριτσιού.
- Από το ιστορικό βιασμού ή σεξουαλικής κακοποίησης.
- Από την πίεση που θα της ασκηθεί από τον περίγυρο της(οικογένεια, σύντροφος ,φίλοι).
- Από το βαθμό υποστήριξης της από την οικογένεια της(η γνώμη της μητέρας λαμβάνεται περισσότερο υπόψιν.)
- Από τις ηθικές στάσεις του κοριτσιού και τα συναισθήματα της απέναντι στο αγέννητο μωρό.
- Από την ηθική στάση του κοριτσιού απέναντι στην άμβλωση.
- Από το πόσο σταθερή είναι η σχέση του ζευγαριού και πως σκέφτονται να συνεχίσουν τη ζωή τους.
- Από τα μελλοντικά σχέδια του ζευγαριού να δημιουργήσουν οικογένεια.
- Από την οικονομική κατάσταση του ζευγαριού ή του κοριτσιού εφόσον αποφασίσει να κρατήσει μόνη της το παιδί.

Εφόσον ληφθούν υπόψιν τα παραπάνω το κορίτσι αποφασίζει για τη συνέχεια ή όχι της κύησης.<sup>(280)</sup>

#### 3.1.2 Άμβλωση

Δεδομένου ότι οι περισσότερες εφηβικές εγκυμοσύνες είναι ανεπιθύμητες ,το μεγαλύτερο ποσοστό καταλήγει σε Άμβλωση.<sup>(273)</sup>Τι εννοούμε όμως με τον όρο Άμβλωση;

Με τον όρο **Άμβλωση ή Έκτρωση** γενικά αναφερόμαστε *“στην αποβολή του κνήματος από τη μήτρα”* σύμφωνα με τον Κρεάτσα.<sup>(281)</sup> Την Άμβλωση τη διακρίνουμε σε<sup>(282)</sup> :

- Αυτόματη Άμβλωση: Είναι η απώλεια της κύησης που συμβαίνει χωρίς ιατρική ή χειρουργική παρέμβαση.
- Τεχνητή ή Προκλητή Άμβλωση: Είναι η διακοπή της κύησης που προκαλείται μέσω φαρμακευτικής ή χειρουργικής παρέμβασης πριν από το χρόνο βιωσιμότητας του εμβρύου.

Η φαρμακευτική παρέμβαση διακοπής της κύησης γίνεται μέσω της ορμονικής επείγουσας αντισύλληψης δηλαδή μέσω δισκίων που καταναλώνονται από το στόμα και παρέχουν υψηλά ποσοστά **λεβονοργεστρέλης** με σκοπό να παρεμποδιστεί η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα είτε μέσω δια στόματος δισκίων που παρέχουν την ουσία **ουλιπριστάλη** ,η οποία παρεμποδίζει ή καθυστερεί την **ωοθυλακιωρρηξίας ενώ επίσης ίσως εμποδίζει την εμφύτευση του εμβρύου επιδρώντας στο ενδομήτριο**. Η διαφορά μεταξύ αυτών των δύο αντισυλληπτικών δισκίων έκτακτης ανάγκης είναι ότι τα δισκία με λεβονοργεστρέλη είναι αποτελεσματικά εφόσον εφαρμοστούν εντός των πρώτων 72 ωρών από την χωρίς προφύλαξη επαφή ενώ τα δισκία με ουλιπριστάλη διατηρούν την αποτελεσματικότητά τους για τις επόμενες 5 μέρες από το σεξ χωρίς προφύλαξη.<sup>(281) (282)</sup>

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται επίσης για την πρόκληση άμβλωσης είναι η **μεθοτρεξάτη,η μισοπροστόλη και η μifeπριστόνη**.Η **μεθοτρεξάτη** είναι κυτταροτοξικό φάρμακο που χορηγείται ενδομυϊκά ή από το στόμα με στόχο να εμποδιστεί ο πολλαπλασιασμός των εμβρυικών κυττάρων. Η **μισοπροστόλη** που χορηγείται είτε από το στόμα ή υπογλώσσια, κολπικά ή μέσω του ορθού είναι ένα συνθετικό ανάλογο της προσταγλανδίνης E1 η οποία δρα άμεσα στον τράχηλο ,μαλακώνοντας και διαστέλλοντας τον ενώ προκαλεί συστολές στο μυομήτριο. Η **μifeπριστόνη** δρα μέσα από τη δέσμευση των υποδοχέων προγεστερόνης ,εμποδίζοντας το έργο της που είναι η διατήρηση της κύησης. Τα φάρμακα αυτά προκαλούν αποτελεσματική άμβλωση ιδίως αν χορηγηθούν συνδυαστικά. Έτσι συνήθως χορηγούνται είτε μεθοτρεξάτη και μισοπροστόλη είτε μifeπριστόνη και μισοπροστόλη. Στην περίπτωση χορήγησης μεθοτρεξάτης/μισοπροστόλης χορηγείται πρώτα η μεθοτρεξάτη και έπειτα από 3-7 μέρες χορηγείται κολπικά μισοπροστόλη. Στην περίπτωση χορήγησης μifeπριστόνης /μισοπροστόλης χορηγείται πρώτα η μifeπριστόνη η οποία προκαλεί τη διακοπή της εξέλιξης της κύησης λόγω εκφύλισης του πλακούντα και του εμβρύου από το ενδομήτριο, συνοδευόμενη από διαστολή και μαλάκωμα του τραχήλου της μήτρας. Η μifeπριστόνη αυξάνει επίσης τη συσταλτικότητα της μήτρας και την ευαισθητοποίηση του μυομητρίου σε συσπάσεις που προκαλούνται από προσταγλανδίνες. Η μισοπροστόλη χορηγείται 24–48 ώρες



μετά τη μίσηπριστόνη. Η μίσηπριστόλη προκαλεί συσπάσεις, άνοιγμα του τραχήλου και εκκένωση του περιεχομένου της μήτρας.<sup>(283) (284)</sup>

**Η χειρουργική παρέμβαση διακοπής της κύησης** περιλαμβάνει την κένωση της μήτρας με ειδική αναρροφητική συσκευή. Πριν η έφηβη προχωρήσει στη διαδικασία του χειρουργείου ,πρέπει να προσέλθει για γυναικολογική εξέταση και τεστ εγκυμοσύνης. Όταν το τεστ βγει θετικό προχωράει σε έλεγχο της ομάδας αίματος και Rhesus.Ο γιατρός οφείλει να ενημερώσει για τους κινδύνους της επέμβασης το κορίτσι και το σύντροφο (αν υπάρχει).<sup>(281)</sup> Ωστόσο καμία πράξη διακοπής της κύησης δεν μπορεί να συμβεί σε ανήλικα κορίτσια χωρίς την έγγραφη συγκατάθεση του ενός από τους δύο γονείς ή του έχοντος την επιμέλεια. Επίσης η μέθοδος αυτή πρέπει να γίνεται μέχρι τη 12 βδομάδα κύησης αλλιώς σε προχωρημένη κύηση ενέχει μεγάλους κινδύνους ενώ επιτρέπεται κατ' εξαίρεση σε καταστάσεις κινδύνου της ζωής της κυοφορούσας ,σε καταστάσεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που έχει διαγνωστεί κατά τον προγεννητικό έλεγχο και όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανηλικού, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανής να αντισταθεί.<sup>(285)</sup>

### 3.1.2.α Νομοθεσία στην Ελλάδα για τις Αμβλώσεις

Η Ελλάδα είναι από τις τελευταίες Ευρωπαϊκές Χώρες που καθυστερημένα νομιμοποίησε τις Αμβλώσεις. Μέχρι το 1986,όσες αμβλώσεις γινόντουσαν ήταν παράνομες. Οι Παράνομες αυτές Αμβλώσεις φαίνεται να ευθύνονται κατά το ήμισυ για το μειωμένο ποσοστό γεννήσεων της χώρας μετά τον Β 'Παγκόσμιο Πόλεμο.

Η Ελληνική Βουλή μετά από πολύωρες συζητήσεις ψήφισε το **Νόμο 1609/1986** τον Νόμο Περί Αμβλώσεων. Δεν είναι παράλογο να αναφέρουμε ότι η Νομοθεσία αυτή ήρθε στη Χώρα μας εξαιτίας της ένταξης μας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Η προσπάθεια όμως που καταβλήθηκε για την προσαρμογή του ελληνικού κράτους στην Ευρωπαϊκή Κουλτούρα ,η οποία ήταν θετικά προσκείμενη στο ζήτημα των Αμβλώσεων ήρθε να συγκρουστεί με τις απόψεις της Χριστιανικής Εκκλησίας οι οποίες δεν ενέκριναν την άμβλωση.<sup>(286) (287)</sup>

Πιο συγκεκριμένα στον **Νόμο 1609/1986**, και σύμφωνα με το **ΦΕΚ 86/Α/3-7-1986** αναφέρονται τα εξής<sup>(288)</sup>:

**Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασίας της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις.**

#### **Άρθρο1.**

*1.Η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση*

περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας.

2. Με υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των άλλων συναρμόδιων υπουργών ρυθμίζονται τα θέματα, που αφορούν:

α) την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης.

β) την περίθαλψη της γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές λειτουργίας των μονάδων αυτών, το χρόνο παροχής της γυναίκας από την εργασία και ό,τι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της και

γ) τον τρόπο της προγεννητικής διάγνωσης στην περίπτ. β' της παρ. 4 του άρθρ. 304 του Ποινικού Κώδικα.

3. Οι δαπάνες που απαιτούνται για την εφαρμογή των προηγούμενων παραγράφων καλύπτονται σύμφωνα με τη νομοθεσία για τις κοινωνικές ασφαλίσσεις και με όσα ειδικότερα ορισθούν από την υπουργική απόφαση της προηγούμενης παραγράφου.

## **Άρθρο2.**

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

«4. 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.

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

### **Άρθρο3.**

Ο τίτλος και οι παράγραφοι 1, 2 και 3 του άρθρου 304 του Π.Κ. τροποποιούνται ως εξής:

«Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

1. Όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της τιμωρείται με κάθειρξη.

2. α. Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σ' αυτή μέσα για τη διακοπή της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών.

β. Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης, προκληθεί βαρεία πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη.

3. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος».

### **Άρθρο4.**

Στον Ποινικό Κώδικα προστίθεται το ακόλουθο άρθρο με αριθμό 304 Α

«Άρθρο 304 Α.

Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού

Όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310.

### **Άρθρο5.**

Το άρθρο 305 του Ποινικού Κώδικα, αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 305.

Διαφήμιση μέσων τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης

1. Όποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλυμμένα, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως κατάλληλους να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ή

προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής της εγκυμοσύνης, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο έτη.

2. Δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση ή η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά.

#### **Άρθρο6.**

1. Η δεύτερη παράγραφος του άρθρου 114 του Κ.Π.Δ., όπως διαμορφώθηκε με το άρθρο 1 του ν. 1290/1982 αντικαθίσταται ως εξής:

«Β) Τα δασικά (εκτός αχό τον εμπρησμό), τα αγροτικά και τα αγορανομικά αδικήματα σε βαθμό πλημμελήματος καθώς και τα εγκλήματα: α) του άρθρου 79 του Ν. 5960/1933 «περί επιταγής», β) των άρθρων 1 και 2 του Α.Ν. 86/1967 «περί επιβολής κυρώσεων κατά των καθ' υστερούντων την καταβολήν και την απόδοσιν εισφορών εις Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης», γ) του άρθρου 17 παρ. 8 του Ν. 1337/1988 για την «επέκταση των πολεοδομικών σχεδίων, οικιστική ανάπτυξη και σχετικές ρυθμίσεις» και δ) του άρθρου 3 του Ν. 1436/1984 για τη «σύσταση εμπορικού παρεμβατικού οργανισμού και μερικές άλλες διατάξεις».

2. Όσες υποδέσεις παραβάσεων του άρθρου 17 παρ. 8 του ν. 1337/1983, και του άρθρου 3 του ν. 1436/1984 έχουν προσδιοριστεί για εκδίκαση στο τριμελές πλημμελειοδικείο μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 1986 θα εκδικαστούν από αυτό.

3. Η προθεσμία της παρ. 6 του άρθρ. 10 του Ν.Δ. 3082/1954 «Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως διατάξεων τινών περί συμβολαιογράφων», παραταθείσα με το άρθρ. 2 του Νομ. 3284/1955 μέχρι τέλους Απριλίου 1956 και με το άρθρ. 1 του Νομ. 3493/1956 και τα κατ' εξουσιοδότηση τούτου εκδοθέντα δ/τα μέχρι 1ης Μαΐου 1986, παρατείνεται από τότε που έληξε μέχρι 31.3.1987.

Η προθεσμία αυτή μπορεί να παρατείνεται με π.δ/τα που θα εκδίδονται μετά από πρόταση του Υπουργού Δικαιοσύνης.

#### **Άρθρο7.**

Οι διπλωματούχοι ανώτερων σχολών αδελφών νοσοκόμων, αδελφών νοσοκόμων και επισκεπτηρίων και μαιών, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι διπλωματούχοι νοσηλευτικών και μαιευτικών τμημάτων

Κ.Α.Τ.Ε.Ε. και Τ.Ε.Ι., που υπηρετούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα και μονάδες αυτών, εντάσσονται στο 17ο-2ο μυθολογικό κλιμάκιο του νόμου αυτού. Όσοι διπλωματούχοι έχουν ενταχθεί επανεντάσσονται χωρίς αναδρομική απόληψη αποδοχών.

#### **Άρθρο8.**

1. Αν μέσα σε σαράντα πέντε μέρες από την παραπομπή σ' αυτά των οικείων φακέλων τα κατά το άρθρο 6 του ν. 1278/1982 (ΦΕΚ Α' 105/31.8.1985) Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού των Νοσηλευτικών, Ιδρυμάτων (ΣΙΚ.ΪΕ.Ι.Ο.Π ,Ν.Ι.) ή δεν ολοκληρώσουν τη διαδικασία κρίσης των υποψηφίων για διορισμό σε θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ., μπορεί ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να παραπέμπει τις κρίσεις στο Υπηρεσιακό Συμβούλιο του άρθρου 29 του ν. 1579 /1985 (ΦΕΚ Α' 217/23.12.85). Σ' αυτή, τη συγκεκριμένη περίπτωση το υπηρεσιακό συμβούλιο του άρθρου 29' αποτελείται μόνο από γιατρούς. Η διαδικασία παραπομπής και κρίσης, καθώς και ορισμού των εισηγητών καθορίζεται με απόφαση του ιδίου υπουργού.

2. Η παράγραφος 4 του άρθρου 7 του ν. 1278/1982 (ΦΕΚ 105 τ. Α') τροποποιείται ως εξής:

«4. Τα Συμβούλια Επιλογής είναι σε απαρτία όταν είναι παρόντα τα 3/5 των μελών τους».

#### **Άρθρο9.**

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι διατάξεις των παρ. 1 έως και 9 του άρθρ. 29 του ν. 1579/1985 (ΦΕΚ Α' 217/23.12.85) μπορεί να επεκτείνονται κατά νομό, ειδικότητα και βαθμό και για τους γιατρούς του Δημοσίου και των Ν.Π.Δ.Δ. και για γιατρούς που δεν υπηρετούσαν στο Δημόσιο ή Ν.Π.Δ.Δ.

#### **Άρθρο10.**

1. Γιατροί που ειδικεύονται σε νοσοκομεία, πλην των νοσοκομείων Αθηνών, Πειραιά και Θεσσαλονίκης, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από αίτησή τους, να παραμένουν στα νοσοκομεία αυτά μέχρι του πρώτου διορισμού τους ως υπεράριθμοι με τις ίδιες αποδοχές και μετά την ολοκλήρωση του χρόνου άσκησης τους σ' αυτά, εφόσον αναμένουν σειρά διορισμού σε άλλο νοσοκομείο για συνέχιση της άσκησης τους. Στη διάρκεια της

υπηρεσίας τους αυτής μπορεί, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να μετατίθενται σε οποιοδήποτε νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας που υπηρετούν. Ειδικά γι' αυτούς που ειδικεύονται στην αναισθησιολογικά δεν ισχύει η εξαίρεση για τα νοσοκομεία Αθηνών, Πειραιά και Θεσσαλονίκης. Η διάταξη αυτή ισχύει και για τους ειδικευόμενους ιατρούς των οποίων η σύμβαση εργασίας έληξε μετά την 1.1.1986. 2. Από τη διάταξη της παραγ.1 του άρθρου 26 του ν. 1579/1985 (Φ.Ε.Κ. Α' 217/23.1&85) διαγράφεται η φράση «...που προκηρύχθηκαν με την απόφαση Α3β/7500/16.6.84».

#### **Άρθρο 11.**

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (ΦΕΚ 86/Α/3-7-1986, 2019)

Πλέον η Τεχνητή Διακοπή Κύησης προστατεύεται και από το Ποινικό Δίκαιο μέσα από το **ΑΡΘΡΟ 304 Π.Κ(Νόμος 4619/2019) (289)**

Σύμφωνα με το Άρθρο 304 του Ποινικού Κώδικα ισχύει ότι:

1. Όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την κύησή της τιμωρείται με κάθειρξη έως δέκα έτη.

2. Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου ή των προσώπων που έχουν τη γονική μέριμνα ή επιμέλειά της αν αυτή είναι ανίκανη να συναινέσει, διακόπτει την εγκυμοσύνη της, τιμωρείται με φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή και αν ενεργεί κατ' επάγγελμα, με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και χρηματική ποινή. Με την ίδια ποινή, μειωμένη κατά το μέτρο του άρθρου 83, τιμωρείται και όποιος προμηθεύει σε έγκυο τα μέσα για τη διακοπή της εγκυμοσύνης της, εφόσον έγινε τουλάχιστον απόπειρα αυτής.

3. Έγκυος που μετά την εικοστή τέταρτη εβδομάδα της κύησης διακόπτει την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση έως έξι μήνες ή χρηματική ποινή.

4. Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται από την έγκυο ή με τη συναίνεση των προσώπων που αναφέρονται στην παράγραφο 2 από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη

νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις: α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνη. β) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης. γ) Έχουν διαπιστωθεί, με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού ή 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 αρμόδιου γιατρού.

5. Με φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή τιμωρείται όποιος κατά την πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου μετά την εικοστή εβδομάδα της κύησης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού και πριν από την εμφάνιση του παιδιού στον εξωτερικό κόσμο, προκαλεί με αμέλεια διακοπή της κύησης ή βαριά βλάβη στο έμβρυο, που έχει ως αποτέλεσμα τον θάνατο του νεογνού.

### **3.1.2.β Οι επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία μετά την άμβλωση**

**Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η Φαρμακευτική Μέθοδος Διακοπής της κύησης ενδέχεται να επιφέρει στην έγκυο τις εξής παρενέργειες:**<sup>(281) (282) (283)</sup>

1. Αιμορραγία που ξεκινάει λίγες ώρες μετά την λήψη μισοπροστόλης .Η αιμορραγία αυτή είναι βαρύτερη από αυτή της εμμήνου ρύσης ενώ συνοδεύεται συνήθως με αποβολή πηγμάτων αίματος.
2. Πυελικός Πόνος και κράμπες πριν και κατά τη στιγμή της αποβολής .
3. Ναυτία ,εμετός ,πονοκέφαλος ,διάρροια ,πυρετός/ρίγη και συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της γρίπης.

Από την άλλη πλευρά η Επεμβατική Μέθοδος Διακοπής της κύησης φαίνεται να παρουσιάζει λιγότερες παρενέργειες. Οι παρενέργειες που εμφανίζει η μέθοδος αυτή είναι:

- Λιγότερο πόνο λόγω της αναισθησίας που χορηγείται κατά την επέμβαση.
- Ελαφριά Αιμορραγία.

**Ωστόσο φαίνεται ότι οι Τεχνητές Αμβλώσεις πολύ συχνά επιφέρουν στη γυναίκα ορισμένες επιπλοκές. Τέτοιες είναι:**

- Αιμορραγίες

- Φλεγμονές του γεννητικού συστήματος.
- Παραμονή εμβρυικών στοιχείων.
- Συμφύσεις στην κοιλότητα της μήτρας
- Ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου εξαιτίας επανειλημμένων αμβλώσεων.
- Μετεκρωτικό σύνδρομο που προκύπτει λόγω της συλλογής αίματος στη μήτρα προκαλώντας κωλικοείδες άλγος, αιμορραγία ενώ η μήτρα γίνεται ιδιαιτέρως μαλακή.
- Αποτυχία Διάγνωσης (συν)υπάρχουσας Έκτοπης Κύησης.
- Λανθασμένη Διάγνωση Έκτοπης Κύησης.
- Τοξικότητα μισοπροστόλης.

Ο κίνδυνος για αυτές τις επιπλοκές είναι μεγαλύτερος στην περίπτωση των μη ασφαλών και παράνομων αμβλώσεων που διενεργούνται κάτω από κακές συνθήκες υγιεινής ,από άτομα που διαθέτουν μερική ή και καθόλου γνώση ιατρικής ή ανατομίας.<sup>(281)</sup> Οι μη ασφαλείς αμβλώσεις έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να οδηγήσουν σε θάνατο και αυτό μπορεί να οφείλεται στην αιμορραγία και τη πρόκληση σηψαιμίας . Κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών διατρέχουν επίσης οι ασθενείς σε προχωρημένη ηλικία κύησης και οι ασθενείς με συννοσηρότητες. Τέλος σύμφωνα με την βιβλιογραφία παρατηρείται ότι η Φαρμακευτική Μέθοδος διακοπής της εγκυμοσύνης που εκτελείται κατά το 2<sup>ο</sup> τρίμηνο της κύησης ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών στην έγκυο.<sup>(281)(290)</sup>

### **3.1.2.γ Οι κοινωνικές επιπτώσεις**

Οι κοινωνικές επιπτώσεις που προκύπτουν από τις αμβλώσεις είναι:

- Η μείωση των γεννήσεων και άρα υπογεννητικότητα στην Ελλάδα.<sup>(289)</sup>
- Ο σχολιασμός ,η κατακραυγή και οι επικρίσεις από τον κοινωνικό περίγυρο κυρίως σε κλειστές κοινωνίες ή ιδιαίτερες κοινωνικές ομάδες από την δήλωση μιας άμβλωσης.<sup>(291)</sup>

### **3.2 Ο δρόμος προς τον τοκετό**

Αν η απόφαση της εγκύου είναι η συνέχιση της κύησης μέχρι τον τοκετό ,τότε το κορίτσι πρέπει να απευθυνθεί σε ομάδα ειδικών επιστημόνων που απευθύνονται σε έφηβους προκειμένου να της χορηγηθεί η κατάλληλη προγεννητική φροντίδα παράλληλα με ψυχοκοινωνική υποστήριξη.<sup>(292)</sup> Η προγεννητική ιατρική φροντίδα περιλαμβάνει:

**Αρχική Επίσκεψη για Προγεννητικό Έλεγχο<sup>(293)</sup>** :Κατά την πρώτη επίσκεψη του έφηβου κοριτσιού στον γυναικολόγο, λαμβάνεται το ιστορικό της εφήβου που περιλάμβανε: το γυναικολογικό ιστορικό της, τις προηγούμενες κύσεις (αν υπάρχουν),το ιστορικό χρόνιων παθήσεων και λοιμώξεων ,τις πληροφορίες που σχετίζονται με τον έλεγχο των γενετικών



νοσημάτων και τις πληροφορίες που σχετίζονται με την πορεία της εγκυμοσύνης. Έπειτα ο γιατρός προχωράει σε λεπτομερή κλινική εξέταση της εγκύου(πχ εξέταση του μαστού και της πυέλου) και στην εκτίμηση της ηλικίας της κύησης βάσει της οποίας θα καθορίσει την πιθανή ημερομηνία του Τοκετού. Παράλληλα, σε αυτή την πρώτη επίσκεψη ο γιατρός ζητάει τις προβλεπόμενες εργαστηριακές εξετάσεις που είναι απαραίτητες κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Αυτές οι εξετάσεις περιλαμβάνουν:<sup>(293)</sup>

- **Γενική εξέταση αίματος .**
- **Εξέταση Γλυκόζης αίματος.**
- **Δοκιμασία δρεπάνωσης.**
- **Εξέταση Γλυκόζης, ουρίας και κρετινίνης αίματος.**
- **Ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης.**
- **Έλεγχος για ηπατίτιδα Β ηπατίτιδα C και HIV 1&2.**
- **Έλεγχος για γονόρροια ,χλαμύδια και τριχομονίαση .**
- **Εξέταση για σύφιλη (VDRL, RPR, ή άλλη).**
- **Έλεγχος για ΣΜΝ .**
- **Τίτλος αντισωμάτων για ερυθρά ,τοξόπλασμα και CMV.**
- **Τίτλος αντισωμάτων για ανεμοβλογιά επί αρνητικού ιστορικού.**
- **Εξέταση κολποτραχηλικών επιχρισμάτων κατά Παπανικολάου.**
- **Γενική εξέταση ούρων.**

Τέλος ,ο γιατρός παρέχει οδηγίες στην έγκυο σχετικές με την προγεννητική φροντίδα και με διατροφικές συνήθειες ενώ την ενημερώνει για τα σημάδια πιθανών επιπλοκών και για τις διαθέσιμες κοινωνικές υπηρεσίες που μπορεί να συμβουλευτεί. Επίσης ο γιατρός καλείται να εκτιμήσει την ασφάλεια των εφήβων που είναι θύματα ενδοοικογενειακής βίας.<sup>(293) (294)</sup>

Μεταξύ 12<sup>ης</sup> και 14<sup>ης</sup> εβδομάδα κύησης πραγματοποιείται ο ειδικός έλεγχος πρώτου τριμήνου κατά τον οποίο ελέγχεται η Αυχενική Διαφάνεια και το ρινικό οστό του εμβρύου και γίνεται η μέτρηση της ουσίας PAPP-A και χοριακής γοναδοτροφίνης στο αίμα. Μέσω του προγεννητικού ελέγχου πρώτου τριμήνου εκτιμάται ο κίνδυνος για χρωμοσωμικές ανωμαλίες όπως σύνδρομο Down.Στο υπερηχογράφημα αυτό καθορίζεται με μεγαλύτερη ακρίβεια η ηλικία κύησης της εφήβου και η πιθανή ημερομηνία τοκετού που μπορεί να διαφέρει από την παραδοσιακή ηλικία κύησης, που βασίζεται στον αριθμό των εβδομάδων που μεσολάβησαν από την πρώτη μέρα της τελευταίας περιόδου. Η Πιθανή Ημέρα Τοκετού(ΠΗΤ)υπολογίζεται συνήθως βάσει του Κανόνα Naegele:Πρόσθεση 7 ημερών στην πρώτη μέρα της τελευταίας περιόδου, αφαίρεση 3 μηνών και πρόσθεση ενός έτους. Ωστόσο ,για τον ακριβή καθορισμό

της ηλικίας κύησης και της ΠΗΤ όπως αναφέρθηκε προτιμάται ο υπερηχογραφικός έλεγχος.<sup>(295)(296)</sup>

Οι περιοδικές επισκέψεις της εγκύου με φυσιολογική κύηση ορίζονται ως κάθε 4 εβδομάδες μέχρι την 28<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, κάθε 2 εβδομάδες μέχρι 36<sup>η</sup> εβδομάδα και κάθε εβδομάδα μέχρι το τέλος. Σε κάθε προγεννητική εξέταση εκτιμώνται η αρτηριακή πίεση και το βάρος της μητέρας καθώς και μαιευτικά κλινικά ευρήματα(μέτρηση ύψους πυθμένα, εμβρυϊκός καρδιακός παλμός, ψηλάφηση της μήτρας και προβολή του εμβρύου).<sup>(293)</sup>

Κατά το **δεύτερο τρίμηνο** οι έγκυες υποβάλλονται πέρα από τις καθιερωμένες εξετάσεις (γενική αίματος και ούρων)και σε αναλυτικό γενετικό υπερηχογράφημα. Το γενετικό υπερηχογράφημα περιλαμβάνει τον έλεγχο της φυσιολογικής ανάπτυξης του εμβρύου και κατά κύριο λόγο τον έλεγχο της διάπλασης του κεντρικού νευρικού συστήματος, του θώρακα, του κοιλιακού τοιχώματος και της κατάστασης του ουροποιητικού συστήματος. Τέλος γίνεται έλεγχος στο μέγεθος του πλακούντα και της φυσιολογικής ποσότητας του αμνιακού υγρού.<sup>(296)</sup>

Στο **τρίτο** και **τελευταίο** τρίμηνο της κύησης, η γυναίκα που κυοφορεί υποβάλλεται σε έλεγχο για τυχόν διαβήτη κύησης μέσω της καμπύλης ανοχής γλυκόζης μεταξύ της 24<sup>ης</sup> και 28<sup>ης</sup> εβδομάδας κύησης. Επίσης γίνεται έλεγχος για στρεπτόκοκκο της ομάδας Β μέσω της καλλιέργειας κολπικού υγρού(την 35<sup>η</sup> ως την 37<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης) και επαναλαμβάνονται οι εργαστηριακές εξετάσεις.Επιπλέον γίνεται η ειδική εξέταση με υπερηχογράφημα Doppler με την οποία ελέγχεται η ροή του αίματος εντός των αγγείων του εμβρύου ,ο πλακούντας και η οξυγόνωση του. Τέλος ,ελέγχεται η καλή κατάσταση του εμβρύου μέσω: α)του Καρδιοτοκογραφήματος Ηρεμίας (NST)που ελέγχει τον καρδιακό εμβρυϊκό ρυθμό και την μεταβλητότητά του και β)ενίοτε του Καρδιοτοκογραφήματος υπό χορήγηση ωοκυττακίνης (CST)που ελέγχει την αντίδραση του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου στην πίεση που ασκείται από τις συστολές της μήτρας. Σε περίπτωση που ο NST δεν είναι ικανοποιητικός, ελέγχεται το βιοφυσικό προφίλ του εμβρύου. Το βιοφυσικό προφίλ περιλαμβάνει ένα σχετικά καλό NST,τις αναπνευστικές κινήσεις ,την κινητικότητα του εμβρύου, τον εμβρυϊκό τόνο και την ποσότητα του αμνιακού υγρού. Οι παράμετροι αυτοί αν συνολικά βαθμολογηθούν με 8 ως 10 τότε η κατάσταση του εμβρύου κρίνεται καλή.<sup>(295)(296)</sup>

### ***3.2.2 Οι κίνδυνοι της εφηβικής εγκυμοσύνης για την υγεία της μητέρας και του νεογνού***

Οι κίνδυνοι για την υγεία τόσο της μητέρας όσο και του επερχόμενου νεογνού παρουσιάζονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την ελληνική βιβλιογραφία οι έφηβες μητέρες φαίνεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο για:<sup>(296)(297)</sup>

- Πρόωρο τοκετό
- Αναιμία
- Τοξιναιμία
- Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα
- Προδρομικό Πλακούντα
- Αυτοκτονικές Συμπεριφορές
- Υπέρταση
- Αιμορραγία κατά τη διάρκεια του τοκετού ή αργότερα
- Καισαρική Τομή
- Παρατεταμένο ή/και Αποφρακτικό Τοκετός
- Ουρολοιμώξεις
- Εμβρυοπτυελική δυσαναλογία
- Γέννηση μικρού για την ηλικία κύησης νεογνού

**Τα βρέφη των έφηβων μητέρων εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο για:**<sup>(297)</sup>

- Νεογνικό Θάνατο
- Χαμηλή Βαθμολογία APGAR
- Βρεφική Νοσηρότητα

### **3.2.3 Οι οικονομικές συνέπειες**

Οι οικονομικές συνέπειες για την έφηβη που θα επιλέξει να φέρει ένα παιδί στον κόσμο αφορούν κατά κύριο λόγο στην ανατροφή του. Οι έφηβες μητέρες φαίνεται να προέρχονται κατά κύριο λόγο από μονογονεϊκές ή χαμηλών κοινωνικοοικονομικών τάξεων οικογένειες οπότε μια πιθανή εγκυμοσύνη θα βαρύνει οικονομικά τον ήδη βεβαρυσμένο οικογενειακό προϋπολογισμό της οικογένειας της ανήλικης.<sup>(298)</sup>

Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και καθυστερήσεις των κρατικών νοσοκομείων σε συνδυασμό με τον φόβο των εφήβων για μη διατήρηση της ανωνυμίας τους, οδηγούν τους γονείς και τους έφηβους στο να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα προκειμένου να πραγματοποιήσουν αμβλώσεις. Επιπλέον η κακή αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό και τους κοινωνικούς λειτουργούς οδηγούν στην όλο και αυξανόμενη στροφή των εφήβων σε ιδιωτικές κλινικές παρόλο που στα δημόσια νοσοκομεία η ίδια υπηρεσία παρέχεται δωρεάν. Στις ιδιωτικές κλινικές ,οι έφηβες πρέπει να καταβάλουν ένα ποσό διόλου ευκαταφρόνητο προκειμένου να δεχθούν τις υπηρεσίες των κλινικών αυτών.<sup>(290)</sup>

### **3.2.4 Οι κοινωνικές συνέπειες**

Στην Ελλάδα, η εγκυμοσύνη στην εφηβεία συνδέεται με τη διακοπή της σχολικής φοίτησης, την εγκατάλειψη του σχολείου, την περιορισμένη εκπαίδευση και την μείωση των ευκαιριών για επαγγελματική απασχόληση και οικονομική ευμάρεια. <sup>(299)</sup> Μέσα από την έρευνα των Tsikouras et al παρατηρήθηκε ότι οι έφηβες γυναίκες ήταν κατά κύριο λόγο νοικοκυρές χωρίς καμιά πηγή εισοδήματος. <sup>(297)</sup>

Μια ακόμη συνέπεια που προκύπτει από την ανεπιθύμητη κύηση στην εφηβεία είναι η τέλεση γάμων σε πολύ μικρή ηλικία. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται έντονα σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες με συγκεκριμένη πολιτισμική κουλτούρα (πχ Ρομά). <sup>(300)</sup> Επίσης η εφηβική εγκυμοσύνη συνδέεται με την μονογονεϊκότητα και την παιδική κακοποίηση. <sup>(301)</sup>

Υπάρχουν και μακροπρόθεσμες κοινωνικές συνέπειες που αφορούν τα παιδιά των ανήλικων κοριτσιών. Τα παιδιά αυτά πιθανόν να βιώσουν την παραμέληση από την μητέρα τους λόγω της μη συνειδητοποίησης της μητρικής τους ιδιότητας. Τα παραμελημένα αυτά παιδιά μελλοντικά ενδέχεται να παρουσιάσουν: <sup>(302)</sup>

- Χαμηλή Νοημοσύνη.
- Προβλήματα στην επικοινωνία και στην ανάγνωση.
- Αναπτυξιακή Καθυστέρηση .
- Υπερκινητικότητα .
- Χαμηλή σχολική επίδοση .
- Εφηβική κύηση.
- Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις

Μια από τις σημαντικότερες συνέπειες των εφηβικών κυήσεων και των αμβλώσεων στην κοινωνία είναι η υπογεννητικότητα. Φαίνεται ότι οι αμβλώσεις (παράνομες και μη) συμβάλλουν αρνητικά στην αύξηση των γεννήσεων στην Ελλάδα, παρά την παρατηρούμενη μειωμένη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων στις σεξουαλικές επαφές. <sup>(303)</sup>

Ο Νόμος 1986 περί των Αμβλώσεων αν και ψηφίστηκε με σκοπό να μειωθούν οι παράνομες αμβλώσεις στην πραγματικότητα δεν κατάφερε απόλυτα τον σκοπό του. Ένα σημαντικό πρόβλημα είναι ότι πολλές φορές οι αμβλώσεις δεν καταγράφονται ως τέτοιες αλλά σαν αυτόματες αποβολές ή παλίνδρομες κυήσεις. Η μη καταγραφή των πραγματικών αριθμών των αμβλώσεων συμβάλλει στη διαίωνιση μιας ψευδούς πραγματικότητας σχετικά με σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων στην Ελλάδα. <sup>(286)</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 4.1 Μέτρα παρέμβασης απέναντι στην αύξηση του φαινομένου της εφηβικής κύησης

Το φαινόμενο της εφηβικής εγκυμοσύνης φαίνεται ότι ταλανίζει όλο τον κόσμο. Μπορεί η Ελλάδα να μην βρίσκεται στις χώρες όπου το φαινόμενο κυριαρχεί, παρόλα αυτά, από την ελληνική βιβλιογραφία που μελετήσαμε διαπιστώνουμε ότι συνεχίζει να υπάρχει σε υψηλά ποσοστά, με υπερεκπροσώπηση συγκεκριμένων ομάδων (πχ Ρομά).

Το ερώτημα είναι ένα: **Πώς μπορούμε να παρέμβουμε στον επιπολασμό του φαινομένου της εφηβικής εγκυμοσύνης;**

Η λύση είναι μία: **ΠΡΟΛΗΨΗ.**

Οι έφηβοι αποτελούν μια ιδιαίτερη κατηγορία ανθρώπων. Η διατήρηση της υγείας των εφήβων είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της υγείας του έθνους και των επόμενων γενιών μελλοντικά. Πριν από την ανάπτυξη και την εφαρμογή πολιτικών πρόληψης ανεπιθύμητων κυήσεων είναι απαραίτητη η γνώση σχετικά με τις ομάδες-στόχους, η γνώση των επιπτώσεων της εφηβικής εγκυμοσύνης και γέννησης, καθώς και η γνώση των κινδύνων και των προληπτικών παραγόντων που σχετίζονται με την εφηβική εγκυμοσύνη. <sup>(238)</sup>

Τα μέτρα που θα ληφθούν λοιπόν θα πρέπει να παρεμβαίνουν στους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης του φαινομένου και να προωθούν προστατευτικούς παράγοντες προκειμένου να αποτραπεί ο επιπολασμός τους φαινομένου στην ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα των εφήβων. <sup>(238)</sup>

Ένα μέτρο πρόληψης της εφηβικής κύησης και των ΣΜΝ με 100% επιτυχία είναι η σεξουαλική αποχή των εφήβων. Η σεξουαλική αποχή διακρίνεται σε πρωταρχική όταν ένα άτομο δεν έχει συννευρεθεί ποτέ σεξουαλικά και δευτερεύουσα όταν ένα άτομο ενώ έχει σεξουαλικές επαφές επιλέγει να απέχει. Εμείς εδώ αναφερόμαστε στην πρωταρχική σεξουαλική αποχή. Όσο πιο καθυστερημένα ξεκινήσουν τις σεξουαλικές επαφές, τόσο πιο υπεύθυνοι θα γίνουν ως προς το ασφαλές σεξ. <sup>(304)</sup>

Ένα άλλο μέτρο πρόληψης είναι η εκπαίδευση των εφήβων στις μεθόδους αντισύλληψης και στον οικογενειακό προγραμματισμό. Το σχολείο, οι γονείς και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διάδοση των γνώσεων σχετικά με το ασφαλές σεξ. <sup>(305)</sup>

Έκτος από την γνώση των μεθόδων αντισύλληψης, είναι απαραίτητη και η εύκολη πρόσβαση των εφήβων τόσο σε αυτές τις μεθόδους όσο και σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας. *“Η καθολική πρόσβαση και η υλοποίηση υπηρεσιών σεξουαλικής και*

*αναπαραγωγικής υγείας για την εκπλήρωση της δέσμευσης της Ατζέντας 2030 για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη ότι «κανείς δεν θα μείνει πίσω.»* <sup>(306)(307)</sup>

#### **4.1.2 Η σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση**

Είδαμε προηγουμένως ότι οι έφηβοι σε μεγάλο βαθμό ενημερώνονται αποσπασματικά για το σεξ από διάφορες πηγές όπως τους γονείς ,τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τους συνομηλίκους. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό και με την όλο και μικρότερη ηλικία έναρξης των σεξουαλικών επαφών τους καθιστά αναγκαία τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των ατόμων ήδη από την παιδική ηλικία. <sup>(308) (309)</sup>

#### **Τί είναι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ;**

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αναφέρεται σε *«μια κατάλληλη για την ηλικία, πολιτισμικά σχετική προσέγγιση στη διδασκαλία σχετικά με το σεξ και τις σχέσεις παρέχοντας επιστημονικά ακριβείς, ρεαλιστικές, μη επικριτικές πληροφορίες»* <sup>(310)</sup>

#### **Τα θέματα που διαπραγματεύεται η σεξουαλική αγωγή είναι:**<sup>(311)(312)</sup>

- Η Ανατομία και Υγιεινή του σώματος.
- Η λειτουργία των οργάνων.
- Η αναπαραγωγή.
- Τα οργανικά προβλήματα που επηρεάζουν αρνητικά την σεξουαλικότητα.
- Η αντισύλληψη.
- Ο αυνανισμός.
- Οι κίνδυνοι της σεξουαλικής επαφής.
- Η ενημέρωση των ατόμων με αναπηρία ή νοητική στέρηση σχετικά με τους κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους εκδήλωσης της σεξουαλικότητας τους και οι συνέπειες από τη μη τήρηση αυτών των κανόνων.

#### **Στόχοι της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι**<sup>(313)(314)(315)(316)(317):</sup>

- Η υποστήριξη και η προστασία της σεξουαλικής ανάπτυξης των παιδιών και των εφήβων.
- Η ενδυνάμωση των εφήβων ώστε να κατανοήσουν τη σεξουαλικότητα και τις σχέσεις τους, προκειμένου να βελτιωθεί η σεξουαλική υγεία των εφήβων και η συνολική ποιότητα ζωής τους.
- Η ανάπτυξη και η ενίσχυση της δυνατότητας των παιδιών και των εφήβων να κάνουν συνειδητές ,ικανοποιητικές, υγιείς και πλήρους σεβασμού επιλογές αναφορικά με τις σχέσεις τους, τη σεξουαλικότητα τους, τη σωματική και συναισθηματική τους υγεία.

- Η ενίσχυση της υπευθυνότητας και της ασφάλειας των παιδιών και των εφήβων στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και φιλίες αλλά και η ανάληψη της ευθύνης για τη δική τους σεξουαλική υγεία αλλά και των άλλων .
- Η αποτροπή της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών και εφήβων μέσω της εκμάθησης των δικαιωμάτων τους και των αποδεκτών συμπεριφορών.
- Σύμφωνα με την Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS) η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι μια δια βίου διαδικασία που ξεκινά από τη γέννηση. Γονείς/φροντιστές, οικογένεια, συνομήλικοι, συνεργάτες, σχολεία, οι θρησκευτικές οργανώσεις και τα μέσα ενημέρωσης επηρεάζουν τα μηνύματα που λαμβάνουν οι άνθρωποι για τη σεξουαλικότητα σε όλα τα στάδια της ζωής.

**Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών είναι δυνατόν να χωριστεί σε 3 περιόδους:**

- **Προσχολική Περίοδος:** Στα πρώτα χρόνια της ζωής τους τα παιδιά μαθαίνουν για την καθαριότητα του σώματος και την υγιεινή των γεννητικών οργάνων κυρίως από την μητέρα.<sup>(318)</sup> Με την είσοδο τους στην προσχολική ηλικία(νηπιαγωγείο)τα παιδιά επεξεργάζονται τα συναισθήματα ,τις φιλίες και τις επιθυμίες τους. Επίσης ξεκινούν να καλλιεργούν δεξιότητες αυτομέριμνας και υγιεινής, διαχωρίζουν το καλό από το κακό σχετικά με την εκμετάλλευση και την γενετήσια αξιοπρέπεια, καλλιεργούν την ενσυναίσθηση και σχέσεις εμπιστοσύνης με τους ενήλικες.<sup>(319)</sup>
- **Σχολική Περίοδος:** Στις πρώτες τάξεις του δημοτικού τα παιδιά μαθαίνουν σταδιακά την ανατομία και τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων του άνδρα και της γυναίκας. Έπειτα ακολουθεί η εκμάθηση βασικών γνώσεων σχετικά με την έμμηνο ρύση ,την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Τέλος εμβαθύνουν στα ζητήματα προσωπικής υγιεινής.<sup>(320)</sup>
- **Εφηβική Περίοδος:** Κατά τη περίοδο αυτή, η οποία είναι ιδιαιτέρως δύσκολη, ο έφηβος με την είσοδο τους στις τάξεις του γυμνασίου πρόκειται να μάθει για την αντισύλληψη, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τις διαταραχές της περιόδου και για την πρόληψη παθολογικών καταστάσεων του γεννητικού συστήματος ως μέρος της γενετήσιας αγωγής. Στα τέλη του γυμνασίου οι έφηβοι θα πρέπει να έχουν κατανοήσει τα βασικά θέματα της σεξουαλικής αγωγής και να μπορούν να φέρονται σωστά στις σχέσεις τους με το άλλο φύλο.<sup>(320) (308)</sup>
- Στο Λύκειο, τα μαθήματα εμβαθύνουν ακόμα περισσότερο,γίνονται συζητήσεις για παθολογικές καταστάσεις των γεννητικών οργάνων και ο τρόπος αντιμετώπισης τους ενώ οι συζητήσεις εμβαθύνουν και σε θέματα ψυχικής υγείας και κοινωνιολογίας.<sup>(308)</sup> Οι έφηβοι μαθαίνουν να οριοθετούν την σεξουαλική συμπεριφορά τους καθώς κατανοούν ότι η δική τους

συμπεριφορά επηρεάζει και των άλλων.<sup>(321)</sup> Στη χώρα μας δυστυχώς η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων χρήζει βελτιώσεων.

### **Ποιοι αναλαμβάνουν τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών και των εφήβων;**

Αρχικά τον ρόλο της εκμάθησης των πρώτων βασικών ζητημάτων αναλαμβάνουν οι γονείς. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η ενημέρωση των γονιών προκειμένου να δίνουν σωστές, απλές και καθησυχαστικές απαντήσεις στις ερωτήσεις των παιδιών.<sup>(321)</sup>

Έπειτα, το έργο της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης αναλαμβάνει το σχολείο. Δυστυχώς όπως φαίνεται και στην έρευνα Καδιγιαννόπουλος et al., τα προγράμματα αγωγής υγείας που ασχολούνται με την σεξουαλική αγωγή στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι περιορισμένα ενώ υλοποιούνται από εκπαιδευτικούς με ελάχιστες επιστημονικές γνώσεις επί του θέματος.<sup>(322)</sup> Αργότερα, όποιος νέος επιθυμεί, μπορεί να συνεχίσει την ενημέρωση του σε ειδικά κέντρα, πανεπιστήμια ή σχολές.<sup>(320)</sup>

### **4.1.3 Ο οικογενειακός προγραμματισμός**

#### **Τι είναι οικογενειακός προγραμματισμός;**

Ως **οικογενειακός προγραμματισμός** ορίζεται η συνειδητή απόφαση προγραμματισμού απόκτησης παιδιών ή όχι κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας. Πέρα από το πότε θα αποκτηθεί ή όχι ένα παιδί, μέσω του οικογενειακού προγραμματισμού καθορίζεται και ο αριθμός των παιδιών αλλά και ο χρόνος απόκτησης και άλλων παιδιών μελλοντικά από το ζευγάρι.<sup>(323) (324)</sup>

*“Ο οικογενειακός προγραμματισμός αναφέρεται στη ρύθμιση των γεννήσεων, την σεξουαλική ενημέρωση, την γενετική συμβουλευτική και τον προγεννητικό έλεγχο, την έγκαιρη ανίχνευση των παθήσεων των γεννητικών οργάνων, τη στειρότητα και την υιοθεσία.”* σύμφωνα με την Άννα Μανιδάκη.<sup>(325)</sup>

#### **Στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού (Manidaki, 2021)<sup>(325)</sup>;**

- Η προώθηση της υπεύθυνης γονιμότητας μέσω της ενημέρωσης, της εκπαίδευσης και της επιστημονικής έρευνας προς όφελος της υγείας της γυναίκας, της οικογένειας και της ευρύτερης κοινωνίας.
- Η ενημέρωση γύρω από τα ζητήματα της γενετικής υγείας και η πρόληψη σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Η προετοιμασία για την εφηβεία, την οικογένεια και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή.
- Η επιμόρφωση των γονιών ώστε να μεταλαμπαδεύουν στα παιδιά τους γνώσεις σχετικά με τη γενετική υγεία.



- Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων πάνω στις μεθόδους αντισύλληψης.

### **Ποια είναι η ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα;**

- ✓ Το 1953-1973 ιδρύεται η **Ελληνική Εταιρεία Ευγονικής** με έδρα το Νοσοκομείο **Αλεξάνδρας** όπου εισήγαγε την ιδέα του οικογενειακού προγραμματισμού με πρόεδρο τον Νικόλαο Λούρο. Η Ελληνική Εταιρεία Ευγονικής ασχολήθηκε με θέματα όπως η ευθανασία ,η σεξουαλική αγωγή και οι εκτρώσεις ενώ έκανε και αναφορές στην προγραμματισμένη οικογένεια όχι όμως σχετικά με την ρύθμιση των γεννήσεων αλλά σχετικά με το μέγεθος των οικογενειών.<sup>(325)</sup>
- ✓ Το 1966 Ιδρύθηκε το **Συμβουλευτικό Κέντρο Μελλονύμφων και Έγγαμων** στα εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου Αλεξάνδρας όπου παρείχε πληροφορίες σε ζητήματα αναπαραγωγικής υγείας και οικογενειακού προγραμματισμού.Ήταν στελεχωμένο από μια γιατρό, μια μαία και έναν κοινωνικό λειτουργό.<sup>(325)</sup>
  - ✓ Το 1974 η Ελλάδα υπογράφει το «**Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης για τον πληθυσμό**» που θεσμοθετήθηκε στο Παγκόσμιο Συνέδριο Πληθυσμού του ΟΗΕ στο Βουκουρέστι, αποδέχοντας τις αρχές του οικογενειακού προγραμματισμού. Ωστόσο ο όρος οικογενειακός προγραμματισμός δεν αναφερόταν ούτε στη Νομοθεσία, ούτε στα πολιτικά κείμενα και στα προγράμματα των κομμάτων.<sup>(326)</sup>
  - ✓ Το 1974 ιδρύθηκε το **Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού** στα εξωτερικά ιατρεία της Μαιευτικής Κλινικής Αλεξάνδρας υπό τη διεύθυνση του Διονύσιου Κασκαρέλη . Ασχολιόταν με θέματα αναπαραγωγικής υγείας ,γενετικής καθοδήγησης ,ανίχνευσης του καρκίνου των γεννητικών οργάνων, την πρόληψη για ΣΜΝ ενώ περιλάμβανε υπηρεσίες γονιμότητας και ενημέρωση για την αντισύλληψη.<sup>(325)</sup>
  - ✓ Το 1976 ιδρύεται η Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού με στόχο την ευαισθητοποίηση των πολιτών για τα ζητήματα οικογενειακού προγραμματισμού.<sup>(327)</sup>Η Μη Κυβερνητική Οργάνωση αυτή προχώρησε στην ίδρυση μιας μικρής κλινικής στο κέντρο της Αθήνας ,η οποία μέσω σεμιναρίων και εθελοντών αποσκοπούσε στην επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό.<sup>(290)</sup>
  - ✓ Το 1980 ψηφίζεται ο Νόμος 1036 όπου σύμφωνα με το ΦΕΚ(ΦΕΚ Α'66/21.3.1980)<sup>(328)</sup>.

#### *Άρθρον 1*

*1. Το Κράτος μεριμνά για την διάδοση και την πρακτική εφαρμογή των συγχρόνων γνώσεων σε θέματα Γενετικής και Οικογενειακού Προγραμματισμού.*

<p>2 Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνονται από υπεύθυνα κρατικά όργανα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ.</p>
<p>Σημ.: όπως τροποποιήθηκε με την παρ.1 του άρθρου 22 του Ν.1397/1983 (ΦΕΚ Α 143)</p>
<p>3. Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ο εργαστηριακός έλεγχος παρέχονται στα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/ 1953 και τα κέντρα υγείας που υπάγονται σ' αυτά.</p> <p>Σημ.: όπως τροποποιήθηκε με την παρ.1 του άρθρου 22 του Ν.1397/1983 (ΦΕΚ Α 143)</p>
<p>Άρθρον 2</p> <p>Το αποτέλεσμα της ιατρικής εξέτασεως γνωστοποιείται μόνο στον εξεταζόμενο ή στον νομίμως εκπροσωπούντα τον ανήλικον. Σε περίπτωση παραβιάσεως του απορρήτου εφαρμόζονται οι κυρώσεις που προβλέπονται από την ισχύουσα ποινική νομοθεσία και από τον κώδικα δεοντολογίας του ιατρικού επαγγέλματος.</p> <p>2. Όπου υπάρχουν κλινικές ή εργαστηριακές ενδείξεις για την παρουσία γενετικών ή άλλων καταστάσεων με δυσμενείς επιπτώσεις στους απογόνους ή στους γονείς οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να παραπέμπονται στα ειδικά κέντρα τα προβλεπόμενα από το προηγούμενο άρθρο 1 παρ. 3, για καθοδήγηση και πρόληψη.</p>
<p>Άρθρον3</p> <p>Συνιστάται στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών (Γενική Διεύθυνση Υγιεινής) επταμελής Γνωμοδοτική Επιτροπή για θέματα Γενετικής και Οικογενειακού Προγραμματισμού. Η Επιτροπή αποτελείται από πέντε επιστήμονες διαφορετικών κλάδων που έχουν αναγνωρισμένες ειδικές γνώσεις και εμπειρία σε θέματα Γενετικής και Οικογενειακού Προγραμματισμού και από δύο εκπροσώπους αρμοδίων ιδιωτικών φορέων κοινωφελούς χαρακτήρα.</p>
<p>Άρθρον4</p> <p>Με αποφάσεις του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών μπορεί να υπα-</p>

<i>χθεί και ο έλεγχος των συγγενών αιμολυτικών αναιμιών στην αρμοδιότητα των Κέντρων, Σταθμών και Υπηρεσιών Αιμοδοσίας.</i>
<i>Άρθρον5 Σημ.: όπως το άρθρο 5 καταργήθηκε με την παρ.2 του άρθρου 22 του Ν.1397/1983 (ΦΕΚ Α 143)</i>
<i>Άρθρον6 Ο Α.Ν. 300/1968 “περί προγραμμαίου πιστοποιητικού ιατρικής εξέτασεως”, και το Β.Δ. 549/1968 που εκδόθηκε για την εκτέλεση του αναγκαστικού νόμου “περί της ισχύος του προγραμμαίου πιστοποιητικού ιατρικής εξέτασεως” και κάθε άλλη διάταξη που είναι αντίθετη προς τον παρόντα νόμο καταργούνται.</i>
<i>Άρθρον7 Όσοι ασφαλισμένοι ή συνταξιούχοι του Δημοσίου και των ασφαλιστικών εν γένει φορέων που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη έχουν υποστεί αξονική, ηλεκτρονική τομογραφία (τομογραφία κεφαλής οστικού και εγκεφαλικού κρανίου και ολόσωμη τομογραφία), από 1.1.77 έως και τις 20.7.78, ημερομηνίας ισχύος του Π.Δ/τος 526/1978, δικαιούνται της δαπάνης αξονικής τομογραφίας σύμφωνα με το ως άνω Π.Δ/γμα.</i>
<i>Άρθρον8 Η ισχύς του παρόντος νόμου αρχίζει από την δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.</i>

Με τον Νόμο αυτό νομιμοποιήθηκε ο Οικογενειακός Προγραμματισμός και καθιερώθηκε στο Δημόσιο Τομέα. <sup>(326)</sup>Επειτα ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων κος Δοξιάδης προχώρησε στην ίδρυση 10 κέντρων σε επιλεγμένα νοσοκομεία της Ελλάδας. <sup>(290)</sup>

✓ Το 1982 το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ανέλαβε την επιμόρφωση των στελεχών Υγείας μέσω εκπαιδευτών από το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Margaret Sanger της Νέας Υόρκης ώστε να στελεχωθούν τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού σε όλη την Ελλάδα. <sup>(327)</sup>

✓ Το 1983 ψηφίζεται ο Νόμος 1397/1983 ,ο οποίος αναφέρει στο Άρθρο 15 ως στόχους την ενημέρωση και εκπαίδευση σε ζητήματα οικογενειακού προγραμματισμού και την παροχή μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού. Το σχέδιο ήταν η δημιουργία ενός Κέντρου

Οικογενειακού Προγραμματισμού σε κάθε επαρχιακή νοσοκομειακή μονάδα και τα Κέντρα Υγείας σε ολόκληρη την χώρα να είναι ικανά να παρέχουν υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού. <sup>(290)</sup>

✓ Το 1990 το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων σημείωσε την ύπαρξη και λειτουργία 46 Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού που είχαν ρόλο συμβουλευτικό και ενημερωτικό σχετικά με την αντισύλληψη και την αγωγή υγείας. Τα κέντρα που βρίσκονταν στα νοσοκομεία ήταν στελεχωμένα με έναν μαιευτήρα, μια μαία, μια επισκέπτρια νοσοκόμα και μια κοινωνική λειτουργό. <sup>(290)</sup>

✓ Το 2003 το Υπουργείο Πρόνοιας ανέφερε την ύπαρξη 41 Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού. Τα 12 λειτουργούσαν εντός των νοσοκομείων της Αθήνας και του Πειραιά, 3 λειτουργούσαν στη Θεσσαλονίκη, 4 στην Κρήτη και τα υπόλοιπα λειτουργούσαν στην υπόλοιπη ηπειρωτική Ελλάδα. <sup>(290)</sup>

✓ Στο διάστημα μεταξύ 2001-2006 ο Ελληνικός Οργανισμός Οικογενειακού Προγραμματισμού προσέφερε προγράμματα σεξουαλικής αγωγής σε όλη την Ελλάδα. Τα προγράμματα αυτά παρακολούθηθηκαν από 40.000 εφήβους (Ελληνες και Μετανάστες). <sup>(327)</sup>

#### **4.1.4 Προγράμματα στην Πρωτοβάθμια Υγεία**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας <sup>(329)</sup> “είναι μια προσέγγιση ολόκληρης της κοινωνίας για την αποτελεσματική οργάνωση και ενίσχυση των εθνικών συστημάτων υγείας για να φέρει τις υπηρεσίες για την υγεία και την ευημερία πιο κοντά στις κοινότητες. Έχει 3 συστατικά:

- ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας για την κάλυψη των αναγκών υγείας των ανθρώπων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους
  - αντιμετώπιση των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων της υγείας μέσω πολυτομεακής πολιτικής και δράσης
  - δίνει τη δυνατότητα σε άτομα, οικογένειες και κοινότητες να αναλάβουν τη δική τους υγεία.”
- Στην Ελλάδα το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Υγείας δεν είναι ενιαία οργανωμένο. Αντιθέτως, η παροχή εξωνοσοκομειακής φροντίδας είναι: <sup>(330)</sup>
- Κατακερματισμένη.
  - Άνισα παρεχόμενη γεωγραφικά.
  - Απομακρυσμένη από τον οικογενειακό προγραμματισμό και τον προληπτικό έλεγχο.

Με τον Νόμο 1397/1983 “Εθνικό Σύστημα Υγείας” έγινε η πρώτη προσπάθεια συγκρότησης

πρωτοβάθμιας φροντίδας στον ελληνικό χώρο. Στο Νόμο αυτό αναφέρεται η υγεία ως κοινωνικό αγαθό και η παροχή της ως αποκλειστική υποχρέωση του κράτους. «Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.»(Άρθρο 1). Με το Άρθρο 2 η Χώρα διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες (Άρθρο 2). Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια συγκροτείται Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕ.ΣΥ) με γνωμοδοτικό και εποπτικό χαρακτήρα ( Άρθρο 3) ενώ τα Νοσοκομεία μετατρέπονται σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου(Άρθρο 7). Ο Νόμος προβλέπει την συγκρότηση Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων αγροτικού και αστικού τύπου ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων.(Άρθρο 14). <sup>(331)</sup>

**Στην Ελλάδα έχουν διαμορφωθεί τα εξής Προγράμματα, Φορείς, Δράσεις και Ενέργειες στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα.**<sup>(332)(333)(334)(335)(336)</sup>

#### 1. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ:

α) Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτική Κλινική «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ». Το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού ξεκίνησε τη λειτουργία του έπειτα από την απόφαση του Δ.Σ του Νοσοκομείου στις **24-02-1999**(Συνεδρίαση 392<sup>η</sup>, θέμα 7<sup>ο</sup> ).

β) Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ». Το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτελεί Τμήμα της Α΄Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών του Νοσοκομείου Αλεξάνδρας .Η σύσταση του Κέντρου στο Νοσοκομείο Αλεξάνδρας προβλέπεται στον Εσωτερικό Κανονισμό της Κλινικής (αριθμ. 82097α/Β1/3-8-2013, ΦΕΚ 1535/17-8-2007).

2.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ»:Η Μονάδα Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτελεί Τμήμα της Β΄Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών του Αρεταίειου Νοσοκομείου όπου σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης & Αναπαραγωγικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και προστασίας της σεξουαλικής υγείας και των σεξουαλικών δικαιωμάτων των νέων.Η σύσταση του Τμήματος αυτού στο Αρεταίειο Νοσοκομείο προβλέπεται στον Εσωτερικό Κανονισμό της Β΄Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής(αριθμ. 14186/Β1/6-2-2007, ΦΕΚ 236/26-2-2007).

3.ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»:Η Μονάδα Οικογενειακού Προγραμματισμού απο-

τελεί Τμήμα της Γ' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών του Νοσοκομείου Αττικόν. Ο Εσωτερικός Κανονισμός της Γ' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής προβλέπει τη σύσταση του τμήματος αυτού (αριθμ. 22593/Β1/1-3-2005, ΦΕΚ 328/1-3-2005).

#### 4. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΕΙΡΑΙΑΣ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»-ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ «ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»:

α) Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»: Η Μονάδα Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτελεί Τμήμα της Μονάδας Εξωσωματικής Γονιμοποίησης και Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσοκομείου «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ». Η σύσταση της Μονάδας Προβλέπεται στον Οργανισμό του Νοσοκομείου (αριθμ. Υ4α/οικ.43073/4-5-2012 ΚΥΑ ΦΕΚ 1483/4-5-2012).

β) Η Μονάδα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης και Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσοκομείου «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ» βοηθάει και εποπτεύει τις υπηρεσίες και τις δράσεις του Οικογενειακού Προγραμματισμού που παρέχει το Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας.

5. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»: Με την απόφαση (αρ.17) του Δ.Σ του Τζάνειου Νοσοκομείου στις 29-10-2008 προβλέπεται η λειτουργία του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού στο Νοσοκομείο.

6. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»: Το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι στελεχωμένο με εξειδικευμένο ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό. Ωστόσο η λειτουργία του δεν προβλέπεται στον εσωτερικό κανονισμό του Νοσοκομείου ούτε σε κάποια απόφαση Δ.Σ του Νοσοκομείου.

7. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ: Η Μονάδα Οικογενειακού Προγραμματισμού λειτουργεί στα πλαίσια των Ιατρικών Ειδικοτήτων - Ειδικών Μονάδων – Εργαστηρίων του χειρουργικού τομέα του Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης. Η σύσταση της Μονάδας προβλέπεται στον Οργανισμό του Νοσοκομείου (αριθμ. Υ4α/οικ.39504/10-4-2012 ΦΕΚ 1156 τ. Β', Υ4α/29261/03/5-6-2003, ΦΕΚ 750 τ. Β').

8. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ: Το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτελεί Τμήμα του Μαιευτικού και Γυναικολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου Ξάνθης και λει-

τουργεί ως Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο.Ούτε ο Οργανισμός του Νοσοκομείου ούτε κάποια απόφαση του Δ.Σ προβλέπει την σύσταση του Κέντρου.

9.ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΡΡΩΝ:Με την απόφαση (αρ.27,2<sup>ο</sup> θέμα)του Δ.Σ του Νοσοκομείου Σερρών στις 20-12-1996 προβλέπεται η σύσταση του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού.

10.ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΑΘΙΑΣ-ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΒΕΡΟΙΑΣ:Το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού της Μονάδας Βέροιας λειτουργεί από το 1980.Ωστόσο ούτε ο Οργανισμός του Νοσοκομείου,ούτε κάποια απόφαση του Δ,Σ προβλέπει τη λειτουργία του Κέντρου στο Νοσοκομείο.Από τις 2-1-2017 το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού μεταφέρθηκε στο κτίριο των Παλαιών Σφαγείων στην οδό Σταδίου 51 στη Βέροια ,έπειτα από απόφαση του Δ.Σ του Νοσοκομείου.

11.ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΛΛΑΣ:

α).Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας:Το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσοκομείου λειτουργεί πλέον ως πάροχος υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού του Τακτικού Εξωτερικού Ιατρείου Εμβολίων του Νοσοκομείου.Δεν προβλέπεται η σύσταση του Κέντρου ούτε από τον Οργανισμό του Νοσοκομείου ούτε από κάποια απόφαση του Δ.Σ.

β)Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών:Με την απόφαση (αρ.28)του Δ.Σ του Νοσοκομείου Γιαννιτσών στις 28-8-1987 προβλέπεται η σύσταση του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού στο Νοσοκομείο.

12.ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ:Ο Οργανισμός του Νοσοκομείου προβλέπει τη λειτουργία του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού ως Ειδική Μονάδα του α'χειρουργικού τομέα της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Ιωαννίνων(αριθμ. Υ4α/39190/10-4-2012 ΦΕΚ 1243 τ. Β').

13.ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»:Ο Οργανισμός του Νοσοκομείου προβλέπει τη σύσταση της Μονάδας Οικογενειακού Προγραμματισμού που αποτελεί Τμήμα της Μονάδας του Προγεννητικού Ελέγχου και Οικογενειακού Προγραμματισμού του χειρουργικού τομέα του Νοσοκομείου(αριθμ. Υ4α/οικ.38861/10-4-2012 ΦΕΚ 1236 τ. Β').

14. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ :Ο Εσωτερικός Κανονισμός της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών προβλέπει τη λειτουργία της Μονάδας του Οικογενειακού Προγραμματισμού ως Τμήμα της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Πατρών (αριθμ. Υ4α/οικ.38861/10-4-2012 ΦΕΚ 1236 τ. Β'). Σήμερα η λειτουργία του αναστάλη λόγω έλλειψης προσωπικού.

15. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ-ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ: Με απόφαση (αρ.3) του Δ.Σ του Νοσοκομείου στις 20-2-1987 προβλέπεται η λειτουργία του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού.

16. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ –ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ: Η σύσταση του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού στο Νοσοκομείο δεν προβλέπεται ούτε στον Οργανισμό του Νοσοκομείου ούτε σε κάποια απόφαση του Δ.Σ.

17. Ε.Ο.Π.Υ.Υ. –Μονάδα Υγείας Πειραιά (Κ.Ο.Π.)

18. Ε.Ο.Π.Υ.Υ. – Μονάδα Υγείας Λάρισσας (Κ.Ο.Π.)

#### **Β. ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΑΤΥΠΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΠΟΥ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:**<sup>(332)</sup>

- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ- ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ – ΠΑΤΗΣΙΩΝ. (ΑΤΤΙΚΗ)
- ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΛΑΤΕΙΑΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ(Κ.Υ. ΒΥΡΩΝΑ- Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ») (ΑΤΤΙΚΗ).
- ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ Ν. ΚΑΛΙΚΡΑΤΕΙΑΣ - Γ.Ν. ΑΓ. ΠΑΥΛΟΥ (ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ)
- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ (ΠΙΕΡΙΑ). α) ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΙΤΟΧΩΡΟΥ β) ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΓΙΝΙΟΥ
- 5. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕΡΒΙΩΝ – Γ.Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ» (ΚΟΖΑΝΗ)
- 6. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ



- 7. ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΙΤΩΛΙΚΟΥ Γ. Ν. ΜΕΣΣΟΛΟΓΓΙΟΥ «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ» (ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑ)

**Γ. ΣΤΑΘΜΟΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΜΑΝΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥ ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.( για την ανάπτυξη των Μονάδων Φροντίδας Μητέρας – Παιδιού).<sup>(332)</sup>**

- 1.ΤΟΠΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ (ΑΤΤΙΚΗ)
- 2.ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ Α. ΑΚΡΟΠΟΛΗΣ Β. ΤΡΙΑΝΔΡΙΑΣ
- 3. ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓ. ΑΛΕΞΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ
- 4. ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
- 5. ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ;<sup>(332)</sup>**

**1. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ-ΜΑΙΕΥΤΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ:**

- α) Η τοποθέτηση των ενδομητρικών σπειραμάτων, των κολπικών δακτυλίων και διαφραγμάτων.
- β) Ο έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- γ) Ο εμβολιασμός για τον ιό HPV.
- δ) Η διενέργεια της γυναικολογικής εξέτασης Test Pap.
- ε) Ο έλεγχος -ψηλάφηση του μαστού.
- στ) Η λήψη κολπικών υγρών για τη διενέργεια της γυναικολογικής εξέτασης της καλλιέργειας κολπικού υγρού.

**2.Ο ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ:<sup>(332)</sup>**

- “Πληροφόρηση για τις σύγχρονες αντισυλληπτικές μεθόδους.
- Προγραμματισμός της εγκυμοσύνης.
- Στήριξη των άγαμων μητέρων.
- Συμβουλευτική για την αντισύλληψη μετά από τοκετό ή τεχνητή διακοπή της κύησης και η μετέπειτα ψυχολογική υποστήριξη αυτών.
- Συμβουλευτική για διακοπή ανεπιθύμητων κήσεων.
- Συμβουλευτική και υποστήριξη των γυναικών -θυμάτων κακοποίησης .
- Υγιεινή του γεννητικού συστήματος.
- Συμβουλευτική για ψηλάφηση μαστού.
- Συμβουλευτική σε ευπαθείς ομάδες.

- *Ατομική συμβουλευτική για τη ψυχοπροφυλακτική μέθοδο.*
- *Ατομική συμβουλευτική για το μητρικό θηλασμό.*
- *Ψυχολογική στήριξη των λεχώνων.»*
- *Ψυχοπαιδαγωγική συμβουλευτική για θέματα ανατροφής, ανάπτυξης και υγείας του παιδιού.*
- *Συμβουλευτική για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση κληρονομικών, σπάνιων και χρόνιων νοσημάτων – Ψυχοκοινωνική στήριξη.*
- *Μέριμνα – επιμέλεια για τη συμπλήρωση και τήρηση του βιβλιαρίου υγείας του παιδιού από επαγγελματίες υγείας και γονείς.*
- *Συμβουλευτική – στήριξη σε θέματα εμμηνόπαυσης.*
- *Συμβουλευτική σε θέματα υπογονιμότητας, στειρότητας κλπ.*
- *Συμβουλευτική για θέματα υιοθεσίας, αναδοχής παιδιών κλπ*
- *Κατ’ οίκον επισκέψεις για στήριξη γυναικών σε κύηση και λοχεία.”*

**“Γ. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ – ΕΡΕΥΝΑ”:** <sup>(332)</sup>

- *“Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση (με μορφή προγραμμάτων).*
- *Επιμόρφωση για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.*
- *Ενημέρωση για αντισύλληψη για μετά τον τοκετό και μετά από τεχνητή διακοπή κύησης.*
- *Ενημέρωση – επιμόρφωση για θέματα κακοποίησης γυναικών και ενδοοικογενειακής βίας.*
- *Επιμόρφωση σε θέματα υγιεινής του γεννητικού συστήματος.*
- *Ενημέρωση για εμβολιασμούς για τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV).*
- *Οργάνωση διαλέξεων ενημερωτικών εκδηλώσεων σε σχολεία, κοινωνικές οργανώσεις, Δήμους κ.λπ..*
- *Οργάνωση επιμορφωτικών σεμιναρίων και προγραμμάτων για επαγγελματίες υγείας και για υπηρεσίες υγείας.*
- *Ενημέρωση για διακοπή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.*
- *Ενημέρωση και επιμόρφωση σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο.*
- *Ενημέρωση – επιμόρφωση για πρόληψη νεοπλασμάτων σε γυναίκες ( μαστός, τράχηλος της μήτρας κλπ.).*
- *Ενημέρωση σε ευπαθείς ομάδες (άγαμες μητέρες, ρομά, μετανάστες, ανήλικες μητέρες, αλλοδαπές γυναίκες κλπ).*
- *Συλλογή και επεξεργασία στατιστικών δεδομένων.*

- *Τήρηση Μητρώου εξυπηρετούμενων – Αρχείο.*
- *Επιμόρφωση για τη ψυχοπροφυλακτική μέθοδο.*
- *Επιμόρφωση για το μητρικό θηλασμό.”*

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Από την έρευνα που προηγήθηκε μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί συχνό φαινόμενο στην Ελλάδα παρότι τα στοιχεία δείχνουν ότι η εμφάνιση της μειώνεται συνεχώς ανά τα έτη. Το φαινόμενο της κύησης των ανηλίκων αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στην ελλιπή σεξουαλική αγωγή που διαθέτουν γενικότερα οι έφηβοι στη χώρα. Οι έφηβοι στην Ελλάδα αποδεδειγμένα ενημερώνονται για ζητήματα σχετικά με το σεξ και την αντισύλληψη από μη αξιόπιστες πηγές (διαδίκτυο, συνομήλικοι) και λιγότερο από επιστημονικά αξιόπιστες πηγές. Το ελληνικό κράτος μολονότι έχει εντάξει τη σεξουαλική αγωγή υποχρεωτικά στα σχολεία, πρέπει να μεριμνήσει για την ενδυνάμωση των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής τα οποία υλοποιούνται κατά κύριο λόγο από μη εξειδικευμένους επί του θέματος εκπαιδευτικούς.

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Η παραπάνω έρευνα μελέτησε σε βάθος το φαινόμενο της εφηβικής εγκυμοσύνης στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας. Η εφηβική εγκυμοσύνη είναι ένα παγκόσμιο ιατρικό-κοινωνικό φαινόμενο με επιπτώσεις σε ατομικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Η εφηβική εγκυμοσύνη στην Ελλάδα φαίνεται ότι είναι αποτέλεσμα κυρίως της κακής αντισυλληπτικής συμπεριφοράς που επιδεικνύουν οι έφηβοι στις μεταξύ τους σεξουαλικές επαφές. Αυτή η συμπεριφορά οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ελλιπή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που λαμβάνουν οι νέοι από το σχολείο, την οικογένεια και την ευρύτερη κοινωνία.

Η παραπάνω έρευνα αναδεικνύει την ανάγκη παροχής μιας πιο διευρυμένης και επιστημονικά εμπειριστατωμένης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στους νέους. Το Ελληνικό Κράτος πρέπει να παρέχει τα κατάλληλα μέσα (εγχειρίδια, βιβλία, ενημερωτικά έντυπα και βιντεοληπτικό υλικό) και το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό ώστε η παρεχόμενη σεξουαλική αγωγή να επιτύχει το βασικότερο στόχο της που είναι η μείωση των συνεπειών της επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς που επιδεικνύουν συνήθως οι νέοι. Παράλληλα το κράτος πρέπει να ενισχύσει τον ρόλο των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού και των υπηρεσιών που παρέχουν οικογενειακό προγραμματισμό. Τόσο οι έφηβοι όσο και ο περίγυρος τους πρέπει να γνωρίσουν το πολύτιμο έργο που παρέχουν δωρεάν αυτές οι προσφερόμενες υπηρεσίες.

Τέλος η Ελληνική Πολιτεία καλείται να λάβει μέτρα στήριξης (οικονομικής και συμβουλευτικής) σε έφηβες που κυοφορούν ή έχουν τεκνοποιήσει προκειμένου να προστατευθεί η σωματική και ψυχική υγεία τους καθώς και ένα υποστηρικτικό πλαίσιο ώστε οι έφηβες να συνεχί-

σουν την εκπαιδευτική τους πορεία .Οι προσφερόμενες εκπαιδευτικές και ακαδημαϊκές ευκαιρίες θα συμβάλλουν στη μείωση των αρνητικών κοινωνικών συνεπειών (πχ αναλφαβητισμός, εγκατάλειψη σχολείου) και θα παρέχουν στην έφηβη ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη και ως εκ τούτου βελτίωση της ποιότητας της ζωής της οικογένειας της(είτε παρουσία συντρόφου είτε στην περίπτωση μονογονεϊκών οικογενειών).Όλα αυτά θα βοηθήσουν τις έφηβες να διεκπεραιώσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το ρόλο τους ως μητέρες και τα παιδιά αυτών των μητέρων να ζήσουν σε καλύτερες συνθήκες διαβίωσης.

## Βιβλιογραφία

1. Amoadu M, Ansah EW, Assopiah P, Acquah P, Ansah JE, Berchie E, et al. Socio-cultural factors influencing adolescent pregnancy in Ghana: a scoping review. BMC Pregnancy and Childbirth. 2022 Nov 11;22(1).
2. Singh S, Darroch Jacqueline E. Adolescent Pregnancy and Childbearing: Levels and Trends in Developed Countries [Internet]. Guttmacher Institute. 2005. Available from: <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/1999/01/adolescent-pregnancy-and-childbearing-levels-and-trends-developed-countries>
3. Henshaw SK. Induced Abortion: A World Review, 1990. Family Planning Perspectives [Internet]. 1990 [cited 2021 Jan 17];22(2):76–89. Available from: [https://www.jstor.org/stable/2135512?seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/2135512?seq=1#metadata_info_tab_contents)
4. Salakos N, Koumoussidis A, Bakalianou K, Paltoglou G, Kalampokas T, Iavazzo C. Unwanted pregnancy and induced abortion among young women 16-22 years old in Greece: a retrospective study of the risk factors. [https://www.researchgate.net/publication/50224625\\_Unwanted\\_pregnancy\\_and\\_induced\\_abortion\\_among\\_young\\_women\\_16-22\\_years\\_old\\_in\\_Greece\\_A\\_retrospective\\_study\\_of\\_the\\_risk\\_factors](https://www.researchgate.net/publication/50224625_Unwanted_pregnancy_and_induced_abortion_among_young_women_16-22_years_old_in_Greece_A_retrospective_study_of_the_risk_factors) . 2010 Oct p. Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology 37(4):303-9 37(4):303-9.
5. Κρεάτσας Γ. Η διαφοροποίηση του φύλου. In: Εφηβεία-Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 83–5.
6. Τσατσούλης Α. Γονάδες Και Αναπαραγωγή. In: Σύγχρονο εγχειρίδιο ενδοκρινολογίας [Internet]. Αθήνα: Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις; 2021 [cited 2024 Jun 27]. p. Κεφάλαιο 7. Available from: <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/4462>
7. Κρεάτσας Γ. Εφηβεία και ορμόνες. In: Εφηβεία- Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 89–92.
8. Λεοντίδου Ε. ΕΦΗΒΕΙΑ, Η ΕΠΙΟΧΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗΣ. In: Γυναικείο Σώμα. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος Α.Ε; 2022. p. 216–9.
9. Geldard K, Geldard D, Yin Foo R. Η φύση της εφηβείας. In: Η συμβουλευτική ψυχολογία στους εφήβους. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο Α.Ε; 2017. p. 30–1.
10. World Health Organization. Adolescent Pregnancy [Internet]. www.who.int. 2024 [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
11. Φούρλη Μ, Βλάχος, editors. Εφηβεία. In: Νίτσα-Χαρμάντη -Fenton: Μια Ελληνίδα Πρωτοπόρος της Ψυχολογίας. Αθήνα: Εκδοτικός Οίκος ΜΕΛΛΙΣΑ; 2021. p. 145–53.

12. Geldard K, Geldard D, Yin Foo R. Η φύση της εφηβείας. In: Η συμβουλευτική ψυχολογία στους εφήβους. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο Α.Ε; 2017. p. 22–3.
13. Biro FM, Huang B, Crawford PB, Lucky AW, Striegel-Moore R, Barton BA, et al. Pubertal correlates in black and white girls. *The Journal of Pediatrics*. 2006 Feb;148(2):234–40.
14. Rosenfield RL, Lipton RB, Drum ML. Thelarche, pubarche, and menarche attainment in children with normal and elevated body mass index. *Pediatrics* [Internet]. 2009 Jan 1;123(1):84–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19117864>
15. Δετοράκης Ι, Παπαγεωργίου Ι. ΗΒΗ-ΕΦΗΒΕΙΑ. In: Αγωγή της σεξουαλικής Συμπεριφοράς. Δεύτερη Έκδοση. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ; 2008. p. 55–7.
16. Beckmann.R.B. C, Link.W. F, Herbert.N.P. William, Lauber.W. D, Smith.P. R, Casanova R, et al. Ήβη. In: Δαπόντε Α .I, editor. Μαιευτική και Γυναικολογία. 1η Ελληνική Έκδοση-7η Αγγλική Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας; 2018. p. 435–6.
17. Natterson C, Bennett.Kroll V. Εισαγωγή. In: Εφηβεία μια αλλόκοτη περίοδος. 1η Έκδοση στην Ελλάδα. Αθήνα: Εκδόσεις ΜΙΝΩΑΣ; 2024. p. 13–6.
18. Μάνδουλα Μ, Πανταζοπούλου Α, Κουσουνής Σ, Γερογιάννη Π, Κουσουνής Α. Εφηβεία, η περίοδος της βιολογικής και της συναισθηματικής ωρίμανσης. 2013 [cited 2024 Sep 21];94–9. Available from: <https://ixek.gr/wp-content/uploads/2019/07/0902-10.pdf>
19. Geldard K, Geldard D, Yin Foo R. Η φύση της εφηβείας. In: Η συμβουλευτική ψυχολογία στους εφήβους. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο Α.Ε; 2017. p. 23–4.
20. Cole M, Cole.R. S. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ. In: Βορριά Π, Παπαληγούρα Ζ, editors. η ανάπτυξη των παιδιών-Εφηβεία. Πρώτη Έκδοση -Γ' Τόμος:Εφηβεία. Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος-τυπωθήτω; 2002. p. 41.
21. Malina M R, Bouchard C. Growth, maturation, and physical activity.ampaign IL. *Human Kinetics Academic*; 1991.
22. Δετοράκης Ι, Παπαγεωργίου Ι. Ήβη-Εφηβεία. In: Αγωγή της Σεξουαλικής Συμπεριφοράς. Δεύτερη Έκδοση. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ; 2008. p. 59–65.
23. Κρεάτσας Γ. Το γεννητικό σύστημα του άνδρα. In: Εφηβεία- Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 71–6.
24. Katchadourian . H. The biology of adolescence. San Francisco: W.H. Freeman; 1977.
25. Κρεάτσας Γ. Η περίοδος (έμμηνη ρύση). In: Εφηβεία- Είναι ωραίο να μεγαλώνεις! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 93–8.
26. Tanner JM. Foetus into man : physical growth from conception to maturity. Harvard: University Press; 1990.

- 27.Cole M, Cole.R. S. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ. In: Βορριά Π, Παπαληγούρα Ζ, editors. η ανάπτυξη των παιδιών. Πρώτη Έκδοση -Γ'Τόμος:Εφηβεία. Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος-τυπωτήριο; 2002. p. 42–3.
- 28.Cole M, Cole.R. S. ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ. In: Βορριά Π, Παπαληγούρα Ζ, editors. η ανάπτυξη των παιδιών. Πρώτη Έκδοση -Γ'Τόμος:Εφηβεία. Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος-τυπωτήριο; 2002. p. 142–4.
- 29.Archer P R. MMPI-A: Assessing Adolescent Psychopathology. 3d ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2005.
- 30.ADAMS GR, MARSHALL SK. A developmental social psychology of identity: understanding the person-in-context. *Journal of Adolescence*. 1996 Oct;19(5):429–42.
- 31.Schlossberg NK. Marginality and mattering: Key issues in building community. *New Directions for Student Services*. 1989;1989(48):5–15.
- 32.Schave D, Schave B. Early adolescence and the search for self : a developmental perspective. New York: Praeger Publishers.; 1989.
- 33.Cole M, Cole.R. S. ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ. In: Βορριά Π, Παπαληγούρα Ζ, editors. η ανάπτυξη των παιδιών. Πρώτη Έκδοση -Γ'Τόμος:Εφηβεία. Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος-τυπωτήριο; 2002. p. 158–63.
- 34.Waterman AS. *The Psychology of Individualism*. New York: Praeger; 1984.
- 35.Geldard K, Geldard D, Yin Foo R. Η φύση της εφηβείας. In: Η συμβουλευτική ψυχολογία στους εφήβους. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο Α.Ε; 2017. p. 33.
- 36.Geldard K, Geldard D, Yin Foo R. Η φύση της εφηβείας. In: Η συμβουλευτική ψυχολογία στους εφήβους. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο Α.Ε; 2017. p. 33–5.
- 37.Brown B B. Peer groups and peer cultures. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* . Harvard University Press; 1990.
- 38.Connor MJ. Peer Relations and Peer Pressure. *Educational Psychology in Practice*. 1994 Jan;9(4):207–15.
- 39.Cole M, Cole.R. S. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ. In: Βορριά Π, Παπαληγούρα Ζ, editors. η ανάπτυξη των παιδιών. Πρώτη Έκδοση - Γ'Τόμος:Εφηβεία. Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος-τυπωτήριο; 2002. p. 56–64.
- 40.Parker J G. Social and emotional development in a relational context: Friendship interaction from early childhood to adolescence. In T. J. Berndt & G. W. Ladd (Eds.)*Peer relationships in child development*. New York: John Wiley & Sons.; 1989.
- 41.Yeong Tan DT, Singh R. Attitudes and Attraction: A Developmental Study of the Similarity-Attraction and Dissimilarity-Repulsion Hypotheses. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1995 Sep;21(9):975–86.
- 42.Deptula DP, Cohen R. Aggressive, rejected, and delinquent children and adolescents: a



- comparison of their friendships. *Aggression and Violent Behavior*. 2004 Jan;9(1):75–104.
43. Cohen GL, Prinstein MJ. Peer Contagion of Aggression and Health Risk Behavior Among Adolescent Males: An Experimental Investigation of Effects on Public Conduct and Private Attitudes. *Child Development*. 2006 Jul;77(4):967–83.
44. Head J. Το Κοινωνικό Περιβάλλον των Εφήβων. In: Εκπαιδεύοντας τους Εφήβους. Αθήνα: Εκδόσεις Σαββάλας; 2000. p. 54–7.
45. Natterson C, Bennett Kroll V. Φιλίες και η επιρροή των συνομηλίκων . In: Εφηβεία μια αλλόκοτη περίοδος. 1η Έκδοση στην Ελλάδα. Αθήνα: Εκδόσεις ΜΙΝΩΑΣ; 2024. p. 470–6.
46. Berndt, T J, Savin-Williams R C. Peer relations and friendships. In P. H. Tolan & B. J. Cohler (Eds.), *Handbook of clinical research and practice with adolescents*. John Wiley & Sons; 1983. p. 203–19.
47. Connolly J, Furman W, Konarski R. The Role of Peers in the Emergence of Heterosexual Romantic Relationships in Adolescence. *Child Development*. 2000 Sep;71(5):1395–408.
48. Collins WA, Welsh DP, Furman W. Adolescent Romantic Relationships. *Annual Review of Psychology*. 2009 Jan;60(1):631–52.
49. Giordano PC, Soto DA, Manning WD, Longmore MA. The characteristics of romantic relationships associated with teen dating violence. *Social Science Research* [Internet]. 2010 Nov [cited 2024 Oct 9];39(6):863–74. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049089X10000682>
50. Head J. Η Διαφορετικότητα μεταξύ των Εφήβων: Η Περίπτωση του Κοινωνικού Φύλου. In: Εκπαιδεύοντας τους Εφήβους. Αθήνα: Εκδόσεις Σαββάλας; 2000. p. 92–4.
51. Adelson J. The Political Imagination of the Young Adolescent. In: *Inventing Adolescence*. 1st edition. Routledge; 2017.
52. Torney-Purta, J. Youth in relation to social institutions. In: Feldman S S, Elliott R G, editors. *The developing adolescent*. Cambridge: Harvard University Press.; 1990. p. 457–77.
53. Cole M, Cole R. S. ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ. In: Βορριά Π, Παπαληγούρα Ζ, editors. *η ανάπτυξη των παιδιών*. Πρώτη Έκδοση -Γ' Τόμος: Εφηβεία. Αθήνα: Γιώργος Δαρδάνος-τυπωθήτω; 2002. p. 128–9.
54. World Health Organization. Sexual health [Internet]. World Health Organisation. 2006 [cited 2024 Sep 22]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)
55. Κρεάτσας Γ. Η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη. In: Εφηβεία-Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 230–2.
56. Ασκητής Ε Θ. ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ. In: Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΦΥΠΝΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ. 3η Έκδοση. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ; 2000. p. 15–21.

57. Blos P. The Adolescent Passage: Developmental Issue. New York: International Universities Press; 1979.

58. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ & ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. 100 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ & ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΟΝΙΟ, ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΦΗΒΟ [Internet]. Υπό την επιστημονική επιμέλεια του Ινστιτούτου Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας, editor. Αθήνα; 2016 [cited 2024 Sep 22]. Available from: [https://www.askitis.gr/assets/books/100\\_erotiseis\\_apantisis\\_gonios\\_paidi\\_efhvos.pdf](https://www.askitis.gr/assets/books/100_erotiseis_apantisis_gonios_paidi_efhvos.pdf)

59. Colarusso CA. Child and adult development : a psychoanalytic introduction for clinicians. New York: Plenum Press; 1992.

60. Mabey J, Sorensen B. Counselling for young people. Buckingham ; Bristol, Pa: Open University Press; 1995.

61. Λεοντίδου Ε. ΕΦΗΒΕΙΑ, Η ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗΣ. In: Γυναικείο Σώμα. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος Α.Ε; 2022. p. 232–4.

62. United Nations High Commissioner for Refugees. Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex and Queer Persons in Forced Displacement [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 22]. Available from: <https://www.refworld.org/policy/opguidance/unhcr/2021/en/123840>

63. Natterson C, Bennett Kroll V. Σεξουαλικός Προσανατολισμός. In: Εφηβεία μια αλλόκοτη περίοδος. 1η Έκδοση στην Ελλάδα. Αθήνα: Εκδόσεις ΜΙΝΩΑΣ; 2024. p. 416–26.

64. Λεοντίδου Ε. ΕΦΗΒΕΙΑ, Η ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗΣ. In: Γυναικείο Σώμα. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος Α.Ε; 2022. p. 230–2.

65. Κρεάτσας Γ. Η σεξουαλική δραστηριότητα στην εφηβεία. In: Εφηβεία- Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 146–7.

68. Giddens A. ΓΕΝΟΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ. In: ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ. Αθήνα: Gutenberg; 2002. p. 171–4.

69. Κρεάτσας Γ. Οι διαταραχές της σεξουαλικής συμπεριφοράς. In: Εφηβεία - Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 234–6.

70. Geldard K, Geldard D, Yin Foo R. Οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι. In: Μαλικιώση-Λοϊζου Μ, editor. Η συμβουλευτική ψυχολογία στους εφήβους. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο Α.Ε; 2017. p. 84–6.

71. Anderson DA. Lesbian and Gay Adolescents: Social and Developmental Considerations. The High School Journal [Internet]. 1993;77(1/2):13–9. Available from: <https://www.jstor.org/stable/40364627>

72. Geldard K, Geldard D, Yin Foo R. Οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι. In: Μαλικιώση-Λοϊζου Μ, editor. Η συμβουλευτική ψυχολογία στους εφήβους. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο Α.Ε; 2017. p. 75–6.
73. Geldard K, Geldard D, Yin Foo R. Η φύση της εφηβείας. In: Μαλικιώση-Λοϊζου Μ, editor. Η συμβουλευτική ψυχολογία στους εφήβους. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο Α.Ε; 2017. p. 36–7.
74. Eskilson A, Wiley MG. Parents, Peers, Perceived Pressure, and Adolescent Self-Concept: Is A Daughter A Daughter all of her Life? *The Sociological Quarterly*. 1987 Mar;28(1):135–45.
75. Geldard K, Geldard D, Yin Foo R. Οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι. In: Μαλικιώση-Λοϊζου Μ, editor. Η συμβουλευτική ψυχολογία στους εφήβους. Εκδόσεις Πεδίο Α.Ε; 2017. p. 75–6.
76. Grigg M, Bowman J, Redman S. Disordered Eating and Unhealthy Weight Reduction Practices among Adolescent Females. *Preventive Medicine*. 1996 Nov;25(6):748–56.
77. Geldard K, Geldard D, Yin Foo R. Οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι. In: Μαλικιώση-Λοϊζου Μ, editor. Η συμβουλευτική ψυχολογία στους εφήβους. Εκδόσεις Πεδίο Α.Ε; 2017. p. 77–8.
78. Τσίτσικα Κ Α. Η Σεξουαλικότητα στην Εφηβεία. In: ΤΣΙΤΣΙΚΑ Α, editor. Εφηβεία, η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2011. p. 89–93
79. Kotchick BA, Shaffer A, Miller KS, Forehand R. Adolescent sexual risk behavior: a multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*. 2001 Jun;21(4):493–519.
80. Causevic S, Salazar M, Orsini N, Kågesten A, Ekström AM. Sexual risk-taking behaviors among young migrant population in Sweden. *BMC Public Health*. 2022 Mar 30;22(1).
81. Uthman OA. Geographical variations and contextual effects on age of initiation of sexual intercourse among women in Nigeria: a multilevel and spatial analysis. *International Journal of Health Geographics*. 2008;7(1):27.
82. Peltzer K, Pengpid S. Early Sexual Debut and Associated Factors among In-school Adolescents in Six Caribbean Countries. *West Indian Medical Journal*. 2015 Jul 7;
83. Turi E, Merga BT, Fekadu G, Abajobir AA. Why Too Soon? Early Initiation of Sexual Intercourse Among Adolescent Females in Ethiopia: Evidence from 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey. *International Journal of Women's Health*. 2020 Apr;Volume 12:269–75.
84. Gazendam N, Cleverley K, King N, Pickett W, Phillips SP. Individual and social determinants of early sexual activity: A study of gender-based differences using the 2018 Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). Opong Asante K, editor. *PLOS ONE*. 2020 Sep 3;15(9):e0238515.
85. Wang ZY, Hu M, Yu TL, Yang J. The Relationship between Childhood Maltreatment and

Risky Sexual Behaviors: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019 Sep 29;16(19):3666.

86. Millanzi WC, Osaki K, Kibusi SM. Attitude and prevalence of early sexual debut and associated risk sexual behavior among adolescents in Tanzania; Evidence from baseline data in a Randomized Controlled Trial. *BMC Public Health*. 2023 Sep 9;23(1)

87. Zimmer-Gembeck MJ, Helfand M. Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review*. 2008 Jun;28(2):153–224.

88. Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M, et al. Depression in adolescence. *American Psychologist*. 1993;48(2):155–68.

89. Safron DJ, Schulenberg JE, Bachman JG. Part-Time Work and Hurried Adolescence: The Links among Work Intensity, Social Activities, Health Behaviors, and Substance Use. *Journal of Health and Social Behavior*. 2001 Dec;42(4):425.

90. Billy JOG, Landale NS, Grady WR, Zimmerle DM. Effects of Sexual Activity on Adolescent Social and Psychological Development. *Social Psychology Quarterly*. 1988 Sep;51(3):190.

91. Ream GL. Reciprocal Effects between the Perceived Environment and Heterosexual Intercourse Among Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006 Aug 8;35(5):768–82.

92. Meier Ann M. Adolescent First Sex and Subsequent Mental Health. *American Journal of Sociology*. 2007 May;112(6):1811–47.

93. Grimm KJ. Multivariate longitudinal methods for studying developmental relationships between depression and academic achievement. *International Journal of Behavioral Development*. 2007 Jul;31(4):328–39.

94. Tubman JG, Windle M, Windle RC. Cumulative sexual intercourse patterns among middle adolescents: Problem behavior precursors and concurrent health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*. 1996 Mar;18(3):182–91.

95. Smith TW. Adult Sexual Behavior in 1989: Number of Partners, Frequency of Intercourse and Risk of AIDS. *Family Planning Perspectives*. 1991 May;23(3):102

96. World Health Organization. Adolescent Sexual Reproductive Health [Internet]. [www.who.int](https://www.who.int/southeastasia/activities/adolescent-sexual-reproductive-health). [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/activities/adolescent-sexual-reproductive-health>

97. World Health Organization. Violence against women [Internet]. [Who.int](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women#:~:text=Key%20facts.%20Violence%20against%20women%20%E2%80%93%20particularly%20intimate%20partner%20violence). World Health Organization: WHO; 2024 [cited 2024 Sep 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women#:~:text=Key%20facts.%20Violence%20against%20women%20%E2%80%93%20particularly%20intimate%20partner%20violence>

98. .Perry AR, Dilillo D, Peugh J. Childhood Psychological Maltreatment and Quality of Marriage. *Journal of Emotional Abuse*. 2007 Dec 14;7(2):117–42.
99. WOLFE DA, SCOTT K, WEKERLE C, PITTMAN AL. Child Maltreatment: Risk of Adjustment Problems and Dating Violence in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001 Mar;40(3):282–9.
100. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing Violence Against Women: A Call to Action. *The Lancet*. 2015;385(9978):1685–95.
101. Taracena R. Legal Responses to Rape in Mexico: Lessons from the year 2000. *Development*. 2001 Sep;44(3):117–20.
102. Breiding MJ. Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *American Journal of Public Health*. 2015 Apr;105(4):e11–2.
103. M. JM . Responding to children and adolescents who have been sexually abused, WHO clinical guidelines. *Revue Francophone des Laboratoires*. 2018 Feb;2018(499):10.
104. Sena CA de, Silva MA da, Falbo Neto GH. Incidência De Violência Sexual Em Crianças E Adolescentes Em Recife/Pernambuco No Biênio 2012- 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 May;23(5):1591–9.
105. Gilmore AK, George WH, Jacques-Tiura AJ, Granato HF, Davis KC, Norris J, et al. Men's Intentions to Have Sex With a New Partner: Sexual and Emotional Responding, Alcohol, and Condoms. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2015 Jan 9;42(2):165–77.
106. Weinstock H, Berman S, Cates W. Sexually Transmitted Diseases Among American Youth: Incidence and Prevalence Estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* [Internet]. 2004 Jan;36(1):6–10. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1363/3600604>
107. Lewis MA, Granato H, Blayney JA, Lostutter TW, Kilmer JR. Predictors of Hooking Up Sexual Behaviors and Emotional Reactions Among U.S. College Students. *Archives of Sexual Behavior*. 2011 Jul 28;41(5):1219–29.
108. Madkour AS, Farhat T, Halpern CT, Godeau E, Gabhainn SN. Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: A Comparative Study of Five Nations. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. 2010 Oct 1 [cited 2020 Dec 9];47(4):389–98. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X10001047>
109. Madkour AS, de Looze M, Ma P, Halpern CT, Farhat T, ter Bogt TFM, et al. Macro-Level Age Norms for the Timing of Sexual Initiation and Adolescents' Early Sexual Initiation in 17 European Countries. *Journal of Adolescent Health*. 2014 Jul;55(1):114–21.
110. Bohnert ASB, Bradshaw CP, Latkin CA. A social network perspective on heroin and cocaine use among adults: evidence of bidirectional influences. *Addiction*. 2009 Jul;104(7):1210–8.

111. Armour S, Haynie DL. Adolescent Sexual Debut and Later Delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006 Sep 13;36(2):141–52.
112. World Health Organization. Drugs [Internet]. www.who.int. 2023 [cited 2024 Sep 24]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_2)
113. DeGaston J F, Weed S, Jensen L. Understanding gender differences in adolescent sexuality. *Adolescence*. 1996;(31):217–31.
114. Κρεάτσας Γ. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. In: Εφηβεία- Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! Μύθοι και πραγματικότητες στις σχέσεις των δύο φύλων. Αθήνα: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD; 2014. p. 183-192;198.
115. Underwood JM, Brener N, Ford CA. Amplifying Improvements in the Centers for Disease Control and Prevention Youth Risk Behavior Surveillance System. *Journal of Adolescent Health*. 2020 Sep;67(3):338–9.
116. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. www.who.int. World Health Organization; 2023. Available from: [https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab_1); [https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab_2)
117. Δετοράκης Ι, Παπαγεωργίου Ι. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ Ή ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ. In: ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη-Πρακτική Ζωή; 2008. p. 151–2.
118. Natterson C, Bennet Kroll V. Αντισύλληψη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. In: Τσατσαρός Γ, editor. Εφηβεία μια αλλόκοτη περίοδος. Αθήνα: Εκδόσεις ΜΙΝΩΑΣ; 2024. p. 386–9.
119. Beckmann R.B C, Ling W F, Herbert N.P W, Smith R, Casanova R, Chuang A, et al. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. In: Δαπόντε Ι Α, editor. Μαιευτική και Γυναικολογία -1η Ελληνική Έκδοση. Αθήνα: ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ; 2018. p. 340–2.
120. Beckmann R.B C, Ling W F, Herbert N.P W, Smith R, Casanova R, Chuang A, et al. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. In: Δαπόντε Ι Α, editor. Μαιευτική και Γυναικολογία -1η Ελληνική Έκδοση. Αθήνα: ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ; 2018. p. 346–8.
121. Δετοράκης Ι, Παπαγεωργίου Ι. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ Ή ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ. In: ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη-Πρακτική Ζωή; 2008. p. 153–8.
122. ΕΟΔΥ. Κατευθυντήριες Οδηγίες για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ HIV/AIDS, ΣΜΝ & ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ ΤΜΗΜΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΟΔΥ) ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΡΑΦΩΝ 3-5, ΜΑΡΟΥΣΙ 15123 ΤΗΛ: 2105212000 ΑΘΗΝΑ 2022 [Internet]. [cited 2024 Sep 24]. Available from: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2022/10/odigies-smn-2022.pdf>

123. External communications. European Centre for Disease Prevention and Control publishes Annual epidemiological report 2011. PubMed. 2011 Nov 10;16(45).
124. Natterson C, Bennet Kroll V. Αντισύλληψη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. In: Τσατσαρός Γ, editor. Εφηβεία μια αλλόκοτη περίοδος. Αθήνα: Εκδόσεις ΜΙΝΩΑΣ; 2024. p. 388–9.
125. Beckmann R.B C, Ling W F, Herbert N.P W, Smith R, Casanova R, Chuang A, et al. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. In: Δαπόντε Ι Α, editor. Μαιευτική και Γυναικολογία -1η Ελληνική Έκδοση. Αθήνα: ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ; 2018. p. 339–40.
126. Higgins CR, Schofield JK, Tatnall FM, Leigh IM. Natural history, management and complications of herpes labialis. Journal of Medical Virology. 1993 Jan 1;41(S1):22–6.
127. Whitley R, Baines J. Clinical management of herpes simplex virus infections: past, present, and future. F1000Research [Internet]. 2018 Oct 31;7(1):1726. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6213787/>
128. Gupta R, Warren T, Wald A. Genital herpes. The Lancet [Internet]. 2007 Dec 22;370(9605):2127–37. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607619084>
129. Natterson C, Bennet Kroll V. Αντισύλληψη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. In: Τσατσαρός Γ, editor. Εφηβεία μια αλλόκοτη περίοδος. Αθήνα: Εκδόσεις ΜΙΝΩΑΣ; 2024. p. 390–2.
130. Δετοράκης Ι, Παπαγεωργίου Ι. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ Ή ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ. In: ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη-Πρακτική Ζωή; 2008. p. 164–8.
131. Beckmann R.B C, Ling W F, Herbert N.P W, Smith R, Casanova R, Chuang A, et al. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. In: Δαπόντε Ι Α, editor. Μαιευτική και Γυναικολογία -1η Ελληνική Έκδοση. Αθήνα: ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ; 2018. p. 342–4.
132. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. www.who.int. [cited 2024 Sep 25]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab_2)
133. Looker KJ, Elmes JAR, Gottlieb SL, Schiffer JT, Vickerman P, Turner KME, et al. Effect of HSV-2 infection on subsequent HIV acquisition: an updated systematic review and meta-analysis. The Lancet Infectious Diseases. 2017 Dec;17(12):1303–16.
134. ΕΟΔΥ. HIV Λοίμωξη / AIDS [Internet]. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. Available from: <https://eody.gov.gr/disease/aids/>
135. World Health Organization. HIV and AIDS [Internet]. World Health Organization. 2024 [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
136. Hsu K, Rakhmanina N. HIV in Children and Teens [Internet]. HealthyChildren.org.

American Academy of Pediatrics; 2022 [cited 2024 Sep 25]. Available from: [https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/sexually-transmitted/Pages/HIV-Human-Immunodeficiency-Virus.aspx?\\_gl=1](https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/sexually-transmitted/Pages/HIV-Human-Immunodeficiency-Virus.aspx?_gl=1)

137. ΕΛΛΗΝΙΚΗ HPV ΕΤΑΙΡΕΙΑ-ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV). ΜΟΛΥΝΣΗ [Internet]. Hpvociety.gr. 2024 [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://www.hpvociety.gr/hpv/faq/molinsi>

138. World Health Organization. Human papillomavirus and cancer [Internet]. www.who.int. 2024 [cited 2024 Sep 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>

139. Beckmann R.B C, Ling W F, Herbert N.P W, Smith R, Casanova R, Chuang A, et al. Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. In: Δαπόντε Ι Α, editor. Μαιευτική και Γυναικολογία -1η Ελληνική Έκδοση. Αθήνα: ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ; 2018. p. 344–6.

140. Sanders SA, Hill BJ, Janssen E, Graham CA, Crosby RA, Milhausen RR, et al. General Erectile Functioning among Young, Heterosexual Men Who Do and Do Not Report Condom-Associated Erection Problems (CAEP). *The Journal of Sexual Medicine*. 2015 Sep;12(9):1897–904.

141. Miller WC, Siripong N. Estimates of Sexually Transmitted Infection Prevalence and Incidence in the United States. *Sexually Transmitted Diseases*. 2013 Mar;40(3):194–6.

142. World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. www.who.int. 2019 [cited 2024 Sep 24]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1)

143. COTCH MF, PASTOREK JG, NUGENT RP, HILLIER SL, GIBBS RS, MARTIN DH, et al. *Trichomonas vaginalis* Associated With Low Birth Weight and Preterm Delivery. *Sexually Transmitted Diseases*. 1997 Jul;24(6):353–60.

144. Krieger JN. Trichomoniasis in Men: Old Issues and New Data. *Sexually Transmitted Diseases* [Internet]. 1995 [cited 2024 Jul 11];22(2):83–96. Available from: <https://www.jstor.org/stable/44964687>

145. Mielczarek E, Blaszkowska J. *Trichomonas vaginalis*: pathogenicity and potential role in human reproductive failure. *Infection*. 2015 Nov 6;44(4):447–58.

146. McClelland R Scott, Sangaré L, Hassan Wisal M, Lavreys L, Mandaliya K, Kiarie J, et al. Infection with *Trichomonas vaginalis* Increases the Risk of HIV-1 Acquisition. *The Journal of Infectious Diseases*. 2007 Mar;195(5):698–702.

147. Majesty Enaworoke Alukagberie, Khalifa Elmusharaf, Ibrahim N, Sébastien Poix. Factors associated with adolescent pregnancy and public health interventions to address in Nigeria: a scoping review. *Reproductive Health*. 2023 Jun 24;20(1).

148. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Prevalence and Determinants of Adolescent Pregnancy in Africa: a Systematic Review and Meta-analysis. *Reproductive Health* [Internet]. 2018 Nov 29;15(1). Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0640-2>



149. Ibrahim Isa A, Olugbenga Owoeye Gani I. Socio-demographic determinants of teenage pregnancy in the Niger Delta of Nigeria. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012;02(03):239–43.
150. Aderibigbe SA, Araoye MO, Akande TM, Monehin JO, Musa OI, Babatunde OA. Teenage Pregnancy and Prevalence of Abortion among In-school Adolescents in North Central, Nigeria. *Asian Social Science*. 2010 Dec 21;7(1).
151. Ahinkorah BO, Seidu AA, Appiah F, Baatiema L, Sambah F, Budu E, et al. What has reproductive health decision-making capacity got to do with unintended pregnancy? Evidence from the 2014 Ghana Demographic and Health Survey. Kabir R, editor. *PLOS ONE*. 2019 Oct 10;14(10):e0223389.
152. Esan DT, Muhammad F, Okocha SE, Ogunkorode A, Bamigboye TO, Adeola RS, et al. Causes, enablers and perceived solutions to teenage pregnancy: a qualitative study in a South-Western State in Nigeria. *Pan African Medical Journal*. 2022;43.
153. United Nations Population Fund. Child marriage [Internet]. United Nations Population Fund. 2022 [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://www.unfpa.org/child-marriage#read-more-expand>
154. World Health Organization. Child marriages-39 000 every day: More than 140 million girls will marry between 2011 and 2020 [Internet]. *www.who.int*. 2013. Available from: <https://www.who.int/news/item/07-03-2013-child-marriages-39-000-every-day-more-than-140-million-girls-will-marry-between-2011-and-2020>
155. Parsons J, Edmeades J, Kes A, Petroni S, Sexton M, Wodon Q. Economic Impacts of Child Marriage: a Review of the Literature. *The Review of Faith & International Affairs* [Internet]. 2015 Jul 3;13(3):12–22. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15570274.2015.1075757>
156. Godha D, Hotchkiss DR, Gage AJ. Association Between Child Marriage and Reproductive Health Outcomes and Service Utilization: A Multi-Country Study From South Asia. *Journal of Adolescent Health*. 2013 May;52(5):552–8.
157. Nasrullah M, Muazzam S, Bhutta ZA, Raj A. Girl Child Marriage and Its Effect on Fertility in Pakistan: Findings from Pakistan Demographic and Health Survey, 2006–2007. *Maternal and Child Health Journal* [Internet]. 2013 Apr 12;18(3):534–43. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-013-1269-y>
158. Kamal SM. Decline in Child Marriage and Changes in Its Effect on Reproductive Outcomes in Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2012 Oct 20;30(3).
159. Raj A, Saggurti N, Balaiah D, Silverman JG. Prevalence of child marriage and its effect on fertility and fertility-control outcomes of young women in India: a cross-sectional, observational study. *The Lancet* [Internet]. 2009 May;373(9678):1883–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2759702/>
160. Kamal SMM, Hassan CH. Child Marriage and Its Association With Adverse Reproductive

Outcomes for Women in Bangladesh. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2013 Oct 4;27(2):NP1492–506.

161.UNICEF. Child marriage [Internet]. UNICEF DATA. 2023 [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>

162.World Health Organization. Child marriages-39 000 every day: More than 140 million girls will marry between 2011 and 2020 [Internet]. *www.who.int*. 2013 [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://www.who.int/news/item/07-03-2013-child-marriages-39-000-every-day-more-than-140-million-girls-will-marry-between-2011-and-2020>

163.Omar K, Hasim S, Muhammad NA, Jaffar A, Hashim SM, Siraj HH. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2010 Aug 30;111(3):220–3.

164.Gomes KRO, Speizer IS, Gomes FM, Oliveira DDC, Moura LNB. Who Are the Pregnant Adolescents in the Poorest State Capital of Brazil? *Public Health Nursing*. 2008 Jul;25(4):319–26.

165.Almeida M da CC, Aquino EML, Barros AP de. School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 Jul;22(7):1397–409.

166.Gigante DP, Victora CG, Gonçalves H, Lima RC, Barros FC, Rasmussen KM. Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2004 Jul;16(1).

167.Luke N. Age and Economic Asymmetries in the Sexual Relationships of Adolescent Girls in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*. 2003 Jun;34(2):67–86.

168.Marston C, King E. Factors that shape young people’s sexual behaviour: a systematic review. *The Lancet* [Internet]. 2006 Nov [cited 2024 Sep 25];368(9547):1581–6. Available from: [http://researchonline.lshtm.ac.uk/10675/1/Marston%20%26%20King%20Lancet%202006%20distribution%20version\\_1.pdf](http://researchonline.lshtm.ac.uk/10675/1/Marston%20%26%20King%20Lancet%202006%20distribution%20version_1.pdf)

169.Belsky J, Steinberg LD, Houts RM, Friedman SL, DeHart G, Cauffman E, et al. Family Rearing Antecedents of Pubertal Timing. *Child Development*. 2007 Jul;78(4):1302–21.

170.Waldron M, Doran KA, Bucholz KK, Duncan AE, Lynskey MT, Madden PAF, et al. Parental Separation, Parental Alcoholism, and Timing of First Sexual Intercourse. *Journal of Adolescent Health*. 2015 May;56(5):550–6.

171.World Health Organization. Early marriages, adolescent and young pregnancies Report by the Secretariat [Internet]. 2012 Mar [cited 2024 Sep 25]. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_13-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_13-en.pdf)

172.Chung HW, Kim EM, Lee JE. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Adolescence*. 2018 Dec;69(69):180–8.

173. Kalichman SC, Simbayi LC, Kaufman M, Cain D, Cherry C, Jooste S, et al. Gender attitudes, sexual violence, and HIV/AIDS risks among men and women in Cape Town, South Africa. *Journal of Sex Research*. 2005 Nov;42(4):299–305.
174. Svanemyr J, Amin A, Robles OJ, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine* [Internet]. 2015;56(1 Suppl):S7-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/25528980/?i=4&from=/25528977/related>
175. Vu L, Pulerwitz J, Burnett-Zieman B, Banura C, Okal J, Yam E. Inequitable Gender Norms From Early Adolescence to Young Adulthood in Uganda: Tool Validation and Differences Across Age Groups. *Journal of Adolescent Health*. 2017 Feb;60(2):S15–21.
176. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reproductive Health* [Internet]. 2019 Jan 27;15(1). Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0460-4>
177. Mkhwanazi N. Understanding teenage pregnancy in a post-apartheid South African township. *Culture, Health & Sexuality*. 2010 May;12(4):347–58.
178. Wado YD, Sully EA, Mumah JN. Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: a multi-level analysis of risk and protective factors. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019 Feb 6;19(1).
179. Ahinkorah BO, Seidu AA, Appiah F, Baatiema L, Sambah F, Budu E, et al. What has reproductive health decision-making capacity got to do with unintended pregnancy? Evidence from the 2014 Ghana Demographic and Health Survey. Kabir R, editor. *PLOS ONE*. 2019 Oct 10;14(10):e0223389.
180. Govender D, Naidoo S, Taylor M. “I Have to Provide for Another Life emotionally, Physically and financially”: Understanding pregnancy, motherhood and the Future Aspirations of adolescent Mothers in KwaZulu-Natal South, Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2020 Oct 14;20(1). Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03319-7>
181. Whitworth M, Cockerill R. Antenatal management of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2014 Jan;24(1):23–8.
182. Beckmann R.B C, Ling W F, Herbert N.P W, Smith R, Casanova R, Chuang A, et al. Καρδιαγγειακές και Αναπνευστικές Διαταραχές. In: Δαπόντε I A, editor. *Μαιευτική και Γυναικολογία -1η Ελληνική Έκδοση*. Αθήνα: ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ; 2018. p. 259–62.
183. Espinoza J., Vidaeff A., Pettker CM., Simhan H. ACOG practice bulletin no. 202: gestational hypertension and preeclampsia [Internet]. Available from: doi: 10.1097/AOG.00000000000003018
184. Haddad B, Deis S, Goffinet F, Paniel BJ, Cabrol D, Sibai BM. Maternal and perinatal outcomes during expectant management of 239 severe preeclamptic women between 24 and 33

weeks' gestation. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004 Jun;190(6):1590–5.

185.Hutcheon JA, Lisonkova S, Joseph KS. Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2011 Aug;25(4):391–403.

186.Gannon-Loew KE, Holland-Hall C. A review of current guidelines and research on the management of sexually transmitted infections in adolescents and young adults. Therapeutic Advances in Infectious Disease. 2020 Jan;7:204993612096066.

187.Newton-Levinson A, Leichter JS, Chandra-Mouli V. Sexually Transmitted Infection Services for Adolescents and Youth in Low- and Middle-Income Countries: Perceived and Experienced Barriers to Accessing Care. Journal of Adolescent Health [Internet]. 2016 Jul;59(1):7–16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5289742/>

188.Beckmann.R.B. C, Link.W. F, Herbert.N.P. William, Lauber.W. D, Smith.P. R, Casanova R, et al. Μαιευτική και Γυναικολογία. 1η Ελληνική Έκδοση-7η Αγγλική Έκδοση. Δαπόντε Α.Ι, editor. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας; 2018.

189.ΕΜΓΕ. ΕΜΓΕ, Κατευθυντήρια οδηγία Νο 7, Πρόωρη ρήξη υμένων [Internet]. 2013 Jul [cited 2024 Sep 25]. Available from: [https://hsog.gr/wp-content/uploads/2023/09/proori\\_riksi\\_umenon-2.pdf](https://hsog.gr/wp-content/uploads/2023/09/proori_riksi_umenon-2.pdf)

190.Garg A, Jaiswal A. Evaluation and Management of Premature Rupture of Membranes: A Review Article. Cureus. 2023 Mar 24;15(3).

191.Marković S, Bogdanović G, Cerovac A. Premature and preterm premature rupture of membranes in adolescent compared to adult pregnancy. Med Glas (Zenica) [Internet]. 2020;17(1):136–40. Available from: [https://ljkzedo.ba/mgpdf/mg32/03\\_Markovic\\_1052\\_A.pdf](https://ljkzedo.ba/mgpdf/mg32/03_Markovic_1052_A.pdf)

192.Maheshwari MV, Khalid N, Patel PD, Alghareeb R, Hussain A. Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy: A Narrative Review. Cureus [Internet]. 2022 Jun 14;14(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9282583/>

193.Beckmann R.B C, Ling W F, Herbert N.P W, Smith R, Casanova R, Chuang A, et al. Αιματολογικές και Ανοσολογικές Επιπλοκές. In: Δαπόντε Ι Α, editor. Μαιευτική και Γυναικολογία -1η Ελληνική Έκδοση. Αθήνα: ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ; 2018. p. 267–8.

194.Sekhar DL, Murray-Kolb LE, Kunselman AR, Weisman CS, Paul IM. Differences in Risk Factors for Anemia Between Adolescent and Adult Women. Journal of Women's Health [Internet]. 2016 May 1;25(5):505–13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4876539/>

195.Aguayo VM, Paintal K, Singh G. The Adolescent Girls' Anaemia Control Programme: a decade of programming experience to break the inter-generational cycle of malnutrition in India. Public Health Nutrition. 2013 Jan 24;16(9):1667–76.

196.Kumari R. Prevalence of Iron Deficiency and Iron Deficiency Anaemia in Adolescent

Girls in a Tertiary Care Hospital. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017;11(8).

197.Rahman MM, Abe SK, Rahman MS, Kanda M, Narita S, Bilano V, et al. Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis<sup>1,2</sup>. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2016 Jan 6;103(2):495–504.

198.World Health Organization. Abortion [Internet]. [www.who.int](http://www.who.int). 2024 [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

199.Κρεάτσας Γ. Κύηση ,τοκετός και λοχεία. In: Εφηβεία- Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! Μύθοι και πραγματικότητες στις σχέσεις των δύο φύλων. Αθήνα: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD; 2014. p. 129–31.

200.Jurkovic D, Wilkinson H. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BMJ*. 2011 Jun 10;342(jun10 1):d3397–7.

201.World Health Organization (WHO). Preterm birth [Internet]. [www.who.int](http://www.who.int). 2023 [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

202.Beckmann R.B C, Ling W F, Herbert N.P W, Smith R, Casanova R, Chuang A, et al. Πρόωρος Τοκετός. In: Δαπόντε Ι Α, editor. Μαιευτική και Γυναικολογία -1η Ελληνική Έκδοση. Αθήνα: ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ; 2018. p. 193.

203.Institute of Medicine (US) Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention [Internet]. Behrman E R, Butler AS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2007 [cited 2024 Oct 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669423>

204.Olausson PO, Haglund B, Weitoft GR, Cnattingius S. Teenage childbearing and long-term socioeconomic consequences: a case study in Sweden. *Family Planning Perspectives* [Internet]. 2001 Mar 1 [cited 2024 Sep 26];33(2):70–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11330853/>

205.World Health Organization. Preterm and low birth weight [Internet]. [www.who.int](http://www.who.int). [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/newborn-health/preterm-and-low-birth-weight/>

206.World Health Organization. Low birth weight [Internet]. [www.who.int](http://www.who.int). 2023 [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/low-birth-weight>

207.Cutland CL, Lackritz EM, Mallett-Moore T, Bardají A, Chandrasekaran R, Lahariya C, et al. Low birth weight: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine* [Internet]. 2017 Dec 4;35(48):6492–500. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710991/>

208.Degrandi Oliveira CR. The legacy of Virginia Apgar. *British Journal of Anaesthesia*. 2020 Mar;124(3):e185–6.

209. Razaz N, Cnattingius S, Joseph K. Association between Apgar scores of 7 to 9 and neonatal mortality and morbidity: population based cohort study of term infants in Sweden. *BMJ* [Internet]. 2019 May 7;365:l1656. Available from: <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l1656>
210. Simon LV, Hashmi MF, Bragg BN. APGAR score [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470569/>
211. Cnattingius S, Norman M, Granath F, Petersson G, Stephansson O, Frisell T. Apgar Score Components at 5 Minutes: Risks and Prediction of Neonatal Mortality. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2017 May 11;31(4):328–37.
212. Thavarajah H, Flatley C, Kumar S. The relationship between the five minute Apgar score, mode of birth and neonatal outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2017 Apr 26;31(10):1335–41.
213. Ogawa K, Matsushima S, Urayama KY, Kikuchi N, Nakamura N, Tanigaki S, et al. Association between adolescent pregnancy and adverse birth outcomes, a multicenter cross sectional Japanese study. *Scientific Reports*. 2019 Feb 20;9(1).
214. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia. Saaka M, editor. *PLOS ONE*. 2019 Jun 13;14(6):e0218259.
215. CDC. About Stillbirth [Internet]. Stillbirth. 2024 [cited 2024 Sep 26]. Available from: [https://www.cdc.gov/stillbirth/about/?CDC\\_AAref\\_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/still-birth/facts.html](https://www.cdc.gov/stillbirth/about/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/still-birth/facts.html)
216. Sharma V, Katz J, Mullany LC, Khatry SK, LeClerq SC, Shrestha SR, et al. Young Maternal Age and the Risk of Neonatal Mortality in Rural Nepal. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2008 Sep 1;162(9):828.
217. Ferraro AA, Cardoso VC, Barbosa AP, Da Silva AAM, Faria CA, De Ribeiro VS, et al. Childbearing in adolescence: intergenerational déjà-vu? Evidence from a Brazilian birth cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013 Jul 15;13(1).
218. Santos R de CAN, Silva RM da, Queiroz MVO, Jorge HMF, Brilhante AVM. Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2018 Feb;71(1):65–72. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt\\_0034-7167-reben-71-01-0065.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0065.pdf)
219. Μπακοπούλου Φ. Η Εγκυμοσύνη στην Εφηβεία. In: ΤΣΙΤΣΙΚΑ Α, editor. Εφηβεία, ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2011. p. 317–8.
220. Strong J, Coast E, Feters T, Chiweshe M, Getachew A, Griffin R, et al. “I was waiting for my period”: Understanding pregnancy recognition among adolescents seeking abortions in Ethiopia, Malawi, and Zambia. *Contraception*. 2023 Mar;110006.
221. Osborne C, Ankrum N. “Mom, I’m Pregnant”: The Adolescent Pregnancy Reveal. *Social*

Service Review. 2020 Jun;94(2):339–72.

222. Aprianti Aprianti, Zahroh Shaluhayah, Antono Suryoputro. Self-Disclosure of Adolescents about Unwanted Pregnancy to Their Partners and Parents: A Qualitative Study in Central Java Indonesia. *Proceedings of the 2nd International Symposium of Public Health*. 2017 Jan 1;

223. House C. Book Review: *Sexuality, Culture and Politics: A South American Reader*. *Feminist Review*. 2018 Jul;119(1):168–9.

224. Roye CF, Balk SJ. Caring for Pregnant Teens And Their Mothers, Too. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 1997 May;22(3):153–7.

225. Oluseye A, Waterhouse P, Hoggart L. “I really wanted to abort” Desire for abortion, failed abortion and forced motherhood in South-Western Nigeria. *Global Public Health*. 2021 Jun 20;17(8):1–14.

226. Flores Valencia ME, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*. 2017 May 1;19(3):374–8.

227. Corcoran J. Teenage Pregnancy and Mental Health. *Societies* [Internet]. 2016 Jul 27 [cited 2024 Sep 26];6(3):21. Available from: <http://www.icsspe.org/system/files/McMahon%20et%20al.%20-%20Physical%20activity%20in%20Euro%20adolescents%20and%20associations%20with%20anxiety%20depression%20and%20wellbeing.pdf>

228. Kaye DK. Negotiating the transition from adolescence to motherhood: Coping with prenatal and parenting stress in teenage mothers in Mulago hospital, Uganda. *BMC Public Health*. 2008 Mar 4;8(1).

229. Osaikhuwuomwan JA, Osemwenkha AP. Adolescents’ perspective regarding adolescent pregnancy, sexuality and contraception. *Asian Pacific Journal of Reproduction* [Internet]. 2013 Mar 1;2(1):58–62. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2305050013601189>

230. Hodgkinson S, Beers L, Southammakosane C, Lewin A. Addressing the Mental Health Needs of Pregnant and Parenting Adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2014 Jan;133(1):114–22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3876179/>

231. Boden JM, Fergusson DM, John Horwood L. Early motherhood and subsequent life outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. 2007 Dec 17;49(2):151–60. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2007.01830.x>

232. Pinheiro RT, Coelho FM da C, da Silva RA, Quevedo L de A, Souza LD de M, Castelli RD, et al. Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: Social, obstetric and psychiatric correlates. *Journal of Affective Disorders*. 2012 Feb;136(3):520–5.

233. Leplatte D, Rosenblum KL, Stanton E, Miller N, Muzik M. Mental health in primary care for adolescent parents. *Mental health in family medicine* [Internet]. 2012;9(1):39–45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487608/>

234. Beckmann R.B. C, Link W. F, Herbert N.P. William, Lauber W. D, Smith P. R, Casanova R, et al. Αντισύλληψη. In: Δαπόντε Α .I, editor. Μαιευτική και Γυναικολογία. 1η Ελληνική Έκδοση ,Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας; 2018. p. 296–7.
235. UNICEF. Early Childbearing - UNICEF DATA [Internet]. UNICEF DATA. 2022 [cited 2024 Sep 26]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/>
236. Yakubu I, Garmaroudi G, Sadeghi R, Tol A, Yekaninejad MS, Yidana A. Assessing the impact of an educational intervention program on sexual abstinence based on the health belief model amongst adolescent girls in Northern Ghana, a cluster randomised control trial. *Reproductive Health*. 2019 Aug 15;16(1).
237. Fleming N, O’Driscoll T, Becker G, Spitzer RF, Allen L, Millar D, et al. Adolescent Pregnancy Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2015 Aug;37(8):740–56.
238. Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzík P, Houžvičková A, Argalášová Ľ. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(5):4113.
239. Nkwemu S, Jacobs CN, Mweemba O, Sharma A, Zulu JM. “They say that I have lost my integrity by breaking my virginity”: experiences of teen school going mothers in two schools in Lusaka Zambia. *BMC Public Health*. 2019 Jan 14;19(1).
240. Benda BB, DiBlasio FA. An integration of theory: Adolescent sexual contacts. *Journal of Youth and Adolescence*. 1994 Jun;23(3):403–20.
241. Varga CA. How Gender Roles Influence Sexual and Reproductive Health Among South African Adolescents. *Studies in Family Planning*. 2003 Sep;34(3):160–72.
242. Sear R, Coall D. How Much Does Family Matter? Cooperative Breeding and the Demographic Transition. *Population and Development Review*. 2011 Jan;37:81–112.
243. Kramer KL. Cooperative Breeding and its Significance to the Demographic Success of Humans. *Annual Review of Anthropology*. 2010 Oct 21;39(1):417–36.
244. Sukhawaha S, Arunpongpaisal S, Rungreangkulkij S. Attempted Suicide Triggers in Thai Adolescent Perspectives. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016 Jun;30(3):334–41.
245. Fergusson DM, Woodward LJ. Maternal Age and Educational and Psychosocial Outcomes in Early Adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1999 Mar;40(3):479–89.
246. Μπακοπούλου Φ. Η Εγκυμοσύνη στην Εφηβεία. In: ΤΣΙΤΣΙΚΑ Α, editor. Εφηβεία, η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2011. p. 321–2.
247. Leslie K, Dibden L. Adolescent parents and their children – The paediatrician’s role. *Paediatrics & Child Health* [Internet]. 2004 Oct 1 [cited 2024 Sep 27];9(8):561–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724164/>



- 248.Μαραγκός Γ.ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΑ ΕΦΗΒΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ. In: Εφηβική ιατρική, Βασικά θέματα και αρχές. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας; 1997. p. 181–2.
- 249.Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Νευροεπιστημών & Ιατρικής Ακριβείας ΚΩΣΤΑΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ (ΕΠΙΨΥ). Σεξουαλική συμπεριφορά & υγεία των εφήβων. Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων-μαθητών (Έρευνα HBSC/WHO) - 2018. 2018;
- 250.Νταβέλα Η, Χαρατσή Δ, Κούκουρα Ο, Γριβέα Ι, Δαπόντε Α. Έκβαση της εγκυμοσύνης εφήβων νεότερων των 16 ετών στην Θεσσαλία - Αναδρομική μελέτη εφηβεία και κύηση . ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ & ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑ ΤΟΜ 12, ΤΕΥΧ 2 [Internet]. 2017 [cited 2024 Sep 27];29–33. Available from: <https://www.jpnm.gr/gr/issue/34/%CE%A4%CF%8C%CE%BC%CE%BF%CF%82%2012-%CE%A4%CE%B5%CF%8D%CF%87%CE%BF%CF%82%202>
- 251.Kallipolitis G, Stefanidis K, Loutradis D, Siskos K, Milingos S, Michalas S. Knowledge, attitude, and behavior of female students concerning contraception in Athens, Greece. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2003 Jan;24(3):145–51.
- 252.Voyiatzaki C, Venetikou MS, Papageorgiou E, Anthouli-Anagnostopoulou F, Simitzis P, Chaniotis DI, et al. Awareness, Knowledge and Risky Behaviors of Sexually Transmitted Diseases among Young People in Greece. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2021 Sep 23 [cited 2024 Sep 27];18(19):10022. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34639324/>
- 253.ΕΟΔΥ. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ [Internet]. Available from: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2022/11/odigies-antisillipsis.pdf>
- 254.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. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2004 Mar;9(1):1–10.
255. Χρυσικόπουλος Α. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ. In: Οικογενειακός Προγραμματισμός. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2007. p. 314–5.
256. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (ΕΠΙΨΥ). ΕΦΗΒΟΙ,ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ. Πανελλήνια Έρευνα «Οι έφηβοι στην Ελλάδα σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους στις χώρες της έρευνας HBSC [Internet]. 2010 [cited 28AD Aug]; Available from: [https://www.epipsi.gr/images/Documents/HBSC/Fylladia2010/11\\_HBSC\\_2010\\_EPIPSI\\_2012.pdf](https://www.epipsi.gr/images/Documents/HBSC/Fylladia2010/11_HBSC_2010_EPIPSI_2012.pdf)
257. .Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (ΕΠΙΨΥ). Πανελλήνια Έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την Υγεία των εφήβων μαθητών. [https://www.epipsigr/images/Documents/HBSC/Fylladia2014/HBSC2014GR\\_06\\_FilikesSxes.pdf](https://www.epipsigr/images/Documents/HBSC/Fylladia2014/HBSC2014GR_06_FilikesSxes.pdf). 2014;
258. Tsikouras P, Deuteraiou D, Bothou A, Anthoulaki X, Chalkidou A, Chatzimichael E, et

al. Ten Years of Experience in Contraception Options for Teenagers in a Family Planning Center in Thrace and Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018 Feb 15;15(2):348.

259.Κρεάτσας Γ. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι στην εφηβεία. In: Εφηβεία- Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! Μύθοι και πραγματικότητες στις σχέσεις των δύο φύλων. Αθήνα: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD; 2014. p. 165–70.

260.ΕΟΔΥ. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ [Internet]. eody.gov.gr. [cited 2024 Sep 27]. Available from: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2022/11/odigies-antisillipsis.pdf>

261.Κρεάτσας Γ. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι στην εφηβεία. In: Εφηβεία-Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 176–7.

262. Κρεάτσας Γ. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι στην εφηβεία. In: Εφηβεία-Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 167–70.

263. Beckmann.R.B. C, Link.W. F, Herbert.N.P. William, Lauber.W. D, Smith.P. R, Casanova R, et al. Αντισύλληψη. In: Δαπόντε Α .I, editor. Μαιευτική και Γυναικολογία. 1η Ελληνική Έκδοση-7η Αγγλική Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας; 2018. p. 302–7.

264. Κρεάτσας Γ. Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι στην εφηβεία. In: Εφηβεία-Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 170–6.

265. Jensen JT. Permanent contraception: modern approaches justify a new name. *Contraception*. 2014 Jun;89(6):493–4.

266. Velez D, Pagani R, Mima M, Ohlander S. Vasectomy: a guidelines-based approach to male surgical contraception. *Fertility and Sterility*. 2021 Apr;115(6).

267. Howard SA, Benhabbour SR. Non-Hormonal Contraception. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2023 Jul 20;12(14):4791. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10381146/>

268. Μιχαλά Λ, Αντσακλής Α. Αντισύλληψη στην Εφηβεία. In: ΤΣΙΤΣΙΚΑ Α, editor. Εφηβεία,η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων . 1ος Τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2011. p. 103–14.

269. ILIADOU M, Evangelia STAVRAKI, HINA T, Eirini OROVOU, TZITIRIDOU-CHATZOPOULOU M, Panagiotis ESKITZIS, et al. Contraceptive Attitudes and Use among Tertiary Students in Greece. *Mædica* [Internet]. 2023 Dec 15;18(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10859194/>

270. Κρεάτσας Γ. Προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης σε σχολεία. In: Εφηβεία-Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 251–6.

271. Tsitsika A, Andrie E, Deligeoroglou E, Tzavara C, Sakou I, Greydanus D, et al. Experiencing Sexuality in Youth Living in Greece: Contraceptive Practices, Risk Taking, and Psychosocial Status. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2014 Aug;27(4):232–9.
272. Lagadinou M 1, Spiliopoulou K 2, Paraskevas T 3, Gkentzi D 4, Assimakopoulos S 5, Katsakiori P 6, et al. Knowledge and Attitudes of Medical and Nursing Students in a Greek University Regarding Sexually Transmitted Diseases. ProQuest [Internet]. 2024;251. Available from: <https://www.proquest.com/docview/3002346385/D4F935760D0C47FAPQ/5?source-type=Scholarly%20Journals>
273. Tsakiridis I, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T. Trends in Induced Abortions in Greece: A Cross-sectional Study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2020 Apr;33(2):149–52.
274. Μανιδάκη Ά. Η ιστορία του οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα [Internet]. [www.didaktorika.gr](http://www.didaktorika.gr). 2020 [cited 2024 Sep 28]. Available from: <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/47301>
275. ΔΔΕ Φλώρινας | Τμήμα Ε' Εκπαιδευτικών Θεμάτων. ΔΔΕ Φλώρινας. 2021 [cited 2024 Aug 26]. Available from: <https://dide-new.flo.sch.gr/ta-programmata-spodon-pou-tha-ischysoun-sta-genika-lykeia-stadiaka-apo-to-2023-2024/>
276. Pergialiotis V, Vlachos DE . G, Gkioka E, Tsotra K, Papantoniou N, Vlachos GD. Teenage pregnancy antenatal and perinatal morbidity: Results from a tertiary centre in Greece. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014 Dec 19;35(6):595–9.
277. Ηρωτιάντα Ν, Δήμητρα Χ, Ουρανία Κ, Ιωάννα Γ, Αλέξανδρος Δ. Έκβαση της εγκυμοσύνης εφήβων νεότερων των 16 ετών στην Θεσσαλία - Αναδρομική μελέτη εφηβεία και κύηση . ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ & ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΑ ΤΟΜ 12,. 2017;ΣΕΛ. 29-33.
278. ΕΛΕΥΘΩ. Teenage pregnancy, outcomes for mother and newborn: results of a prospective study [Internet]. 2012 [cited 2024 Aug 29]. Available from: <http://www.elefthw.gr/pdf-148277-74475?filename=%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20.pdf>
279. Μαραγκός Γ. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΑ ΕΦΗΒΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ. In: Εφηβική ιατρική, Βασικά θέματα και αρχές. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας; 1997.188–9.
280. Herbert M. Η σεξουαλικότητα στην εφηβεία. In: Κρεάτσας Κ. Γ, editor. Αντισύλληψη. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε; 2001. p. 150–2.
281. Κρεάτσας Γ. Τεχνητή διακοπή της κύησης. In: Εφηβεία-Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 179–82.
282. Beckmann.R.B. C, Link.W. F, Herbert.N.P. William, Lauber.W. D, Smith.P. R, Casanova R, et al. Έκτοπη κύηση και Έκτρωση . In: Δαπόντε Α .I, editor. Μαιευτική και Γυναικολογία. 1η Ελληνική Έκδοση-7η Αγγλική Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας; 2018. p. 227–31.

283. Mazza D, Burton G, Wilson S, Boulton E, Fairweather J, Black KI. Medical abortion. *Australian Journal of General Practice*. 2020 Jun 1;49(6):324–30.
284. Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2002;(4):CD003037. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12519584/>
285. Δετοράκης Ι, Παπαγεωργίου Ι. Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΙΑΣ ΝΕΑΣ ΖΩΗΣ. In: Αγωγή της σεξουαλικής Συμπεριφοράς. Δεύτερη Έκδοση. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ; 2008. p. 91–3
286. Mavroforou A, Koumantakis E, Michalodimitrakis E. Adolescence and abortion in Greece: women’s profile and perceptions. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2004 Oct;17(5):321–6.
287. Paxson H. Demographics and Diaspora, Gender and Genealogy: Anthropological Notes on Greek Population Policy. *South European Society and Politics*. 1997 Jun;2(2):34–56.
288. ΦΕΚ 86/Α/3-7-1986 Ν 1609/1986. Νόμος 1609/1986 - ΦΕΚ 86/Α/3-7-1986 (Κωδικοποιημένος) [Internet]. Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας | e-nomothesia.gr. 2019. Available from: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1609-1989.html>
289. Άρθρο 304 - Ποινικός Κώδικας - Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης [Internet]. Lawspot. 2015 [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://www.lawspot.gr/nomikes-plitofories/nomothesia/pk/arthro-304-poinikos-kodikas-tehniti-diakopi-tis-egkymosynis>
290. Bridwell R, Long B, Montrieff T, Gottlieb M. Post-abortion Complications: A Narrative Review for Emergency Clinicians. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2022 Oct 23;23(6).
291. Ioannidi-Kapolou E. Use of Contraception and Abortion in Greece: A Review. *Reproductive Health Matters*. 2004 Jan;12(sup24):174–83.
292. Σακελλαρίου Μ. “Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της γυναίκας” [Internet]. 1996 [cited 2024 Sep 14]. Available from: [http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/12088/SDO\\_DMYP\\_00022\\_Medium.pdf?sequence=1](http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/12088/SDO_DMYP_00022_Medium.pdf?sequence=1)
293. Μαραγκός Γ. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΑ ΕΦΗΒΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ. In: Εφηβική ιατρική, Βασικά θέματα και αρχές. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα; 1997. p. 188–9.
294. Beckmann R.B. C, Link W. F, Herbert N.P. William, Lauber W. D, Smith P. R, Casanova R, et al. Προληπτική και Προγεννητική Φρονίδα. In: Δαπόντε Α .I, editor. Μαιευτική και Γυναικολογία. 1η Ελληνική Έκδοση-7η Αγγλική Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας; 2018. p. 71–8.
295. Μπακοπούλου Φ. Η Εγκυμοσύνη στην Εφηβεία. In: ΤΣΙΤΣΙΚΑ Α, editor. Εφηβεία, ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων . 1ος Τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2011. p. 318–20.

296. Κρεάτσας Γ. Κύηση ,τοκετός και λοχεία. In: Εφηβεία-Είναι ωραίο να μεγαλώνεις ! ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 127–31.
297. Tsikouras P. Pregnancies and their obstetric outcome in two selected age groups of teenage women in Greece. evaluation the outcome of pregnancies in adolescents in the Department of Obstetrics and Gynaecology of Democritus University of Thrace, North-Eastern Greece [Internet]. 2012 Jan 20 [cited 2011 Dec 2]; Available from: <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.648242>
298. Σιέτου Μ, Σαρίδη Μ. Παράγοντες κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης [Internet]. Vima-asklipiou.gr. Το Βήμα του Ασκληπιού Τόμ. 10, Αρ. 1 (2011); 2024 [cited 2024 Sep 4]. Available from: <https://www.vima-asklipiou.gr/articles/424/>
299. Μπακοπούλου Φ. Η Εγκυμοσύνη στην Εφηβεία. In: ΤΣΙΤΣΙΚΑ Α, editor. Εφηβεία, η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων . 1ος Τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2011. p. 321–2.
300. Vlachadis N, Iliodromiti Z, Vlachadi M, Siristatidis C, Deligeoroglou E, Vrachnis N. Adolescent birth rates in Greece: features and recent unfavorable trends. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2013 Nov 7;93(1):121–2.
301. Panagopoulos P, Salakos N, Bakalianou K, Davou E, Iavazzo C, Paltoglou G, et al. Adolescent Pregnancy in a Greek Public Hospital During a Six-year Period (2000–2005)—A Retrospective Study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* [Internet]. 2008 Oct 1 [cited 2023 Feb 5];21(5):265–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1083318808001836>
302. Μπακοπούλου Φ. Η Εγκυμοσύνη στην Εφηβεία. In: ΤΣΙΤΣΙΚΑ Α, editor. Εφηβεία, η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων . 1ος Τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2011. p. 320–2.
303. Georges E. Abortion policy and practice in Greece. *Social Science & Medicine*. 1996 Feb;42(4):509–19.
304. Chiao C, Mishra V. Trends in primary and secondary abstinence among Kenyan youth. *AIDS Care*. 2009 Jun 29;21(7):881–92.
305. Ferguson L L. Αντισύλληψη και Διακοπή Κύησης. In: Δελτσίδου Ά, Κύρκου Γ, editors. Φροντίδα Μητρότητας και Υγείας των Γυναίκων-12η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος; 2020. p. 188–90.
306. WHO. Family planning/Contraception [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
307. Todd N, Black A. Contraception for Adolescents. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology* [Internet]. 2020 Jan 1;12(1):28–40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7053440/>

308. Δετοράκης Ι, Παπαγεωργίου Ι. Αγωγή της σεξουαλικής Συμπεριφοράς. Δεύτερη Έκδοση. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ; 2008 p.27-36.
309. Τσιτσικά Α. Σεξουαλικότητα και Εφηβεία. In: ΤΣΙΤΣΙΚΑ Α, editor. Εφηβεία, η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων . 1ος Τόμος. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2011. p. 89–93.
310. UNESCO. International Guidelines on Sexuality Education: An evidence informed approach to effective sex, relationships and HIV/STI education Conference Ready Version [Internet]. 2009. Available from: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/8556521DD9D4A9E64925762000240120-UNESCO-Aug2009.pdf>
311. ΤΣΑΓΚΑΛΙΔΟΥ Χ. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παιδιών και εφήβων με αυτισμό ή/και νοητική αναπηρία: Οι αντιλήψεις των γονέων. Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης. 2019 Mar 6;1:1426.
312. Ailey SH, Marks BA, Crisp C, Hahn JE. Promoting sexuality across the life span for individuals with intellectual and developmental disabilities. Nursing Clinics of North America. 2003 Jun;38(2):229–52.
313. Κυπριακός Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού. Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση [Internet]. Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού. Available from: <https://www.familyplanning.org.cy/srhr/sexuality-education/>
314. WHO Regional Office for Europe and BZgA Standards for Sexuality Education in Europe [Internet]. 2010. Available from: <https://www.icmec.org/wp-content/uploads/2016/06/WHOS-standards-for-Sexuality-Ed-in-Europe.pdf>
315. European Expert Group on Sexuality Education. Sexuality education – what is it? Sex Education [Internet]. 2016 Nov 26;16(4):427–31. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14681811.2015.1100599>
316. World Health Organization. Comprehensive Sexuality Education [Internet]. World Health Organization. 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education>
317. SIECUS. Since its inception, SIECUS has taken stands on major sexuality issues confronting society. SIECUS invites other organizations and individuals to join in affirming these statements and in working for their implementation. [Internet]. Available from: <https://siecus.org/wp-content/uploads/2018/07/Position-Statements-2018.pdf>
318. Κρεάτσας Γ. Η γενετήσια αγωγή και η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην εφηβεία. In: Εφηβεία-Είναι ωραίο να μεγαλώνεις !Η. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 51–2.
319. ΙΕΠ. Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση - Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής [Internet]. iep.edu.gr. Available from: <https://iep.edu.gr/el/sex-education>
320. Κρεάτσας Γ. Η γενετήσια αγωγή και η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην εφηβεία. In:

Εφηβεία-Είναι ωραίο να μεγαλώνεις !Η. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 43–9.

321. Τσαρμακλής Γ. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παιδιών και εφήβων. 2007; [https://www.iatrikionline.gr/Deltio\\_54a\\_2007/08.pdf](https://www.iatrikionline.gr/Deltio_54a_2007/08.pdf).

322. Καδιγιαννόπουλος, Καραβίδα Μ, Γαλανοπούλου Ε, Γαλανόπουλος Α, Τμήμα Π, Εκπαίδευσης Δ, et al. Sex education at the secondary education level in Greece Λέξεις ευρετηρίου Δευτεροβάθμια εκπαίδευση Ελλάδα Σεξουαλική αγωγή. 2019 [cited 2024 Sep 17];37(2):267–72. Available from: <https://www.mednet.gr/archives/2020-2/pdf/267.pdf>

323. Ferguson L L. Αντισύλληψη και Διακοπή Κύησης. In: Δελτσίδου Ά, Κύρκου Γ, editors. Φροντίδα Μητρότητας και Υγείας των Γυναικών-12η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος; 2020. p. 188–90.

324. Κυπριακός Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού. Οικογενειακός Προγραμματισμός [Internet]. Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού. Available from: <https://www.familyplanning.org.cy/srhr/family-planning/>

325. Μανιδάκη Α. Η ιστορία του οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 11]. Available from: <https://freader.ekt.gr/eadd/index.php?doc=47301>.

326. Κρεάτσας Γ. Ο ρόλος του οικογενειακού προγραμματισμού στην αγωγή υγείας & τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση . In: Εφηβεία-Είναι ωραίο να μεγαλώνεις !Η. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ; 2014. p. 245–6.

327. Παναγιώτοπούλου-Γκόλτσίου Β. Οικογενειακός Προγραμματισμός και ποιότητα ζωής [Internet]. 1995 [cited 2024 Sep 9]. Available from: <http://www.elefthw.gr/pdf-148432-74607?filename=%20%20%20%20.pdf>

328. ΦΕΚ Α΄66/21.3.1980. ΝΟΜΟΣ 1036/21.3.1980 | Anaconda S.A. [Internet]. Anaconda S.A. 2018. Available from: <https://www.anaconda.gr/gnwsiaiki-basi/nomos-1036-21-3-1980/>

329. World Health Organisation. Primary Health Care [Internet]. World Health Organisation. 2022. Available from: [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1)

330. Φιλαλήθης Α. Primary Health Care in Greece: Lost in the labyrinth [Internet]. 2021 p. 548–56: 38(4). Available from: <https://www.mednet.gr/archives/2021-4/pdf/548.pdf>

331. ΦΕΚ Α 143/07.10.1983. ΝΟΜΟΣ 1397/1983 (Κωδικοποιημένος) - ΦΕΚ Α 143/07.10.1983 [Internet]. www.kodiko.gr. Available from: <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/283774/nomos-1397-1983>

332. Υπουργείο Υγείας. Εγκύκλιος: Λειτουργία Μονάδων Οικογενειακού Προγραμματισμού [Internet]. Υπουργείο Υγείας. Υπουργείο Υγείας; 2015 [cited 2024 Sep 10]. Available from: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/agogygeias/programmata-prwtobathmias-frontidas-ygeias/3395-egkyklios-leitoyrgia-monadwn-oikogeneiakoy-programmatismoy>

333. Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού - Γ.Ν. ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ [Internet]. Hospital-elena.gr. 2018 [cited 2024 Oct 12]. Available from: <https://www.hospital-elena.gr/medical-services/eidikes-ypiresies/iatreio-oikogeneiakoy-programmatismoy>
334. Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού [Internet]. Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα. 2014 [cited 2024 Oct 12]. Available from: <https://hosp-alexandra.gr/to-nosokomeio/iatriki-ypiresia/cheiroyrgikos-tomeas/kentro-oikogeneiakoy-programmatismoy/>
335. Οικογενειακού Προγραμματισμού [Internet]. Β' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική. 2024 [cited 2024 Oct 12]. Available from: [https://bdeptobgyn.aretaiio.uoa.gr/i\\_kliniki/alla\\_tmimata/oikogeneiakoy\\_programmatismoy/](https://bdeptobgyn.aretaiio.uoa.gr/i_kliniki/alla_tmimata/oikogeneiakoy_programmatismoy/)
336. Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας (Μονάδα Βέροιας. Ολοκληρώθηκε η μεταφορά του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού [Internet]. Verhospi.gr. 2016 [cited 2024 Oct 12]. Available from: <https://www.verhospi.gr/oikogeniakos-programmatismos/>
337. UNICEF. Early Childbearing [Internet]. UNICEF DATA. 2022. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/>
338. Ηλιάνα Δανέζη. Γιατί το ελληνικό σχολείο “φοβάται” τη σεξουαλική αγωγή [Internet]. ΤΟ ΒΗΜΑ. tovima.gr; 2024 [cited 2024 Nov 3]. Available from: <https://www.tovima.gr/print/society/giati-to-ellinikocrsxoileio-fovataicrti-seksoualiki-agogi/>







