

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ:

**ΚΥΗΣΗ ΣΤΗ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΟΥ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Κος Στεφανόπουλος Νικόλαος

2014

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
SUMMARY	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΒΑΣΙΚΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	8
1.1 ΤΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	8
1.1.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	8
1.1.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	13
ΕΜΜΗΝΑΡΧΗ.....	13
2.1 Ο ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ	13
2.2. ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	15
ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	15
3.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	15
3.2 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	15
3.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	21
Η ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	22
ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	23
ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	23
6.1 Η ΕΦΗΒΗ ΚΑΛΕΙΤΑΙ ΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ	23
6.2 Η ΕΦΗΒΗ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΙ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	24
6.3 Η ΕΦΗΒΗ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΕΙ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	34
6.4 Η ΕΦΗΒΟΣ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΓΙΑ ΥΙΟΘΕΣΙΑ.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	39
7.1 Η ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ.....	39
7.2 Η ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΤΗΣ ΕΦΗΒΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ.....	45
7.3 ΕΦΗΒΙΚΟΙ ΓΑΜΟΙ.....	46
7.4 Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ ΠΑΤΕΡΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	50
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΥΨΗΣΗΣ	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.....	51
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ Ή ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	51
9.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΑΓΩΓΗ Ή ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ	51
9.2 ΠΟΤΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΜΑΘΑΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΕΞ	51
9.3 Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	51
9.4 ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ/ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	53
9.4.1 ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	54
9.4.2 ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ	55
9.4.3 ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ :.....	56
9.5 ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ.....	56
9.6 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.....	59
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	59
10.1 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	59
10.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	61
10.2.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΠΕΛΑ	62
10.2.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΟΡΙ	70
10.3 ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11.....	74
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	75

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η περίοδος της εφηβείας αποτελεί αναμφισβήτητα μια από τις σημαντικότερες περιόδους στη ζωή του ανθρώπου, αν και όχι τη σημαντικότερη. Είναι η περίοδος των ραγδαίων μεταβολών, τόσο σε σωματικό, όσο σε ψυχολογικό και πνευματικό επίπεδο. Είναι το σημείο «κλειδί» ανάμεσα στην παιδική ηλικία και την ενήλικη ζωή.

Την ιδιάζουσα σημασία της εφηβείας, φαίνεται ότι την είχαν αντιληφθεί από πολύ νωρίς οι άνθρωποι, γι' αυτό και σε πολλές πρωτόγονες κοινωνίες καθιερώθηκαν «τελετουργικά εφηβείας», τα οποία αποτελούν μεταβατικό μηχανισμό, με τον οποίο το άτομο απαρνιέται το ρόλο του παιδιού και θεωρείται από τους άλλους και τον εαυτό του ότι αναλαμβάνει τον καινούργιο ρόλο του ενηλίκου. Παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η αναφορά ορισμένων τέτοιων «τελετουργικών», κάποια από τα οποία εξακολουθούν να υφίστανται σε ορισμένες κοινωνίες και αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της κουλτούρας και του πολιτισμού τους.

Οι ανθρωπολόγοι, έχουν περιγράψει την «τελετή της ήβης» σε πολλές κοινωνίες. Η τελετή αυτή έχει διάφορες σημασίες. Σε μερικούς πρωτόγονους λαούς αποτελείται σχεδόν αποκλειστικά από σεξουαλικά όργανα.

Στην περίπτωση των κοριτσιών, η εμφάνιση της πρώτης περιόδου, είναι το συνηθισμένο σημάδι αποδοχής. Συχνά η τελετή προϋποθέτει απομόνωση του κοριτσιού, που συνήθως διαρκεί εβδομάδες ή μήνες, μερικές φορές ακόμα και χρόνια. Πολλές φορές αυτός ο αποκλεισμός περιλαμβάνει ειδικό διαιτολόγιο, καθορισμένες δραστηριότητες, ακόμα και οδυνηρούς ξυλοδαρμούς, ακρωτηριασμούς των γεννητικών οργάνων και τατουάζ του σώματος. Σκοπός των μέτρων αυτών είναι να προετοιμάσουν το κορίτσι για το ρόλο της μελλοντικής νύφης και να το κάνουν ελκυστικό, σύμφωνα με τα πρότυπα ελκυστικότητας της κάθε κοινωνίας (ουλές στο πρόσωπο, επιμήκυνση των λοβών των αυτιών ή των χειλιών, λιμάρισμα των δοντιών, ιδιαίτερος τρόπος ντυσίματος, εκμάθηση ειδικών χορών κλπ). Στη διάρκεια της απομόνωσής της η νέα κοπέλα συχνά θα μνηθεί στις τεχνικές της σεξουαλικής πρόκλησης και της συνουσίας, (στους κοινωνικούς κανόνες που θα πρέπει να τηρηθούν κατά τις περιόδους της εμμηνορρυσίας είναι μιαρή), πως να συλλαμβάνει και πώς να αποφεύγει τη σύλληψη, καθώς και στα καθήκοντα του σπιτιού και του γάμου. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι το κορίτσι στην Ινδία παντρεύεται πριν την εφηβεία αλλά δεν πηγαίνει να μείνει με το σύντροφό της, παρά μετά την πρώτη έμμηνο ρύση. Αλλά και τότε, ο γάμος άλλοτε ολοκληρώνεται αμέσως και άλλοτε αναβάλλεται. Η απομόνωση των κοριτσιών τελειώνει με μια τελετή, στη διάρκεια της οποίας η κοπέλα αναλαμβάνει τον καινούργιο ρόλο της και γίνεται δεκτή από την κοινότητα.

Οι τελετές της ήβης για τα αγόρια συμπεριλαμβάνουν επίσης απομόνωση από την κοινότητα. Τα αγόρια δεν έχουν ένα τόσο ευδιάκριτο σημάδι της επερχόμενης παραγωγικής ικανότητας, όπως είναι η περίοδος στα κορίτσια και έτσι οι διάφορες κοινωνίες διαλέγουν διάφορα χαρακτηριστικά της αρσενικής ήβης για να καθορίσουν την ετοιμότητα : αλλαγή της φωνής, γένια, πρώτη εκσπερμάτωση.

Στη Ρωμαϊκή εποχή, η μετάβαση από την παιδική ηλικία στην αντρική, συμβολιζόταν φορώντας στο παιδί την τήβεννο. Στη μεσαιωνική Αγγλία, το αγόρι που έφτανε στα δεκατέσσερα γινόταν « ιπποκόμος». Τα καθήκοντά του ήταν να υπηρετεί έναν υπότη, να τον συνοδεύει στη μάχη και να κουβαλάει τα όπλα του.

Είναι πιο συνηθισμένο το να παίρνουν μια ομάδα αγοριών , της ίδιας περίπου ηλικίας, να τα απομονώνουν και να τα καθοδηγούν όλα μαζί, παρά κάθε ένα ξεχωριστά. Η απομόνωση μπορεί να περιλαμβάνει ορισμένες οδυνηρές « χειρουργικές επεμβάσεις» (συνήθως περιτομή ή τομή του πέους, σε απομίμηση της εμμηνόρροιας) και τατουάζ, καθώς και τη διδασκαλία σεξουαλικών τεχνικών. Η μύηση στον αντρισμό με τους παραπάνω τρόπους, συνίσταται στην επιβολή του πόνου, τον οποίο το αγόρι πρέπει να αντέξει με θάρρος και στωικότητα. Θα πρέπει α αφήσει να του χαράξουν το σώμα, χωρίς να λυγίσει. Επιπλέον, τα αγόρια εκπαιδεύονται στις ειδικές δραστηριότητες των αντρών, όπως είναι η διεξαγωγή πολέμου, οι θρησκευτικές τελετές, οι καλλιτεχνικές τελετουργίες ή τα μάγια πριν από κυνήγι. Όπως και με τα κορίτσια, όταν η περίοδος της απομόνωσης τελειώσει, η επάνοδος στην κοινότητα χαιρετίζεται με μια ειδική εορταστική τελετή.

Στις βιομηχανικές κοινωνίες επιζούν ακόμα μερικές από αυτές τις τελετές, αν και συνήθως συνυπάρχουν μαζί με την εφηβεία. Όταν σε ένα νεαρό άτομο επιτρέπεται , για παράδειγμα, να δοκιμάσει το πρώτο του οινοπνευματώδες ποτό, να μάθει μια ειδική προσευχή, να δεχτεί κάποιο θρησκευτικό χρίσμα ή να παραστεί σε κάποια θρησκευτική τελετή, όλα αυτά είναι κατάλοιπα της μετάβασης στην ενηλικίωση.

Χωρίς αμφιβολία, η σεξουαλική διδασκαλία σε πολλές από αυτές τις πρωτόγονες τελετουργίες, έχει σημαντική επίδραση πάνω στις σεξουαλικές προσδοκίες του νεαρού ατόμου. Χαρακτηριστικό πολλών πρωτόγονων κοινωνιών, είναι ο σχεδόν καθολικός διαχωρισμός των αγοριών και των κοριτσιών στο διάστημα της εφηβείας, γεγονός που δεν επιτρέπει στα πρώτα να κατανοήσουν πως είναι η ζωή για τα άλλα αντίστροφα.

Διαβάζοντας τις παραπάνω αναφορές, κατανοούμε ότι η περίοδος της εφηβείας ανέκαθεν θεωρούνταν σημαντική από τις διάφορες κοινωνίες, από τις πιο πρωτόγονες έως τις πιο σύγχρονες. Πάντα γοήτευε η περίοδος αυτή της ζωής του ατόμου. Οι απότομες και γρήγορες μεταβολές που συμβαίνουν χαιρετίζονται με δέος και θεωρούνται ως ένα μικρό θαύμα, το οποίο συμβαίνει για να βοηθήσει το άτομο να μεταβεί ομαλά από την παιδική στην ενήλικη ζωή.

Από αυτό το θαύμα δε θα μπορούσα να μείνω ασυγκίνητη ούτε και εγώ. Γι' αυτό και επέλεξα αυτή την περίοδο της ζωής του ατόμου προκειμένου να εκπονήσω την εργασία μου. Θέλησα μάλιστα να το συνδυάσω με ένα άλλο μεγάλο θαύμα της φύσης, την εγκυμοσύνη και την μητρότητα. Παρουσιάζει για εμένα εξαιρετικό ενδιαφέρον να μελετήσουμε την περίπτωση της εγκυμοσύνης στην εφηβεία. Εξάλλου, είναι και ένα φαινόμενο πάντα επίκαιρο και το οποίο τα τελευταία χρόνια, σύμφωνα με μελέτες και έρευνες αρκετών επιστημόνων, λαμβάνει ανησυχητικές διαστάσεις. Όλο και πιο συχνά έφηβες κοπέλες βρίσκονται αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και με όλα τα επακόλουθα αυτής.

Αρχικά, θεωρήσαμε σκόπιμο να μελετήσουμε την εφηβεία και τις μεταβολές που συμβαίνουν σ' αυτή, ανεξάρτητα από την παρουσία της εγκυμοσύνης. Οι μεταβολές αυτές παρατηρούνται τόσο σε σωματικό, όσο και σε πνευματικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο. Είναι η περίοδος που ξεκινά και η σεξουαλική δραστηριότητα του ατόμου, γεγονός που αποτελεί και την αφετηρία για μια εγκυμοσύνη στην ηλικία αυτή.

Στη συνέχεια, εξετάζουμε τις αιτίες του φαινομένου. Μελετώντας, διαπιστώσαμε ότι μια κύηση στην εφηβεία δεν είναι πάντα ένα τυχαίο γεγονός, μια απροσεξία της στιγμής. Μπορεί να έχει βαθύτερα κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια. Όποια όμως και αν είναι τα

ελατήρια αυτής της κατάστασης, οι συνέπειες είναι ιδιαίτερα σημαντικές, τόσο για την έφηβη, όσο και για την κοινωνία. Γι' αυτό και η έφηβη καταφεύγει σε σπασμωδικές λύσεις, με πρώτη ίσως λύση την έκτρωση, με όλα τα επακόλουθα που μπορεί να συνεπάγεται αυτό. Σε κάποιες περιπτώσεις η έφηβη αναγκάζεται να παντρευτεί τον πατέρα του παιδιού της, προκειμένου να αποφύγει την κοινωνική κατακραυγή. Πόσο ευτυχισμένη όμως μπορεί να είναι καταφεύγοντας σε ένα γάμο ανάγκης; Άλλοτε πάλι γεννάει το παιδί της και το δίνει για υιοθεσία.

Τα παραπάνω μας βοήθησαν να καταλάβουμε τη σοβαρότητα του προβλήματος και τη δεινή θέση στην οποία περιέρχεται η έφηβη έγκυος. Γι' αυτό το λόγο αναζητήσαμε τρόπους και μέσα, τα οποία θα μπορούσαν να προλάβουν μια τέτοια κατάσταση ή να βοηθήσουν την έφηβη να διαχειριστεί την κατάσταση αυτήν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Μελετώντας το φαινόμενο κατανοήσαμε ότι είναι απαραίτητη η παρουσία μαθήματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία και η ενημέρωση των νέων σχετικά με την αντισύλληψη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Δυστυχώς στην Ελλάδα η προσπάθεια για ενημέρωση των νέων σχετικά με ζητήματα σεξουαλικής αγωγής βρίσκεται ακόμη σε αρχικά στάδια. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει η λειτουργία ορισμένων θεσμών και κέντρων που μπορούν να βοηθήσουν την έφηβη. Ενδεικτικά αναφέρουμε την Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού, διάφορα ιδρύματα όπως το κέντρο βρεφών « Η ΜΗΤΕΡΑ » και τα παιδικά χωριά S.O.S κ.α.

Βασική μας επιδίωξη ήταν η σφαιρική μελέτη του φαινομένου και η ενημέρωσή μας επάνω σε ένα τέτοιο ευαίσθητο θέμα. Ως επαγγελματίες υγείας φέρουμε μεγάλη ευθύνη, γι' αυτό και πρέπει να είμαστε ενημερωμένοι στα θέματα αυτά. Η στάση η δική μας πρέπει να είναι υποστηρικτική και συμβουλευτική απέναντι στους εφήβους. Οι προσωπικές απόψεις και τα ταμπού μας δεν έχουν θέση σε ένα τόσο σοβαρό ζήτημα. Οφείλουμε να είμαστε αντικειμενικοί και προσεκτικοί κατά την αντιμετώπιση μιας τέτοιας κατάστασης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στις μέρες μας σήμερα έχει αυξηθεί η εγκυμοσύνη στην εφηβική ηλικία λόγω έλλειψης γνώσεων στις μεθόδους αντισύλληψης.

Σκοπός της εργασίας είναι η ενημέρωση των εφήβων για την σωστή μέθοδο αντισύλληψης από την λανθασμένη παραπληροφόρηση των φίλων τους και των μέσων μαζικής ενημέρωσης, ώστε να κατανοήσουν τον κίνδυνο των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Η εργασία πραγματοποιήθηκε με βιβλιογραφική ανασκόπηση σε επιστημονικές ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και ιστοσελίδες έγκυρων οργανισμών, με αναζήτηση πληροφοριών τα τελευταία 15 χρόνια και λέξεις κλειδιά: pregnancy, adolescent, nurse.

Στην εργασία αυτή πραγματοποιείται μια παρουσίαση της εφηβικής ηλικίας, αναλύουμε τα εσωτερικά και εξωτερικά όργανα του γεννητικού συστήματος, το γενετικό κύκλο, την εμμηναρχή, δηλαδή την έναρξη της έμμηνου ρύσεως και του κύκλου της. Σημαντικό κεφάλαιο της εφηβείας αποτελούν οι σωματικές και ψυχικές αλλαγές που δημιουργούνται στην εφηβική ηλικία αναφέροντας μερικά από τα σημαντικά προβλήματα της ηλικίας όπως είναι η κατάχρηση επικίνδυνων ουσιών και οι διαταραχές στις διατροφικές τους συνήθειες που εντάσσει σε κίνδυνο τη ζωή τους.

Η σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων και στα δύο φύλα αποτελείται από έντονα συναισθήματα και έντονες σεξουαλικές ορμές οι οποίες μπορεί να οδηγούν σε μία εγκυμοσύνη. Στην συνέχεια η έφηβη καλείται να αποφασίσει για την πορεία της εγκυμοσύνης αφού έχει ενημερωθεί από το ιατρικό προσωπικό τις κατάλληλες πληροφορίες. Οι επιλογές που έχει η έφηβος είναι συγκεκριμένες και θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να την στηρίξουν σε όποια απόφαση και αν θα πάρει. Τα αίτια της εφηβικής εγκυμοσύνης είναι η ανωριμότητα του νεαρού της ηλικίας σε συνδυασμό με τον φόβο, την άγνοια αντισυλληπτικών μεθόδων καθώς και την πρόωρη έμμηνο ρύση. Στη συνέχεια αναφέρεται ο εφηβικός γάμος, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένα παιδί εκτός γάμου και η σχέση του πατέρα με την εγκυμοσύνη.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι ψυχοκοινωνικές και οι οικονομικές επιπλοκές της εφηβικής κύησης αφού σε πολλές περιπτώσεις η έφηβη δεν ολοκληρώνει την εκπαίδευση της με σκοπό την επαγγελματική της αποκατάσταση. Στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων συμπεριλαμβάνεται η ευθύνη της οικογένειας και εκπαιδευτικό σύστημα. Οι έφηβοι πρέπει να είναι ενήμεροι για τις μεθόδους αντισύλληψης που έχει σκοπό την πρόληψη σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Τέλος, επισημαίνεται ο ρόλος που έχει ο νοσηλευτής ο οποίος στηρίζει την έφηβο στην εγκυμοσύνη και ψυχολογικά και κοινωνικά ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει τις ευθύνες της.

SUMMARY

Nowadays, pregnancy in adolescence has increased due to lack of contraception knowledge.

Informing teenagers for the right methods of contraception instead of friends' and media's wrong misinformation, so they will comprehend the risk of STDs and unwanted pregnancy.

Teens do not have the appropriate training in reproductive education. As a result the outbreaks of STDs and teenage pregnancies, which end up in abortion, have increased. The educational system, having the approval of competent authorities, must include the programs of sexual education and interpersonal relationships in all stages of education

A detailed presentation of adolescence is made in this work. The internal and external genitals, the generative cycle and the menarche (entry in menstruation and its cycle) are analyzed. Physical and psychological changes take place in adolescence and constitute an important part in adolescents' lives. Some serious problems of this age that put their life in risk are the use of dangerous substances and the disturbances of their nutrition habits.

Teens' sexual activity in both sexes consists of intense feelings and sexual urges which may lead to pregnancy. Subsequently, the young woman should decide of her pregnancy procedure after taking the appropriate advice by the medical staff. Her choices are specific and doctors should be by her side whatever her choice is. Some of the teenage pregnancy causes are the immaturity of young age in combination with fear, the ignorance of contraceptive methods and the early menstruation. Consequently, the teenage marriage is mentioned as well as the problems a child out of marriage will face and the father's connection with pregnancy.

Moreover there are presented the psychosocial and economic complications of teenage pregnancy. In many cases the adolescent does not complete her education in order to find vocational rehabilitation. Teens' sexual education includes the family's and school's responsibility. Adolescents should know the contraceptive methods because by using them they can prevent any sexual transmitted diseases and undesirable pregnancies.

Finally the nurse's role is mentioned. The nurse should support the adolescent during the pregnancy period both psychologically and socially in order to face his/her responsibilities.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

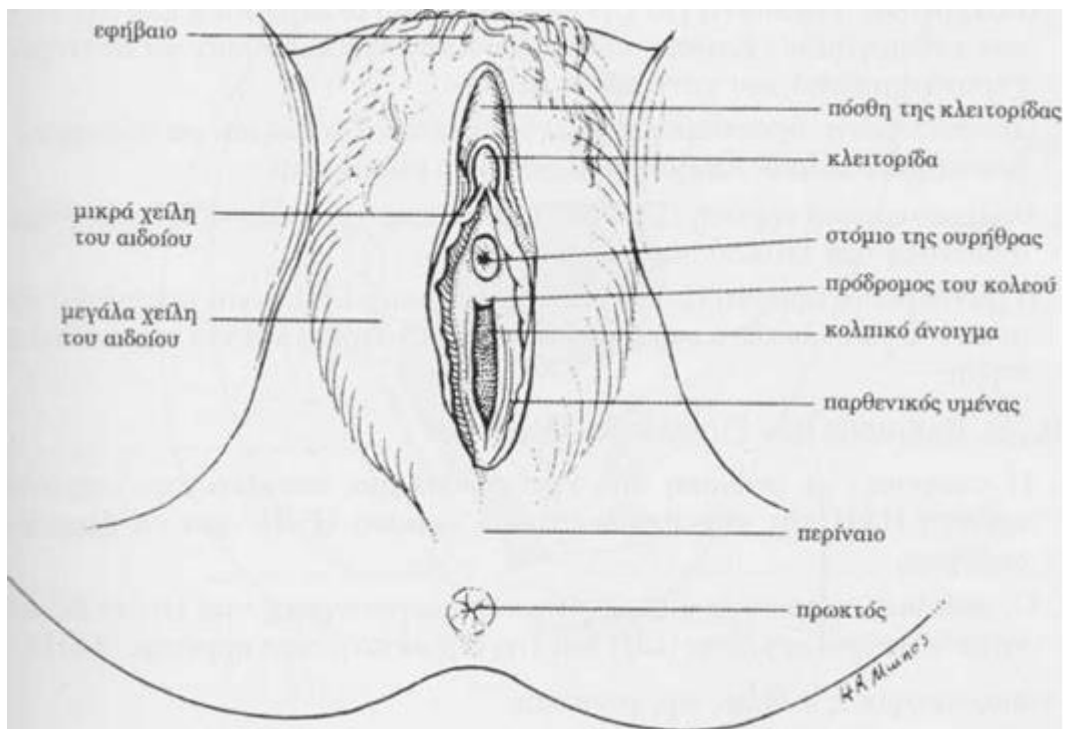
ΒΑΣΙΚΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

1.1 ΤΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Τα όργανα αναπαραγωγής της γυναίκας είναι σχετικά απρόσιτα. Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας διακρίνεται από τα έσω γεννητικά όργανα, τα οποία βρίσκονται μέσα στην πύελο και τα έξω γεννητικά όργανα, τα οποία βρίσκονται έξω από την πύελο.

1.1.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

ΕΙΚΟΝΑ 1 (έξω γεννητικά όργανα θήλεος)



(Καραχάλιος 2006)

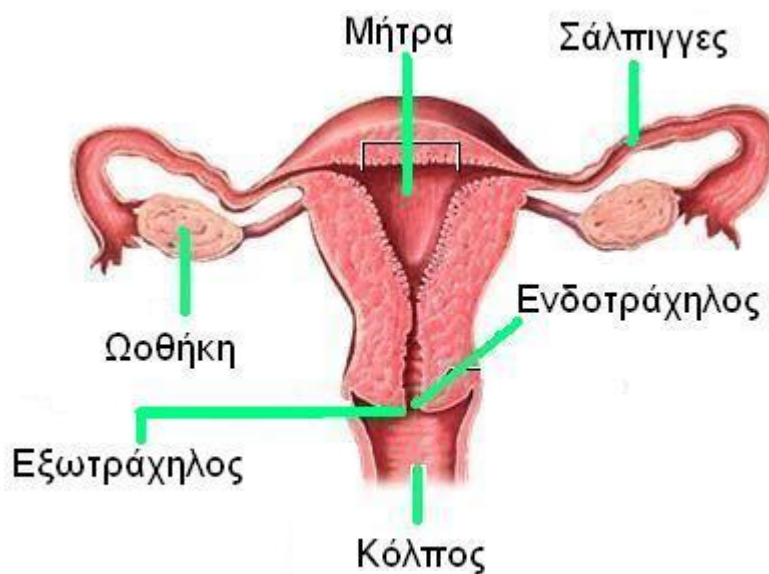
Το αιδοίο αποτελεί το σύνολο των έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα αποτελούνται από:

- Το εφήβαιο : ο λιπώδης ιστός και το δέρμα στην μπροστινή πλευρά του αιδοίου. Με την έναρξη της εφηβείας καλύπτεται από τρίχες.
- Τα μεγάλα χείλη :αποτελούνται από λιπώδεις και ινώδεις ιστούς που σχηματίζουν δύο πτυχές δέρματος περίπου 9εκ, εκτείνονται από το εφήβαιο έως τον πρωκτό και δημιουργούν μια σχισμή. Φέρουν θυλάκους τριχών καθώς και σμηγματογόνους και εξωκρινείς αδένες.
- Μικρά χείλη: τα μικρά χείλη είναι πτυχές δέρματος που βρίσκονται κάτω από τα μεγάλα χείλη.
- Κλειτορίδα :είναι το πιο ευαίσθητο όργανο του αιδοίου, βρίσκεται ακριβώς πάνω από τα μικρά χείλη.
- Πρόδρομο του κόλπου :χώρο στον οποίο εκβάλουν :η ουρήθρα, ο κόλπος και τα στόμια των βαρθολίνειων και παραουθρικών αδένων.

Μεταξύ κλειτορίδας και στομίου του κόλπου βρίσκεται το έξω στόμιο της ουρήθρας. Όριο μεταξύ των έσω και έξω γεννητικών οργάνων αποτελεί ο παρθενικός υμένας. Ο οποίος είναι ένα ινώδες πέταλο, που στενεύει το στόμιο του κόλπου από την οπίσθια και τις πλάγιες επιφάνειες. Μπορεί να έχει διάφορες μορφές, οπότε και χαρακτηρίζεται ανάλογα. Ο παρθενικός υμένας συνήθως ρύγχεται κατά την πρώτη συνουσία. (Αντσακλής 2008).

1.1.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

ΕΙΚΟΝΑ 2 (έσω γεννητικά όργανα θήλεος)



(http://healthnotesandnews.blogspot.gr/2010/07/blog-post_742.html)

- **Κόλπος:** είναι ένας ινοελαστικός σωλήνας μήκους 9-11εκ, βρίσκεται μεταξύ ουρήθρας και εντέρου. Το άνω άκρο προσφύεται με τον τράχηλο και το κάτω άκρο στη σχισμή του αιδοίου. Στο άνω άκρο συνδέεται με τον τράχηλο σχηματίζονται οι θόλοι, οι οποίοι διακρίνονται στον οπίσθιο θόλο, τον πρόσθιο θόλο και τους δύο πλάγιους. Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τρεις χιτώνες : τον ινώδη, τον μυϊκό, και το βλεννογόνο. Ο κόλπος αποτελεί την "δίοδο εξόδου" για τη ροή του αίματος της εμμήνου ρύσεως αλλά και του εμβρύου κατά τον τοκετό. Το πλακώδες επιθήλιο που καλύπτει τον κόλπο έχει μεγάλες ποσότητες γλυκογόνου, όμως οι γαλακτοβάκλιοι που είναι η φυσιολογική μικροβιακή χλωρίδα του κόλπου μεταβολίζουν το γλυκογόνο σε γαλακτικό οξύ και έτσι καθιστούν το pH του κόλπου όξινο (περίπου 4.5 pH). Και αυτό το όξινο περιβάλλον του κόλπου δρα προστατευτικά στις κολπίτιδες. Τέλος, στην είσοδο του κόλπου βρίσκεται ο παρθενικός υμένας .(Heffner 2000)
- **Μήτρα :** η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο, το σχήμα της μοιάζει με ανάποδο αχλάδι. Βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης (μπροστά), απευθυσμένου (πίσω), εντερικών ελίκων (πάνω), και του κόλπου (κάτω). Έχει μήκος 7.5εκ, πλάτος 5εκ, και πάχος 2.5εκ περίπου και το μέγεθος ποικίλλει αναλόγως με την ηλικία της γυναίκας και τον αριθμό των τοκετών της καθώς τρέφει κ περικλείει το έμβρυο στη διάρκεια της ανάπτυξης. Η μήτρα αποτελείται από τρία τμήματα : το ανώτερο τμήμα που ονομάζεται πυθμένας, το μεσαίο που ονομάζεται σώμα και το κατώτερο τμήμα που ονομάζεται τράχηλος. Ο τράχηλος της μήτρας χωρίζεται με το σώμα με τον ισθμό.

Η σύνδεση της μήτρας με τα γύρω όργανα γίνεται:

A. με το περιτόναιο

B. με τους συνδέσμους

Το περιτόναιο (περιμήτριο ή ορογόνο χιτώνας) καλύπτει σχεδόν όλη τη μήτρα δηλαδή τον πυθμένα, το σώμα και την πίσω επιφάνεια του υπερκολπικού τμήματος του τραχήλου. Δηλαδή δεν καλύπτει την πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου και τα πλάγια χείλη του οργάνου. Με την ανάκαμψη του στην πρόσθια κύστη σχηματίζεται ο κυστεομητρικός χώρος, και με την ανάκαμψή του στο έντερο σχηματίζεται ο ευθυμητρικός χώρος.

Οι σύνδεσμοι της μήτρας είναι οι εξής :

- Οι πλατείς σύνδεσμοι: είναι πτυχές του περιτοναίου που συνδέουν τα πλάγια χείλη της μήτρας με το πλάγιο πυελικό τοίχωμα και περικλείουν στο πάνω χείλος τους τις σάλπιγγες,
- Οι ιερομητρικοί ή ευθυμητρικοί σύνδεσμοι : ξεκινούν από το ιερό οστό και καταλήγουν στον αυχένα της μήτρας,
- Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι : ξεκινούν από τον πυθμένα της μήτρας και καταλήγουν στο δέρμα των μεγάλων χειλιών του αιδοίου.

Τέλος υπάρχει και το παραμήτριο που είναι ένας συνδετικός ιστός όπου εκεί πορεύονται όλα τα μητριαία αγγεία και νεύρα.

Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τους τρεις εξής χιτώνες :

- i. Περιμήτριο ή ορογόνο που είναι συνέχεια του περιτόναιου,
- ii. Μυομήτριο ή μυϊκό το οποίο αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, ελαστικό συνδετικό ιστό και πολλά αγγεία. Παρουσιάζει τρεις στιβάδες την έξω ή υπορογόνο, τη μέση ή αγγειώδη και την έσω ή υποβλεννογόνο.
- iii. Το ενδομήτριο της μήτρας είναι σε άμεση επαφή με το μυομήτριο χωρίς να παρεμβάλλεται υποβλεννογόνιος χιτώνας Το ενδομήτριο αποτελεί την εμμηνορρυσία, κάθε 28 ημέρες, κατά τη διάρκεια της γενετήσιας ζωής της γυναίκας, εκτός των περιόδων κύησης.

- Σάλπιγγες : είναι δύο μυώδες σωλήνες που ενώνουν την μήτρα με τις ωοθήκες. Κάθε σάλπιγγα έχει μήκος 11-14 εκ. Εκτείνεται από τον πυθμένα της μήτρας μέχρι το πλάγιο πυελικό τοίχωμα όπου εκεί συναντά την ωοθήκη. Ενώ όμως η σάλπιγγα μπαίνει μέσα στο τοίχωμα της μήτρας, με την ωοθήκη απλά εφάπτεται με το έξω (κροσσωτό) άκρο της. Η κάθε σάλπιγγα αποτελείται από δύο άκρα: το μητριαίο και τον κώδωνα, από δύο μοίρες: τον ισθμό και τη λήκυθο και τέλος από τον αυλό με τα δύο στόμιά του: το μητριαίο και το κοιλιακό. Ο κώδωνας έχει κροσσωτό σχήμα και κρέμονται εκεί ελεύθεροι 12-15 κρόσσοι. Ο ένας από αυτούς είναι μεγαλύτερος από τους άλλους (μήκους 2-3 εκ.), ο λεγόμενος ωοθηκικός κρόσσος, ο οποίος φθάνει την επιφάνεια της ωοθήκης. Μέσω αυτού του κροσσού μεταφέρεται στη μήτρα το ωάριο μετά από κάθε ωοθηλακιορρηξία. Το τοίχωμα των σαλπίγγων αποτελείται από α) μυϊκό χιτώνα β) ορογόνο τοίχωμα και γ) από βλεννογόνο. Οι σάλπιγγες χρησιμεύουν για την μεταφορά του ωαρίου από τις ωοθήκες στη μήτρα, τη γονιμοποίηση του ωαρίου από τα σπερματοζωάρια καθώς επίσης και την μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα.

(Κρεατσάς 2009)

- Ωοθήκες : οι δύο ωοθήκες είναι οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας. Αποτελούν μεικτούς αδένες, οι οποίοι παράγουν τα γεννητικά κύτταρα της γυναίκας, δηλαδή τα ωάρια και οι ορμόνες, όπως τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Οι ωοθήκες έχουν σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου. Το ύψος τους φθάνει τα 4εκ., το πλάτος τους 2εκ., το πάχος τους 1εκ., και το βάρος τους κυμαίνεται μεταξύ 6-10γρ. Η στήριξη της ωοθήκης στη θέση που βρίσκεται επιτυγχάνεται με τα εξής στηρικτικά στοιχεία α) το μεσωοθήκιο, β) τον κρεμαστήρα σύνδεσμο και γ)τον ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης. Οι ωοθήκες από έξω προς τα μέσα αποτελούνται α) το βλαστικό επιθήλιο, β) τη φλοιώδη μοίρα γ) τη μυελώδη μοίρα και δ) ένα στρώμα συνδετικού ιστού. Κύριο συστατικό της φλοιώδη μοίρας είναι τα ωοθυλάκια. Κάθε ωοθυλάκιο περιέχει ένα ωάριο. Η μυελώδης μοίρα της ωοθήκης αποτελείται από συνδετικό ιστό, αγγεία, νεύρα και πολλές ελαστικές ίνες. Και τέλος, το στρώμα του συνδετικού ιστού αποτελείται από δύο είδη κυττάρων α) τα κοκκώδη και β) τα διάμεσα τα οποία μαζεύουν θρεπτικές ουσίες από τα κατεστραμμένα ώριμα ωοθυλάκια και τις μεταφέρουν στα ανώριμα ωοθυλάκια για να γίνουν και αυτά με τη σειρά τους ώριμα

(Καμμάς Αντ., 2006).

- Οστέινη πύελος: αποτελείται από δύο (2) ισχιακά οστά, το ιερό οστόν και τον κόκκυγα.

α) Τα ισχιακά οστά (ή ανώνυμα) αποτελούνται από: το λαγόνιο, το ηβικό και το ισχιακό οστόν.

β) Τα τμήματα της λεκάνης διαιρούνται στην είσοδο της.

1. Μεγάλη πύελος: υποστηρίζει τη μήτρα κατά την εγκυμοσύνη και κατευθύνει το έμβρυο στη μικρή πύελο.

2. Μικρή πύελος: σχηματίζει τα οστέινα όρια του κόλπου.

(α) Τμήματα μικρής πυέλου: είσοδος, στενό, έξοδος.

(β) Βαρύτητα μέτρησης διαμέτρου της εισόδου, του στενού και της ευρυχωρίας της κοιλότητας: αυτές οι μετρήσεις καθορίζουν την ικανότητα του εμβρύου να περάσει από τη μήτρα διαμέσου του κόλπου.

(Κρεατσάς 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΜΜΗΝΑΡΧΗ

2.1 Ο ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Ο Γεννητικός κύκλος είναι το διάστημα που μεσολαβεί από την πρώτη ημέρα της εμμηνου ρήσεως μέχρι την ημέρα της επόμενης εμμηνου ρήσεως. Η συνήθης διάρκειά του είναι 28 ημέρες, αλλά μπορεί να ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα και από κύκλο σε κύκλο. Για παράδειγμα και ο κύκλος των 22 ημερών και των 28 ημερών συνήθως είναι φυσιολογικός. Η δεύτερη (ωχρινική) φάση του κύκλου είναι πιο σταθερή και υπολογίζεται 14 συν -πλην 2 ημέρες.

Οι αναπαραγωγικοί κύκλοι αρχίζουν συνήθως στην ήβη και συνεχίζονται έως και την εμμηνόπαυση, ενώ σε μερικές γυναίκες δεν παρατηρείται γεννητικός κύκλος, ως αποτέλεσμα της έλλειψης ωοθηκών ή εξαιρετικά πρώιμης εμμηνόπαυσης.

Στην διάρκεια του γεννητικού κύκλου εκκρίνονται ορμόνες από τον υποθάλαμο, την υπόφυση και τις ωοθήκες. Οι ορμόνες προκαλούν την ωρίμανση και τελικά την απελευθέρωση του ωαρίου από την ωοθήκη και εμφανίζουν μια ορμονικά αλληλορυθμιζόμενη σχέση μεταξύ τους, με σκοπό την δημιουργία του κατάλληλου περιβάλλοντος για να ευοδωθεί η σύλληψη. Η αναπαραγωγική λειτουργία ρυθμίζεται μέσω ενός πολύπλοκου μηχανισμού ορμονικών ισορροπιών.

Ο υποθάλαμος εκκρίνει την εκλυτική ορμόνη των γοναδοτροπινών (GnRH, gonadotropin - releasing hormone). Με τη σειρά της, η GnRH επιδρά σε ένα μικρό αδένιο που βρίσκεται κάτω από τον εγκέφαλο, την υπόφυση. Η υπόφυση εκκρίνει ορμόνες για την ρύθμιση της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένιο, των επινεφριδίων, των γονιδίων και επίσης αυξητική ορμόνη και προλακτίνη. Για την λειτουργία των γονάδων ειδικότερα, η υπόφυση εκκρίνει δυο ορμόνες που ονομάζονται γοναδοτροπίνες: την θυλακιοτρόπο ορμόνη (FSH, follicle-stimulating hormone), η οποία προάγει την ανάπτυξη των ωοθυλακίων και την ωχρινοποιητική ορμόνη (LH, luteinizing hormone), η οποία προάγει τη στεροειδογένεση στην ωοθήκη και είναι υπεύθυνη για την τελική ωρίμανση του ωαρίου, την οθλακιορρηξία, την έναρξη και τη συνέχιση της λειτουργίας του ωχρού σωματίου.

(Κουρούνης 2004)

2.2. ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ

Στην αρχή του γεννητικού κύκλου έχουμε μια αύξηση της έκκρισης FSH, με συνέπεια την στρατολόγηση μιας ομάδας ωοθυλακίων για περαιτέρω ωρίμανση. Από αυτά τα ωοθυλάκια επικρατεί μόνο ένα, το οποίο αυξάνεται πιο γρήγορα και ονομάζεται « κυρίαρχο» ωοθυλάκιο. Τα υπόλοιπα ωοθυλάκια θα καταστούν άτρητα (δηλαδή θα εκφυλισθούν με το μηχανισμό της ατρησίας). Το κυρίαρχο ωοθυλάκιο είναι μια μικρή κύστη γεμάτη υγρό (ωοθυλακικό υγρό). Το ωάριο ωριμάζει σε μια άκρη του ωοθυλακίου τον ωοφόρο λόφο δηλαδή έναν λοφίσκο κοκκιωδών κυττάρων, τα οποία επαλείφουν το εσωτερικό της θήκης του ωοθυλακίου. Καθώς το ωοθυλάκιο αναπτύσσεται, τα κοκκιώδη κύτταρα που παράγουν την ορμόνη οιστραδιόλη (E2) σε διαρκώς αυξανόμενες ποσότητες. (Λαΐνας Τρ,2006).

Η οιστραδιόλη (E2) έχει ποικίλες δράσεις στο αναπαραγωγικό σύστημα, με κυριότερη την αύξηση του βλεννογόνου της μήτρας (ενδομήτριου) με πολλαπλασιασμό των κυττάρων του. Τα υψηλά επίπεδα της οιστραδιόλης (E2) στο αίμα τελικά προκαλούν απότομη έκκριση LH από την υπόφυση. Αυτή η αιχμή έκκρισης της LH έχει ποικίλες δράσεις, με κυριότερες την τελική ωρίμανση του ωαρίου μέσα στο ωοθυλάκιο και την ωοθηλακιορρηξία. Η ωοθυλακιορρηξία προκαλείται μέσω ενός πολύπλοκου μηχανισμού και έχει ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση του συμπλέγματος ωαρίου-κοκκιωδών κυττάρων στην κοιλιά μαζί με ωοθυλακικό υγρό. Μετά τη ρήξη του ωοθυλακίου, η LH επίσης συμβάλλει στη μετατροπή των υπολειμμάτων του και ιδιαίτερα των κοκκιωδών, σε ωχρό σωματίο. Τα κύτταρα του ωχρού σωματίου εκκρίνουν κυρίως σε μεγάλες ποσότητες την ορμόνη προγεστερόνη (PRG), αλλά σε μεγάλες ποσότητες 17-β οιστραδιόλη και ανδροστενδιόνη. Σε συνδυασμό με τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη προετοιμάζει και σταθεροποιεί το ενδομήτριο για να υποδεχθεί και να θρέψει το έμβρυο.

(Μεσσήνης 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

Ορίζεται η μεταβατική περίοδος στην ανάπτυξη του ανθρώπου που μέσα από έντονες σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές μεταβαίνει από την παιδική ηλικία στην ώριμη ενήλικη ζωή.

Στην Ελλάδα ειδικότερα, η εφηβεία τείνει να παρατείνεται όλο και περισσότερο χρόνια, καθώς συχνά οι οικογένειες προστατεύουν τα παιδιά τους κατά την δεύτερη και την τρίτη δεκαετία της ζωής τους. Η εφηβεία μπορεί να παρομοιαστεί με έναν ανεμοστρόβιλο που παρασύρει τα πάντα στο πέρασμά του, και αφήνει πίσω του ένα τελειώς νέο τοπίο. Όλοι μας την έχουμε περάσει, περισσότερο ή λιγότερο έντονα, οι πιο πολλοί από εμάς την έχουμε συνδέσει με τα μαθητικά μας χρόνια και συχνή είναι η νοσταλγία που νιώθουμε για την εποχή εκείνη. Στην πραγματικότητα, είναι μια ηλικία που πολύ συχνά ωραιοποιείται από τους μεγάλους. Το μυαλό όμως ξεχνιέται, τείνει να απωθεί, να σβήνει όλα εκείνα τα δυσάρεστα πράγματα που μας βασάνισαν τα χρόνια εκείνα, και θυμάται μόνο πως τα πράγματα ήταν πιο έντονα πιο χρωματιστά, πολλές πράξεις ρουτίνας σήμερα, τότε είχαν την υπόσταση άλλων εμπειριών. Έτσι λοιπόν θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε τα χρόνια της εφηβείας, για να προσπαθήσουμε να καταλάβουμε τους εφήβους καλύτερα, να αφουγκραστούμε τις ανησυχίες τους και τους πόθους τους, και να κατανοήσουμε τους φόβους και τις αδυναμίες τους. Θα αναφερθούμε λοιπόν, στις αλλαγές που συμβαίνουν κατά την εφηβεία, αλλαγές τόσο ορμονικές, βιολογικές όσο και συναισθηματικές, διανοητικές και κοινωνικές, θα διερευνήσουμε τις συγκρούσεις που δημιουργούνται και είναι απόρροια των αλλαγών αυτών. (Ντόλτο Φ. & Ντόλτο Τ. 2008)

3.2 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

- Οι Βιολογικές αλλαγές

Η ήβη ξεκινάει όταν οι πρώτες ορμόνες του φύλου παράγονται αρχικά σε μικρές, αλλά σταδιακά σε όλο και μεγαλύτερες ποσότητες. Η τεστοστερόνη στα αγόρια και η οιστραδιόλη στα κορίτσια ξεχνώνται στο αίμα τους και είναι υπεύθυνες για μια ορμονική έκρηξη που μετατρέπεται σε αναπτυξιακές και βιολογικές εκρήξεις. Τα αγόρια αποκτούν περισσότερη μυϊκή μάζα, ψηλώνουν απότομα, τα γεννητικά τους όργανα μεγαλώνουν και οι όρχεις καθίστανται δυνατοί για σπερματογένεση. Ο χώρος του εφήβου και οι μασχάλες αποκτούν τρίχωση και το πρώτο χνούδι ξεπροβάλλει στο πρόσωπο. Τα οστά του σώματος αναπτύσσονται με γοργούς ρυθμούς, με αποτέλεσμα για κάποια περίοδο να φαίνεται πως έχουν δυσανάλογα μακριά χέρια και πόδια. Η ανάπτυξη των οστών της λεκάνης είναι εξάρτηση της συνολικής ψυχοσωματικής και γεννητικής ανάπτυξης της εφήβου. Υπάρχουν πολλές αναφορές από διάφορους συγγραφείς, σχετικά με την εξέλιξη της ανάπτυξης των

οστών της λεκάνης στην έφηβο. Το ποσοστό στενής λεκάνης είναι 60% στις δωδεκάχρονες 28,5% στις δεκατριάχρονες και 13% στις έφηβες μεταξύ 14 και 15 ετών.

Η ηλικία στην οποία υπάρχει ο μεγαλύτερος μαιευτικός κίνδυνος, λόγω έντονα πυελικής δυσαναλογίας, είναι μεταξύ 14-15 ετών. Σε μια μελέτη 90 κοριτσιών μεταξύ 8-18 ετών, παρατηρήθηκε ότι η λεκάνη στο τέλος της εφηβείας αναπτύσσεται πιο αργά, σχετικά με το ύψος και οι διαστάσεις του οστικού καναλιού του τοκετού, τρία χρόνια από την εμμηνάρχη, δεν είναι ίδιες με εκείνες της ηλικίας των 18 ετών. Έτσι, η ωρίμανση του συστήματος αναπαραγωγής και η απόκτηση κανονικού ύψους, δεν είναι αρκετό για να αναφέρει κανείς ότι το οστικό κανάλι είναι πλήρως ανεπτυγμένο. Σε πρωτότοκες κάτω των 15 ετών, αν και το έμβρυο είναι μικρό, μπορεί να υπάρξει μια εμβρυοπυελική δυσαναλογία.

Γενικά όμως σήμερα μεταξύ των ηλικιών 15 έως 16, η πύελος μιας κοπέλας, που είχε φυσιολογική εμμηναρχή, λόγω των ταχύτερων και πρόωρων μεταβολών ανάπτυξης μπορεί να μην είναι αίτιο εμβryo- πυελικής δυσαναλογίας. Πρόσφατα εκτιμώντας το αποτέλεσμα 44 κυήσεων σε κοπέλες ηλικίας 12-14 ετών, δεν έχουν παρατηρήσει ένα μεγαλύτερο ποσοστό, μαιευτικών επιπλοκών, σε σχέση με κυήσεις μεγαλύτερης ηλικίας. Είναι γνωστό ότι η κοπέλα φθάνει στην ψυχοσωματική ωρίμανση, λίγα χρόνια, από την εμμηνάρχη, η καλύτερη ηλικία εγκυμοσύνης, είναι τα 23 έτη (± 2). Θα πρέπει όμως κανείς να σημειώσει ότι το υψηλό ποσοστό των φυσιολογικών τοκετών στην εφηβική ηλικία μπορεί να οφείλεται στη μεγαλύτερη κινητικότητα και ελαστικότητα των πυελικών αρθρώσεων, απ' ό,τι στη δυνατότητα διάστασης της ηβικής σύμφυσης ή στη μεγάλη συχνότητα στις έφηβες, πρόωρων τοκετών, με νεογνά χαμηλού βάρους και μικρά για την ηλικία τους.

Η φωνή σπάει, κυμαίνεται από πολύ χαμηλούς σε πολύ υψηλούς τόνους για να έρθει και να σταθεροποιηθεί στη βραχνάδα της αντρικής φωνής. Ενώ στα αγόρια το πιο χαρακτηριστικό και ορατό σημάδι της επίδρασης των ορμονών του φύλου είναι οι ονειρώξεις, στα κορίτσια το πιο εντυπωσιακό τέτοιο κομμάτι είναι η έμμηνος ρύση. Η έμμηνος ρύση μπορεί να είναι μια τρομακτική εμπειρία για τα κορίτσια που δεν έχουν σωστή και υπεύθυνη πληροφόρηση για το τι ακριβώς είναι και τι ακριβώς σημαίνει, και σίγουρα είναι μια τραυματική εμπειρία για όσα κορίτσια έχουν πλήρη άγνοια για το θέμα αυτό. Κατά την ήβη το σώμα των κοριτσιών αρχίζει να αποκτά περισσότερο λιπώδη ιστό και να στρογγυλεύει. Το στήθος μεγαλώνει, και με γεωμετρικές προόδους, το βιολογικό υπόβαθρο της εφήβου ετοιμάζεται ώστε να της επιτρέψει αργότερα να γίνει μητέρα. Η φωνή των κοριτσιών επίσης παίρνει μια χαρακτηριστική χροιά. Όση πληροφόρηση και αν παράσχουμε στα παιδιά πριν την έναρξη της εφηβείας είναι αναπόφευκτο να ανησυχήσουν και να τρομάξουν με τις αλλαγές αυτές.

(Καππάτου 2007)

- Οι διανοητικές αλλαγές:

Στην εφηβεία γίνεται η ολοκλήρωση της διανοητικής ανάπτυξης των παιδιών. Σύμφωνα με την ορολογία της παιδοψυχολογίας, οι έφηβοι περνούν από το στάδιο της ενεργητικής νοημοσύνης, στο στάδιο της τυπικής νοημοσύνης. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως μέχρι την ηλικία των 11-12 ετών σκέφτονται με βάση την εμπειρία τους, και με πραγματικά,

αντικειμενικά δεδομένα. Δυσκολεύονται να κάνουν συσχετίσεις και να εξάγουν επαγωγικά συμπεράσματα. Η σκέψη τους βασίζεται κυρίως στην εμπειρία τους. Μετά την ηλικία των 12 μια πραγματική έκρηξη συμβαίνει σε νοητικό επίπεδο. Ξαφνικά οι έφηβοι δεν βασίζονται μόνο στην εμπειρία τους, η σκέψη τους μπορεί να πάει πολύ μακρύτερα από όσα έχουν ζήσει. Αναπτύσσουν αυτό που λέμε αφηρημένη σκέψη, που πάει πέρα από την στενή καθημερινή εμπειρία, κι αντίθετα έχει τη δυνατότητα να προσεγγίσει το άπειρο. Μπορούν να κάνουν λογικές υποθέσεις και να τις ελέγξουν για το κατά πόσο ισχύουν. Μπορούν να κάνουν συσχετίσεις και να σκέφτονται επαγωγικά, δηλαδή να βγάζουν συμπεράσματα για μια κατάσταση, βάση με όσα γνωρίζουν με μια άλλη ανάλογη κατάσταση. Όλη αυτή η διανοητική έκρηξη σαστίζει τους έφηβους. Βλέπουν πόσες πολλές επιλογές έχουν σε διανοητικό επίπεδο, και παίζουν με αφηρημένες έννοιες. Ελέγχουν την ορθότητα των όσων έχουν διδαχθεί με τη βοήθεια των νεοαποκτηθέντων νοητικών τους ικανοτήτων. Πολλές φορές απορροφούνται από αφηρημένες σκέψεις και κάνουν διανοητικά παιχνίδια. Όλα αυτά μας δείχνουν πως ο έφηβος αποκτά μια ισχυρότερη και πιο πλατιά ικανότητα για ανάλυση και έλεγχο της πραγματικότητας, ιδιότητα που θα του φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη όταν παρουσιάσει τις πρώτες τάσεις αμφισβήτησης (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου 2010)

- Οι συναισθηματικές αλλαγές:

Μέσα στον κυκεώνα των αλλαγών που περιγράψαμε παραπάνω, ο έφηβος πλημμυρίζει από συναισθήματα έντονα και ευμετάβλητα. Αρχικά, νιώθει δέος για τη νέα κατάσταση, για τις νέες του ικανότητες που καλείται να εκμεταλλευτεί, για το γεγονός πως ο ρόλος του ενήλικα που θα κληθεί να παίξει παύει να είναι μια απλή φήμη και γίνεται πλέον μια πληροφορία. Δεν έχει μια σταθερή ταυτότητα, καθώς ο εαυτός του αλλάζει καθημερινά. Δοκιμάζει διάφορους ρόλους και ταυτότητες ώστε να δει ποια του ταιριάζει καλύτερα. Όσο ήταν παιδί ο έφηβος, έβλεπε τους γονείς και τους δασκάλους του σαν πρότυπα, σαν θεούς αλλά καθώς η εφηβεία εξελίσσεται, φεύγει αυτή η σιγουριά του για αυτά τα πρότυπα, κι αρχίζει κρυφά ή φανερά να τα αμφισβητεί και να διερευνά τα όριά τους. Το πιο επώδυνο στάδιο αυτής της αμφισβήτησης και της απομυθοποίησης είναι όταν οι έφηβοι καταλάβουν πως οι γονείς τους είναι κοινοί θνητοί με αδυναμίες και ελαττώματα, και πως τα προηγούμενα χρόνια που προσπαθούσαν να τους μοιάσουν, θεωρώντας πως μιμούσαν την τελειότητα, ουσιαστικά κυνηγούσαν μια ουτοπία.

Ο έφηβος λοιπόν, μέσα από την αποκαθήλωση των γονιών του νιώθει απογοήτευση, θυμό, γιατί είχε ξεγελαστεί τόσα χρόνια, και άγχος για το πώς θα καλύψει το κενό αυτό. Σταδιακά, θα στραφεί σε παρέες συνομηλίκων, θα ψάξει για νέα πρότυπα, θα θεοποιήσει σύμβολα της μαζικής κουλτούρας, όπως μουσικά συγκροτήματα και ηθοποιούς, θα αναζητήσει έναν αληθινό μύθο για να αντικαταστήσει το πεσμένο μύθο των γονιών του. Αυτή η αναζήτηση είναι επώδυνη για τους γονείς που νιώθουν πως αποκαθλώνονται από τα παιδιά τους και συνάμα μπορεί να γίνει επικίνδυνη για τους εφήβους που μπορεί να στραφούν σε μη γνήσια κι επικίνδυνα πρότυπα.

Ο ρόλος των γονιών σε αυτό είναι δύσκολος και υπεύθυνος. Από τη μια πρέπει να ξεπεράσουν το ναρκισσιστικό τους πλήγμα, και να αποδεχτούν την απομυθοποίησή τους, κι από την άλλη με επιμονή και υπομονή θα πρέπει να προασπίζουν τα όριά τους και να προβάλουν σαν μια σταθερή βάση στην οποία ο έφηβος μπορεί να στηριχτεί για να πάει παραπέρα. Ένας κίνδυνος που ελλοχεύει σε αυτή τη διαδικασία, έχει να κάνει με τις παρέες στις οποίες ο έφηβος θα αφοσιωθεί για να καλύψει αυτό του το κενό. Οι παρέες που

σχηματίζουν οι έφηβοι συνήθως χαρακτηρίζονται από πολύ έντονους συναισθηματικούς δεσμούς, και διέπονται από αυστηρά άτυπα ή και τυπικά καταστατικά συμπεριφοράς. Θέλουν όλοι μαζί να έχουν μια κοινή ταυτότητα για να νιώθουν πιο δυνατοί στο να αφήσουν πίσω την παιδική ηλικία, να συμβιβαστούν με την επώδυνη αποϊδανικοποίηση των γονιών τους και να δοκιμάσουν τα όριά τους.

Έτσι, στα πλαίσια τέτοιων ομάδων οι έφηβοι υιοθετούν ίδιο ντύσιμο, λεξιλόγιο και συμπεριφορά και μπορεί να φτάσουν μέχρι και στη διάπραξη αξιόποινων πράξεων ή σε πράξεις που σε άλλη φάση της ζωής τους θα θεωρούνταν ψυχοπαθολογικές. Όλα αυτά τους είναι απαραίτητα για να θρηνησουν, να πάρουν δύναμη ο ένας από τον άλλο και να προχωρήσουν παραπέρα δοκιμάζοντας τα νέα τους όρια. Ωστόσο αυτές οι εκδηλώσεις θορυβούν ιδιαίτερα τους γονείς τους, και καμιά φορά τους φέρνουν σε απόγνωση. Μια στάση που συνδυάζει την επιείκεια και την αποδοχή, με τη θέσπιση ξεκάθαρων ορίων και την προάσπιση των αξιών είναι ίσως η πιο βοηθητική, καθώς δίνει στον έφηβο τα όρια που αναζητά χωρίς να μπλοκάρει την επικοινωνία του μαζί μας. Κάτι άλλο που μπορεί να θορυβήσει τους γονείς, σε αυτή την ηλικία, είναι η ποιότητα των προτύπων που τα παιδιά τους υιοθετούν. Οι έφηβοι τείνουν να απορρίπτουν τα παραδοσιακά πρότυπα καθώς αυτά είναι αντιπροσωπευτικά των γονιών τους, και μέσα στη λαίλαπα της κατάρριψης των γονικών προτύπων συμπαρασύρονται κι αυτά.

Έτσι, στρέφονται σε άλλα πρότυπα της μαζικής κουλτούρας κυρίως μουσικούς, αθλητές και παλιότερα πολιτικούς. Θέλουν να τους μοιάσουν, μιμούνται το ντύσιμό τους και επαναλαμβάνουν τα κλισέ τους. Η κύρια ανάγκη, ωστόσο, των εφήβων είναι η γνησιότητα, δεν θέλουν να ξαναζήσουν μια νέα αποϊδανικοποίηση για αυτό και ανεβάζουν τα πρότυπά τους σε ένα βάθρο και φροντίζουν με κάθε τρόπο να υπερασπίζονται την τελειότητά τους. Είναι ευθύνη της κοινωνίας μας, και της εκπαίδευσής μας η προβολή γνήσιων προτύπων, προτύπων πέρα από τη σφαίρα της εμπορικής εκμετάλλευσης. Δυστυχώς ζούμε στην εποχή που όλα είναι αναλώσιμα ακόμα και τα πρότυπα και οι ιδεολογίες. Έτσι οι έφηβοι σήμερα, σπάνια έχουν κάποιο πρότυπο από το οποίο δεν απορρέουν κάποια οικονομικά οφέλη. Από την άλλη, οι γονείς κάνοντας κριτική στα πρότυπα των εφήβων, το μόνο που καταφέρνουν είναι το να απομακρύνουν τα παιδιά τους από τους ίδιους, και να διευρύνουν το χάσμα ανάμεσά τους. Ο έφηβος δεν υπερασπίζεται την ανωτερότητα του προτύπου του αλλά την ανάγκη του να καλύψει τα συναισθηματικά του κενά, ανάγκη αναντίρρητη και ζωτική.

Η οικογένεια και η κοινωνία γενικότερα οφείλει αφενός μεν να το σεβαστεί αυτό, αφετέρου να είναι σε θέση να του δώσει τα κατάλληλα πρότυπα. Όπως είδαμε, κατά την εφηβεία έχουμε έντονες συναισθηματικές αλλαγές, οι έφηβοι τρομάζουν μπροστά στην απομυθοποίηση των γονιών τους, δημιουργούν παρέες με έντονους συναισθηματικούς δεσμούς και στρέφονται σε πρότυπα έξω από την οικογένειά τους για να αναπληρώσουν αυτό τους το συναισθηματικό κενό. (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου 2010).

3.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

α) Εφηβεία και Κατάχρηση Νόμιμων και Παράνομων Ουσιών: Αποτελεί για πολλούς το πιο σημαντικό πρόβλημα όχι μόνο της εφηβείας αλλά και της κοινωνίας μας ολόκληρης, και πιθανόν να είναι, καθώς τα ναρκωτικά τις πιο πολλές φορές αποτελούν ένα ταξίδι χωρίς γυρισμό. Η τάση των εφήβων να εξαρτώνται από αυτά έχει να κάνει με τα χαρακτηριστικά

της εύθραυστης εφηβικής προσωπικότητας: Χαμηλή αυτοεκτίμηση, που διογκώνεται και ξεφουσκώνει τάχιστα, άγχος, δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις, περιέργεια η, ανάγκη συμμετοχής σε μια παρέα, η επιθυμία τους να δείξουν πως μεγάλωσαν, η αμφισβήτηση των κοινωνικών κανόνων, όλα αυτά αποτελούν ευαίσθητους παράγοντες που δύνανται να οδηγήσουν τους εφήβους στη δοκιμή αρχικά και στον εθισμό μετέπειτα σε εξαρτησιογόνες ουσίες. Δεν μπαίνω στον πειρασμό να προτείνω λύσεις για το θέμα αυτό. Οι ρίζες του είναι τόσο βαθιές και πολυσύνθετες και μια επιφανειακή και ευκαιριακή του προσέγγιση θα ήταν ανεύθυνη. Επιτρέψτε μου ωστόσο να επισημάνω πως οι έφηβοι ενδιαφέρονται ελάχιστα για το μέλλον τους, η ζωή τους είναι το παρόν, και προειδοποιήσεις που έχουν να κάνουν με την μελλοντική τους υγεία λίγο μπορούν να τους αγγίζουν. Δυστυχώς τα ναρκωτικά έχουν συνδυαστεί με τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης κατά την εφηβεία, με το μέγαλωμα του εφήβου και οποιαδήποτε αντιμετώπιση πρέπει να το λαβαίνει αυτό υπ' όψιν της. (Ρούσσης 2008)

β) Εφηβεία και διαταραχές διατροφής. Στις διαταραχές διατροφής εντάσσονται η νευρική ανορεξία και η βουλιμία. Οι διαταραχές αυτές δεν είναι τόσο συχνές όσο η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά η συχνότητά τους αυξάνεται ανησυχητικά τα τελευταία χρόνια και είναι θανατηφόρες, η ανορεξία μάλιστα σε ένα ποσοστό 10 % των περιπτώσεων. Η νευρική ανορεξία πλήττει πολύ πιο συχνά τα κορίτσια από ότι τα αγόρια και μπορεί να εγκαθιδρυθεί ακόμα κι από την ηλικία των 12 ετών. Χαρακτηρίζεται από μια έντονη ενασχόληση του εφήβου με το σώμα του και το φόβο της παχυσαρκίας. Τα άτομα με νευρική ανορεξία πιστεύουν πως είναι παχύσαρκα ακόμα κι αν είναι σκελετωμένα. Απέχουν συστηματικά από το φαγητό και βρίσκονται σε δίαιτες διαρκείας. Συχνά έχουν βουλιμικά επεισόδια κατά τα οποία καταβροχθίζουν μεγάλες ποσότητες φαγητού και μετά τις αφαιρούν με προκλητό εμετό. Είναι μια αρκετά επικίνδυνη κατάσταση καθώς αν δεν αντιμετωπισθεί οδηγεί σε ασιτία και σε κάποιες περιπτώσεις στο θάνατο. Αντίθετα η βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια καταβρόχθισης φαγητού που συχνά συνοδεύονται από εμετό. Τα βουλιμικά άτομα μέσα από τους επαναλαμβανόμενους εμετούς διαταράσσουν το πεπτικό τους σύστημα και την ηλεκτρολυτική τους ισορροπία με δυσάρεστες επιπτώσεις.

Όπως γίνεται κατανοητό και οι δύο αυτές διαταραχές είναι αρκετά σοβαρές και χρήζουν εξειδικευμένης και άμεσης αντιμετώπισης. Αν και πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί ως υπεύθυνοι για τη γένεση και τη συντήρηση αυτών των διαταραχών, τελευταία έχει γίνει σαφές πως πρόκειται για πολιτισμικές διαταραχές. Αυτό σημαίνει πως γεννιούνται και συντηρούνται στη βάση των προτύπων ομορφιάς που προβάλλει κάθε κοινωνία. Έτσι σε χώρες της Αφρικής και σε άλλες κοινωνίες που δεν προβάλλονται τα καχεκτικά μοντέλα ως πρότυπο ομορφιάς, οι διαταραχές αυτές είναι άγνωστες. Και πάλι ένοχοι φαίνεται να είναι οι εμπορικές εταιρείες μόδας κι ομορφιάς, οι οποίες για να μεγιστοποιήσουν το κέρδος τους, προβάλλουν τον υποσιτισμό ως πρότυπο κομψότητας. Όπως και να χει η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία είναι δυνητικά θανατηφόρες διαταραχές που πρέπει να αντιμετωπίζονται στα πρώτα τους στάδια με τη δέουσα σοβαρότητα. (Γονιδάκης & Χαρίλα 2011)

Τέλος, θα αναφερθούμε στις σχέσεις των εφήβων με το άλλο φύλο, όχι σαν πρόβλημα αλλά σαν μια πηγή ευχαρίστησης και άγχους ταυτόχρονα, που μπορεί να έχει πολύ βοηθητικές αλλά και δυσάρεστες συνέπειες. Οι έφηβοι θέλουν να αρέσουν στο άλλο φύλο, ώστε να νιώσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και να διαπιστώσουν πως μπορούν να παίξουν

σωστά τους νεοαποκτηθέντες τους ρόλους του άντρα και της γυναίκας. Από την άλλη ωστόσο, είναι άπειροι, η αυτοπεποίθησή τους είναι εύθραυστη και τα όρια τους ασαφή. Έτσι, τείνουν να ερωτεύονται πλατωνικά και να μην εξιδανικεύουν τους συντρόφους τους, να δίνουν υποσχέσεις παντοτινής αγάπης και να πλήγονται έντονα. Όλα αυτά τα παιχνίδια είναι απαραίτητα ώστε οι έφηβοι να μπορέσουν να γνωρίσουν καλύτερα τον εαυτό τους, και να αποκτήσουν πολύτιμες εμπειρίες για το μέλλον. Προσοχή χρειάζεται ώστε οι έφηβοι να είναι ενημερωμένοι γύρω από το σεξ και την αντισύλληψη και σε καμιά περίπτωση να μην κάνουν κάτι παρορμητικό για το οποίο δεν είναι απολύτως σίγουροι. Κατά τη γνώμη μου η κύρια αλλά όχι η μόνη πηγή πληροφόρησης των εφήβων για το σεξ δεν πρέπει να είναι ούτε οι συνομήλικοί τους, αλλά ούτε και οι επιστήμονες. Στην πρώτη περίπτωση η πληροφόρηση θα είναι ανεύθυνη, στη δεύτερη θα είναι ψυχρή και μηχανική. Οι γονείς είναι αυτοί που μπορούν υπεύθυνα και με ευαισθησία να μεταδώσουν στα παιδιά τους όλα όσα πρέπει να ξέρουν για το σεξ. Θέλω να κλείσω τονίζοντας πως η εφηβεία είναι, και πρέπει να είναι, μια υπέροχη περίοδος αποκαλύψεων κι έντονων εμπειριών. Εμείς οι μεγάλοι πρέπει να παρέχουμε στους εφήβους ένα δίκτυ ασφαλείας, να αποτελούμε μια σταθερή βάση ώστε οι εξερευνήσεις των εφήβων να γίνονται με ασφάλεια. Στην εφηβεία οι συγκρούσεις είναι απαραίτητες και η απουσία συγκρούσεων μάλλον είναι αυτή που θα πρέπει να μας θορυβήσει. Οι γονείς καλούνται να οπλιστούν με υπομονή, επιμονή και χιούμορ ώστε να συνοδεύσουν τα παιδιά τους στο ταξίδι τους. (Καπάτου 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Από όλα τα γεγονότα της ανάπτυξης του εφήβου, το πιο επίμονο είναι η αύξηση των σεξουαλικών ορμών, και τα νέα και συχνά μυστηριώδη συναισθήματα και σκέψεις που το συνοδεύουν. Ένα σημαντικό πρόβλημα για τα αγόρια και για τα κορίτσια σ' αυτό το στάδιο είναι να μπορέσουν να εναρμονίσουν τη σεξουαλικότητα με τις άλλες πλευρές της αίσθησης του εαυτού που μόλις αναπτύσσεται χωρίς πολλές συγκρούσεις και άγχος. Στη σύγχρονη κοινωνία όπου οι ρόλοι των φύλων συνέχεια αλλάζουν και όπου υπάρχει ένα περίεργο κράμα ελευθερίας και σεμνοτυφίας, αυτό δεν είναι και τόσο εύκολο.

Το πρόβλημα είναι πιο σοβαρό για τα αγόρια τουλάχιστον στα πρώτα χρόνια της εφηβείας. Για λόγους που δεν καταλαβαίνουμε απόλυτα, αν και οργανικοί-ορμονικοί και ψυχολογικοί παράγοντες πρέπει να παίζουν κάποιο ρόλο. Τα αγόρια περισσότερο από τα κορίτσια αισθάνονται πιο έντονα τις σεξουαλικές τους παρορμήσεις και τους είναι πιο δύσκολο να τις αγνοήσουν.

Στα κορίτσια, οι σεξουαλικές τους ορμές είναι πιο διάχυτες και ασαφείς και περισσότερο συνδεδεμένες με άλλες ανάγκες, όπως η ανάγκη για αγάπη, αυτοεκτίμηση, επιβεβαίωση και τρυφερότητα. Για πολλά κορίτσια στην αρχή της εφηβείας, μια περιορισμένη και προσωρινή άρνηση των σεξουαλικών παρορμήσεων είναι όχι μόνο πιο πιθανή απ' ότι στα αγόρια "αλλά μπορεί να είναι ένας πιο άνετος τρόπος προσαρμογής". Υπάρχουν φυσικά και εξαιρέσεις. Μια μειοψηφία κοριτσιών τα απασχολεί το σεξ όσο και τα αγόρια και έχουν το ίδιο κίνητρο, να βρουν σεξουαλική διέξοδο. Για μερικά μπορεί να είναι μια φυσιολογική αντίδραση, που διευκολύνεται από μια "απελευθερωμένη" ανατροφή. Σε άλλες περιπτώσεις αυτό που μοιάζει με ζωνηρή επιδίωξη σεξουαλικής δράσης, είναι ουσιαστικά μια αναζήτηση αγάπης, αναγνώρισης ή παραδοχής ή μια έκφραση επανάστασης και διαφωνίας.

Παρόλες τις διαφορές μεταξύ τους, κοινά θέματα απασχολούν και αγόρια και κορίτσια σχετικά με το σεξ. Θέλουν να ξέρουν για πρακτικά θέματα όπως ο αυνανισμός, η συνουσία, η σύλληψη, η εγκυμοσύνη και ο έλεγχος των γεννήσεων. Ακόμα πιο σημαντικό θέλουν να ξέρουν πως θα τοποθετήσουν το σεξ μέσα στο πλαίσιο των αξιών τους και πως θα έχουν ικανοποιητικές και εποικοδομητικές σχέσεις με τους άλλους και του ιδίου και του αντίθετου φύλου. Σ' αυτά τα θέματα οι περισσότεροι νέοι έχουν πολύ λίγη βοήθεια από το γεμάτο αντιφάσεις, συγκρούσεις καμία φορά και την υποκρισία που υπάρχει μέσα στο κόσμο που ζουν. (Ασκητής 2006)

Οι αιτίες πρόωρης σεξουαλικής εμπειρίας θα πρέπει να αναζητηθούν:

- i. Στην αλλαγή στα ήθη και στον τρόπο ζωής της σημερινής κοινωνίας
- ii. Στην άγνοια, η απειρία, η ανευθυνότητα, η έλλειψη πληροφόρησης και ενημέρωσης για προβλήματα βιολογικά, ψυχολογικά, ηθικά, κοινωνικά, που πρώτη φορά αντιμετωπίζουν.
- iii. Η έλλειψη αναγνώρισης, στοργής, φροντίδας, επίβλεψης, αγάπης από την οικογένεια, το σχολείο, την πολιτεία. (Μιχαλάς 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Μια υπόθεση είναι ότι η εφηβική εγκυμοσύνη είναι μια εκδήλωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς της εφήβου, για να καλύψει μη σεξουαλικές ανάγκες. Πρόσφατες μελέτες προτείνουν ότι το κίνητρο μιας εφηβικής εγκυμοσύνης δεν είναι η σεξουαλική συμπεριφορά καθαυτή, ως περιέργεια ή ευχαρίστηση αλλά έχει τις ρίζες του στη συναισθηματική ανάγκη της εφήβου για αγάπη και παραδοχή. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι έφηβες με εγκυμοσύνη είχαν αναφέρει πρόσφατα κάποια απώλεια αγαπημένου προσώπου, όπως π.χ. θάνατος γονιού, διαζύγιο ή χωρισμός. Μοιάζει σαν μια ασυνείδητη προσπάθεια της εφήβου να γεμίσει το «κενό» που άφησαν τα πρόσωπα αυτά. Το ίδιο κενό προσπαθεί να γεμίσει όταν αισθάνεται ότι δεν <<υπάρχει>> ούτε στο σπίτι της, ούτε στο σχολείο, ούτε στην παρέα της, όπου συνήθως δεν τα πάει καλά.

Μια άλλη υπόθεση είναι ότι η εφηβική εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα σύγχυσης ρόλων. Αναφέρει επίσης ότι το ψυχολογικό επίτευγμα στην εφηβεία είναι η απόκτηση ταυτότητας, σε αντιδιαστολή με τη σύγχυση ρόλων στην ηλικία αυτή. Συγκεκριμένα, στην πορεία αναζήτησης της ταυτότητάς του ο έφηβος, και προσπαθώντας να βρει τα όριά του, δοκιμάζει πολλούς ρόλους. Μια αρνητική ταυτότητα που μπορεί να επιλέξει είναι η εφηβική εγκυμοσύνη .

Ένα άλλο θέμα που συμβολίζει συχνά η εφηβική εγκυμοσύνη, είναι η σύγχυση όσον αφορά το μητρικό ρόλο. Δηλαδή, η έφηβος με την εγκυμοσύνη της, ασυνείδητα, αντί να δώσει μητρική φροντίδα θέλει να πάρει.

Μια τελευταία υπόθεση είναι μήπως η χαλάρωση των κοινωνικών δομών ή αλλιώς τα διπλά μυνήματα που παίρνουν οι έφηβοι, λειτουργούν ως προκλητικός παράγοντας στην εφηβική εγκυμοσύνη. Και εδώ μπορούμε να αναφέρουμε το παράδοξο της Αμερικής, όπου από τη μια μεριά είναι μία χώρα με περισσότερα από 190 Κέντρα Οικογενειακού προγραμματισμού, από την άλλη μεριά δεν μπορεί να ελέγξει το φαινόμενο της εφηβικής εγκυμοσύνης. Εξίσου παράδοξο είναι και το φαινόμενο και στη δική μας χώρα, όταν από τη μία μεριά επιδεικνύεται κακόγουστα και συχνά χυδαία η σεξουαλική σχέση και ότι την αφορά, και από την άλλη θέλουμε να ελέγξουμε εκείνο για το οποίο πιθανόν εμείς οι ίδιοι, θέσαμε τις προϋποθέσεις.

Η έφηβος «υψηλού κινδύνου» όπως ορίζεται από τα ερευνητικά δεδομένα είναι: μικρότερη από 16 ετών, χαμηλού κοινωνικού - οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου, άγαμη. Η ανάπτυξη της εφήβου μέσα σε μια μονογονεϊκή οικογένεια αυξάνει τον κίνδυνο για μια πρόιμη εγκυμοσύνη. Υπάρχουν δύο πιθανές εξηγήσεις. Η πρώτη είναι ότι οι έφηβες που ζουν σε μονογονεϊκές οικογένειες, είναι πιθανόν να έχουν περισσότερες ευθύνες για τα άλλα παιδιά που πιθανόν να υπάρχουν στην οικογένεια και κοινωνικοποιούνται στο μητρικό ρόλο. Μια εναλλακτική υπόθεση είναι ότι οι έφηβες χρειάζονται ιδιαίτερα τον πατέρα τους για καθοδήγηση, πειθαρχία και έλεγχο. Μελέτες που εξέτασαν την επίδραση της οικογενειακής δομής στη σεξουαλική δραστηριότητα, παρά την εγκυμοσύνη, έδειξαν ότι οι έφηβοι επηρεάζονται περισσότερο από την μονογονεϊκή διευθέτηση απ' ότι οι έφηβες. (Λώλη 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

6.1 Η ΕΦΗΒΗ ΚΑΛΕΙΤΑΙ ΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ

Σύμφωνα με την Ελληνική στατιστική υπηρεσία οι έφηβοι των 16-18 ετών είναι σήμερα σεξουαλικά ενεργοί, το 30% χρησιμοποιεί ανεπαρκή μέθοδο αντισύλληψης, ενώ ένα επίσης 30% δεν λαμβάνει κανένα αντισυλληπτικό μέτρο. Αυτό έχει ως συνέπεια σε περίπτωση εφηβικής κύησης, το 50% των κοριτσιών να φέρει εις πέρας την κύηση, το 40% να καταφύγει στην έκτρωση, ενώ υπάρχει και ένα 12% που αποβάλλει το κύημα λόγω ιατρικών προβλημάτων.

Την περίοδο 1985-1989 στις δύο γυναικολογικές-μαιευτικές κλινικές του Πανεπιστημίου Αθηνών καταγράφηκαν συνολικά 71.680 γεννήσεις, με τις 5.398 κύσεις να αφορούν κορίτσια 14-19 ετών. Από αυτές τις 5.398 κύσεις εφήβων το 57% προχώρησε σε έκτρωση και το 34% σε γέννα.(www.statistics.gr)

Η έφηβη έγκυος, προκειμένου να αποφασίσει για την εξέλιξη της εγκυμοσύνης της χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη, η οποία μπορεί να παρέχεται από μαιευτήρα, μαιία, νοσηλεύτη-νοσηλεύτρια ή σύμβουλο-ψυχολόγο. Η απόφαση της εφήβου, μπορεί να επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ηλικία, η συμπεριφορά του περιβάλλοντος της σε σχέση με την εγκυμοσύνη, η υποστήριξη που μπορεί να έχει ή να μην έχει από την οικογένεια της, η γύλοι, η εθνικότητα, η κουλτούρα, το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Ο επαγγελματίας υγείας που θα παρέχει ψυχολογική στήριξη στην έφηβη έγκυο, θα πρέπει να έχει κατά νου τα ακόλουθα:

1. Παροχή αντικειμενικής πληροφόρησης σχετικά με τις υπάρχουσες επιλογές: να γίνει η έκτρωση, να κρατηθεί το μωρό ή να δοθεί το μωρό προς υιοθεσία. Πρέπει να ακούει την έφηβο, χωρίς να παρεμβαίνει στις αποφάσεις της. Η έφηβος θα πρέπει να είναι σίγουρη ότι η απόφαση που πήρε για την έκβαση της εγκυμοσύνης της, είναι αποκλειστικά δική της.
2. Πρέπει να ενθαρρύνει και να βοηθάει την έφηβο να εξετάσει όλες τις προοπτικές και τις λύσεις. Να της εξηγήσει ότι πρέπει να εκφράζει ελεύθερα κάθε της συναίσθημα, αρνητικό ή θετικό.
3. Ο έφηβος σύντροφος, που ενδεχομένως να είναι και ο πατέρας θα πρέπει να λαμβάνει μέρος στη συζήτηση και στην απόφαση. Κάτι τέτοιο όμως επαφίεται και στην κρίση της εφήβου εγκύου.
4. Ενώ η έφηβη έγκυος προσπαθεί να αποφασίσει, θα πρέπει να της δοθούν και κάποιες ειδικές πληροφορίες, που αφορούν την προγεννητική φροντίδα, τις μεθόδους άμβλωσης και για τους κίνδυνους που σχετίζονται μ' αυτές, πληροφορίες σχετικά με την υιοθεσία και την ανάδοχο οικογένεια. Ο επαγγελματίας υγείας είναι υποχρεωμένος να δώσει αυτές τις πληροφορίες και να βεβαιωθεί ότι η έφηβη έχει κατανοήσει όλα όσα άκουσε.
5. Ο επαγγελματίας υγείας, θα πρέπει να ενημερώνει την έφηβο έγκυο για τα μέσα και τα προγράμματα συνεχούς προγεννητικής παρακολούθησης, που λειτουργούν στην

κοινότητα. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει να είναι γνώστης των σχετικών προγραμμάτων που λειτουργούν στην κοινότητα.

6. Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στην έφηβη έγκυος, θα πρέπει να παρέχεται με αντικειμενικότητα, χωρίς διάθεση για την κριτική από την πλευρά του επαγγελματία υγείας και με απόλυτη εχεμύθεια. Οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι γνωρίζουν ότι δεν μπορούν να λειτουργήσουν με τις παραπάνω προϋποθέσεις (π.χ. κάποιοι διαφωνούν ιδεολογικά με την τεχνητή έκτρωση), θα πρέπει να παραπέμπουν την έφηβη έγκυο, χωρίς επικρίσεις και σεβόμενες το ιατρικό απόρρητο.

Ο χρόνος, αναμφισβήτητα, είναι σημαντικός παράγοντας για την έκβαση της εγκυμοσύνης, καθώς ορισμένες εναλλακτικές λύσεις όπως η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, δεν μπορούν να εφαρμοστούν μετά το πέρας του πρώτου τριμήνου της κύησης. Ωστόσο, η έφηβος δεν θα πρέπει να εξαναγκάζεται στη λήψη βιαστικών αποφάσεων. Κάθε πίεση και επιρροή από τρίτους, θα πρέπει να αποφεύγεται. Το περιβάλλον της εφήβου, καθώς και ο επαγγελματίας υγείας που τη συμβουλεύει θα πρέπει να έχουν κατά νου ότι η έφηβος προσπαθεί να πάρει σωστή απόφαση και ότι πρέπει η ίδια να νιώθει ότι αυτό που αποφασίζει είναι σωστό. Η έφηβος πρέπει να κατανοήσει ότι σε μια απρογραμμάτιστη ή ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, δεν υπάρχει η τέλεια επιλογή. Θα πρέπει να σκεφτεί καλά τι είναι το καλύτερο για αυτή, τη δεδομένη στιγμή της ζωής της. Δεν έχει σημασία τι θα αποφασίσει, αρκεί η ίδια να νιώθει ότι έκανε το καλύτερο για αυτήν. (Καραχάλιος 2006)

6.2 Η ΕΦΗΒΗ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΙ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Σύμφωνα με την Ελληνική στατιστική υπηρεσία με στοιχεία που αφορούν το 2003, οι εκτρώσεις Ελληνίδων εφήβων ανέρχονταν στο 50%, ενώ το 1990 αφορούσαν το 35% του συνόλου των διακοπών κύησης. Οι περισσότερες έφηβες που επιλέγουν την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ως λύση, προβάλλουν το λόγο της ηλικίας και το χαμηλό οικονομικό τους επίπεδο.

Όταν η έφηβος επιλέγει την έκτρωση είναι πολύ σημαντικό για αυτήν να τη συνοδέψει κάποιο δικό της πρόσωπο τη μέρα της επέμβασης, το οποίο θα μπορεί να την υποστηρίξει και ψυχολογικά μετά την επέμβαση. Τέτοιο πρόσωπο μπορεί να είναι ένας από τους γονείς της, ο σύντροφος της, ένας φίλος ή φίλη και γενικά ένας ενήλικας τον οποίο θα έχει επιλέξει η έφηβη και με τον οποίο θα νιώθει άνεση και ασφάλεια. Πέρα από τα παραπάνω, η έφηβη σε αυτή τη φάση πρέπει να γνωρίζει από τον επαγγελματία υγείας και τα εξής:

1. Πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία της έκτρωσης.
2. Προληπτική ενημέρωση για να συναισθήματα που μπορεί να έχει μετά τη διαδικασία, όπως θλίψη, θυμός, οργή, ανακούφιση κ.ά.
3. Ραντεβού με το γιατρό της πριν την επέμβαση προκειμένου να ενημερωθεί για πιθανές επιπλοκές όπως ακατάσχετη αιμορραγία, πυρετό, κράμπες μετά τις πρώτες 48 ώρες, συναισθηματικές μεταπτώσεις. Μετά την επέμβαση θα πρέπει να συζητήσει με το γιατρό της για την επιλογή κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου. Καλό και χρήσιμο για την έφηβη θα

ήταν ο γιατρός της να συνεργάζεται και να παραπέμψει και την ίδια στο τοπικό κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού.

(Milsom 2009)

- **ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΠΕΡΙ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ**

Οι περισσότερες χώρες στην Ευρώπη έχουν φιλελεύθερους νόμους για τις τεχνητές εκτρώσεις. Εντούτοις, επειδή οι νόμοι υπόκεινται σε ποικίλες ερμηνείες από τις κυβερνητικές αρχές και από το ιατρικό προσωπικό και επειδή η εφαρμογή τους δεν γίνεται ισότιμα, το γράμμα του νόμου παρέχει μια ατελή μόνο εικόνα της επίδρασής τους στην ιατρική πρακτική και στην πραγματική διαθεσιμότητα των υπηρεσιών που διενεργούν νόμιμες τεχνητές εκτρώσεις. Επιπλέον, η εκάστοτε στάση της ιατρικής κοινότητας και η ανεπάρκεια του συστήματος υγείας μιας χώρας μπορούν να περιορίσουν την προσβασιμότητα στην τεχνητή έκτρωση, ακόμα και στην περίπτωση που οι αντίστοιχες υπηρεσίες επιτρέπονται από τον νόμο.

Σχεδόν όλες οι χώρες της Ευρώπης έχουν νόμους που επιτρέπουν την τεχνητή έκτρωση χωρίς περιορισμό ως προς την αιτία. Ωστόσο, όλα αυτά τα έθνη θέτουν ένα ανώτατο όριο στην ηλικία κύησης, το οποίο κυμαίνεται από 90 ημέρες στην Ιταλία έως 18 εβδομάδες στη Σουηδία. Πέραν αυτού του ορίου η τεχνητή έκτρωση εξακολουθεί να επιτρέπεται, αλλά μόνο υπό αυστηρές προϋποθέσεις. Εξαιρεση αποτελεί η Ιρλανδία, όπου η τεχνητή έκτρωση επιτρέπεται μόνο για να σωθεί η ζωή της γυναίκας και η Πολωνία, όπου το 1993 έγινε αναθεώρηση του νόμου για να επιτρέψει την τεχνητή έκτρωση μόνον όταν μία κύηση απειλεί τη ζωή ή την υγεία μιας γυναίκας, καθώς και για λόγους νομικούς ή λόγω ανωμαλιών του εμβρύου.

Σε ορισμένες χώρες όπως η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ελβετία, ο νόμος επιτρέπει την τεχνητή έκτρωση για να προστατεύσει την ψυχική υγεία των γυναικών. Ο όρος ψυχική υγεία ερμηνεύεται ποικιλοτρόπως: μπορεί να συμπεριλάβει την ψυχολογική πίεση που βιώνει μια γυναίκα που υπέστη βιασμό, την ψυχολογική πίεση που προκαλούν οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τον φόβο που νιώθει μια γυναίκα από την ιατρική εκτίμηση ότι το έμβρυο που κυοφορεί ενδέχεται να παρουσιάζει ανωμαλίες. Ένας μικρός αριθμός Ευρωπαϊκών χωρών, η Μεγάλη Βρετανία και η Φινλανδία, επιτρέπουν την τεχνητή έκτρωση για κοινωνικοοικονομικούς λόγους. Τέτοιοι νόμοι, οι οποίοι τυπικά επιτρέπουν την αξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης μιας γυναίκας, της ηλικίας της, της οικογενειακής της κατάστασης και του αριθμού των εν ζωή τέκνων της, σε γενικές γραμμές ερμηνεύονται ελεύθερα.

Το νομικό καθεστώς που αφορά την τεχνητή έκτρωση δεν αποτελεί τον μόνο ή απαραίτητος τον πιο σημαντικό παράγοντα που καθορίζει τη διαθεσιμότητα ασφαλούς τεχνητής εκτρώσεως. Μερικές χώρες για τη διενέργεια τεχνητής εκτρώσεως σε μια ανήλικη απαιτούν τη συγκατάθεση των γονέων. Συχνά οι υπηρεσίες που διενεργούν τεχνητές εκτρώσεις περιορίζονται σε δημόσια νοσοκομεία ή άλλες εξουσιοδοτημένες μονάδες υγείας. Κάποιες χώρες ορίζουν μία υποχρεωτική συμβουλευτική διαδικασία, ενώ σε άλλες όπως η Γερμανία, το Βέλγιο και η Γαλλία τεχνητή έκτρωση δεν μπορεί να διενεργηθεί πριν παρέλθουν τρεις έως έξι ημέρες από την ολοκλήρωση της συμβουλευτικής αυτής. Χώρες όπως η Αυστρία και η Λιθουανία επιδοτούν μόνο τις τεχνητές εκτρώσεις που διενεργούνται για ιατρικούς λόγους, Η διαθεσιμότητα της τεχνητής έκτρωσης εξαρτάται κατά πολύ από τη

στάση της ιατρικής κοινότητας και του κοινού. Η αντίθεση των ιατρών και της κοινωνίας στις τεχνητές εκτρώσεις έχουν αφήσει περιοχές της Αυστρίας και της Γερμανίας χωρίς τις αντίστοιχες υπηρεσίες, παρόλο που η τεχνητή έκτρωση επιτρέπεται από το νόμο ανεξαρτήτως αιτίας. Από την άλλη πλευρά, σε ορισμένες χώρες η πολιτική της κυβέρνησης πηγαίνει ένα βήμα πιο πέρα από το να επιτρέπει απλώς την τεχνητή έκτρωση, εξασφαλίζοντας ότι οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες σε όλους. Για παράδειγμα, στη Σουηδία και στη Δανία οι επιτροπές υγείας είναι υπεύθυνες για την παροχή υπηρεσιών σε όλες τις γυναίκες που αποφασίζουν να προβούν σε τεχνητή έκτρωση στην περιοχή ευθύνης τους. (Milsom 2009)

Στην Ελλάδα η διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μέχρι τη 12η εβδομάδα κύησης, είναι νομοθετικά κατοχυρωμένη σήμερα με το νόμο 1609/1986, απαιτεί για τη συναινούσα ανήλικη, γραπτή συγκατάθεση ενός από τους δύο γονείς ή του ατόμου που επιμελείται. Πρέπει να πραγματοποιείται από ιατρό μαιευτήρα - γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

1. Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης
2. 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.
3. Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για την εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου ιατρού.
4. Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης (Λυκερίδου Α., 2003).

Οι περιορισμοί της νομοθεσίας για τις τεχνητές εκτρώσεις στην Ευρώπη (Milsom 2009).

Περιορισμοί των τεχνητών εκτρώσεων	Χώρες
Προκειμένου να σωθεί η ζωή της γυναίκας	Ολλανδία
Σωματική υγεία	Πολωνία
Ψυχική υγεία	Πορτογαλία, Ισπανία, Ελβετία
Κοινωνικοοικονομικοί λόγοι	Φινλανδία, Μεγάλη Βρετανία
Χωρίς περιορισμούς στην αιτία	Αλβανία, Αυστρία, Λευκορωσία, Βέλγιο, Βοσνία-Ερζεγοβίνη, Βουλγαρία, Κροατία, Τσεχία, Δανία, Εσθονία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ιταλία, Λετονία, Λιθουανία, FYROM, Μολδαβία, Ολλανδία, Νορβηγία, Ρουμανία, Ρωσική Ομοσπονδία, Σλοβακία, Σλοβενία, Σουηδία, Ουκρανία, Γιουγκοσλαβία

- **ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ**

Η τεχνητή έκτρωση αποτελεί συνήθη μέθοδο ανά τον κόσμο. Από ένα σύνολο άνω των 45 εκατομμυρίων τεχνητών εκτρώσεων που πραγματοποιούνται ετησίως, τουλάχιστον οι μισές διεξάγονται υπό συνθήκες μη ασφαλείς. Οι επισφαλείς αυτές τεχνητές εκτρώσεις ενέχουν αυξημένο κίνδυνο μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας και ενοχοποιούνται για περισσότερους από 80.000 μητρικούς θανάτους ετησίως.

Οι κηύσεις στην εφηβεία εξακολουθούν να αποτελούν συχνό φαινόμενο σε πολλές χώρες και έχουν επιπτώσεις όχι μόνο στη μητέρα και στο παιδί, αλλά και στην οικογένεια της μητέρας και στην κοινωνία. Εκφράζεται ανησυχία τόσο για την υγεία της μητέρας και του παιδιού, όσο και για τις χαμένες εκπαιδευτικές και επαγγελματικές ευκαιρίες για τη μητέρα, και ενδεχομένως στο μέλλον και για το παιδί.

Με βάση αυτά τα δεδομένα είναι επόμενο να χρησιμοποιούνται και να αναπτύσσονται νέες μέθοδοι αντισύλληψης, όχι μόνο για την αποφυγή των περαιτέρω συνεπειών της πληθυσμιακής έκρηξης, αλλά και για την προαγωγή της υγείας των γυναικών και την προστασία τους από ενδεχόμενο πρόωρο θάνατο λόγω των μη ασφαλών τεχνητών εκτρώσεων. Αυτή η επιθυμία για έλεγχο της γονιμότητας έχει καθιερωθεί σε πολλές κουλτούρες εδώ και πολλά χρόνια. Το 1898 ο Φρόνιτ έγραφε τα εξής:

<<Θεωρητικά θα επρόκειτο για έναν από τους μεγαλύτερους θριάμβους της ανθρωπότητας... εάν η πράξη η οποία ευθύνεται για την τεκνοποίηση μπορούσε να ανυψωθεί στο επίπεδο μιας εκούσιας και σκόπιμης συμπεριφοράς, προκειμένου να διαχωριστεί από την επιτακτική ανάγκη της ικανοποίησης μιας φυσικής ορμής>>.

Η εισαγωγή μοντέρνων και αποτελεσματικών αντισυλληπτικών μεθόδων αποτέλεσε μία από τις πιο σημαντικές και ουσιώδεις επινοήσεις της σύγχρονης εποχής, προσφέροντας τη δυνατότητα για αναπαραγωγική υγεία, ισότητα των φύλων και συμβολή στη δημογραφική πρόοδο.

- **ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΚΥΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΕΧΝΗΤΗ ΕΚΤΡΩΣΗ**

Επειδή πάρα πολλές γυναίκες που υποβάλλονται σε τεχνητή έκτρωση σκοπεύουν στο μέλλον να αποκτήσουν παιδιά, το ζήτημα των ενδεχόμενων δυσμενών επιπτώσεων στη μετέπειτα αναπαραγωγική ικανότητα είναι σημαντικό. Η δευτεροπαθής υπογονιμότητα δεν αυξάνεται μετά από τεχνητές εκτρώσεις που διενεργήθηκαν με τη βοήθεια του αναρροφητικού ξέστρου μπορεί βεβαίως να αποδοθεί σε φλεγμονή μετά από μία τεχνητή έκτρωση, αλλά αυτό συμβαίνει πάρα πολύ σπάνια. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για τον κίνδυνο όψιμης έκτοπης κηύσεως. Πολλές μεγάλες μελέτες ασθενών-μαρτύρων έδειξαν ότι ακόμα και μετά από πολλαπλές τεχνητές εκτρώσεις δεν υφίσταται αύξηση του κινδύνου.

Εντούτοις, οι τεχνητές εκτρώσεις που επιπλέκονται από λοίμωξη ή κατακράτηση προϊόντων της σύλληψης μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο. Φαίνεται να μην υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για αυτόματη έκτρωση μετά από ανεπίπλεκτη τεχνητή έκτρωση με τη

χρήση αναρροφητικού ξέστρου, ενώ η τεχνητή έκτρωση με τη χρήση κλασικού ξέστρου ενδέχεται να αυξάνει αυτόν τον κίνδυνο. Αυξημένος κίνδυνος μπορεί επίσης να υπάρξει σε περιπτώσεις κακώσεως του τραχήλου ή ρήξεως της μήτρας. Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος από τις πολλές τεχνητές εκτρώσεις διά εκκενώσεως. Εντούτοις, με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα, οι επανειλημμένες τεχνητές εκτρώσεις δεν αυξάνουν τον κίνδυνο. Εάν δε μετέπειτα κήσεις τελικά ολοκληρωθούν, ο κίνδυνος δυσμενούς έκβασης δεν φαίνεται να αυξάνεται. Σχετικές μελέτες ασχολήθηκαν με την προωρότητα του τοκετού, το χαμηλό βάρος γέννησης και τη μητρική θνησιμότητα. Τα αποτελέσματα φαίνεται να παραμένουν τα ίδια ακόμα και μετά από πολλαπλές εκτρώσεις. (Milsom 2009)

- ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

Η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης κατά το 1^ο τρίμηνο της κύησης μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με χειρουργικές τεχνικές, είτε με τη βοήθεια φαρμακευτικών μεθόδων και συγκεκριμένα με τη χρήση μιφαριστόνης (RU - 486) σε γυναίκες με αμηνόρροια μικρότερη από 50 ημέρες και επιβεβαιωμένη εγκυμοσύνη, ιδιαίτερα σε χώρες του εξωτερικού. Η τεχνική που χρησιμοποιείται για την έκτρωση, εξαρτάται από το στάδιο της εγκυμοσύνης.

I. Οι Διαδικασίες έκτρωσης κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου είναι οι εξής:

1. Απόξεση με αναρρόφηση

A) Μετά τη χρήση τοπικής αναισθησίας στον τράχηλο. Ο τράχηλος μερικές φορές διαστέλλεται με κηρία από μίσχο απορροφητικών φυκών (λαμινάρια) κι η μητρική πτύχωση αναρροφάται με κυρτό σωλήνα ή ξέστρο και συσκευή αναρρόφησης εν κενό.

B) Επιπλοκές: μόλυνση, αυξημένη αιμορραγία, θρόμβοι αίματος στη μήτρα, μητρικό ή τραχηλικό τραύμα.

2. Διαστολή και απόξεση.

A) Ο τράχηλος έχει διασταλθεί και το μητρικό ενδομήτριο αποξένεται με χειρουργικό ξέστρο.

B) Επιπλοκές: Τραύμα στον τράχηλο, διάτρηση μήτρας, λοίμωξη, αιμορραγία.

3. Ενδομήτρια εξαγωγή.

A) Το ενδομήτριο αναρροφάται με κυρτό σωλήνα και σύριγγα. Γίνεται στην αρχή της εγκυμοσύνης (π.χ. 2 εβδομάδες μετά την αναμενόμενη περίοδο).

B) Επιπλοκές: αιμορραγία, κατακρατημένες ουσίες, λοίμωξη.

II. Διαδικασίες έκτρωσης κατά τη διάρκεια του δεύτερου και τρίτου τριμήνων:

1. Διαστολή και αφαίρεση.

A) Μετά τον αποκλεισμό του τραχήλου ή αφού παρασχεθεί γενική αναισθησία, ο τράχηλος διαστέλλεται με λαμινάρια και τα περιεχόμενα της μήτρας : αφαιρούνται με αναρρόφηση και λαβίδες.

B) Επιπλοκές: διάτρηση μήτρας, λοίμωξη, αυξημένη αιμορραγία, κατακρατημένες ουσίες, τραύμα τραχήλου, εμβολή αμνιακού υγρού.

2. Υπέρτονος ορός.

A) Ο υπέρτονος ορός χορηγείται στην αμνιακή κοιλότητα για να προκαλέσει συσπάσεις στη μήτρα και εξώθηση εμβρύου. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ωκυτοκίνη.

B) Επιπλοκές: τραύμα τραχήλου, ρήξη μήτρας, οίδημα, νεφρική ανεπάρκεια, αποτυχημένη άμβλωση, αυξημένη αιμορραγία, λοίμωξη, εμβολές των ώτων, πονοκέφαλος, ταχυκαρδία, διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη.

3. Υπέρτονη ουρία.

A) Η υπερτονική ουρία εγχύεται με την ίδια διαδικασία που χρησιμοποιείται στην περίπτωση του υπέρτονου ορού.

B) Επιπλοκές: μεγάλο ποσοστό αποτυχημένων άμβλώσεων όταν η μέθοδος δε χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με προσταγλανδίνες ή ωκυτοκίνη.

4. Συστηματική (κολπική) προσταγλανδίνη E2

α) Τα υπόθετα τοποθετούνται στον κόλπο για να προκληθεί η έκτρωση.

β) Επιπλοκές: ναυτία, έμετος, πυρετός.

5. Ενδομήτρια (ενδοαμνιακή) προσταγλανδίνη F2a

α) Η προσταγλανδίνη F2a εγχύεται στον αμνιακό σάκο για να προκληθεί η έκτρωση.

β) Επιπλοκές: έμετος, πυρετός, ρήξη τραχήλου, αιμορραγία, λοίμωξη, τοκετός ζωντανού εμβρύου.

6. Υστεροτομή.

α) Σοβαρή χειρουργική επέμβαση που γίνεται μέσω του κόλπου ή της κοιλιακής χώρας σε περίπτωση αποτυχίας έκτρωσης μέσω των προηγούμενων μεθόδων.

β) Επιπλοκές: νοσηρότητα, θνησιμότητα, τοκετός ζωντανού εμβρύου. (Καραχάλιος 2006)

Οι απότερες επιπλοκές δεν απειλούν τη ζωή της γυναίκας, μπορεί όμως να προκαλέσουν μακροχρόνια ψυχοσωματικά προβλήματα και να διαταράξουν τη ζωή της γυναίκας και του ζευγαριού. Τέτοιες επιπλοκές μπορεί να είναι:

1. Ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου από βίαιη ή απότομή διαστολή, με επακόλουθο αποβολές σε μελλοντικές εγκυμοσύνες

2. Ενδομητριάκες συμφύσεις από υπερβολική απόξεση του ενδομητρίου και επακόλουθη φλεγμονή. Σαν αποτέλεσμα, μπορεί να έχουμε στειρώση, λόγω αδυναμίας εμφύτευσης του εμβρύου στη μήτρα ή αποβολές.

3. Ενδομητρίτιδα

4. Πυελική φλεγμονή (σαλπγγίτιδα) με αποτέλεσμα τη δημιουργία συμφύσεων των σαλπγγων και στειρώση

5. Ψυχικές διαταραχές

Το μετεκτροκτικό τραύμα, που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως σύνδρομο, αποτελείται από μια ομάδα συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν την ψυχολογική κατάσταση μιας γυναίκας μετά από μία έκτρωση. Προτιμάται η λέξη τραύμα από τη λέξη σύνδρομο, επειδή από μόνη της ενέχει τη δυνατότητα ίασης, εφόσον τα τραύματα γιατρεύονται και τελικά επουλώνονται. Τα συμπτώματα του μετεκτροκτικού τραύματος συνήθως εμφανίζονται αμέσως μετά την έκτρωση, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις παραμένουν θαμμένα βαθιά για χρόνια και εμφανίζονται πολύ αργότερα, με αποτέλεσμα να καταστρέφουν σχέσεις, σύγχυση, ενοχές και απελπισία. Αυτά είναι:

- Αυτοτραυματισμός, έντονες τάσεις αυτοκτονίας ή και απόπειρα
- Αύξηση επικίνδυνων ή ανθυγιεινών συμπεριφορών (χρήση/κατάχρηση ναρκωτικών, αλκοόλ, ανορεξία, βουλιμία, σεξουαλικά αχαλίνωτη ζωή κλπ.)

- Κατάθλιψη
- Ανικανότητα φροντίδας του εαυτού
- Ανικανότητα κανονικής απόδοσης στη δουλειά ή τις σπουδές
- Ανικανότητα φροντίδας των παιδιών που υπάρχουν ή της οικογένειας
- Επιθυμία άμεσης εγκυμοσύνης, για να αντικατασταθεί το παιδί που μόλις χάθηκε από την έκτρωση (παρόλο που οι λόγοι που οδήγησαν στην έκτρωση εξακολουθούν να υφίστανται)

Υπάρχει όμως πιθανότητα να εμφανιστούν και σύνοδες ψυχολογικές δυσκολίες μετά την έκτρωση

- > Ενοχές
- > Άγχος
- > Πανικός
- > Ψυχολογικό μούδιασμα
- > Κλάμα
- > Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- > Προβλήματα ύπνου
- > Εφιάλτες /ταραγμένος ύπνος
- > Θυμός
- > Δυσκολία λήψης αποφάσεων
- > Παραισθήσεις

Μετά την έκτρωση εμφανίζονται ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας προκειμένου να προστατεύσουν ψυχολογικά τη γυναίκα:

- Εκλογίκευση: Η γυναίκα μπορεί βάση επιλογής να δίνει εξηγήσεις για το ποιοι ήταν οι λόγοι που την οδήγησαν σε αυτή την απόφαση.
- Απώθηση: Μπορεί να προσπαθήσει να αγνοήσει ή να «ξεχάσει» το γεγονός
- Αναπλήρωση: Μπορεί να προσπαθήσει να αντισταθμίσει την έκτρωση κάνοντας καλές πράξεις ή ρίχνοντας όλο το βάρος στη δουλειά ή της σπουδές και την επιτυχία.

Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι εκτός από την ψυχολογία της γυναίκας, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και η έκτρωση επηρεάζει και τη συναισθηματική κατάσταση των γονιών της εφήβου και ιδίως του συντρόφου της. Ο σύντροφος, ο οποίος είναι συχνά και ο ίδιος έφηβος, διακατέχεται τις περισσότερες φορές από συναισθήματα φόβου, ενοχής, απόρριψης ή ακόμα και γνήσιας θλίψης για την απώλεια της εγκυμοσύνης, συναισθήματα που τον οδηγούν πολλές φορές στην αποξένωση και στην αδυναμία να βοηθήσει τη σύντροφό του. Και οι γονείς της εφήβου όμως βιώνουν μια δύσκολη κατάσταση. Αισθάνονται απογοήτευση, θλίψη, θυμό και απόρριψη. Νιώθουν πληγωμένοι, προδομένοι, μπερδεμένοι και αποτυχημένοι. Η

σχέση εμπιστοσύνης που είχαν οικοδομήσει με την κόρη τους έχει καταστραφεί και συχνά αναρωτιούνται αν αυτοί είναι υπεύθυνοι για αυτή την κατάσταση.(Milsom 2009)

• ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΕΩΣ

ΠΡΩΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ

Για να διεξαχθεί πραγματική σύγκριση μεταξύ των φαρμακευτικών και των χειρουργικών μεθόδων τερματισμού των κυήσεων πρώτου τριμήνου, είναι ανάγκη να διεξαχθούν τυχαιοποιημένες μελέτες, καθώς δεν υπάρχουν καθολικά αποδεκτοί ορισμοί όσον αφορά στην επιτυχημένη αγωγή, στις ανεπιθύμητες ενέργειες και στις επιπλοκές. Τέτοιου είδους μελέτες είναι λίγες σε αριθμό και δύσκολες στη διεξαγωγή τους, καθώς πολλές γυναίκες κατά την άφιξή τους στο νοσοκομείο έχουν ήδη αποφασίσει ποια μέθοδο θέλουν να ακολουθήσουν. Εκτός από μία πολύ πρώιμη μελέτη, υπάρχει μία μόνο τυχαιοποιημένη μελέτη που συγκρίνει τον συνδυασμό μifeπριστόνης και γεμεπρόστης με την τεχνική που χρησιμοποιεί το αναρροφητικό ξέστρο. Σε αυτή τη μελέτη δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά ως προς τη συχνότητα τελείας εκτρώσεως ανάμεσα στη χειρουργική και στη φαρμακευτική μέθοδο (98,0 και 98,3%, αντίστοιχα, για ασθενείς με αμηνόρροια έως και 49 ημερών).

Παρατηρήθηκε, ωστόσο, μία τάση για χαμηλότερα ποσοστά επιτυχίας σε ασθενείς με αμηνόρροια μεταξύ 50 και 63 ημερών που υποβλήθηκαν στη φαρμακευτική μέθοδο, αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικώς σημαντική. Το σχήμα μifeπριστόνης και μισοπροστόλης (από του στόματος) έχει συγκριθεί με το αναρροφητικό ξέστρο σε μία μεγάλη συγκριτική μελέτη με τη βοήθεια του ιδίου πρωτοκόλλου, όπου οι γυναίκες μπορούσαν να διαλέξουν τη μέθοδο που επιθυμούσαν. Αυτή η μελέτη που διενεργήθηκε σε τρεις αναπτυσσόμενες χώρες έδειξε υψηλότερα ποσοστά αποτυχίας για τη φαρμακευτική μέθοδο.

Οι περισσότερες μεγάλες μελέτες που αφορούν τη χρήση του αναρροφητικού ξέστρου αναφέρουν συχνότητα τελείας εκτρώσεως τουλάχιστον 98%. Για τη μifeπριστόνη σε συνδυασμό με μία κατάλληλη προσταγλανδίνη τα αντίστοιχα ποσοστά είναι μεταξύ 95% και 98%. Οι αριθμοί αυτοί δείχνουν ότι εάν υπάρχει διαφορά αυτή είναι οριακή. Όλες οι κλινικές μελέτες για τη φαρμακευτική έκτρωση αναφέρουν μεγαλύτερη περίοδο αιμορραγίας, με συνολική απώλεια αίματος μεγαλύτερη από εκείνη που φυσιολογικά παρατηρείται με το αναρροφητικό ξέστρο. Σε μία τυχαιοποιημένη μελέτη η μέση διάρκεια της αιμορραγίας ήταν 12,7-13,1 ημέρες συγκριτικά με τις 10,2 ημέρες της χειρουργικής μεθόδου. Σε μελέτες όπου μετρήθηκε η πραγματική απώλεια αίματος, η συνολική απώλεια αίματος ξεπέρασε εκείνη που παρατηρείται μετά από χειρουργική τεχνητή έκτρωση, ακόμα και όταν συμπεριελήφθησαν σε αυτή τόσο οι απώλειες κατά τη διάρκεια του χειρουργείου όσο και οι απώλειες των επομένων ημερών. Εντούτοις, στη μελέτη αυτή δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των δύο μεθόδων σημαντική διαφορά ως προς τη μεταβολή των επιπέδων αιμοσφαιρίνης.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, σε μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες για τη φαρμακευτική τεχνητή έκτρωση, η συχνότητα σοβαρής αιμορραγίας για την οποία χρειάστηκε να γίνει απόξεση με σκοπό την αιμόσταση ήταν περίπου 0,4 με 1,0% και η συχνότητα μετάγγισης αίματος μεταξύ 0,1 και 0,9% . Τα ποσοστά αυτά είναι παραπλήσια εκείνων που δίδονται για

το αναρροφητικό ξέστρο. Η συχνότητα λοιμώξεων είναι δύσκολο να συγκριθεί, καθώς ο ορισμός του τι είναι λοίμωξη ποικίλλει ευρέως. Στην τυχαιοποιημένη μελέτη τα ποσοστά πυελικών λοιμώξεων που αναγνωρίστηκαν πρώιμα και χρειάστηκαν θεραπεία με αντιβιοτικά ήταν τα ίδια μετά από φαρμακευτική και χειρουργική τεχνητή έκτρωση. Ωστόσο, σαφώς περισσότερες γυναίκες συμβουλευθήκαν τον ιατρό τους λόγω πυελικής λοίμωξης, εντός οκτώ εβδομάδων από τη διενέργεια τεχνητής εκτρώσεως διά αναρροφητικού ξέστρου. Φυσικά, χειρουργικές επιπλοκές, όπως είναι οι ρήξεις του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας, δεν συνιστούν πρόβλημα για τη φαρμακευτική τεχνητή έκτρωση.

Ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως είναι οι επώδυνες μυϊκές συσπάσεις της μήτρας, η ναυτία, οι έμετοι και οι διάρροιες, απαντώνται πολύ πιο συχνά μεταξύ ασθενών που ακολούθησαν φαρμακευτική μέθοδο τεχνητής εκτρώσεως. Παρατηρούνται δέκατα τις πρώτες κυρίως ώρες από τη χορήγηση των προσταγλανδινών, όταν η ασθενής βρίσκεται ακόμα στο νοσοκομείο. Προφανώς, όλες οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική τεχνητή έκτρωση χρειάζονται κάποια μορφή αναλγησίας στη διάρκεια της επέμβασης. Εντούτοις στην τυχαιοποιημένη μελέτη, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μετά από χειρουργική τεχνητή έκτρωση παρεντερική αναλγησία απαιτήσε το 2% και από του στόματος αναλγησία το 10%, συγκριτικά με 35% και 24% μετά από χορήγηση προσταγλανδινών. Εάν χρησιμοποιηθεί μισοπροστόλη, τότε παρεντερική αναλγησία χρειάζεται μόνο περιστασιακά. Ο μέσος χρόνος απουσίας από την εργασία ήταν σημαντικά μεγαλύτερος για τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε τεχνητή έκτρωση με αναρροφητικό ξέστρο, αλλά δεν υπήρχε διαφορά ως προς τον απαιτούμενο χρόνο για την επιστροφή στις κανονικές καθημερινές δραστηριότητες.

Η αποδοχή των χειρουργικών και φαρμακευτικών μεθόδων τεχνητής εκτρώσεως έχει εξεταστεί σε λίγες μόνο μελέτες. Συνήθεις λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες προτιμούν τη φαρμακευτική μέθοδο είναι ο φόβος για την αναισθησία ή το χειρουργείο και η άποψη ότι η διαδικασία είναι λιγότερο επιθετική και περισσότερο «φυσική». Συνήθεις λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες προτιμούν τη χειρουργική μέθοδο διά αναρροφητικού ξέστρου είναι η επιθυμία τους να μην έχουν τις αισθήσεις τους και επομένως επίγνωση της όλης διαδικασίας, καθώς και το γεγονός ότι η φαρμακευτική τεχνητή έκτρωση είναι «πολύ αργή». Εάν οι γυναίκες αφεθούν να επιλέξουν τη μέθοδο που θα ακολουθήσουν και οι δύο μέθοδοι είναι εξίσου αποδεκτές. Το συμπέρασμα είναι ότι η φαρμακευτική τεχνητή έκτρωση δεν αντικαθιστά, αλλά αποτελεί εναλλακτική λύση έναντι της χειρουργικής μεθόδου διά του αναρροφητικού ξέστρου και προτιμάται από πολλές γυναίκες. Στη Σουηδία, περίπου 50% των γυναικών που έχουν τη δυνατότητα επιλογής διαλέγουν τη φαρμακευτική τεχνητή έκτρωση.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΡΙΜΗΝΟ

Παλαιότερα δεδομένα από τις Η.Π.Α. έδειξαν ότι μέχρι την 20η εβδομάδα κύησης η διαστολή και εκκένωση (D&E) είχε χαμηλότερα ποσοστά θανατηφόρου εκβάσεως σε σύγκριση με τη φαρμακευτική τεχνητή έκτρωση. Όμως, την εποχή της έρευνας, η φαρμακευτική μέθοδος που χρησιμοποιούνταν ήταν η ενδομήτρια ενστάλαξη αλατούχου διαλύματος ή προσταγλανδίνης. Καμία τυχαιοποιημένη συγκριτική μελέτη δεν έχει διεξαχθεί για τις σύγχρονες φαρμακευτικές μεθόδους, όπως είναι η χορήγηση μifeπριστόνης και προσταγλανδινών από του στόματος ή κοιλικά. Με τις νέες μεθόδους κάποια από τα μειονεκτήματα των τεχνικών ενστάλαξης έχουν μειωθεί σημαντικά, π.χ. η διάρκεια του τοκετού από 24-48 ώρες είναι πλέον περίπου 6-10 ώρες (EI-Refaeey H. Et all, 1993).

Η βραχεία διάρκεια του τοκετού επιτρέπει σήμερα τη διεξαγωγή των φαρμακευτικών τεχνητών εκτρώσεων και του δευτέρου τριμήνου με τη μορφή ημερήσιας νοσηλείας. Με τη διαστολή και εκκένωση (D&E) είναι υπαρκτός ο κίνδυνος ρήξεως του τραχήλου (0,31,0%) και διατρήσεως της μήτρας (0,4%), ακόμα και όταν αυτή διεξάγεται από έμπειρους γυναικολόγους. Αντίθετα, η ρήξη της μήτρας και οι ρήξεις του τραχήλου είναι σπάνιες με τις νέες φαρμακευτικές μεθόδους τεχνητών εκτρώσεων ακόμα και σε προχωρημένη ηλικία κύησης. Οι γυναίκες ενδέχεται να εξακολουθούν να προτιμούν τη διαστολή και εκκένωση (D&E), λόγω της χαμηλής επίπτωσης γαστρεντερικών ανεπιθύμητων ενεργειών, της σχετικής απουσίας πόνου και της αποφυγής του τοκετού του εμβρύου και του πλακούντα.

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα των φαρμακευτικών μεθόδων είναι η μη επεμβατική φύση της διαδικασίας και το γεγονός ότι η απαιτούμενη εμπειρία δεν διαφέρει από εκείνη που απαιτείται για τη διενέργεια ενός τοκετού. Η διαστολή και εκκένωση (D&E) πέραν των 14 εβδομάδων κύησης απαιτεί έμπειρο ιατρό, ο οποίος έχει φέρει εις πέρας ικανό αριθμό περιστατικών ώστε να διατηρεί τις δεξιότητές του. Σε χώρες με φιλελεύθερη νομοθεσία για τις τεχνητές εκτρώσεις, η πλειοψηφία τους διεξάγεται προ της 12ης εβδομάδας κύησης και οι τεχνητές εκτρώσεις στο μέσον και το τέλος του δευτέρου τριμήνου είναι λίγες. Υπό αυτές τις συνθήκες, η συγκέντρωση των υπηρεσιών τεχνητών εκτρώσεων σε λίγα κέντρα θα ήταν απαραίτητη για τη διατήρηση της εμπειρίας, αλλά η ενέργεια αυτή δεν θα συνιστούσε πρακτική λύση.

Έκβαση της φαρμακευτικής (με μifeπριστόνη και γεμεπρόστη) και χειρουργικής διακοπής πρώιμων κύσεων (αμηνόρροια έως και 63 ημέρες) σε μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες.

Έκβαση	Φαρμακευτική τεχνητή έκτρωση (%)	Τεχνητή έκτρωση διά, αναρροφητικού ξέστρου (%)
Τέλεια έκτρωση	94-96,5	97,9
Σοβαρή αιμορραγία	0,4-1,0	1,1
Πνευλική λοίμωξη	0,7-1,4	0,9
Τραυματισμός του τραχήλου	0	0
Διάτρηση μήτρας	0	0,2

(Milsom 2009)

6.3 Η ΕΦΗΒΗ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΕΙ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Σύμφωνα με τη Λώλη (2004) αναφέρει μια αξιοσημείωτη αύξηση των κύσεων στην εφηβική ηλικία. Αυτό το φαινόμενο παρατηρήθηκε ιδίως τη δεκαετία 1970-1980. Το πρόβλημα της κύησης στην εφηβεία, συνεχώς μεγεθύνεται στις Η.Π.Α, καθώς το 12,8% των τοκετών, αφορά γυναίκες κάτω της ηλικίας των 20 ετών. Το 1991 αναφέρθηκαν 12.014 τοκετοί σε ηλικίες κάτω των 15 ετών (0,3% όλων των τοκετών) στην ίδια χώρα. Αντιθέτως, στην Ευρώπη οι κύσεις στην ηλικία των 12-14 ετών, είναι αρκετά χαμηλές σε αριθμό. Αύξηση αντίθετα παρατηρείται σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Γενικώς, υπάρχει μια μείωση των κύσεων στην εφηβεία τα έτη 1985-1989 σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες.

Στην Ελλάδα οι κύσεις στα έτη 1985-1989 είναι:

Ηλικία	1985	1987	1989
<12 ετών	(0%)	(0,01%)	(0%)
Ηλικία	1985	1987	1989
12-14 ετών	(0,09%)	(0,077%)	(0,08%)
Ηλικία	1985	1987	1989
14-16 ετών	(1%)	(1,2%)	(0,8%)
Ηλικία	1985	1987	1989
16-18 ετών	(4,6%)	(5,9%)	(3,4%)

(Λώλη 2004)

Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, το 2007 καταγράφηκαν 3.129 γεννήσεις από έφηβες κοπέλες, κάτω των 18 ετών, ενώ 75 εξ αυτών ήταν κάτω από 15 ετών. Επίσης την τελευταία πενταετία, στην Ελλάδα το 2008 καταγράφονται κάθε χρόνο κατά μέσο όρο 76 γεννήσεις από έφηβες ηλικίας μικρότερης των 15 ετών .

Κάθε έφηβη επίτοκος η οποία αποφασίζει να φέρει σε πέρας την κύηση, ευρίσκεται αντιμέτωπη με πολλαπλά προβλήματα, έκτων οποίων τα ψυχολογικά έχουν ιδιαίτερη σημασία, αλλά και της οικογένειάς της προκειμένου να κατανοήσουν και να αναλάβουν τις ευθύνες της γονεϊκότητας. Η προσοχή θα πρέπει να εστιαστεί και στη δυνατότητα που ενδεχομένως υπάρχει για την συμμετοχή του πατέρα στη γονεϊκότητα. Κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα εύκολο και δυνατό, καθώς ο πατέρας μπορεί να είναι και αυτός έφηβος ή ενήλικας, ο οποίος δεν επιθυμεί καμία εμπλοκή. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων της εφήβου, κατά τη διάρκεια της κύησης, είναι οι συμβουλές. Μια ομάδα, αποτελούμενη από ένα Γυναικολόγο, ένα Παιδίατρο, ένα Ψυχολόγο, μια Κοινωνική Λειτουργό και μία Νοσηλεύτρια και εφόσον δρα από κοινού, μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα στις περιπτώσεις των κύσεων σε εφηβική ηλικία.

Οι συζητήσεις σε προσωπικό επίπεδο, ζευγαριού ή ομάδας αφορούν:

1. Την προστασία της υγείας της εφήβου, την υγιεινή της κύησης και την πρόληψη του μαιευτικού κινδύνου.
2. Επίγνωση από κληρονομικές παθήσεις οι οποίες μπορεί να έχουν επίπτωση στο νεογνό.
3. Την παρακολούθηση της κύησης από ένα γυναικολόγο.
4. Πληροφορίες για την προετοιμασία και την αποπεράτωση του τοκετού.
5. Κατ' οίκον νοσηλεία, σε περιπτώσεις με κάποια ιδιαιτερότητα.
6. Πληροφορίες για περίθαλψη, την υγιεινή και διαιτητικές συνήθειες του νεογνού.
7. Πληροφορίες για την αντισύλληψη μετά τον τοκετό.
8. Προστασία της ψυχικής υγείας του νεαρού ζευγαριού μετά τον τοκετό.

Στην πρώτη μαιευτική επίσκεψη της εφήβου, θα πρέπει να συμπληρωθεί ένα πλήρες αναμνηστικό, οικογενειακό και ατομικό, μια πλήρης κλινική εξέταση, αιματολογικές - βιοχημικές εξετάσεις και γενικότερα, οι επόμενες κλινικές εξετάσεις πρέπει να επαναλαμβάνονται σε σύντομο χρονικό διάστημα, απ' ό,τι στις μεγαλύτερης ηλικίας κήσεις. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στην Α.Π. συστολική και διαστολική, στην αύξηση του Βάρους, στην προοδευτική μεγέθυνση της μήτρας, στην παρουσία μεταβολικών παθήσεων, καρδιοαγγειακών, νεφρικών, ηπατικών, καθώς και παθήσεων του ουροποιητικού.

Επίσης, τακτική πρέπει να είναι η παρακολούθηση των εμβρυϊκών καρδιακών παλμών. Με τις εργαστηριακές εξετάσεις, ελέγχεται η εμφάνιση πρωτεϊνουρίας και γλυκοζουρίας, αναιμίας, λοιμώξεων του ουροποιητικού, λοιμώξεων γονοκοκκικών, χλαμυδιακών, ιογενών. Επίσης, θα πρέπει να γίνεται καθορισμός της ομάδας αίματος, του παράγοντα Rh, των αντισωμάτων της ερυθρός, του τοξοπλάσματος του CMV, καθώς και έλεγχος για ηπατικές λοιμώξεις. Ο κυτταρολογικός και βακτηριακός έλεγχος του τραχήλου και κόλπου είναι απαραίτητος στις έφηβες στο πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Ο u/s έλεγχος θα πρέπει να ακολουθεί την προκαθορισμένη σειρά που ακολουθείται και σε κήσεις γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας. Ιδιαίτερα σημαντικά είναι u/s έλεγχος τη 12η, 16η, 20η, 30η, 32η και 37η εβδομάδα. Στις πρώτες εβδομάδες κύησης, οι κλινικές εκδηλώσεις που πιο συχνά εμφανίζονται στην έφηβο είναι το σύνολο εκείνο των συμπτωμάτων που παίρνουν το όνομα συμπαθητικά φαινόμενα.

Σε προκεχωρημένη εγκυμοσύνη, όχι σπάνια εμφανίζονται επιμένουσα κεφαλαλγία, άλγη ισχιοϊεράς περιοχής, λευκόρροια (25-50%), η οποία οφείλεται στην παρουσία Candida Albicans, αιμορροΐδες, γαστρίτιδα, κίρσοι κάτω άκρων.

Η πρώτη επίσκεψη στο Μαιευτήρα, συνήθως είναι καθυστερημένη. Το 70% των εφήβων στην Αμερική δεν κάνει κανένα έλεγχο κύησης κατά το πρώτο τρίμηνο. Μόνο το 17% των εφήβων υπόκειται σε ιατρικό έλεγχο το πρώτο τρίμηνο, το 50% κατά το τέλος του δευτέρου τριμήνου και το 75% κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου.

Στη Φιλαδέλφεια (Αμερική) το 30% των εφήβων, παρουσιάζεται για μαιευτικό έλεγχο μόνο στο τρίτο τρίμηνο της κύησης και το 4,5% δεν υπόκειται σε κανένα έλεγχο ως το τέλος της. Στη Γαλλία, αναφέρεται ότι το 14% των εφήβων υπόκειται σε πρώτο μαιευτικό έλεγχο στην αίθουσα τοκετών.

Μετά την επιβεβαίωση της κύησης η έφηβος ευρίσκεται αντιμέτωπη με τον κοινωνικό περίγυρο, το οικογενειακό περιβάλλον, δηλαδή το σύνολο των προσώπων τα οποία θα μπορούσαν να τη βοηθήσουν από ψυχολογική και κοινωνική πλευρά. Οι αλλαγές της εφηβικής ηλικίας, συνδεδεμένες με την εξέλιξη της κύησης μπορεί να είναι αιτία σοβαρού προβληματισμού στην έφηβο επιδεινώνοντας ήδη μια σοβαρή ψυχολογική κατάσταση. Επίσης, η κύηση στην εφηβική ηλικία μπορεί να είναι αιτία εγκατάλειψης της εργασίας ή της εκπαίδευσης, Η επιστροφή στο σχολείο μετά την κύηση, είναι μόνο το 26% των εφήβων.

Η απομόνωση από το σχολικό περιβάλλον είναι ένας πολύ αρνητικός παράγοντας, γιατί αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απότομη αλλαγή του modus vivendi, τυπικό της εφηβικής ηλικίας.

Μετά τις ψυχικές μεταβολές του πρώτου τριμήνου, στη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου, βελτιώνεται η ψυχολογική διάθεση της εφήβου. Μπορεί να είναι πιο ενεργητική και με ευχαρίστηση να αισθάνεται τα πρώτα σκιρτήματα του εμβρύου.

Στο τρίτο τρίμηνο, ο φόβος του τοκετού και οι ευθύνες της γέννησης του νεογνού αυξάνουν το άγχος. Είναι πολύ χρήσιμο, οι έφηβες επίτοκες να ακολουθήσουν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής, ώστε να μειωθούν οι συναισθηματικές αντιδράσεις τους και επιπλέον να προετοιμασθούν για τη διαδικασία του τοκετού. Μετά τον τοκετό, η έφηβος θα πρέπει να είναι υπεύθυνη για το νεογνό, να αποκτήσει οικειότητα μ' αυτό, να ανταποκρίνεται στις καθημερινές ανάγκες του και να βοηθάει στην ανάπτυξή του. Είναι πολύ σημαντικό να επισημανθεί στην έφηβο η αναγκαιότητα του θηλασμού του νεογνού. Δυστυχώς όμως, πολλά νεογνά, λόγω της προωρότητάς τους, απομακρύνονται αρχικώς από τη μητέρα τους, διακόπτοντας και το συναισθηματικό δεσμό μητέρας- νεογνού, ο οποίος είναι πολύ σημαντικός για την έφηβο λεχωίδα. Δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε την ψύχωση της λοχείας, η οποία εμφανίζεται σε έφηβες με προδιάθεση, και μπορεί να διαρκέσει μερικούς μήνες. (Λώλη 2004)

Εκτός από τα παραπάνω οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν:

1. Να ενθαρρύνουν την έφηβη έγκυο να συνεχίσει την εκπαίδευση της, προκειμένου να διεκδικήσει όσο το δυνατό περισσότερες επαγγελματικές ευκαιρίες και να μειώσει κατ' αυτόν τον τρόπο την κοινωνική ανισότητα.
2. Να ενημερώσουν την έγκυο για εκπαιδευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην κοινότητα για έφηβες έγκυες και έφηβες μητέρες.
3. Να ενημερώσουν την έφηβη για τις μεθόδους αντισύλληψης και μετά τον τοκετό να τη βοηθήσουν να επιλέξει την καταλληλότερη προκειμένου να αποφευχθεί μια νέα ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
4. Διατηρούν επαφή με την έφηβο και μετά τον τοκετό συνεχίζοντας τον συμβουλευτικό και υποστηρικτικό τους ρόλο. (Καραχάλιος 2006)

6.4 Η ΕΦΗΒΟΣ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΓΙΑ ΥΙΟΘΕΣΙΑ

Καθώς οι μονογονεϊκές οικογένειες έχουν γίνει στις μέρες μας όλο και περισσότερο αποδεκτές και η ανύπαντρη μητέρα δε στιγματίζεται στο βαθμό που στιγματιζόταν παλιότερα, η πιθανότητα να δώσει η έφηβη μητέρα το παιδί της για υιοθεσία έχει μειωθεί αρκετά. Στη λευκή φυλή το ποσοστό των γυναικών που δίνουν το παιδί τους για υιοθεσία, μειώθηκε από το 19% που ήταν το 1972 σε 3% το διαστήματα 1982- 1988(Guttmacher, 2001). Ιστορικά αναφέρουμε ότι οι νεαρές Αφροαμερικάνες σπάνια διάλεγαν την υιοθεσία ως λύση. Καθώς η διαδικασία της υιοθεσίας άλλαξε με την εισαγωγή του θεσμού της ανάδοχης οικογενείας όλο και περισσότερες γυναίκες καταφεύγουν σε αυτή την επιλογή εναλλακτικής λύσης της υιοθεσίας που θα πρέπει να παρουσιάζεται στις έφηβες από την αρχή της εγκυμοσύνης, ώστε να το σκεφτούν, να προετοιμαστούν ψυχολογικά και το νεογνό να δοθεί για υιοθεσία τις πρώτες μέρες της ζωής του. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν κατά νου, ότι παρότι κάποιες έφηβες επιλέγουν, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

τους , να δώσουν το παιδί τους για υιοθεσία , μόλις γεννηθεί το παιδί αλλάζουν γνώμη. Γι' αυτό το λόγο και για να είναι βέβαιες οι έφηβες μητέρες για την απόφασή τους να δώσουν το παιδί για υιοθεσία, θα πρέπει μετά τον τοκετό να τους δίνεται η ευκαιρία να δουν το παιδί τους και να έχουν επαφή με αυτό. Υπάρχει πάντα η πιθανότητα να αλλάξουν γνώμη μετά απ' αυτή την επαφή. Οι επαγγελματίες υγείας που είναι σε επαφή με την έφηβη έγκυο, θα πρέπει να γνωρίζουν τις σχετικές υπηρεσίες και τα ανάλογα κέντρα βρεφών που λειτουργούν στην Κοινότητα, προκειμένου να ενημερώσουν την έφηβη για το που μπορεί να απευθυνθεί μετά τον τοκετό.

Η διαδικασία υιοθεσίας καθορίζεται από συγκεκριμένες διατάξεις νόμων, οι οποίες στοχεύουν στην προστασία των συμφερόντων του παιδιού και διενεργείται από αρμόδιες υπηρεσίες.(Φουντεδάκη 2010)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Η ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ

Η κύηση στην εφηβική ηλικία παραμένει ένα σοβαρό κοινωνικό και ιατρικό πρόβλημα, είτε αυτή εξελίσσεται ομαλά, έως την αποπεράτωση του τοκετού, είτε αυτή οδηγείται σε αυτόματη ή τεχνητή έκτρωση. Παλαιότερες μελέτες, περιγράφουν γενικότερα την εφηβική εγκυμοσύνη, ως υψηλού κινδύνου εγκυμοσύνη. Ωστόσο τα δεδομένα και οι πιο πρόσφατες εμπειρίες σε διεθνές επίπεδο, δεν κατατάσσουν πλέον τη κύηση στην εφηβεία ως κύηση υψηλού κινδύνου.

Παρ' όλα αυτά, επειδή τα προβλήματα τα οποία δημιουργούνται στην κύηση της εφηβείας, όπως π.χ. μεγάλος αριθμός καισαρικών τομών οφειλόμενος στην πύελο-εμβρυϊκή δυσαναλογία, ο μεγαλύτερος αριθμός αυτόματων εκτρώσεων, πρόωρων τοκετών, IUGR, υπέρτασικής νόσου της κύησης και επιπλοκές λοχείας, την καθιστούν αντικείμενο ευρύτερης συζήτησης και αντιμετώπισης.

Επίσης, θα πρέπει να αναφερθούμε και στους μεγαλύτερους κινδύνους που υπάρχουν στην κύηση της εφηβείας, όπως η αυξημένη θνησιμότητα των νεογνών, οι αιφνίδιο ενδομήτριοι θάνατοι, το νεογνικό distress και τα νευρολογικά deficit.

Τα παιδιά των νεαρών εφήβων, τείνουν να έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας απ' ό,τι τα παιδιά των μεγαλύτερων μητέρων. Μερικά απ' αυτά σχετίζονται με την οικογενειακή κατάσταση, την μικρή οικογενειακή υποστήριξη, την έλλειψη εισοδημάτων, ενώ άλλα συνδέονται με την προωρότητα και τις επιπλοκές της. Οι περισσότερες εκ των νεαρών εγκύων, προέρχονται από τις φτωχότερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις. Αυτό ερμηνεύεται εύκολα εκ του γεγονότος ότι σε τέτοιες ομάδες πληθυσμού, δεν υπάρχει γνώση της φυσιολογίας της αναπαραγωγής και της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων, ενώ πολύ συχνά, δεν υπάρχει ιδιαίτερη αποδοκιμασία των προγαμιαίων σχέσεων.

Ενδιαφέρουσα μελέτη έδειξε ότι αφού εξετάστηκαν οι ψυχολογικές, κοινωνικές και σεξουαλικές μεταβολές μιας ομάδας εφήβων μητέρων, καταλήγει ότι η πρόωρη εμπειρία της εγκυμοσύνης λειτούργησε ως μηχανισμός επιτάχυνσης της ωρίμανσης των εφήβων. Υπάρχει όμως κίνδυνος, η πρόωρη αυτή ωρίμανση να αποτελέσει εμπόδιο στη φυσιολογική εξέλιξη και ωρίμανση της προσωπικότητας, με αποτέλεσμα, νεαρές μητέρες να παραμένουν σε μια ασταθή κατάσταση της προσωπικότητας, εφηβικού τύπου.

Η διαπίστωση της εγκυμοσύνης, προκαλεί οικογενειακή αναστάτωση, φόβο, θύμο, ντροπή και ενοχή, συναισθήματα που αποτελούν την πλέον κοινή αντίδραση των γονέων της νεαρής μητέρας. Ο θυμός, ενίοτε έντονος, εξαναγκάζει την έφηβο να εγκαταλείψει το σπίτι. Ο κοινωνικός στιγματισμός της εφήβου και της οικογένειάς της είναι αναπόφευκτος. Εκτός από τα ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, υπάρχουν και ιατρικά προβλήματα που επιβαρύνουν την έφηβο.

Συνήθης αίτια εφηβικής εγκυμοσύνης :

- 1) Μεγάλη συχνότητα εγκυμοσύνης παρατηρείται 6 μήνες από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής της εφήβου.
- 2) Μια δεύτερη εγκυμοσύνη τείνει να επαναληφθεί μέσα στον ίδιο χρόνο.
- 3) Η έφηβος δεν απευθύνεται στον γιατρό έγκαιρα.
- 4) Άγνοια φυσιολογίας της σύλληψης και εγκυμοσύνης
- 5) Έλλειψη αντισυλληπτικών μεθόδων
- 6) Έναρξη της εμμήνου ρύσεως σε νεαρότερη ηλικία
- 7) Έλλειψη επικοινωνίας με τους γονείς
- 8) Προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης
- 9) Αδιαφορία για ακαδημαϊκή ή άλλη πρόοδο
- 10) Επίδραση του περιβάλλοντος
- 11) Οικογενειακοί και θρησκευτικοί παράγοντες

(Ιατράκης και συν. 2010)

ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Οι παραπάνω μελέτες , χωρίζουν την εφηβεία σε δυο ηλικιακές μονάδες :την πρόωμη εφηβεία (από 11 έως 15 ετών) και την όψιμη εφηβεία (16 έως 20 ετών).Μελετώντας την εφηβική κύηση στις δυο αυτές ομάδες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι έφηβες που είναι μεταξύ 16-20 ετών, δεν παρουσίαζαν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους .Η συχνότητα των επιπλοκών είναι ίδια με αυτή των γυναικών άνω των 20 ετών, επιπλέον οι έφηβες , που είναι μεταξύ 16-20 χρονών, παρουσιάζουν χαμηλότερη συχνότητα καισαρικών τομών σε σχέση με γυναίκες άνω των 20 ετών.

Αντίθετα με τα παραπάνω, οι έφηβες οι όποιες είναι μικρότερες των 16 ετών, παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα ιατρικών επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους .Τα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, περιγράφονται ακολούθως.

Νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης: Οι έφηβες έχουν περισσότερες επιπλοκές στην κύηση και υψηλή συχνότητα χαμηλού βάρους νεογνών σε σχέση με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.

Έχει παρατηρηθεί ότι οι έφηβες προσφεύγουν στον προγεννητικό έλεγχο πολύ αργότερα απ' ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες.

Τα χαμηλού βάρους νεογνά, ιδίως (< 1500 γρ.), κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό στην νεογνική θνησιμότητα στις ΗΠΑ. Ο αριθμός αυτός αυξάνει κάθε χρόνο.

Το 9,3% των νεογνών τα οποία έχουν γεννηθεί από έφηβες, είναι χαμηλού βάρους (<2500 γραμμ.). Επισημαίνεται ότι έφηβες μητέρες ηλικίας 11-15 ετών είναι 50% πιθανότερο να έχουν χαμηλού βάρους νεογνά απ' ότι οι μεγαλύτερες έφηβες.

Είναι η συχνότερη επιπλοκή της εφηβικής κύησης. Αν και δεν υπάρχει σαφής αιτιολογία, το χαμηλό βάρος γέννησης, αποδίδεται στην πτωχή διαιτητική αγωγή της μητέρας πριν, αλλά και κατά τη διάρκεια της κύησης, καθώς και σε χρήση φαρμάκων, καπνού, οινοπνεύματος, κατά τη διάρκεια της κύησης. Επίσης αγγειακές διαταραχές του μπορεί να συνυπάρχουν (όπως προεκλαμψία, διαβήτη κ.α.) συμβάλλουν στην καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου και στη γέννηση νεογνών χαμηλού βάρους.

Παράταση της διάρκειας του τοκετού: Είναι περισσότερο πιθανό οι έφηβες να παρουσιάσουν παράταση της διάρκειας του τοκετού, σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικίες. Αν και δεν υπάρχει ακριβής ερμηνεία, ίσως αυτό να οφείλεται στο ότι είναι πρωτότοκος, χρησιμοποιούνται λιγότερο τα ωκυτόκια φάρμακα ή να οφείλεται σε μικρότερη μυομήτριο δραστηριότητα. Η διάρκεια του τοκετού κυμαίνεται από 20-24 ώρες και η συχνότητα του παρατεταμένου αυτού τοκετού κυμαίνεται από 5,4%-18%

Αναιμία: οι βασικές ανάγκες σε θερμίδες, βιταμίνες και μέταλλα είναι αυξημένες στην εφηβική ηλικία γενικώς και ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Εύκολα γίνεται κατανοητό, ότι η έφηβη έγκυος έχει πιο αυξημένες ανάγκες για λήψη θρεπτικών συστατικών, σε σχέση με έγκυες εκτός εφηβείας. Μειωμένη λήψη σιδήρου και φιλικού οξέος, σε συνδυασμό με την πλημμελή διαιτητική αγωγή και την πλημμελή περιγεννητική φροντίδα, προκαλεί σιδηροπενική και μεγαλοβλαστική αναιμία, καταστάσεις που σχετίζονται και με την καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου, συνεπώς και με τη γέννηση νεογνού χαμηλού βάρους. Αντιμετώπιση της αναιμίας, απαιτεί βελτίωση της διαίτας και συμπληρωματική χορήγηση σκευασμάτων σιδήρου και φιλικού οξέος. Έγκυες έφηβες παρουσιάζουν αναιμία σε ποσοστό 20-35%, επίπεδα αιμοσφαιρίνης μικρότερα του 10mg/dl και επίπεδα αιματοκρίτη μικρότερα από 32%.

Υπερτασική νόσος της κύησης - προεκλαμψία - εκλαμψία: Η συχνότητα της προεκλαμψίας είναι υψηλότερη (10,6-18,9%) σε εγκυμοσύνες κάτω των 15 ετών, συγκρινόμενη με εκείνη σε γυναίκες άνω των 20 ετών (5%). Για τη συχνότερη εμφάνιση της προεκλαμψίας σε έφηβες γυναίκες, έχουν ενοχοποιηθεί οι διαιτητικές συνήθειες, η πλημμελής προγεννητική παρακολούθηση και η υπερβολική αύξηση βάρους. Εν τούτοις, περισσότερο επικρατεί η άποψη ότι η εμφάνιση της προεκλαμψίας οφείλεται στην ανωριμότητα των ανοσοβιολογικών μηχανισμών.

Εμβρυοπυελική δυσαναλογία: Η έφηβη μητέρα βρίσκεται σε μια περίοδο της ζωής της, όπου όλα τα όργανα μαζί και το εριστικό της σύστημα είναι σε διαρκή ανάπτυξη. Η πύελός της επομένως δεν έχει πάρει τις οριστικές της διαστάσεις, τις διαστάσεις δηλαδή της πυέλου μιας ενήλικου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρατηρούνται εμβρυοπυελικές δυσαναλογίες κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα: Αυξημένη συχνότητα γέννησης νεογνών χαμηλού βάρους από τις πολύ νεαρές μητέρες, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της

προγεννητικής θνησιμότητας. Μελέτες από την Αγγλία και τις ΗΠΑ, αναφέρουν υψηλότερη συχνότητα θανάτων στα παιδιά μητέρων ηλικίας κάτω των 15 ετών. Τα αίτια των θανάτων αποδόθηκαν στην προεκλαμψία, προωρότητα και τις συγγενείς ανωμαλίες .

Πολλοί ερευνητές συσχετίζουν το χαμηλό βάρος γέννησης στις πολύ νεαρές μητέρες με ανάπτυξη επιληψίας , εγκεφαλικής παράλυσης, πνευματικής καθυστέρησης, καθώς και κώφωσης και τύφλωσης στα νεογνά.

Τα νεογνά που γεννούνται από έφηβες κάτω των 16 ετών : έχουν τριπλάσιο κίνδυνο να πεθάνουν στη διάρκεια της νεογνικής περιόδου από τα νεογνά των εφήβων πάνω από 16 ετών και στην βρεφική περίοδο η συχνότητα βρεφικών θανάτων είναι διπλάσια ,για τα παιδιά των νεαρών εφήβων σε σχέση με τα παιδιά των γυναικών άνω των 20 ετών. Έρευνες έχουν δείξει ότι για την αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα ευθύνονται και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η φτώχεια ,οι κακές συνήθειες υγιεινής, η έλλειψη γνώσης και η ανευθυνότητα των εφήβων μητέρων να παρακολουθήσουν την ανάπτυξη των παιδιών τους και η αδυναμία να παρέχουν επαρκή και υπεύθυνη επίβλεψη των παιδιών τους. Εξάλλου, είναι παιδιά οι ίδιες ακόμη. Έρευνες έχουν δείξει επίσης, ότι τα παιδιά των εφήβων μητέρων παρουσιάζουν συχνότερα προβλήματα συμπεριφοράς και συγκεντρώνουν χαμηλό βαθμό στα τεστ νοημοσύνης σε σχέση με τα παιδιά των μητέρων πάνω από 20 ετών, που ανήκουν στο ίδιο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Πρόωρος τοκετός :Από έρευνες που έγιναν τα τελευταία χρόνια , φάνηκε ότι η πλημμελής προγεννητική φροντίδα των εφήβων εγκύων , συνδέεται με αυξημένη συχνότητα πρόωρου τοκετού. Η συχνότητα αυτή υπολογίζεται στο 21% για τις έφηβες κάτω των 15 ετών και 14,7 % για τις έφηβες άνω των 15ετών.Επίσης εντόπισαν διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης πρόωρου τοκετού μεταξύ των εφήβων πολύτοκων και των πολύτοκων άνω των 20 ετών. Συγκεκριμένα, έφηβη πολύτοκος κάτω των 15 ετών , η οποία στο παρελθόν παρουσίασε πρόωρο τοκετό, έχει πιθανότητα να ξαναπαρουσιάσει πρόωρο τοκετό 37%, σε σχέση με πολύτοκες άνω των 20 ετών , που η πιθανότητα αυτή είναι 8%. Η έρευνα αυτή δείχνει ότι η ελλιπής διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η συνεχής ανάπτυξη της μητέρας στην εφηβεία , επηρεάζουν την ανάπτυξη του εμβρύου , αλλά και τη διάρκεια της κύησης στις έφηβες πρωτότοκες κάτω των 15 ετών.

Κάποια βασικά χαρακτηριστικά της έφηβης εγκύου , τα οποία την κατατάσσουν σε έγκυο υψηλού κινδύνου για εμφάνιση πρόωρου τοκετού είναι:

1. Σύλληψη μέσα στα τρία πρώτα χρόνια από την σημηναρχία.
2. Χαμηλό σωματικό βάρος της γυναίκας
3. Ιστορικό φυσικής ή σωματικής κακοποίησης
4. Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της εφήβου και του συντρόφου της.
5. Κολπική αιμορραγία κατά τη διάρκεια των πρώτων 8 εβδομάδων της κύησης.

Μητρική θνησιμότητα: Οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται στην προεκταμένα, φλεγμονές της λοχείας και αιμορραγίες. Η έκτρωση επίσης, στην οποία καταφεύγει μεγάλο

ποσοστό εγκύων έφηβων αποτελεί κύρια αιτία μητρικής θνησιμότητας, λόγω σηψαιμίας και αιμορραγίας, κυρίως σε χώρες όπου δια νόμου, αποτελεί απαγορευμένη επέμβαση.

Επίσης οι έφηβες εύκολα μπορούν να νοσήσουν από λοιμώξεις, όπως η ερυθρά, η τοξοπλάσμωση, η ηπατίτιδα, ο έρπης των γεννητικών οργάνων. Αρκετά συχνή όμως είναι και η γλαυμοδιακή λοίμωξη, η οποία διαγιγνώσκεται διαμέσου καλλιέργειας των ενδοτραχηλικών εκκρινμάτων. Ακόμη, οι λοιμώξεις από σύφιλη ή AIDS θα πρέπει να αποκλειστούν.

Εκτός από όλα τα παραπάνω, η συχνότητα γεννήσεων παιδιών με τρισωμία 21 (σύνδρομο Down), είναι σχεδόν ίδια στις έφηβες, όσο και στις γυναίκες άνω των 40 ετών, χωρίς να έχουν διευκρινιστεί τα αίτια αυτού του φαινομένου. Αυξημένη είναι και η συχνότητα εμφάνισης φλεγμονών του κόλπου, ουρολοιμώξεων, πυελονεφρίτιδας και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, κυρίως λόγω απουσίας χρήσης προφυλάξεων κατά τη σεξουαλική επαφή, κακής υγιεινής των γεννητικών οργάνων, συχνής εναλλαγής συντρόφων κτλ.

Εφηβική κατάθλιψη: Έφηβες με κατάθλιψη είναι δυνατόν να έχουν πρόωρη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας και η εγκυμοσύνη αποτελεί ένα τρόπο αντιστάθμισης της κατάθλιψης. Αναφέρεται ότι έφηβες με κατάθλιψη στην μέση εφηβική ηλικία αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την έναρξη κύησης σε σύγκριση με έφηβες της μεγαλύτερης εφηβικής ηλικίας. Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει τις επιπτώσεις της κατάθλιψης στο έμβρυο και κατ' επέκταση στο νεογέννητο. Πρόωρος τοκετός, χαμηλού βάρους νεογνά και νεογνά υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης, συνδέονται με συμπτώματα κατάθλιψης της μητέρας.

Επιπλέον άγχος και κατάθλιψη στις αρχές της κύησης δύναται να ευθύνονται για την εμφάνιση προεκλαμψίας. Η post Partum κατάθλιψη (PPD) είναι μια από τις πιο συχνές και σοβαρές επιπλοκές της περιόδου της εφηβείας. Θεωρείται σημαντικός ο έλεγχος για την κατάθλιψη πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την κύηση στις έφηβες. Η χορήγηση φαρμάκων θεωρείται απαραίτητη μερικές φορές κατά την διάρκεια της κύησης. Παρ' όλα αυτά θα ανέμενε κανείς συχνότερη περίθαλψη αυτών των παιδιών. Η αλήθεια όμως είναι ότι δέχονται τη μισή ιατρική βοήθεια από τα άλλα παιδιά.

Ενδοκρινολογικά προβλήματα: Η εγκυμοσύνη μεταβάλλει τη φυσιολογική ενδοκρινολογική λειτουργία, καθώς επηρεάζει τη νεφρική λειτουργία με αύξηση GFR και μείωση TGT (tubular glucose transport), με την πλακουντιακή παραγωγή διαφόρων ορμονών, (και επιφέρει την ανοσολογική καταστολή). Πολλές ενδοκρινολογικές παθήσεις μπορεί να εμφανισθούν στη διάρκεια της κύησης στην εφηβεία.

Αυτές αφορούν παθήσεις της υπόφυσης (Sheehan's Syndrome) υπέρ και υποθυρεοειδισμό, παθήσεις των επινεφριδίων, υπερασβεστιαμία. Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης σε έφηβες έχει συχνότητα 0,3%. Από τους τύπους σακχαρώδους διαβήτη στην κύηση της εφηβείας, η αντιμετώπιση αφορά κυρίως τον ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη (IDDM).

Η ιδιαίτερη αντιμετώπιση στην εφηβεία του IDDM, πέραν της φαρμακευτικής Και διαιτητικής αντιμετώπισης, χρήζει και προγραμματισμού των κήσεων. Η εγκυμονούσα έφηβος με σακχαρώδη διαβήτη παρακολουθείται από ομάδα αποτελούμενη από Μαιευτήρα, Διαβητολόγο, Νοσηλεύτη εξειδικευμένο σε θέματα σακχαρώδους διαβήτη, Διαιτολόγο και Ψυχολόγο. Ο έλεγχος γίνεται από όλη την ομάδα, αρχικά κάθε δύο εβδομάδες και εβδομαδιαίως το τελευταίο τρίμηνο. Συχνός U/S έλεγχος και NST είναι απαραίτητα για την παρακολούθηση του “καλών έχειν” του εμβρύου.

Φυσικά, απαραίτητος είναι ο έλεγχος του σακχάρου με τις οδηγίες του ειδικού Διαβητολόγου. Συχνά, η έφηβος χρειάζεται εισαγωγή σε εξειδικευμένες μονάδες για τον έλεγχο της κατάστασης της. Η αποπεράτωση του τοκετού, όπως και στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας είναι συνάρτηση της εμβρυϊκής συμπεριφοράς. Όπως και οι άλλες γυναίκες, οι έφηβες, ιδιαίτερα οι παχύσαρκες ή με οικογενειακό, ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, ακολουθούν στην κύηση, τον έλεγχο για σακχαρώδη διαβήτη (έλεγχος σακχάρου μετά από χορήγηση γλυκόζης 50mg- καμπύλες σακχάρου κατά την 18η και 28η εβδομάδα της κύησης).

Αυτόματη έκτρωση: Η εκτίμηση της συχνότητας των αυτόματων εκτρώσεων στην εφηβική ηλικία είναι αρκετά δύσκολη. Τα ποσοστά, σύμφωνα με διάφορες έρευνες, κυμαίνονται από 5,4% έως 13%.

Αναφέρεται ότι στις ηλικίες 13 έως 14 ετών, οι αποβολές είναι πιο συχνές την 9η εβδομάδα κύησης, ενώ στις ηλικίες 16 έως 18 ετών, οι αυτόματες εκτρώσεις εμφανίζονται πιο συχνά, μετά τη 12η εβδομάδα κύησης. Συνολικά, ο μεγαλύτερος αριθμός αυτόματων εκτρώσεων συμβαίνει τα 2 πρώτα γυναικολογικά έτη. Όσον αφορά τα αίτια, είναι πάντοτε δύσκολο να εκτιμηθούν. Σχετικά με την ηλικία θα πρέπει να υπογραμμίσει κανείς ότι, εκτός των χρωμοσωμικών ανωμαλιών, η ανωριμότητα των αναπαραγωγικών οργάνων, η υποπλασία της μήτρας, οι ανωμαλίες της μήτρας, είναι σημαντικοί παράγοντες, υπεύθυνοι για τις αυτόματες εκτρώσεις στην εφηβική ηλικία. Δεν θα πρέπει να αγνοηθεί και ο ψυχολογικός παράγοντας. Οι κήσεις στην εφηβική ηλικία, πολλές φορές, είναι ανεπιθύμητες. Η επιλογή της εφήβου να φέρει σε πέρας την κύηση, έρχεται πολλές φορές σε αντίθεση με τα συναισθήματά της, ενώ η ψυχολογία είναι τελείως διαφορετική από εκείνη που γενικά χαρακτηρίζει μια κύηση. Η έφηβος, λόγω της ιδιαίτερης ψυχολογίας της, θα πρέπει να είναι έτοιμη, όσο το δυνατόν περισσότερο, να αντιμετωπίσει την εμπειρία του τοκετού. Η διαδικασία του τοκετού θα είναι πιο εύκολη, εάν η έφηβος είναι γνώστης όλων των σταδίων του τοκετού. Για το λόγο αυτό, η συμμετοχή της σε σεμινάρια ψυχοπροφυλακτικής πριν τον τοκετό, έχει ιδιαίτερη σημασία. Εάν για οποιονδήποτε λόγο, δεν έχει παρακολουθήσει τα κατάλληλα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή και μεγάλη ευαισθησία από το προσωπικό που θα τη βοηθήσει στον τοκετό. (Λώλη 2004)

7.2 Η ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΤΗΣ ΕΦΗΒΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Έρευνες που έγιναν κατά τη διάρκεια των περασμένων δεκαετιών , έδειξαν ότι τα παιδιά των έφηβων μητέρων δεν αντιμετωπίζονται και δεν έχουν την ίδια εξέλιξη με τα παιδιά των ενήλικων μητέρων. Παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα για νοητική και σωματική καθυστέρηση, μαθησιακές δυσκολίες , προβλήματα συμπεριφοράς και προσαρμογής , είναι πιο βίαια , ενώ έχουν αυξημένη πιθανότητα να γίνουν τα ίδια έφηβοι γονείς.

Πέραν από τα παραπάνω, στο παιδί της έφηβης μητέρας , το οποίο συνήθως είναι και παιδί εκτός γάμου, δημιουργούνται συχνά ψυχικά και νομικά προβλήματα. Σε αυτά προστίθενται τα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα της μητέρας. Παλιότερα το πρόβλημα ήταν σοβαρότερο . Η πολιτεία και ο κόσμος ξεχώριζε το νόθο παιδί από τα άλλα και το απομόνωνε από την κοινωνία, ακόμα και στην ενήλικη ζωή του.

Με την πάροδο του χρόνου , δημιουργήθηκαν βρεφονηπιακοί σταθμοί, στους οποίους η μητέρα μπορούσε να αφήσει το παιδί της ,αν η ίδια δεν ήθελε να το κρατήσει. Στα ειδικά αυτά κέντρα, το παιδί περνάει τον πρώτο καιρό της ζωής του, μέχρι να υιοθετηθεί από κάποιο ζευγάρι βάση της ισχύουσας νομοθεσίας .Με τον τρόπο αυτό η ανύπαντρη μητέρα απαλλάσσεται από το άγχος του παιδιού , ιδιαίτερα όταν αυτή βρίσκεται στην εφηβεία. Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι πολλές μητέρες σήμερα κρατούν οι ίδιες τα παιδιά τους ,ακόμα και όταν είναι έφηβες , με την υποστήριξη της οικογένειά τους , έστω και αν δεν παντρευτούν τον πάτέρα του παιδιού τους. Το γεγονός αυτό βοηθάει σ'ένα βαθμό στην ελάττωση των εκτρώσεων.

Η προσφορά κοινωνικών λειτουργών , ψυχολόγων, ψυχιάτρων ,νοσηλευτών , μαιευτήρων, μαιών και παιδιάτρων στο θέμα αυτό είναι μεγάλη. Οι παραπάνω ειδικοί στελεχώνουν τα διάφορα κέντρα , προσφέροντας τις υπηρεσίες τους με εχεμύθεια στην έφηβη μητέρα και το εξώγαμο παιδί.

Οι μαιευτήρες - γυναικολόγοι και οι νοσηλευτές , γνώστες του προβλήματος από την αρχή της εγκυμοσύνης, δείχνουν ιδιαίτερη ευαισθησία στις περιπτώσεις αυτές , αποφεύγοντας κατά το δυνατό κάθε ενεργεία που θα μπορούσε να τραυματίσει τον ψυχικό κόσμο της έφηβης μητέρας.

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια , σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας , οι γεννήσεις των παιδιών εκτός γάμου ως προς το σύνολο των νόμιμων γεννήσεων παραμένουν σταθερές με διακύμανση 2 έως 2,5 ανά 100 νόμιμες γεννήσεις (www.statistics.gr).

Με βάση τα ίδια στοιχεία το ποσοστό των εκτός γάμου γεννήσεων είναι υψηλότερο στις αστικές περιοχές συγκριτικά με τις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Τα ποσοστά παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις ανά περιοχή.

Χαρακτηριστικό θα ήταν να αναφερθεί ότι σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες , η αναλογία εκτός γάμου προς τις νόμιμες γεννήσεις είναι 8% μέχρι και 25%, με προοπτική αύξησης τα τελευταία χρόνια.

Στις προοδευτικές κοινωνίες το στίγμα του νόθου παιδιού σιγά-σιγά παύει να αξιολογείται. Όμως τα νομικά δικαιώματα και οι κοινωνικές παροχές , τόσο για την ανύπαντρη μητέρα , όσο και για το παιδί, δεν έχουν πραγματικά βελτιωθεί.

Ουσιαστικά, εκείνοι που μπορούν να βοηθήσουν την ανύπαντρη μητέρα , είναι οι οικογένειά της και το περιβάλλον της , που θα πρέπει να συζητήσουν το θέμα της πατρότητας με το θεωρούμενο φυσικό πατέρα. Οι ανύπαντρες μητέρες , ανεξάρτητα από τη στάση του πατέρα ,θα πρέπει πρώτα από όλους τους άλλους να συνειδητοποιήσουν , να αποδεχτούν και να αποφασίσουν τον ερχομό του παιδιού τους. Συνήθως οι άντρες, ανύπαντροι ή παντρεμένοι, είναι φύσει και θέση πιο αποστασιοποιημένοι από το θαύμα της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της διαπαιδαγώγησης (Ντόλτο Φ.&Ντόλτο Τ.2008).

7.3 ΕΦΗΒΙΚΟΙ ΓΑΜΟΙ

Οι προϋποθέσεις του γάμου στην κοινωνία μας είναι πολύπλοκες και δύσκολα ανταποκρίνεται κανείς σε αυτές ,σε οποιαδήποτε ηλικία , όπως οδυνηρά αποδεικνύει ο σταθερά αυξανόμενος ρυθμός διαζυγίων . Και τα βάρη είναι πολύ περισσότερα για τους παντρεμένους έφηβους , που μπορεί ακόμα να προσπαθούν να ολοκληρώσουν την εκπαίδευση τους , να καθιερωθούν σε μια δουλειά ή απλώς να αποφασίσουν ποιός είναι στην πραγματικότητα και τι θα ήθελαν να είναι. Ακόμα, οι παντρεμένοι έφηβοι δεν έχουν συνήθως οικονομική ασφάλεια ή εξαρτώνται από τους γονείς τους για οικονομική υποστήριξη, καταστάσεις που μπορεί να δημιουργήσουν πρόσθετα προβλήματα.

Οι εφηβικοί γάμοι περιπλέκονται ακόμα περισσότερο, γιατί συχνά είναι αποτέλεσμα εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με διαφορές μελέτες, είναι αρκετά μεγάλο το ποσοστό κοριτσιών που έμειναν έγκυες πριν το γάμο, που ήταν κάτω από 18 ετών και σχεδόν όλες δεν ξεπερνούσαν τα 21 έτη. Διάφορες μελέτες επίσης δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό των δεκαεξάχρονων και δεκαεπτάχρονων κοριτσιών οδηγούνται στο γάμο, εξαιτίας μιας εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις αυτές , που η επιλογή συντρόφου γίνεται υπό την πίεση μιας εγκυμοσύνης , είναι πολύ πιθανόν ότι αν εξέλειπε η παράμετρος αυτή ,ενδεχομένως οι νέοι να μην παντρεύονταν το συγκεκριμένο άνθρωπο. Ακόμα κι αν η επιλογή τους είναι να παντρευτούν αυτό τον άνθρωπο , είχαν πολύ λίγο χρόνο να γνωρίσουν ο ένας τον άλλον και να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις του γάμου, πριν αναλάβουν τις ευθύνες και τους περιορισμούς ενός παιδιού.

Επομένως δεν είναι περίεργο που στα πέντε πρώτα χρόνια του γάμου το ποσοστό των διαζυγίων, για τους άντρες και τις γυναίκες που παντρεύτηκαν κάτω απ την ηλικία των 20 ετών, είναι διπλάσιο από το ποσοστό διαζυγίων εκείνων που παντρεύτηκαν σε μεγαλύτερη ηλικία. Το ποσοστό αυτό, παραμένει σταθερά μεγαλύτερο, σε οποία εποχή του γάμου κι αν έρχεται το διαζύγιο. Ακόμη, όσο πιο νέοι είναι οι δυο σύντροφοι όταν παντρεύονται, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες διαζυγίου. Αυτό βεβαίως δεν πρέπει να το γενικεύουμε και δε σημαίνει ότι οι εφηβικοί γάμοι δεν μπορούν να πετύχουνε τη βοήθεια και την υποστήριξη της οικογενείας, του σχολείου και των άλλων κοινωνικών θεσμών, ένας σημαντικός αριθμός τέτοιων γάμων είναι επιτυχημένοι, παρόλο τις τεράστιες δυσκολίες που συναντούν. (Ντόλτο Φ.&Ντόλτο Τ.2008).

7.4 Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ ΠΑΤΕΡΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η περίοδος της εγκυμοσύνης αποτελεί και για τον άνδρα μια κατάσταση ψυχολογικής κρίσης ή επανεπεξεργασίας της προηγούμενης ζωής του. Η ψυχική εργασία του άνδρα κατά την περίοδο αυτή θα μπορούσε να παραλληλιστεί ίσως με τη ψυχική μεταμόρφωση κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Βέβαια αυτή δεν εκφράζεται με τον ίδιο τρόπο όπως στη γυναίκα. Ας μην ξεχνάμε όμως, τι είναι κοινωνικά επιτρεπτό για τον άνδρα και τι για τη γυναίκα στη συγκεκριμένη περίπτωση.

Ξεφεύγοντας από την υπαρξιακή προβληματική, μπορούμε να αναφερθούμε σε έρευνες πιο συγκεκριμένες που ψάχνουν το είδος και τη συχνότητα των σωματικών συμπτωμάτων των ανδρών, των οποίων η γυναίκα περιμένει παιδί. Διάφορες στατιστικές αναφέρουν συμπτώματα όπως ναυτία, έμετο, ανορεξία, κοιλιακά άλγη, «φουσκώματα», πόνους στη μέση, αύξηση βάρους. Τα ποσοστά κυμαίνονται από 25% έως 65%. Πολλοί άνδρες σταματούν το κάπνισμα ή αλλάζουν τη διατροφή τους. Ανάλογα συναισθήματα με τη μητέρα, παρατηρηθήκαν και σε άνδρες που παρακολούθησαν τη γέννα του πρώτου τους παιδιού τους με καλή υγεία.

Αντιλαμβανόμαστε, ότι ο ρόλος του πατέρα μπορεί να είναι σημαντικός στην πρόωμη αλληλεπίδραση και στην εγκαθίδρυση του δεσμού με το βρέφος, αρκεί βεβαίως να παρεμβάλλεται και αυτός από νωρίς σε όλο αυτό το παιχνίδι της συναισθηματικής συνδιαλλαγής με το παιδί. Στην περίπτωση αυτή, οι ιδιομορφίες της αλληλεπίδρασης πατέρα-παιδιού (κυρίως μέσω του παιχνιδιού), δείχνουν να συμβάλλουν στην εγρήγορση του βρέφους και στην ικανότητά του για διαφοροποίηση προσώπων και καταστάσεων.

Η επιθυμία για παιδί στους άνδρες και το δέσιμο πατέρα - παιδιού, σχετίζονται με το πολύπλοκο «μεικτό» παιχνίδι αντιτιθέμενων δυνάμεων, μέσα από το οποίο διαμορφώνεται η ανδρική ταυτότητα και το οποίο ενσωματώνει συγχρόνως «μητρικές» ταυτίσεις καθώς και ταυτίσεις με «αρσενικές» συμπεριφορές. Ένα αγόρι, πρέπει βαθμιαία να μπορέσει να παραιτηθεί από την επιθυμία του να γίνει ακριβώς όπως η μητέρα του. Το να γίνει κάποιος πατέρας, είναι και μια μακρόχρονη διαδικασία «ανάπτυξης» (ή εξέλιξης), που αναφέρεται και στις προηγούμενες γέννες. Τα παιδιά, τείνουν να βοηθήσουν αυτή την «ανάπτυξη», των πατέρων τους, προσπαθώντας από πολύ μικρά να τραβήξουν την προσοχή τους.

Αν είναι ένας σημερινός άνδρας έτοιμος για όλα αυτά, αυτό είναι μια άλλη ιστορία. Σίγουρα, έχει πιο πολλές ικανότητες από ότι φαντάζεται, αν το επιτρέψει στον εαυτό του και αν του επιτραπεί κοινωνικά.

Συνοψίζοντας τις έρευνες που έχουν γίνει κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών ζωής του παιδιού, περίοδος κατά την οποία αυτό γίνεται «κοινωνικό», θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι πατέρες έχουν σημαντικές δυνατότητες αλληλεπίδρασης με το παιδί, ίσως τις ίδιες με τις μητέρες. Σε παρόμοια συμπεράσματα οδηγούν και οι έρευνες της περιόδου 6-24 μηνών του παιδιού (Grant -Hillard, 1996)

Τα στοιχεία που έρχονται στο φως από τις παραπάνω έρευνες, θα μπορούσαν ίσως να οδηγήσουν σε μια υπεραπλούστευση. Να πιστέψουμε δηλαδή, ότι αρκεί μια μεγαλύτερη συμμετοχή του πατέρα, ώστε να ισορροπήσουν τα πράγματα. Με άλλα λόγια να θέσουμε το πρόβλημα μόνο με ποσοτικούς ορους. Θα χάναμε έτσι το νόημα της δυναμικής των σχέσεων

μητέρας - παιδιού, και θα μπορούσαμε συγχρόνως να οδηγηθούμε σε μια ψευδαίσθηση . Αυτή θα ήταν το σβήσιμο κάθε διαφοράς μεταξύ ανδρών και γυναικών στη σχέση τους με το παιδί .Να πιστέψουμε δηλαδή, πως κάνουν και οι δυο τα ίδια πράγματα και άρα , το μόνο που μένει είναι να μοιραστεί επακριβώς στα μισά ο χρόνος απασχόλησής τους. Στην ακραία λογική μια τέτοια σκέψη, θα μπορούσε να υποκαταστήσει τελείως τη μητέρα από τον πάτέρα. Πρόκειται για μια λογική κατάργησης των φύλων.

Η διαφοροποίηση πατέρα-μητέρας είναι πολύ σημαντική για το παιδί.

Η πρώιμη ενασχόληση του πάτέρα με το παιδί, δε σημαίνει απλώς «ξαλάφρωμα» , της μητέρας . Σημαίνει επίσης κοντινότερη σχέση μαζί του , αλλά και «άνοιγμα» του παιδιού σε καινούριες καταστάσεις και εμπειρίες, βοήθεια ώστε μια δυαδική σχέση μητέρας-παιδιού, να μη γίνει αποπνικτική.

Η παρεμβολή του πάτέρα , εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από αυτό που θα ονομάζαμε επιθυμία της μητέρας. Η μητέρα αναγνωρίζει αρχικά τον πατέρα , του ορίζει μια θέση σε σχέση με το παιδί και κανονίζει την είσοδο του πάτέρα στη σχέση αυτή. Κανένας πατέρας δεν μπορεί να έχει την «αντικειμενική», σιγουριά της πατρότητας, όπως την έχει η μητέρα για την μητρότητα. Η ματιά της μητέρας δίνει την τελική σιγουριά στον πάτέρα. Η μητέρα θα μεταβιβάσει αρχικά την εικόνα του πάτέρα στο παιδί.

Στο σημείο αυτό χρειάζεται προσοχή .Η επιθυμία της μητέρας, δεν θα πρέπει να αποτελέσει τον όρο που επιστρέφει το «σφάλμα», στη μητέρα. Να γίνει δηλαδή ένα νέο πρόσχημα (ψυχολογικό αυτή τη φορά), πίσω από το οποίο μπορεί εκ νέου να κρυφτεί η απουσία του πάτέρα.

Μια νέα δυναμική στις σχέσεις γονιών - παιδιού, αποτελεί πια μια δυνατότητα. Οι κοινωνικές αλλαγές την καθιστούν εφικτή, οι ψυχολογικές αλλαγές θα την επιτάχυναν. Η επιθυμία της μητέρας να επιτρέψει στον άνδρα της τη συμμετοχή του από νωρίς στην εγκυμοσύνη ,στη γέννα, στη φροντίδα , μπορεί να συμπέσει με την επιθυμία του πατέρα να μείνει κοντά της από την πρώτη στιγμή. Η σύμπτωση των επιθυμιών επιτρέπει αλλαγές και έντονα νέα συναισθήματα. Για τον άνδρα είναι μια μοναδική ευκαιρία να γίνει μητέρα ,όχι τόσο μητέρα του παιδιού του ,όσο μητέρα της μητέρας του παιδιού του(ειδικά τους πρώτους μήνες). Αυτή η εμπειρία επιτρέπει στον άνδρα να ξεφύγει από ορισμένα στερεότυπα του ρόλου του , γεγονός που δεν περνά αδιάφορο για τη γυναίκα.

- Οι πατεράδες των παιδιών που γεννιούνται από έφηβη μητέρα - έφηβο πατέρα.

Οι πατεράδες των παιδιών που γεννιούνται από έφηβες μητέρες έχουν συγκεντρώσει την προσοχή των πιο πρόσφατων ερευνών. Σχεδόν τα 2/3 των έφηβων μητέρων έχουν συντρόφους μεγαλύτερους των 20 ετών.

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι έφηβες μητέρες οι οποίες έχουν ενηλίκους συντρόφους μπορεί να είναι θύματα σεξουαλικής κακοποίησης.

Οι έφηβοι πατέρες είναι παρόμοια περίπτωση με τις έφηβες μητέρες.

Αν και ο ρόλος τους στη εφηβική εγκυμοσύνη δεν έχει μελετηθεί διεξοδικά, από κάποιες πρόσφατες έρευνες, διαπιστώνεται ότι οι ανάγκες τους και οι ανησυχίες τους συμπίπτουν με τις ανάγκες και τις ανησυχίες των έφηβων μητέρων.

1. Εμπλοκή των έφηβων αγοριών στην εγκυμοσύνη:

α. Μονό 26% των ανδρών εμπλέκονται σε εγκυμοσύνη έφηβων γυναικών κάτω των 18 ετών. Και στη περίπτωση αυτή το 35% εξ' αυτών είναι ηλικίας μεταξύ 18-19 ετών και 39% εξ' αυτών είναι τουλάχιστον 20 ετών. (Guttmacher, 2001). Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν ότι τα έφηβα αγόρια έχουν λιγότερες πιθανότητες από τα έφηβα κορίτσια, να εμπλακούν σε μια εγκυμοσύνη.

β. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δείχνουν ευαισθησία όσον αφορά τις σχέσεις των έφηβων . Παρότι είναι δικαιολογημένη η αυξανόμενη ανησυχία σχετικά με τους έφηβους πατεράδες, για το κατά πόσο είναι υπεύθυνοι και κατάλληλοι να δεσμευτούν και να στηρίξουν τη σύντροφο και παιδί τους, αρκετοί από αυτούς είναι πρόθυμοι να το κάνουν, αλλά απουσιάζουν οι κατάλληλες υποδομές και η βοήθεια από το κράτος. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι γνώστες των προγραμμάτων και των υπηρεσιών που λειτουργούν στην κοινότητα και αφορούν τους έφηβους γονείς.

2. Επιπτώσεις της εφηβικής κύησης στο έμβρυο

Οι επιπτώσεις σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι αντίστοιχες με αυτές που αφορούν τις έφηβες μητέρες. Έτσι:

α. Οι περισσότεροι από τους έφηβους , οι όποιοι γίνονται πατέρες κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους , δεν τελειώνουν το λύκειο. Οι έφηβοι οι οποίοι δεν έχουν παιδί ή αυτοί που αποκτούν μετά τα 20 έτη , εγκαταλείπουν την εκπαίδευσή τους σε ποσοστό 14,1%. Το ποσοστό αυτό , αν το εξετάσουμε μεμονωμένα είναι μεγάλο. Αν το συγκρίνουμε όμως με το ποσοστό των ανύπαντρων έφηβων , ηλικίας 11-17 ετών, που εγκαταλείπουν το σχολείο, το οποίο είναι 40,7% καθώς και με το ποσοστό των νυμφευμένων εφήβων πατεράδων , που εγκαταλείπουν το σχολείο, το οποίο είναι 61,5%, θα διαπιστώσουμε την τεράστια διαφορά .

β. Μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά των έφηβων πατεράδων , μεγαλώνοντας έχουν αυξημένη πιθανότητα να γίνουν και οι ίδιοι έφηβοι γονείς.

γ. Λόγω της εγκατάλειψης της εκπαίδευσης τους , οι έφηβοι πατέρες , έχουν μειωμένες πιθανότητες, διεκδίκησης κατάλληλων επαγγελματικών ευκαιριών ,συνεπώς και μειωμένες πιθανότητες διεκδίκησης ικανοποιητικών απολαβών. Αυτό έχει άμεση επίπτωση τόσο στη δική τους κοινωνικοοικονομική υπόσταση, όσο και στον παιδιών τους. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι το χαμηλό βιοτικό επίπεδο συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων. (Elsevier, 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΥΨΗΣΗΣ

Η ψυχοκοινωνική εξέλιξη και ανάπτυξη του εφήβου συνεχίζεται για αρκετό καιρό μετά τη σεξουαλική του ωριμότητα. Σ' αυτόν τον τομέα η εφηβική εγκυμοσύνη δημιουργεί τις μεγαλύτερες και τυπικά τις πιο ανεπιθύμητες επιπλοκές . Αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής αποκατάστασης, ενώ επιδρά και στην αλλαγή της οικογενειακής κατάστασης της εγκύου εφήβου .Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει και απομάκρυνση του παιδιού απ' τον πάτέρα , ο οποίος συνήθως είναι και ο ίδιος έφηβος και δεν είναι έτοιμος να αναλάβει τον πατρικό του ρόλο .Ακόμη όμως κι αν οι έφηβοι παντρευτούν λόγω της εγκυμοσύνης είναι αυξημένη η πιθανότητα του διαζυγίου, λίγα χρόνια μετά το γάμο . Αυξημένος είναι και ο κίνδυνος μιας δεύτερης εγκυμοσύνης πριν από την ολοκλήρωση της εφηβείας.

Από μελέτες που έχουν γίνει , φαίνεται ότι μόνο το 50% των εφήβων εγκύων ολοκληρώνουν τη βασική εκπαίδευση , σε αντίθεση με το 97% των μη εγκύων εφήβων (Guttmacher, 2001). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία διεκδίκησης κατάλληλων επαγγελματικών ευκαιριών από την έφηβο μητέρα, γεγονός που δημιουργεί οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα, τόσο στην ίδια, όσο και στο παιδί της .Μερικά από αυτά είναι η φτώχεια, πλημμελής διατροφή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και γενικότερα χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο. Μελέτες δείχνουν ότι ακόμη και μετά την πάροδο δυο δεκαετιών απ' τη γέννηση του παιδιού τους, οι έφηβες μητέρες δεν είναι οικονομικά ανεξάρτητες και το βιοτικό τους επίπεδο δεν είναι το καλύτερο δυνατό.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρουμε ότι κάποιες από τις έφηβες συνεχίζουν την εκπαίδευσή τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της μητρότητάς τους. Παράγοντες που σχετίζονται με αυτή την επιλογή είναι η φυλή/εθνογενεα, σε ολιγομελή οικογένεια, το γεγονός ότι η δική τους μητέρα ήταν εργαζομένη ,το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων τους , καθώς και η στήριξη από την οικογένειά τους.

Όσον αφορά τον ψυχολογικό τομέα, είναι γνωστό ότι η περίοδος της λοχείας είναι ένα διάστημα στη ζωή κάθε μητέρας, που υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση κατάθλιψης, η οποία είναι γνωστή ως επιλόχεια κατάθλιψη, Μελέτες δείχνουν ότι η πιθανότητα για εμφάνιση της κατάθλιψης της λοχείας αυξάνεται στις έφηβες μητέρες και τα ποσοστά εμφάνισης κυμαίνονται από 8 - 59% . Η κατάθλιψη της λοχείας στην έφηβο μητέρα σχετίζεται με αρνητική μητρική συμπεριφορά. Συχνά παρουσιάζει άρνηση προς το νεογνό της, αδιαφορία και σε ακραίες περιπτώσεις φτάνει και σε κακοποίηση του νεογνού. Ειδικά όταν υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής, σωματικής ή ψυχολογικής κακοποίησης στην ίδια κατά την παιδική της ηλικία, ο κίνδυνος αυτός πολλαπλασιάζεται. Οι έφηβες με ιστορικό κακοποίησης, πέρα από χρόνια κατάθλιψη που ενδεχομένως παρουσιάζουν, συχνά έχουν και αυτοκτονικές τάσεις. Οι τάσεις αυτές γίνονται πιο έντονες στην ευαίσθητη περίοδο της λοχείας. Έφηβες με χρόνια κατάθλιψη, είναι λιγότερο υπομονετικές με το νεογνό τους και εμφανίζουν ανεύθυνη και επικίνδυνη συμπεριφορά.(Ιατράκης και συν. 2010)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ Ή ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

9.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΑΓΩΓΗ Ή ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Η γενετήσια αγωγή αναφέρεται στις αρχές, σύμφωνα με τις οποίες γίνεται η ενημέρωση του παιδιού ή του εφήβου πάνω στα θέματα των γεννητικών λειτουργιών και η διαφώτισή του ως προς τη στάση που πρέπει να τηρείται στις παρορμήσεις του γεννητικού ενστίκτου. Οι σχέσεις των φύλων αναφέρονται επίσης και ως σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Το θέμα γύρω από την γενετήσια αγωγή, παρουσιάζεται σήμερα με πολλές αντιθέσεις και πολύ σύγχυση. Η ευαισθησία των γονέων και παιδιών και μερικές φορές οι αντίθετες απόψεις μεταξύ κράτους, κοινωνίας και θρησκείας, προκαλούν την μεγαλύτερη δυσκολία στην επιμόρφωση της νεολαίας σε θέματα γενετήσιας αγωγής. Η παρατήρηση αυτή, δε μπορεί ούτε στο ελάχιστο να δικαιολογήσει την ανεπάρκεια συστηματικής εκπαίδευσης πάνω στα θέματα αυτά σε αρκετές χώρες, μεταξύ των οποίων και η δική μας.

Η ανάγκη για επιμόρφωση ή τουλάχιστον ενημέρωση των εφήβων πάνω στα θέματα γενετήσιας αγωγής, είναι επιβεβλημένη και αποτελεί υποχρέωση του κράτους και της οικογένειας. Οι έφηβοι από την πλευρά τους, δείχνουν μεγάλη επιθυμία να λύσουν έγκαιρα τις απορίες τους πάνω σε θέματα «επαφών» με το άλλο φύλλο. Αυτό φαίνεται από έρευνες που έχουν γίνει σε σχολεία της χώρας μας, με τις οποίες προκύπτει ότι τα παιδιά αναζητούν, με μεγάλο ενδιαφέρον, πληροφορίες πάνω σε θέματα σεξ και αντισύλληψης. (Κρεατσάς,2003).

9.2 ΠΟΤΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΜΑΘΑΙΝΕΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΕΞ

Από μελέτες που έγιναν στην Αγγλία, βρέθηκε ότι μεταξύ 6ου-7ου έτους της ηλικίας, το παιδί αρχίζει να αποκτά τις πρώτες εντυπώσεις γύρω από την ύπαρξη και τις διαφορές των γεννητικών οργάνων μεταξύ των δύο φύλων. Οι εντυπώσεις αυτές, σχηματίζονται νωρίτερα σε παιδιά που έχουν αδέρφια του αντίθετου φύλου. Αργότερα, μερικά παιδιά, έχουν την τύχη να ενημερώνονται από τους γονείς τους ή να επιμορφώνονται σε θέματα αναπαραγωγής στο σχολείο.

Μια άλλη μελέτη, πάλι από την Αγγλία, δείχνει ότι σε 1500 παιδιά ηλικίας 15-19 ετών και των δύο φύλων, είχαν μάθει για θέματα αναπαραγωγής, τα μεν αγόρια σε ηλικία γύρω στα 10,3 έτη, τα δε κορίτσια σε ηλικία γύρω στα 10 έτη. Από την ίδια μελέτη φαίνεται ότι η εκπαίδευση στο σχολείο σχετικά με την αντισύλληψη, άρχισε κατά μέσο όρο στα 14 και 14,4 χρόνια για τα αγόρια και τα κορίτσια αντίστοιχα. (Κρεατσάς,2003).

9.3 Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Όσον αφορά την ευθύνη της οικογένειας, το παιδί πρέπει να έχει την ευκαιρία να μαθαίνει από τους γονείς του για την σεξουαλική εμπειρία, μια από τις σημαντικότερες στη ζωή του ανθρώπου, εξάλλου οι γονείς είναι τα πιο κατάλληλα άτομα για να του εξηγήσουν τα σχετικά με την σεξουαλική ζωή γεγονότα. Αν το σκεφτούμε λογικά, δεν υπάρχει κανένας λόγος να κρύβουν οι γονείς τις λεπτομέρειες της αναπαραγωγής ή του σεξ από τα παιδιά

τους. Παρ' όλη, όμως, την αναγκαιότητα της σεξουαλικής ενημέρωσης, υπάρχουν πολλοί γονείς που είτε συναντούν δυσκολίες είτε αντίθετοι με αυτή την άποψη.

Οι λόγοι που εμποδίζουν τους γονείς να συζητούν με τα παιδιά τους γι' αυτό το θέμα είναι πολλοί. Αρκετοί πιστεύουν πως η ανθρωπινή σεξουαλικότητα είναι ένα απλό φαινόμενο, που μαθαίνεται τελείως φυσικά, ενώ φοβούνται ότι η επιστημονική γνώση καταστρέφει το μυστήριο και την ιερότητα του σεξ και περιορίζει έτσι την μελλοντική απόλαυση. Άλλοι έχουν συναισθηματικής φύσεως αντιρρήσεις, φοβούμενοι μήπως ξεπέσουν στα μάτια των παιδιών τους. Αυτός ο φόβος όμως δείχνει μια δική τους αρνητική στάση απέναντι στο σεξ το οποίο θεωρούν βρώμικο ή κάτι απαγορευμένο. Άλλοι πάλι δεν έχουν και οι ίδιοι ξεκαθαρίσει τη στάση τους γύρω από αυτό.

Πολλοί είναι αυτοί που αρνούνται την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, υποστηρίζοντας ότι, αν το παιδί τους γνωρίζει το σεξ, θα θελήσει να πειραματιστεί. Το ότι το παιδί όμως θα δεχτεί τις πληροφορίες σχετικά με το σεξ και θα τις θέσει αμέσως σε εφαρμογή, αποτελεί πλήρη παρεξήγηση. Η παρεξήγηση αυτή επικρατεί, γιατί οι ενήλικοι έχουν την τάση να προβάλλουν τα δικά τους συναισθήματα στο παιδί. Οι ερωτήσεις του παιδιού προέρχονται από πνευματική περιέργεια, γιατί θέλει να καταλάβει τον κόσμο καλύτερα. Η γνώμη για το σεξ δεν επηρεάζει το βαθμό πειραματισμού, όταν η γνώση αρχίζει μέσα στην φυσιολογική διαδρομή της συγκινησιακής ανάπτυξης του παιδιού. Στην πραγματικότητα, πολλά παιδιά που δεν γνωρίζουν τα γεγονότα, αρχίζουν να πειραματίζονται την ίδια εποχή με τους περισσότερο ενημερωμένους φίλους τους.

Υπάρχουν όμως και εκείνοι οι γονείς που παραδέχονται την ανάγκη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, μα αισθάνονται αδύναμοι ή απροετοίμαστοι να μιλήσουν οι ίδιοι με τα παιδιά τους. Η ανησυχία τους δεν είναι αδικαιολόγητη. Τους λείπουν οι βασικές γνώσεις σχετικά με το πώς θα συζητήσουν το θέμα αυτό με τα παιδιά τους (ίσως γιατί θυμούνται τις δικές τους τραυματικές εμπειρίες και συγκεκριμένες ιδέες, οι οποίες συχνά προέρχονται από παρανοήσεις που είχαν δημιουργηθεί από λάθος πληροφορούμενα άτομα) κι έπειτα ούτε οι ίδιοι, πολλές φορές, είναι αρκετά ενημερωμένοι έτσι ώστε, να μπορούν να απαντήσουν στα ερωτήματα των παιδιών. Αυτοί οι γονείς συχνά παραπέμπουν τα παιδιά τους σε κάποιο βιβλίο ή σπανιότερα σε κάποιο ειδικό.

Τα παιδιά σε αυτήν την περίπτωση χάνουν την εμπιστοσύνη τους προς τον γονέα, ο οποίος αδυνατεί να απαντήσει τις απορίες τους και αναζητεί την πληροφόρηση σε πηγές που δεν ανήκουν στο οικογενειακό περιβάλλον, όπως φίλοι, τα έντυπα και τα θεάματα. Το μεγάλο μειονέκτημα, όμως, όλων αυτών των πηγών πληροφόρησης είναι η διαστρέβλωση της πραγματικότητας, η καλλιέργεια φόβου, ντροπής, ενοχής ή υπερβολικών προσδοκιών. Η λανθασμένη πληροφόρηση και η άγνοια δημιουργούν συνήθως αρνητικές πεποιθήσεις και στάσεις απέναντι στο σεξ, που μπορεί να προκαλέσουν ακόμη σεξουαλικές δυσλειτουργίες.

Αντιθέτως, η σωστή ενημέρωση περιορίζει την σεξουαλική ενοχή, δημιουργεί μια πιο ανεκτική στάση απέναντι στο σεξ, που μπορεί να προκαλέσουν ακόμη και σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Επίσης, η σωστή ενημέρωση δημιουργεί μια πιο ενημερωμένη στάση απέναντι στις απόψεις των άλλων και καλλιεργεί μεγαλύτερη υπευθυνότητα στην προσωπική σεξουαλική ζωή. Οι ίδιοι οι γονείς πρέπει να παίρνουν την πρωτοβουλία και την ευθύνη να διαπαιδαγωγήσουν σεξουαλικά το παιδί τους, γιατί με αυτόν τον τρόπο έχουν την ευκαιρία να μαθαίνουν τι γνωρίζει και να ξεκαθαρίσουν οποιαδήποτε συγκεχυμένη ιδέα μπορεί να έχει.

Το παιδί από την πλευρά του δεν αισθάνεται ένοχα ή αμήχανα για να συζητήσει με τους γονείς του κάποιο θέμα σχετικό με το σεξ, ενώ τους εμπιστεύεται και τους θεωρεί ικανούς να λύσουν τις όποιες απορίες του. Έτσι οι γονείς έχουν την ευκαιρία να ελέγχουν καλύτερα το είδος των πληροφοριών που παίρνει το παιδί. Ο οποιοσδήποτε άλλος δεν έχει - κατά πάσα πιθανότητα - την ίδια ευαισθησία απέναντι στο παιδί και είναι πολύ πιθανόν ότι ο πατέρας ή η μητέρα μπορεί να μεταδώσει το σχετικό μήνυμα προς το παιδί πολύ πιο σωστά. (Καππάτου 2007)

9.4 ΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ/ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η Αγωγή και Προαγωγή της υγείας είναι ένα θέμα με ιδιαίτερη σημασία στην εποχή μας. Διεθνείς Οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το συμβούλιο της Ευρώπης και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα συμφωνούν ότι η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας είναι η πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος για την πρόληψη και βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και του περιβάλλοντος. Η μετάδοση έγκυρων γνώσεων η ενίσχυση της προσωπικότητας και η ανάπτυξη δεξιοτήτων στη λήψη αποφάσεων είναι τα θέματα που προβάλλονται από τη σύγχρονη προσέγγιση τέτοιων προγραμμάτων και συμβάλουν στον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου και της υγείας του.

Στις χώρες της Βορείου Ευρώπης η εναντίωση στη σεξουαλική αγωγή στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση απαντάται σπάνια και προέρχεται από μικρές μειονότητες της κοινωνίας, οι αντίστοιχες δυνάμεις στις Η.Π.Α. έχουν πολύ μεγαλύτερη επιρροή. Τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής, όπως και οι ρητές πληροφορίες σχετικά με την αντισύλληψη, την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (STD) και τις επιλογές συμπεριφοράς, απαγορεύονται για λόγους αρχών σε περίπου 50% του συνόλου των σχολείων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στις Η.Π.Α., ενώ αυτό συμβαίνει μόνο σε 7% του συνόλου των σχολείων της Ολλανδίας. Στην Ολλανδία, η σεξουαλική αγωγή στοχεύει στην υποστήριξη των εφήβων προκειμένου να κάνουν τις δικές τους αυτόνομες επιλογές βάσει της δικής τους συναισθηματικής και σεξουαλικής ανάπτυξης.

Υπάρχει πληθώρα πειστικών επιστημονικών αποδείξεων ότι αυτού του είδους η σεξουαλική αγωγή δεν οδηγεί σε πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, ενώ επηρεάζει θετικά τα ποσοστά κήσεων, τεχνητών εκτρώσεων και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (STD) στην εφηβεία. Απ' την άλλη, πολλά αμερικανικά προγράμματα αντισύλληψης έχουν σκοπό την πρόληψη της προγαμιαίας σεξουαλικής δραστηριότητας και την αναβολή της πρώτης σεξουαλικής επαφής. Πολλές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι αυτού του είδους τα προγράμματα όχι μόνο αποτυγχάνουν στο να έχουν σημαντικά αποτελέσματα στην ηλικία έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας, αλλά επηρεάζουν επίσης αρνητικά τα ποσοστά κήσεων και τεχνητών εκτρώσεων σε εφηβική ηλικία, ενώ παράλληλα προκαλούν άγωνα αισθήματα ντροπής και ενοχής σχετικά με αυτές τις καταστάσεις.

Ακόμα και πριν από τις πρώτες τους εμπειρίες με ολοκληρωμένες σεξουαλικές επαφές, οι έφηβοι στις Βόρειες Ευρωπαϊκές χώρες (π.χ. το Βέλγιο, τη Δανία, τη Φινλανδία, την Ολλανδία, τη Νορβηγία και τη Σουηδία) λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την αντισύλληψη και την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (STD)

συχνότερα από τους συνομηλίκους τους στο Ην. Βασίλειο και στις Η.Π.Α. Παρ' όλα αυτά, ακόμα και σε χώρες με συνολικά καλύτερη εικόνα, υπάρχουν ομάδες, όπως έφηβοι που κοινωνικά ευρίσκονται σε μειονεκτική θέση, καθώς και μετανάστες από χώρες του τρίτου και τέταρτου κόσμου, οι οποίες δεν αποκτούν τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις στάσεις που απαιτούνται προκειμένου να δείχνουν συμμόρφωση, αλλά και αποτελεσματική προληπτική συμπεριφορά βάσει κινήτρων και οι οποίες εκτίθενται έτσι σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Το Υπουργείο Παιδείας σε θέματα που αφορούν την υγεία και την ασφάλεια των μαθητών εφαρμόζει προγράμματα Αγωγής Υγείας .

Η Αγωγή Υγείας στις χώρες που πραγματοποιείτε στα σχολεία είναι μια καινοτόμος δράση η οποία συμβάλει στην αναβάθμιση της εκπαίδευσης και στη σύνδεσή της με την κοινωνική πραγματικότητα. Αποτελεί την πρώτη προσέγγιση της για τον περιορισμό των φαινομένων εκείνων που απειλούν τη σωματική και ψυχική υγεία των νεαρών ατόμων και συντελούν στο κοινωνικό τους αποκλεισμό.(Γερούκη 2011)

9.4.1 ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι υποστηρικτές της πολύπλευρης σεξουαλικής αγωγής, ισχυρίζονται ότι δεν αυξάνει τη σεξουαλική δραστηριότητα των νέων, αλλά τη χρήση αντισύλληψης όταν κάποια στιγμή της ζωής τους προχωρήσουν σε σεξουαλική επαφή . Επιπλέον, η μελέτη μιας σειράς ερευνητικών στοιχείων, φανερώνει ότι τα προγράμματα εγκράτειας κι αποχής, σε αντίθεση με τα προγράμματα πολύπλευρης σεξουαλικής αγωγής, δεν κρίνονται επιτυχημένα ως προς την επίτευξη των στόχων τους. Δηλαδή, δεν έχουν θετική επίδραση στη σεξουαλική υγεία των νέων ή στη μείωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και του αριθμού εφηβικών κυήσεων . Επιπλέον, περιορισμένες είναι οι ενδείξεις που βεβαιώνουν ότι τέτοιου είδους προγράμματα καταφέρνουν να πείσουν τους νέους ανθρώπους ότι πρέπει να αναβάλουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα μέχρι το γάμο.

Πιο συγκεκριμένα οι γνωστικοί στόχοι του προγράμματος συμπεριλαμβάνουν: μεθόδους αντισύλληψης, μεθόδους ασφαλούς προφύλαξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κι ανεπιθύμητες κυήσεις καθώς και πώς μπορούν οι νέοι να έχουν πρόσβαση σε αντισυλληπτικά μέσα. Οι στόχοι που αφορούν προσωπικές στάσεις καλύπτουν ζητήματα όπως η σημασία της σεξουαλικής επαφής, δηλαδή ότι η ερωτική σχέση δεν είναι μόνο η σεξουαλική συνένωση.

Τονίζουν ότι τα προφυλακτικά μέσα αντισύλληψης είναι ευθύνη τόσο των αγοριών όσο και των κοριτσιών. Τέλος, ότι πρέπει να σεβόμαστε όσους και όσες επιθυμούν να απέχουν από την ερωτική πράξη. Στο πλαίσιο διερεύνησης των κοινωνικών αντιλήψεων το πρόγραμμα επικεντρώνεται σε μια κριτική προσέγγιση των μηνυμάτων γύρω από τη σεξουαλικότητα όπως προβάλλονται στα ΜΜΕ. Επιπλέον, οι στόχοι δεξιοτήτων αφορούν στην ανάπτυξη τεχνικών διαλόγου κι επικοινωνίας ώστε τόσο τα κορίτσια όσο και τα αγόρια να μπορούν να εκφράσουν τις προσωπικές τους απόψεις γύρω από το σεξ, να γνωρίζουν τη σωστή χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και ιδιαίτερα τα κορίτσια να είναι σε θέση να επιμείνουν στη χρήση προφυλακτικού.(Beringer et all 2007)

Γενικά στις χώρες του δυτικού κόσμου με τους υψηλότερους δείκτες σεξουαλικής υγείας, οι πολίτες θεωρούν τη σεξουαλική έκφραση ως φυσιολογικό κομμάτι της ύπαρξής τους. Η σεξουαλική ανάπτυξη αντιμετωπίζεται ως υγιής βιολογική, κοινωνική, συναισθηματική και πολιτισμική διαδικασία ενώ η στάση αποδοχής από την πλευρά των ενηλίκων ενισχύει θετικά τη σεξουαλική υγεία.

Τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής και διαπροσωπικών σχέσεων είναι αποτελεσματικά όταν:

- απευθύνονται σε όλο το μαθητικό πληθυσμό, ανεξάρτητα σεξουαλικότητας, φύλου, εθνικότητας, θρησκευτικής πίστης, σχολικής επίδοσης,
- παρουσιάζουν μια θετική και ξεκάθαρη άποψη για το σεξ και τη σεξουαλικότητα και ενισχύουν τη θετική εικόνα και αυτοεκτίμηση,
- έχουν ως στόχο τα παιδιά και τους νέους ανθρώπους, οι οποίοι μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι λόγω οικονομικής και κοινωνικής θέσης,
- ενισχύουν θετικές αξίες και αρχές και επικεντρώνονται στη μείωση των κινδύνων,
- χρησιμοποιούν την ενεργητική μάθηση και τεχνικές βιωματικής προσέγγισης και τέλος,
- διασφαλίζουν κατά το δυνατόν, ότι τα παιδιά και οι νέοι άνθρωποι θα αναπτύξουν μια κριτική αντίληψη των μηνυμάτων για το σεξ και τη σεξουαλικότητα που προέρχεται από τα ΜΜΕ.

(Γερούκη 2011)

9.4.2 ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

Σύμφωνα με το Υπουργείο Παιδείας κάθε Σεπτέμβριο- Οκτώβριο, μετά από σχετικές ενημερώσεις - ευαισθητοποιήσεις των εκπαιδευτικών από τον Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας και από τον Υπεύθυνο του Συμβουλευτικού Σταθμού Νέων της κάθε Διεύθυνσης Δημόσιας Εκπαίδευσης αλλά και από τις ανάγκες κυρίως των μαθητών/τριών κάθε σχολείου, συγκροτούνται ομάδες και αποφασίζουν να υλοποιήσουν ένα πρόγραμμα. Η Επιτροπή, αφού εκτιμήσει την επάρκειά του/των εκπαιδευτών εγκρίνει το πρόγραμμα. Ως μέθοδοι και τεχνικές Προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας χρησιμοποιούν τη διδακτέα ύλη για να:

1. Δίνει έμφαση στη γνώση γύρω από τους κινδύνους και τις συνέπειες της εγκυμοσύνης. Η αξία αυτών των προγραμμάτων φαίνεται να είναι περιορισμένη σε ότι αφορά την απόκτηση γνώσεων.
2. Δίνει έμφαση στην αποσαφήνιση των αξιών, την επικοινωνία και την ικανότητα λήψης αποφάσεων. Αυτά τα προγράμματα δομούνται, γενικά, γύρω από τις ανθρώπινες αξίες και την κοινωνικοποίηση. Η αξιολόγησή τους έχει δείξει αλλαγή των συμπεριφορών μόνο όταν δίνεται έμφαση σε συγκεκριμένα θέματα. Ωστόσο δεν άνηκε να επηρεάσαν τη χρονική στιγμή της έναρξης της σεξουαλικής επαφής, ούτε μείωσαν τους διάφορους κινδύνους ή τα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης.
3. Εισάγει τη σεξουαλική αποχή. Αν και έχει αναφερθεί κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά, τέτοιου είδους προγράμματα δεν είχαν επίδραση στην ενεργή σεξουαλική συμπεριφορά των νέων ανθρώπων.
4. Στηρίζεται σε πληροφορίες γύρω από τον ιό HIV και το AIDS. Αυτά τα προγράμματα, που σχεδιάστηκαν μέσα από τις επιτυχίες και τις αποτυχίες των υπολοίπων, έδωσαν τεράστια βάση στις συζητήσεις μέσα στην τάξη, χωρίς όμως να συμπεριλαμβάνουν δραστηριότητες με στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων. Η αξιολόγηση έδειξε ότι αν και υπήρξε βελτίωση σε θέματα

γνώσεων και μια αλλαγή στη γενικότερη στάση, η πραγματική συμπεριφορά δεν διαφοροποιήθηκε πολύ.

5. Δομείται με βάση τη θεωρία. Η συγκεκριμένη ύλη συνδυάζει τη γνώση, τη συμπεριφορά και κάποιες δραστηριότητες που σχετίζονται με τις δεξιότητες. Συνδυάζεται και με άλλες δραστηριότητες του σχολείου καθώς και με προγράμματα που

εφαρμόζονται εκτός σχολείου. Δίνεται έμφαση στην ατμόσφαιρα αλλά και σε άλλες συνθήκες που επικρατούν στο σχολείο με την ελπίδα της βελτίωσης της αποτελεσματικότητας της σεξουαλικής αγωγής.

(Γερούκη 2011)

9.4.3 ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ :

Σε γενικές γραμμές για τη διαμόρφωση ενός πλαισίου εφαρμογής της

σεξουαλικής αγωγής στο εκπαιδευτικό σύστημα και την ένταξή της

ως μέρους της γενικότερης εκπαίδευσης, χρειάζεται:

- Έγκριση των αρμόδιων αρχών,
- διάλογος γύρω από τους αντικειμενικούς παιδαγωγικούς στόχους,
- ανοιχτός διάυλος επικοινωνίας μεταξύ των μελών της κοινωνίας: εκπαιδευτικοί, μαθητές και μαθήτριες, γονείς, κυβερνητικοί παράγοντες, δημόσια πρόσωπα που επηρεάζουν τη διαμόρφωση πολιτικής γνώμης, πολιτικές και θρησκευτικές αρχές,
- εκπαιδευμένο προσωπικό,
- κατάλληλη οικονομική ενίσχυση και, τέλος,
- ένταξη των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής και διαπροσωπικών σχέσεων σε όλα τα στάδια της εκπαίδευσης.

(Γερούκη 2011)

9.5 ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ

Σήμερα, ο μέσος έφηβος ή ένα παιδί στην Αμερική καταναλώνει 17-21 ώρες την εβδομάδα βλέποντας τηλεόραση, χωρίς να υπολογίζεται σε αυτές ο χρόνος που αφιερώνει για την παρακολούθηση κινηματογραφικών ταινιών, την ακρόαση μουσικής, την παρακολούθηση μουσικών βίντεο, τη διασκέδαση με βιντεοπαιχνίδια ή την περιήγηση στο Internet για λόγους ψυχαγωγίας. Κατά μέσο όρο τα παιδιά μεταξύ 9 και 17 ετών χρησιμοποιούν το Internet τέσσερις ημέρες την εβδομάδα και κάθε φορά περνούν δύο σχεδόν ώρες συνδεδεμένα. Μέχρι οι έφηβοι να αποφοιτήσουν από το λύκειο έχουν δαπανήσει 15.000 ώρες βλέποντας τηλεόραση, συγκριτικά με τις 12.000 ώρες που αφιέρωσαν στις αίθουσες διδασκαλίας.

Τα αμερικανικά μέσα, τόσο από πλευράς προγραμμάτων όσο και από πλευράς διαφημίσεων, χαρακτηρίζονται από έντονα σεξουαλικό περιεχόμενο. Στην πράξη, ο μέσος

νέος τηλεθεατής εκτίθεται ετησίως σε 14.000 σεξουαλικές αναφορές. Από αυτές μόνο οι 165 ασχολούνται με την υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά ή την ακριβή πληροφόρηση για τα ζητήματα ελέγχου των γεννήσεων, την αποχή ή τους κινδύνους κνήσεως και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (STD). Αν και η πρώιμη σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να οφείλεται σε μία ποικιλία παραγόντων, τα τηλεπικοινωνιακά μέσα πιστεύεται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αντιπροσωπεύουν τον ευκολότερο τρόπο επηρεασμού των νέων ανθρώπων όσο αφορά στις σεξουαλικές τους στάσεις και συμπεριφορές. Υπάρχουν πολυάριθμες μελέτες στις οποίες απεικονίζεται η ισχυρή επιρροή της τηλεόρασης στις σεξουαλικές στάσεις, αξίες και πεποιθήσεις των εφήβων. Προτείνεται τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να προβάλλουν μηνύματα που υποστηρίζουν και ενθαρρύνουν την καθυστέρηση της πρώτης σεξουαλικής επαφής και την πληροφόρηση για τη χρήση μεθόδων προκειμένου να αποφεύγονται οι μη προγραμματισμένες κνήσεις και τα STD. (Buckingham 2007)

9.6 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Επίσημη, οργανωμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν γίνεται στη χώρα μας. Αν και δεν απαγορεύεται, δεν γίνεται ούτε καν υπεύθυνη σεξουαλική διαφώτιση. Οι περισσότεροι Έλληνες, ακόμα και σήμερα, ενημερώνονται και διαμορφώνουν τη στάση τους, τις απόψεις τους για τη σεξουαλική ζωή, ανεπίσημα, όπως και όποτε τύχει και συνήθως από πρόσωπα που είναι αναρμόδια. Τα παιδιά, αργά ή γρήγορα, αντλούν τις γνώσεις τους και διαμορφώνουν τη στάση τους απέναντι στη σεξουαλική ζωή από:

- Άλλα παιδιά της ίδιας ή μεγαλύτερης ηλικίας, που και αυτά συνήθως με τον ίδιο τρόπο και από παρόμοιες πηγές απέκτησαν τις γνώσεις τους.

Τους γονείς, των οποίων συχνά οι προσπάθειες είναι άτεχνες και άκαιρες γιατί πολλές φορές, όχι μόνο δεν ξέρουν οι ίδιοι αρκετά, αλλά ούτε πως ή πότε πρέπει να πουν όσα ξέρουν.

- Βιβλία ή άλλα έντυπα, που δεν περιέχουν κατ' ανάγκη υπεύθυνες πληροφορίες.
- Την παρακολούθηση της σεξουαλικής ζωής των ζώων στην ύπαιθρο και από τα άπειρα, άμεσα ή έμμεσα, λεκτικά ή άλλα μηνύματα, που εκπέμπει ο γύρω κόσμος.

(Vallego-Nagera 2001)

Δεν υπάρχει καμία νομική ή άλλη κάλυψη για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των μαθητών και είναι κοινό μυστικό, ότι δεν υπάρχει στα ελληνικά σχολεία της στοιχειώδους και της μέσης εκπαίδευσης σχετικό πρόγραμμα μαθημάτων, είτε ειδικών, είτε ενσωματωμένων σε άλλα μαθήματα.

Οι μαθητές του δημοτικού σχολείου μαθαίνουν για την αναπαραγωγή των φυτών, των ζώων, συνήθως των κατώτερων, αλλά σπάνια σχετίζονται τα όσα μαθαίνουν με την αναπαραγωγή του ανθρώπου, άρα δεν χρησιμεύουν για τη λύση των αποριών που έχουν οι μαθητές για τη σεξουαλική ζωή του ανθρώπου. Ο μέσος δάσκαλος δεν είναι σε θέση να απαντά σωστά, φυσικά και αβίαστα στα ερωτήματα έστω και των μαθητών των πρώτων τάξεων. Το Υπουργείο Παιδείας παραδέχτηκε την ανάγκη για την εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής στα ελληνικά σχολεία και ανακοίνωσε την εισαγωγή τέτοιων προγραμμάτων από τη σχολική χρονιά 2009-2010. Το πρόγραμμα Σεξουαλικής Αγωγής και

Διαφυλικών Σχέσεων σύμφωνα με τη σχετική ανακοίνωση θα βασίζεται σε δύο εγχειρίδια (ένα για παιδιά 6-8 ετών κι ένα για παιδιά 9-12 ετών) που επεξεργάστηκε ο ψυχίατρος Δρ Θάνος Ασκητής με ομάδα ειδικών συνεργατών του. Τα βιβλία αυτά (για εκπαιδευτικούς και για μαθητές και μαθήτριες) σύμφωνα με τη συγγραφική ομάδα έχουν ως στόχο να προωθήσουν την καλή ψυχολογική και σεξουαλική υγεία των παιδιών του δημοτικού σχολείου και μπορούν να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της «ευέλικτης ζώνης». Μέχρι ώρας παραμένει στα γραφεία των υπεύθυνων αγωγής υγείας. (Γερούκη 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

10.1 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Αντισύλληψη σημαίνει παρεμπόδιση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Η αντισύλληψη εξυπηρετεί στο σωστό προγραμματισμό μιας οικογένειας, δίνοντας τη δυνατότητα στο ζευγάρι να αποφασίσει αν και πότε θα αποκτήσει παιδιά και πόσα, γιατί το μέγεθος δεν πρέπει να είναι θέμα τύχης, αλλά επιλογή του ζευγαριού (Βουλγαρίδης, 2002).

Σε όλες τις βιομηχανικές χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Βορείου Αμερικής υπήρξε σταδιακή μείωση της ηλικίας της πρώτης σεξουαλικής επαφής περίπου από το 1960. Στη νέα χιλιετία οι έφηβοι ξεκινούν τη σεξουαλική τους πορεία σε νεότερη ηλικία συγκριτικά με τη δεκαετία του 1970 και του 1980. Η μέση ηλικία έναρξης των σεξουαλικών επαφών σε όλες αυτές τις χώρες είναι τα 17 περίπου έτη. Οι διαφορές, από αυτής της απόψεως, μεταξύ των χωρών είναι συγκριτικά μικρές. Για παράδειγμα, οι Αμερικανοί και Σουηδοί έφηβοι αρχίζουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα, κατά μέσο όρο, λίγους μόνο μήνες νωρίτερα από τους συνομηλίκους τους στην Ολλανδία και στο Βέλγιο. Ο συνδυασμός της πρώιμης έναρξης της σεξουαλικής ζωής με τη γενικευμένη, σε πολλές κοινωνίες, τάση των γυναικών να αναβάλλουν την απόκτηση παιδιών για μια πιο προχωρημένη ηλικία έχει οδηγήσει σε μια παρατεταμένη περίοδο σεξουαλικής δραστηριότητας χωρίς πρόθεση τεκνοποιίας. Στη διάρκεια αυτής της μακράς περιόδου, το μέσο πρότυπο σεξουαλικής συμπεριφοράς χαρακτηρίζεται από τη «διαδοχική μονογαμία».

Οι περισσότεροι νέοι άνδρες και γυναίκες έχουν πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους προτού αρχίσουν να χτίζουν μια οικογένεια. Σε αυτή την περίοδο πειραματισμού με την αγάπη, τις σχέσεις και τη σεξουαλικότητα, και στο μεσοδιάστημα δύο διαδοχικών σχέσεων λαμβάνουν χώρα περιστασιακές σεξουαλικές επαφές, οπότε και διεξάγεται η αυτονόητη διερεύνηση στο πλαίσιο της αναζήτησης νέου συντρόφου.

Η απειλή μετάδοσης του ιού HIV, η οποία κυριάρχησε από τη δεκαετία του 1980 και εφεξής, δεν μετέβαλε αυτές τις συμπεριφορές σε σημαντικό βαθμό. Το σε ποιον βαθμό οι έφηβοι/ες και οι νεαροί/ές ενήλικοι θα είναι σε θέση να προστατεύσουν τους εαυτούς τους από τις ανεπιθύμητες κυήσεις, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τον HIV καθορίζεται επομένως από την πιθανότητα που έχουν να χρησιμοποιούν προληπτικά μέτρα κατά τις σεξουαλικές επαφές και όχι από απατηλές προσδοκίες, όπως το να απέχουν από τις σεξουαλικές επαφές. Αυτό διαφαίνεται από την παρατήρηση ότι αν και μεταξύ των εφήβων διαφορετικών χωρών δεν υπάρχουν διαφορές στη σεξουαλική συμπεριφορά και στην ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής, υπάρχουν ωστόσο μεγάλες διαφορές στα ποσοστά ανεπιθύμητων κυήσεων, τεχνητών εκτρώσεων, σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και HIV. Για παράδειγμα, στη Μεγάλη Βρετανία και στις Η.Π.Α. οι κυήσεις και τα ποσοστά των εκτρώσεων στην εφηβική ηλικία είναι πολύ υψηλότερα από την Ολλανδία. Μεταβλητές που έχει αναγνωριστεί ότι μειώνουν τον κίνδυνο μιας ανεπιθύμητης κυήσεως ή μιας τεχνητής εκτρώσεως είναι οι εξής:

- Η ποιότητα της σεξουαλικής αγωγής στο τυπικό (σχολείο) και άτυπο (οικογένεια, κοινωνία, περιβάλλον) εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

- Το πόσο ανοικτή είναι μια κοινωνία, καθώς και τα μέσα ενημέρωσης, όσον αφορά στη σεξουαλικότητα.
- Οι επικοινωνιακές δεξιότητες των αρρένων και θηλέων εφήβων, που τους βοηθούν να διαπραγματευτούν και να επικοινωνήσουν σχετικά με τις επιθυμίες, τα όρια και τις ευκαιρίες, που αφορούν την τεκνοποίηση και την σεξουαλική και προληπτική συμπεριφορά.
- Η προσβασιμότητα σε αντισυλληπτικές μεθόδους και υπηρεσίες.

Οι διαφορές, για παράδειγμα, μεταξύ των Η.Π.Α. και ορισμένων ευρωπαϊκών χωρών γύρω από αυτά τα ζητήματα εξηγούν κατά πάσα πιθανότητα τη διαφορά στα ποσοστά επιτυχίας όσον αφορά στην πρόληψη. Στην Ολλανδία, το πνεύμα όσον αφορά στη σεξουαλικότητα και στην αντισύλληψη είναι σχετικά ανοικτό. Η εν γένει στάση των Ολλανδών γονέων και εκπαιδευτικών είναι ότι δεν τους αρέσει οι εφηβικής ηλικίας γιοι και κόρες τους να εμπλέκονται σε σεξουαλική δραστηριότητα από πολύ μικρή ηλικία, αλλά ταυτόχρονα γνωρίζουν ότι η γνώμη τους δεν θα είναι καθοριστική. Εκτιμούν, λοιπόν, ότι αποτελεί σημαντική πλευρά της ανατροφής των παιδιών τους η παροχή των απαραίτητων γνώσεων, δεξιοτήτων και συμπεριφορών προκειμένου να είναι σε θέση να λαμβάνουν τις δικές τους αυτόνομες αποφάσεις σχετικά με το πώς και το πότε θα γίνουν σεξουαλικά δραστήριοι.

Μέθοδοι για να αποφευχθεί μια εγκυμοσύνη συναντώνται από πάρα πολύ παλιά. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι χρησιμοποιούσαν διαφράγματα από μέλι και natron (παράγωγα σόδας) για να σκοτώσουν το σπέρμα, ενώ ο Ιπποκράτης ο Κώος στους αφορισμούς του συναντά αντισύλληψη με τοποθέτηση μολύβδινου σωλήνα στον κόλπο, σφηνωμένου εν μέρει στο τραχηλικό στόμιο (πρόγονος ενδομητριάκου σπειράματος, πρώτη αναφορά στην ιστορία). Από τότε ,πολλές άλλες μέθοδοι έχουν επινοηθεί και ακόμη σήμερα αναζητείται μια αντισυλληπτική μέθοδος που να παρέχει απόλυτη ασφάλεια και να μην έχει παρενέργειες. Ιδιαίτερα σήμερα, που η σεξουαλική ζωή αρχίζει αρκετά νωρίς σε σύγκριση με προηγούμενες εποχές, σε μια ηλικία που μια εγκυμοσύνη από τη μια μπορεί να είναι επικίνδυνη για την υγεία της κοπέλας και από την άλλη μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στην επαγγελματική και κοινωνική της ζωή, από την μια η σωστή ενημέρωση κι από την άλλη η συνεχής αναζήτηση ασφαλέστερων μεθόδων αντισύλληψης έχουν αποκτήσει μεγάλο ενδιαφέρον. (Βακαλούδη 2003)

Η αντισύλληψη στην εφηβεία συνιστά αντικείμενο αυξημένου ενδιαφέροντος μεταξύ φορέων υγείας, ιατρών, γονέων και εκπαιδευτών. Επίσης είναι συχνό θέμα συζήτησης και προβληματισμού στις παρέες των νέων. Η ηλικία της εφηβείας έχει πολλές ιδιαιτερότητες. Κατ' αρχήν μια εγκυμοσύνη σε αυτήν την ηλικία συνοδεύεται από αρκετές και σοβαρές συνέπειες για την φυσική και ψυχική υγεία της έφηβης, οπότε η αντισύλληψη θα πρέπει να είναι η πιο αποτελεσματική, αλλά ταυτόχρονα να είναι ακίνδυνη για τον οργανισμό της έφηβης.

Θεωρούμε λοιπόν ότι η σωστή ενημέρωση γονέων, εκπαιδευτικών και παιδιών θα δημιουργήσει τις κατάλληλες βάσεις, οι οποίες θα τεθούν από την ίδια την οικογένεια και θα ενισχυθούν στο σχολείο από τους εκπαιδευτικούς.

Η πολιτεία, θέλοντας να συμβάλει ακόμα περισσότερο, δημιούργησε Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού σε νοσοκομεία της χώρας και προσδοκά να προσφέρει καλύτερη και πληρέστερη ενημέρωση στα νέα ζευγάρια, ώστε να μπορούν να αποφασίσουν πότε θα δημιουργήσουν οικογένεια.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

- Όχι τακτικές σχέσεις
- Άγνοια ή παραπληροφόρηση
- Διαταραχές του κύκλου
- Φόβος για ενημέρωση και λήψη φαρμακευτικών ουσιών
- Επικοινωνία με συνομήλικους
- Πληροφορίες από τα Μ.Μ.Ε

(Χρυσικόπουλος 2006)

10.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΠΕΛΑ:

ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

- Ημερολογιακή μέθοδος του ρυθμού
- Μέτρηση της βασικής θερμοκρασίας.
- Εξέταση τραχηλικής βλέννας.
- Ηλεκτρονικοί ανιχνευτές ορμονών.
- Συμπτωθερμική μέθοδος.

ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

- Διάφραγμα.
- Αντισυλληπτικοί σπόγγοι.
- Γυναικείο προφυλακτικό.

ΧΗΜΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

- Κολπικές πλύσεις.
- Σπερματοκτόνα.

ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

- Από του στόματος αντισυλληπτικά δισκία .
- Αντισύλληψη μετά τη συνουσία (επείγουσα αντισύλληψη).
- Ορμονικά εμφυτεύματα.

ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΟΡΙ:

ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

- Διακεκομμένη συνουσία

ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

- Ανδρικό προφυλακτικό.

ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

- Ανδρική ορμονική αντισύλληψη.

10.2.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΠΕΛΑ

- Φυσικές μέθοδοι:

Είναι ιδανικές για τα ζευγάρια που δεν θέλουν να επέμβουν στη φυσική τους γονιμότητα, ή που δεν αισθάνονται ασφαλείς απέναντι στις πιθανές παρενέργειες κάποιων άλλων μεθόδων. Δεν προστατεύουν όμως από τα Σ.Μ.Ν ή το AIDS. Μάλιστα περιορίζουν τις αυθόρμητες επαφές μόνο σε ορισμένες ημέρες του κύκλου. Τις υπόλοιπες μέρες αν το ζευγάρι θέλει να έρθει σε επαφή, θα πρέπει να χρησιμοποιήσει μια άλλη μέθοδο αντισύλληψης, όπως το προφυλακτικό. Για μεγαλύτερη ασφάλεια απέναντι σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, κάθε ζευγάρι θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει μια φυσική μέθοδο αντισύλληψης συμπληρωματικά στη μέθοδο αντισύλληψης που έχει επιλέξει ως ιδανική για αυτό. Ουσιαστικά οι φυσικές μέθοδοι συνιστούν την περιοδική αποχή από κάθε σεξουαλική επαφή τη γόνιμη περίοδο του κάθε κύκλου. Οι γόνιμες ημέρες ενός κύκλου είναι 6, η μέρα της ωθηλακιορρηξίας και οι 5 προηγούμενες. Επειδή όμως δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε με ακρίβεια πότε αρχίζει και πότε τελειώνει αυτό το διάστημα των 6 ημερών ορίσαμε ως γόνιμη περίοδο το χρονικά εκείνο διάστημα του κύκλου όπου πιθανότατα θα περιλαμβάνονται αυτές οι γόνιμες ημέρες (Βουλγαρίδης, 2002).

> Ημερολογιακή μέθοδος του ρυθμού. Πρόκειται για μια από τις παλιότερες, αλλά και την πιο δημοφιλή φυσική μέθοδο αντισύλληψης. Η μέθοδος αυτή βασίζεται σε ορισμένες αρχές της φυσιολογίας της αναπαραγωγής:

- Η περίοδος ανάμεσα στην ημέρα της ωθηλακιορρηξίας και την ημέρα της εμφάνισης της ακόλουθης έμμηνου ρύσεως είναι σχετικά σταθερή και διαρκεί περίπου 14 (+ -1) ημέρες.
- Τα σπερματοζώαρια μπορούν να επιβιώσουν μέχρι και για 72 ώρες μετά την εναπόθεσή τους στον κόλπο και
- Το ωάριο μπορεί να γονιμοποιηθεί τις πρώτες 12 έως 24, φυσιολογικά, ώρες από την στιγμή της ωθηλακιορρηξίας .

Η μέθοδος αυτή απαιτεί την καταγραφή των 6-12 τελευταίων κύκλων της γυναίκας και την επισήμανση, ανάμεσα σε αυτούς του πιο βραχέως και του πιο μεγάλου. Ο υπολογισμός της γόνιμης περιόδου γίνεται ως εξής: η πρώτη μέρα της γόνιμης περιόδου βρίσκεται, αν αφαιρέσουμε 19 ημέρες από τον πιο βραχύ κύκλο και η τελευταία της ημέρα, αν αφαιρέσουμε 12 ημέρες από τον μακρότερο .

Η μέθοδος αυτή είναι αρκετά αναξιόπιστη. Κατά αυτήν το ζευγάρι δεν επιτρέπεται να έχει σεξουαλικές επαφές λίγες ημέρες πριν και μετά την ωθηλακιορρηξία. Η στιγμή όμως αυτή είναι δύσκολο να καθοριστεί με βεβαιότητα κι έτσι το ποσοστό επιτυχίας φτάνει το 20% και κάποιες φορές είναι ακόμα υψηλότερο.

Η ημέρα της ωθηλακιορρηξίας είναι δύσκολο να προσδιοριστεί αφού διάφοροι παράγοντες μπορεί ν' αλλάξουν τη διάρκεια του κύκλου με αποτέλεσμα να έχουν πρόωμη ή καθυστερημένη ωθηλακιορρηξία σε περιπτώσεις ανωμαλιών της περιόδου, ωθηλακιορρηξία που προκαλείται από τη συνουσία ή από συγκίνηση και σε περίπτωση πολλαπλών ωορρηξιών στη διάρκεια ενός κύκλου.

Δεν συνιστάται σε έφηβες, γιατί απαιτεί υπευθυνότητα, δεν προστατεύει από τα Σ.Μ.Ν και παίρνει χρόνο για να μάθει να τη χρησιμοποιεί σωστά. Επίσης δεν συνιστάται σε γυναίκες με πολύ άστατο κύκλο και σ' αυτές που έχουν συχνές αλλαγές στις ώρες εργασίας τους. (Χρυσικόπουλος 2006)

> Μέτρηση της βασικής θερμοκρασίας. Συνιστάται στο να μετράει η κοπέλα κάθε πρωί την ίδια πάντα ώρα πριν σηκωθεί τη θερμοκρασία της από τον κόλπο ή από το στόμα με την βοήθεια ειδικού θερμομέτρου που πωλείται στα φαρμακεία. Πρόσφατα κυκλοφόρησε ένα ειδικό ηλεκτρονικό θερμόμετρο (Bioself), το οποίο ενημερώνει τη χρήστη αν πρόκειται για άγονη ή γόνιμη μέρα, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα λάθους. Αν και η θερμοκρασία τους σώματος διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο στις περισσότερες γυναίκες η φυσιολογική θερμοκρασία κυμαίνεται στους 36,6 - 36,8° C πριν από την ωθηλακιορρηξία και ανεβαίνει γύρω στους 37,1 - 37,3°C από την ωορρηξία και μετά. Πολυάριθμες μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν μέχρι σήμερα, έδειξαν ότι υπάρχει μια στενή σχέση ανάμεσα στις μεταβολές της θερμοκρασίας κατά την διάρκεια ενός έμμηνου κύκλου και στις συγκεντρώσεις των ωθητικών ορμονών και των γοναδοτροπινών, στο πλάσμα του αίματος, έτσι φάνηκε ότι η αύξηση της συγκέντρωσης των οιστρογόνων στο αίμα λίγο πριν από την ωθηλακιορρηξία έχει ως αποτέλεσμα την πτώση της βασικής θερμοκρασίας κι ότι η άνοδος της βασικής θερμοκρασίας οφείλεται στην αύξηση της συγκεντρώσεως της προγεστερόνης, η οποία ακολουθεί την ωθηλακιορρηξία .

Επειδή το ωάριο μπορεί να γονιμοποιηθεί μέσα σε 24 ώρες(συνήθως μόνο μέσα στις πρώτες 12 ώρες) από τη στιγμή της ωθηλακιορρηξίας, είναι φανερό ότι η άγονη περίοδος αρχίζει 2 ημέρες μετά την παρατήρηση της ανόδου της θερμοκρασίας. Η θερμοκρασία παραμένει σε υψηλά επίπεδα μέχρι τη εμφάνιση της εμμηνόρροιας, μέχρις ότου δηλαδή το ωχρό σωματίο πάψει να εκκρίνει προγεστερόνη. Η περίοδος που ακολουθεί την εμμηνόρροια μέχρι τη στιγμή της ωθηλακιορρηξίας του επόμενου κύκλου, δεν είναι σίγουρα άγονη. Η ωθηλακιορρηξία συμπίπτει χρονικά με τη στιγμή που η θερμοκρασία βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο. Μέσα στις επόμενες 24 - 28 ώρες παρατηρείται μια απότομη άνοδος της θερμοκρασίας κατά 0.3 - 0.5 °C, η οποία παραμένει μέχρι την εμφάνιση της περιόδου. Για να

είναι σωστές οι μετρήσεις πρέπει η γυναίκα να έχει κοιμηθεί τουλάχιστον 6 ώρες. Ένα μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η δυσκολία να εντοπιστεί σωστά η μέρα της ημέρας της ωοθηλακιορρηξίας.

Είναι σημαντικό η μέτρηση να γίνεται κάτω από συνθήκες ηρεμίας και αφού έχει προηγηθεί τουλάχιστον 6ωρη νυχτερινή ανάπαυση. Η μέτρηση καταγράφεται. Πριν η γυναίκα αρχίσει να βασίζεται στη μέτρηση της θερμοκρασίας, ως αντισυλληπτική μέθοδο, πρέπει να έχουν τουλάχιστον περάσει 3 μήνες κατά τους οποίους θα πρέπει να μετριέται καθημερινά η θερμοκρασία της. Η μέθοδος αυτή δεν προστατεύει από τα Σ.Μ.Ν., δεν προβλέπει την ωορρηξία (απλώς την επιβεβαιώνει αφού συμβεί), απαιτεί υπευθυνότητα και αρκετό χρόνο για να μάθει η γυναίκα να την χρησιμοποιεί.

Για μεγαλύτερη ασφάλεια η μέθοδος της θερμοκρασίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό και με οποιαδήποτε άλλη μέθοδο αντισύλληψης. Η μέθοδος αυτή, εκτός της επαρκούς αντισυλληπτικής προστασίας, δίνει τη ευκαιρία στη γυναίκα να γνωρίζει πότε θα έχει επόμενη εμμηνόρροια. Επίσης, δεν χρειάζεται προετοιμασία και η επαφή είναι πιο ελεύθερη, ενώ ως φυσική μέθοδος, δεν επεμβαίνει σε καμία λειτουργία του σώματος. (Βακαλούδη 2003).

> Εξέταση τραχηλικής βλέννας. Εξετάζοντας τη ρευστότητα της βλέννας, θεωρητικά είναι δυνατό να ξέρουμε αν και πότε έγινε ωοθηλακιορρηξία. Συνήθως η τραχηλική βλέννα είναι παχύρρευστη, σκουρόχρωμη και δεν τεντώνεται. Λίγες μέρες πριν την ωοθηλακιορρηξία, γίνεται πιο άφθονη, τόσο που μπορεί να προκαλέσει στη γυναίκα την αίσθηση της «βρεγμένης», το χρώμα της είναι πιο ανοικτό και αν η γυναίκα δοκιμάσει να την τεντώσει, θα διαπιστώσει ότι αυτή δεν «σπάει». Το ζευγάρι θα πρέπει να αποφύγει τις σεξουαλικές επαφές όσο η τραχηλική βλέννα είναι «γόνιμη» και μέχρι και την τρίτη ημέρα μετά την επαναφορά της στη προηγούμενη κατάσταση. Στη περίοδο πριν την ωοθηλακιορρηξία, το ζευγάρι πρέπει να αποφύγει τις συχνές επαφές, έτσι ώστε να είναι ευκολότερη και ορθότερη η παρακολούθηση και η ερμηνεία της τραχηλικής βλέννας. Το ποσοστό αποτυχίας είναι πολύ μεγάλο, δεν προστατεύει από τα Σ.Μ.Ν, απαιτεί υπευθυνότητα, θέλει χρόνο και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Το πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου, είναι ότι δεν χρειάζονται υπολογισμοί ή μετρήσεις, αλλά πολύ απλά η παρατήρηση των υγρών που ρέουν από το κόλπο. Αν όμως το ζευγάρι έχει συχνές σεξουαλικές επαφές είναι δύσκολο να παρατηρηθεί τραχηλική βλέννα. (Serfaty 2001).

> Ηλεκτρονικοί ανιχνευτές. Το Persona είναι ένας μικρός ηλεκτρονικός υπολογιστής ο οποίος παρακολουθώντας τα επίπεδα των ορμονών που ελέγχουν τον κύκλο της γυναίκας, είναι σε θέση να την πληροφορήσει ποιες ημέρες του κύκλου μπορεί να έχει σεξουαλικές επαφές χωρίς να μείνει έγκυος. Πιο συγκεκριμένα το Persona παρακολουθεί τα επίπεδα των οιστρογόνων (E3G) και την LH, τις ορμόνες κλειδιά στον έλεγχο της ωοθηλακιορρηξίας. Όταν τα επίπεδα της (E3G) αυξηθούν, ο υπολογιστής καταλαβαίνει ότι ακολουθούν γόνιμες μέρες ενώ τα επίπεδα της LH αυξηθούν σημαντικά ο υπολογιστής καταλαβαίνει ότι σε λίγες μέρες η γόνιμη περίοδος τελειώνει. Στην Ελλάδα η μέθοδος κυκλοφόρησε πρόσφατα γι' αυτό και δεν υπάρχουν στοιχεία που να εγγυώνται στην αποτελεσματικότητά της.

> Συμπτωματική μέθοδος. Συνδυάζει δύο ή περισσότερες μεθόδους υπολογισμού των γόνιμων ημερών, όπως την παρατήρηση των μεταβολών της τραχηλικής βλέννας, το διάγραμμα της βασικής θερμοκρασίας, την παρατήρηση των συμπτωμάτων που συνδυάζουν

την ωορρηξία (πόνος στο κάτω μέρος της κοιλίας, πρήξιμο του στήθους, ελαφρά αιμορραγία), το στατιστικό υπολογισμό της ημερολογιακής μεθόδου του ρυθμού και τη μέτρηση των συγκεντρώσεων των ορμονών. Η ταυτόχρονη χρήση περισσότερων μεθόδων προσδιορισμού των γόνιμων ημερών δίνει αξιόπιστα αποτελέσματα. Η αποχή από τις σεξουαλικές επαφές πρέπει να αρχίσει από την ημέρα που προσδιορίζεται ως η πρώτη μέρα της γόνιμης περιόδου σύμφωνα με την πρώτη μέθοδο, που συνήθως είναι η ημερολογιακή ή αυτή της τραχηλικής βλέννας, και να τελειώσει την ημέρα που προσδιορίζεται ως η τελευταία ημέρα της γόνιμης περιόδου σύμφωνα με την τελευταία μέθοδο, που συνήθως είναι αυτή της θερμοκρασίας ή της τραχηλικής βλέννας. (Milsom 2009)

- Μηχανικές μέθοδοι

Έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την εφαρμογή ενός μηχανικού εμποδίου στην συνάντηση του σπερματοζωαρίου με το ωάριο και προτιμούνται γιατί εφαρμόζεται τοπικά και δεν επηρεάζουν ολόκληρο τον οργανισμό ούτε έχουν παρενέργειες σε άλλα όργανα πέραν αυτών του γεννητικού συστήματος.

> Διάφραγμα. Το διάφραγμα είναι ένα μαλακό λαστιχένιο ημισφαίριο προσαρμοσμένο σε ένα εύκαμπτο μεταλλικό δακτύλιο, καλυμμένο από καουτσούκ για να μην ερεθίζει την περιοχή όπου τοποθετείται. Υπάρχει σε διάφορα μεγέθη με διάμετρο που κυμαίνεται από 50 - 105 χιλιοστά για να εφαρμόζουν καλύτερα στις διαστάσεις κάθε κόλπου. Το διάφραγμα είναι σωστά τοποθετημένο μέσα στο κόλπο, όταν εφαρμόζεται ανάμεσα στον οπίσθιο λοβό του κολεού και την βάση της ηβικής σύμφυσης. Για να εφαρμόζει καλά, έτσι ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος να μετακινηθεί από τη θέση του κατά την σεξουαλική επαφή, πρέπει η γυναίκα να συμβουλευτεί τον γιατρό της. Έτσι θα διαπιστώσει αν είναι η κατάλληλη μέθοδος. Πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με σπερματοκτόνες αλοιφές για μεγαλύτερη ασφάλεια, τόσο για μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη όσο και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η κοπέλα το τοποθετεί μόνη της, πριν από κάθε σεξουαλική επαφή και πρέπει να το αφήσει στη θέση του τουλάχιστον για 6 ώρες, μετά την τελευταία επαφή. Δεν πρέπει, όμως, να παραμείνει πάνω από 24 ώρες χωρίς να αφαιρεθεί και να πλυθεί, γιατί μπορεί να προκαλέσει τοξικό σοκ. Πλένεται με ζεστό νερό και ουδέτερο σαπούνι και επανατοποθετείται στην ειδική θήκη του αφού ραντιστεί με τάλκ, χωρίς απότομους χειρισμούς και φυλάγεται σε δροσερό περιβάλλον. Όταν το διάφραγμα χρησιμοποιείται σωστά είναι μια μέθοδος αρκετά έμπιστη.

Το διάφραγμα ενδείκνυται σε γυναίκες που έχουν κάνει ήδη ένα παιδί, γιατί στην αντίθετη περίπτωση στον κόλπο είναι συχνά δύσκολη η τοποθέτηση και ο έλεγχος για τη σωστή του θέση. Ωστόσο δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Χρησιμοποιείται από γυναίκες που ο οργανισμός τους δεν δέχεται το χάπι ή το σπιράλ. Ακόμη από γυναίκες που δεν έχουν συχνά σεξουαλικές επαφές και που θέλουν να έχουν την πρωτοβουλία στη χρήση της αντισυλληπτικής μεθόδου. Σε ορισμένες γυναίκες, ύστερα από κανονική χρήση του διαφράγματος, παρατηρήθηκαν εκτός από ερεθισμό στον κόλπο και μόλυνση της ουρήθρας, ιδίως κυστίτιδα και ουριθρίτιδα. Σαν πλεονέκτημά του μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν χρειάζεται να υπάρξει διακοπή της ερωτικής πράξης. Σαν μειονέκτημά του είναι η δυσχέρεια εκμάθησης του σωστού τρόπου εφαρμογής του και ότι δεν προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. (Χρυσικόπουλος 2006)

> Αντισυλληπτικός σπόγγος. Είναι ένας μικρός σπόγγος μιας χρήσεως, από μαλακό σπογγώδες ελαστικό (πολυουρεθάνιο), έχει τη φόρμα του καπέλου ενός μανιταριού και περιέχει σπερματοκτόνο ουσία. Ο αντισυλληπτικός σπόγγος εμποδίζει τα σπερματοζωάρια να περάσουν στο εσωτερικό του τραχήλου της μήτρας, φράζοντας το στόμιο του τραχήλου, απορροφώντας τα σπερματοζωάρια μέσα στις κυψέλες του σκοτώνοντας τα με τη βοήθεια της σπερματοκτόνου ουσίας που περιέχει. Εκτός από αντισυλληπτική προστασία υπάρχουν ενδείξεις ότι παρέχει προστασία και από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, γεγονός που αυξάνει το ενδιαφέρον της μεθόδου. Παρέχει προστασία για 24 ώρες από την είσοδό του, ανεξάρτητα από τη συχνότητα των επαφών και πρέπει να μείνει στη θέση του για πάνω από 2 ώρες από την τελευταία επαφή, για να είναι σίγουρο ότι όλα τα σπερματοζωάρια που βρίσκονται στον κόλπο για περισσότερες από 24 ώρες, διότι υπάρχει κίνδυνος να προκαλέσει τοξικό σοκ. (Βακαλούδη 2003)

> Γυναικείο προφυλακτικό. Το Femidom, το πρώτο γυναικείο προφυλακτικό που έφερε την επανάσταση στον τομέα της αντισύλληψης, πρόσφατα ήρθε στην Ελλάδα. Έχει μήκος 17 εκατοστά και 7 εκατοστά πλάτος. Μοιάζει πολύ με το ανδρικό προφυλακτικό, μόνο που αντί να εφαρμόζεται στο ανδρικό πέος, εφαρμόζεται στον γυναικείο κόλπο και σε κάθε άκρη του προφυλακτικού υπάρχει ένας εύκαμπτος δακτύλιος. Είναι φτιαγμένο από πολυουρεθάνιο, οπότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική λύση προφύλαξης από εκείνους που αναφέρουν αλλεργία στο latex και είναι επικολλημένο με κατάλληλο λιπαντικό (διμεθικόνη) ώστε να εισχωρεί και να εφαρμόζει με μεγάλη άνεση στον κόλπο. Είναι εύκολο στην εφαρμογή του πιο εύκολο από το διάφραγμα, διότι δεν χρειάζεται να τοποθετηθεί ο δακτύλιος σε κάποια ακριβή θέση γύρω από τον τράχηλο της μήτρας. Μετά το τέλος της συνουσίας ο εξωτερικός δακτύλιος πρέπει να περιστραφεί, έτσι ώστε το σπέρμα να συγκρατηθεί μέσα στο προφυλακτικό.

Η μέθοδος δεν είναι δημοφιλής ανάμεσα στους εφήβους. Η μέθοδος προάγει υπεύθυνες συμπεριφορές που αφορούν την υγεία και αυξάνουν τη σεξουαλική αυτοπεποίθηση και αυτονομία. Προστατεύει από διάφορα Σ.Μ.Ν. όπως το AIDS ωστόσο η προστασία που παρέχει από τις Σ.Μ.Ν. δεν φτάνει αυτή του αντρικού, γιατί το πέος έρχεται και σε επαφή με το αιδοίο και πολλές Σ.Μ.Ν. μπορούν κάλλιστα να μεταδοθούν. Για μια γυναίκα με μέση ή έντονη σεξουαλική δραστηριότητα, τότε η καλύτερη προφύλαξη είναι το χάπι σε συνδυασμό με το προφυλακτικό. Τα πλεονεκτήματα του γυναικείου προφυλακτικού σε σχέση με το ανδρικό είναι τα εξής: το γυναικείο μπορεί να μπει σε οποιαδήποτε στιγμή πριν από το σεξ, δεν είναι απαραίτητο να αφαιρεθεί αμέσως μετά την σεξουαλική επαφή, χρησιμοποιείται ανεξάρτητα από τη διέγερση του πέους, και τέλος το υλικό κατασκευής είναι πολύ πιο ανθεκτικό από του ανδρικού. (Χρυσικόπουλος 2006)

- Χημικές μέθοδοι:

Στις χημικές μεθόδους αντισύλληψης ανήκουν χημικές μη ορμονικές ουσίες, οι οποίες είναι βλαβερές για τα σπερματοζωάρια ή για το ωάριο, χωρίς να βλάπτουν τα άλλα κύτταρα του οργανισμού στις συγκεντρώσεις που χρησιμοποιούνται και με τον τρόπο που εφαρμόζονται.

> Κολπικές πλύσεις. Συνίσταται στην πλύση του κόλπου με σκοπό την απομάκρυνση του σπέρματος από αυτόν. Οι πλύσεις δεν πρέπει να γίνονται με σαπούνι αλλά με ειδικά για το σκοπό αυτό προϊόντα που μπορεί κανείς να τα προμηθευτεί από το φαρμακείο. Είναι και

αυτή μια από τις παλιότερες αντισυλληπτικές μεθόδους και παρόλο που είναι πολύ ανασφαλής μέθοδος χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα. Τέλος, δεν προσφέρει προστασία από τα Σ.Μ.Ν.(Βουλγαρίδης, 2002).

> Σπερματοκτόνες ουσίες. Είναι χημικές ουσίες που τοποθετούνται στον κόλπο υπό την μορφή κολπικού υπόθετου, σπρέι, κρέμας, ταινίας αφρού ή δισκία. Από τη μια δημιουργούν μια παχύρρευστη βλέννα ή αφρό που κλείνουν το στόμιο του τραχήλου της μήτρας και από την άλλη μπορούν να σκοτώσουν σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα τα σπερματοζωάρια. Συνήθως δρουν καταστρέφοντας την κυτταρική μεμβράνη των σπερματοζωαρίων. Συνίσταται να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με ένα άλλο μέσο αντισύλληψης. Σε περίπτωση αποτυχίας της μεθόδου δεν έχει παρατηρηθεί καμία αύξηση στην συχνότητα των γενετικών ανωμαλιών (συμπεριλαμβανομένου του Συνδρόμου DOWN). Οι ουσίες αυτές δρουν αμέσως μετά την εισαγωγή τους στον κόλπο. Αν ακολουθήσουν κι άλλες επαφές τότε πρέπει κάθε φορά να τοποθετείται μια νέα δόση σπερματοκτόνου. Μετά την επαφή η γυναίκα δεν πρέπει να πλυθεί για τις επόμενες 2-6 ώρες. Γενικά τα χημικά μέσα αντισύλληψης δεν έχουν παρενέργειες και γίνονται αποδεκτά από τον οργανισμό. Πολλά από τα σκευάσματα έχουν αντισηπτικές ιδιότητες, όμως δεν είναι βέβαιο αν προστατεύουν από τα αφροδίσια νοσήματα και το AIDS. Οι αφροί είναι ασφαλέστεροι γιατί καλύπτουν καλύτερα τον τράχηλο και τα τοιχώματα του κόλπου σε σύγκριση με τα σπρέι και τα άλλα παρασκευάσματα. Είναι αρκετά αναξιόπιστη μέθοδος και είναι καλό να μην χρησιμοποιείται μόνη της σαν μέθοδος αντισύλληψης αλλά σε συνδυασμό με κάποια άλλη.(Serfaty 2001)

- Ορμονικές μέθοδοι:

Σε αυτές ανήκουν ουσίες με ορμονικό χαρακτήρα και αντισυλληπτική δράση, και συνήθως επηρεάζουν τον οργανισμό στο σύνολό του.

> Αντισυλληπτικά χάπια. Το χάπι ανήκει στα ορμονικά μέσα αντισύλληψης και είναι η πιο σίγουρη σύγχρονη μέθοδος αντισύλληψης. Δρα εμποδίζοντας:

- α) την ωρίμανση ενός ωαρίου ικανού να γονιμοποιηθεί,
- β) την προετοιμασία του ενδομήτριου προκειμένου να δεχτεί ένα γονιμοποιημένο ωάριο,
- γ) τη ρευστοποίηση της τραχηλικής βλέννας

Είναι ευρέως γνωστό ότι το «χάπι» εγγυάται την αντισυλληπτική προστασία. Αυτή είναι και η αιτία που αποτελεί δημοφιλή μέθοδο αντισύλληψης σε όλο τον κόσμο. Πάνω από 150.000.000 γυναίκες που το χρησιμοποιούν είναι ηλικίας κάτω των 30 ετών. Σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες χρησιμοποιείται από το 50% των γυναικών και θεωρείται κατάλληλη μέθοδος αντισύλληψης για τους εφήβους. Η ορμονική αντισύλληψη αποτελεί σημαντικό ζήτημα για τη ζωή της νέας γυναίκας. Ανάμεσα στο 1950, όταν ο Gregory Pincus ξεκίνησε την έρευνα για το «χάπι», και στην εποχή μας, η φαρμακευτική βιομηχανία έχει επιτύχει να δημιουργήσει αντισυλληπτικά δισκία που περιέχουν χαμηλές συγκεντρώσεις οιστρογόνου και προγεσταγόνου, πρακτικά χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες, ξεπερνώντας έτσι ζητήματα όπως η αναστολή της αύξησης των οστών ή η αύξηση του σωματικού βάρους.

Εκτός από την προστασία έναντι μιας ανεπιθύμητης κύησης, άλλα πλεονεκτήματα της χρήσης των δισκίων στη διάρκεια της εφηβείας είναι τα εξής: μείωση της μηνορραγίας(της απώλειας αίματος κατά την εμμηνορρυσία, γεγονός πολύ σημαντικό όταν συνυπάρχει αναιμία) μείωση της καλοήθους νόσου του μαστού μείωση της βαρύτητας της φλεγμονώδους νόσου της πυέλου (PID) μείωση του καρκίνου των ωοθηκών και του ενδομήτριου και μείωση στην επίπτωση της έκτοπης κύησης. Άλλες σημαντικές θετικές επιδράσεις της ορμονικής αντισύλληψης είναι η ανακούφιση της δυσμηνόρροιας, η ρύθμιση του καταμήνιου κύκλου και η βελτίωση της ακμής και του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών.

Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι περισσότερες από 333 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις των τεσσάρων συχνότερα θεραπεύσιμων STD (γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, γλαμύδια, τριχομονάδωση και σύφιλη) παρατηρούνται ετησίως, κατά κύριο λόγο στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Τα συνδυασμένα από του στόματος αντισυλληπτικά δισκία (COC) θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με συνέπεια σε συνδυασμό με το προφυλακτικό ως μέθοδος παροχής πλήρους προφύλαξης έναντι των ανεπιθύμητων κύησης, αλλά και των STD. Δυστυχώς, η διπλή χρήση προφυλακτικού μαζί με ορμονικά αντισυλληπτικά από τους εφήβους κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Παρόλο που η επίπτωση της φλεγμονώδους νόσου της πυέλου (PID) δείχνει μείωση άνω του 50% στις γυναίκες που χρησιμοποιούν δισκία, η επίπτωση των γλαμυδιακών και μυκοπλασματικών λοιμώξεων του τραχήλου έχει ελαφρώς αυξηθεί. Δυστυχώς τα δισκία δεν παρέχουν προστασία έναντι των ιογενών λοιμώξεων, όπως είναι από HIV. Υπολογίζεται ότι ετησίως στις Η.Π.Α. περίπου 3 εκατομμύρια εφήβων προσβάλλονται από ένα STD, συμπεριλαμβανομένων των βακτηριακών (π.χ. γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, γλαμύδια) όσο και των ιογενών λοιμώξεων (π.χ. έρπητας, HIV). Το ποσοστό των STD μεταξύ των εφήβων αυξάνεται. Αναφέρεται ότι 21% των Αμερικανών εφήβων είχαν περισσότερους από τέσσερις σεξουαλικούς συντρόφους.

Κάθε δισκίο πρέπει να λαμβάνεται κατά προτίμηση την ίδια πάντοτε ώρα της ημέρας και το διάστημα δυο διαδοχικών λήψεων δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 36 ώρες. Η διακοπή λήψης του χαπιού μπορεί να γίνει όποτε θελήσει η χρήστης. Η γυναίκα που θα σταματήσει να παίρνει το χάπι είναι γόνιμη, συνήθως από τον πρώτο μήνα μετά τη διακοπή.

Κάποιες παρενέργειες που εμφανίζονται που συνήθως εμφανίζονται και είναι ακίνδυνες και εξαρτώνται από τη δόση του οιστρογόνου ή την ποιότητα του προγεσταγόνου. Αυτές μπορεί μεταξύ άλλων να είναι: κολπική αιμόρροια (όταν λαμβάνονται δισκία με χαμηλή δόση οιστρογόνου)- κατάθλιψη σε νεαρά κορίτσια, όταν συνυπάρχουν άλλα ψυχολογικά προβλήματα ,γαλακτόρροια ή αμηνόρροια (σε λιγότερο από 1% των γυναικών που τα χρησιμοποιούν) μετά τη διακοπή της χρήσης των COC, τάση για εμετό και φούσκωμα του στήθους, εξαφανίζονται μετά από μερικούς κύκλους,. Η χρήση του χαπιού μπορεί να επηρεάσει τη διάθεση (κατάπτωση) ή τη σεξουαλική επιθυμία.

Κάθε κοπέλα πριν ξεκινήσει να παίρνει τα αντισυλληπτικά χάπια θα πρέπει να συμβουλευτεί το γυναικολόγο της, ο οποίος έπειτα από μια σειρά εξετάσεων (μελέτη του οικογενειακού και προσωπικού ιατρικού ιστορικού, γενική και γυναικολογική εξέταση που περιλαμβάνει το τεστ ΠΑΠ, ψηλάφηση μαστών και μήτρας, προσδιορισμό τριγλυκεριδίων, σακχάρου, πίεσης αίματος, ηπατικό έλεγχο και ορμονολογικές εξετάσεις) και μια συζήτηση γύρω από την σεξουαλικότητα της ενδιαφερόμενης, θα της προτείνει το κατάλληλο χάπι. Ο γιατρός θα πρέπει να εξετάσει εξονυχιστικά την κοπέλα γιατί υπάρχουν περιπτώσεις

προβλημάτων υγείας, στις οποίες η χρήση του χαπιού δεν επιτρέπεται. Ορμονική αντισύλληψη δεν θα πρέπει να συνταγογραφείται στις ακόλουθες περιπτώσεις: σε καρδιαγγειακά προβλήματα σε φλεβική θρόμβωση σε ηπατοπάθεια σε εστιακή ημικρανία σε κατάθλιψη σε εκσεσημασμένη παχυσαρκία σε αδιάγνωστη μάζα του μαστού. Στη διάρκεια της εφηβείας σπάνια χρειάζονται κλινικές εξετάσεις όσον αφορά στον μεταβολισμό και στο προφίλ των λιπιδίων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί περιστασιακά να χρειαστεί έλεγχος των παραγόντων πήξης του αίματος και διεξαγωγή λειτουργικών δοκιμασιών του ήπατος.

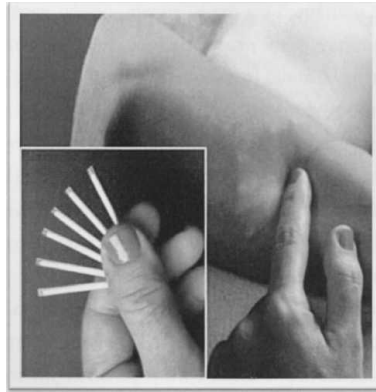
(Milsom 2009)

> Επείγουσα αντισύλληψη (το χάπι της επόμενης ημέρας) .Η επείγουσα αντισύλληψη είναι σημαντική προκειμένου να αποφευχθεί μια πιθανή εγκυμοσύνη είτε έπειτα από συνουσία χωρίς προφυλάξεις είτε από κάποια ρήξη προφυλακτικού είτε μετά από αμέλεια λήψης του χαπιού. Η επείγουσα αντισύλληψη σήμερα έχει πάρει την μορφή του "χαπιού της επόμενης μέρας". Οι μαθητές σχολικής ηλικίας είναι σε υψηλά ποσοστά ενήμεροι για την ύπαρξη επείγουσας αντισύλληψης, αλλά οι γνώσεις τους γύρω από συγκεκριμένες λεπτομέρειες, όπως το συνιστώμενο χρονικό περιθώριο αποτελεσματικότητας, είναι λίγες. Με σωστή χρήση της επείγουσας αντισύλληψης θα μπορούσε να προληφθεί το 75% των μη προγραμματισμένων κυήσεων.

Ωστόσο, η έλλειψη γνώσης γύρω από τη συγκεκριμένη μέθοδο ευθύνεται για την αποτυχία της. Μεγάλο ενδιαφέρον έχει η διαμάχη σχετικά με το αν θα πρέπει να χορηγείται επείγουσα αντισύλληψη σε εφήβους δίχως συνταγογράφηση. Σεξουαλικά δραστήριες γυναίκες, ιδιαίτερα εφηβικής ηλικίας, οι οποίες ζητούν ορμονική επείγουσα αντισύλληψη, θεωρούν ότι οι ειδικές μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού για εφήβους, που είτε βρίσκονται σε συνάφεια με τα κοινοτικά νοσοκομεία είτε λειτουργούν εντός αυτών, παρέχουν ευκολία και εμπιστευτικότητα. Το χάπι αυτό περιέχει τις ίδιες δραστικές ουσίες που περιλαμβάνονται και στα συνηθισμένα αντισυλληπτικά χάπια σε διαφορετικές όμως ποσότητες. Να σημειώσουμε εδώ πως το "χάπι της επόμενης μέρας" σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να υποκαθιστά τις τακτικές μεθόδους αντισύλληψης, δηλαδή η επείγουσα αντισύλληψη δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε μόνιμη βάση, αλλά μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, καθώς η επανειλημμένη λήψη των χαπιών μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές του κύκλου εξαιτίας των μεγάλων ποσοτήτων ορμονών που περιέχουν . Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να εξασφαλίσει ότι στη συνέχεια η γυναίκα θα εφαρμόσει μία αποτελεσματική μέθοδο αντισύλληψης.

(Βακαλούδη 2003)

ΕΙΚΟΝΑ 3 (ορμονικό εμφύτευμα Norplant)



(www.tressugar.com/571622)

> Ορμονικά εμφυτεύματα. Πρόκειται για συσκευές οι οποίες είναι σε θέση να απελευθερώνουν σε συνάρτηση με το χρόνο, σταθερές και προκαθορισμένες ποσότητες ουσιών με αντισυλληπτική δράση. Οι πρώτες έρευνες ξεκίνησαν το 1967 και συνεχίζουν ακόμα, αν και έχουν κυκλοφορήσει στο εμπόριο δύο μόνο προϊόντα αυτού του τύπου: το Implanon και το Norplant, α) Το Implanon από μια μικρή ημιστέρη ράβδο μήκους 4 cm και διαμέτρου 2 mm που περιέχεται σε σωλήνα ενός αποστειρωμένου εφαρμοστή μιας χρήσης. Το Implanon δεν περιέχει οιστρογόνο αλλά μόνο προγεσταγόνο. Η αντισυλληπτική του δράση αρχίζει 8 ώρες μετά την εμφύτευσή του και διαρκεί για τρία χρόνια. Είναι το μοναδικό εμφύτευμα που δρα αναστέλλοντας την ωορρηξία και επιπλέον εμποδίζει τα σπερματοζώαρια να διαπεράσουν την τραχηλική βλέννα και μειώνει την δυνατότητα εμφύτευσης ενός γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα. Η ράβδος εισάγεται κάτω από το δέρμα στην εσωτερική πλευρά του βραχίονα της κοπέλας. Η εισαγωγή και η αφαίρεσή του είναι απλή και γίνεται με τοπική αναισθησία, β) Το Norplant αποτελείται από 6 λεπτούς σωληνίσκους διαμέτρου 2.4 mm και μήκους 34 mm οι οποίες περιέχουν προγεσταγόνο και τοποθετούνται υποδορίως στην εσωτερική πλευρά του βραχίονα της κοπέλας ή στην κάτω επιφάνεια του πήχη. Η δράση του αρχίζει 24 ώρες μετά την εμφύτευσή του διαρκεί για πέντε χρόνια. Και τα δύο εμφυτεύματα δίνουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας στην αποτροπή της εγκυμοσύνης. (Milsom 2009)

10.2.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΟΡΙ

> Σαν φυσική μέθοδος αντισύλληψης για τον έφηβο μπορεί να χαρακτηριστεί η διακεκομμένη συνουσία (διακοπτόμενη). Είναι η αρχαιότερη μέθοδος και η πιο αγαπημένη των μεσογειακών λαών. Η μέθοδος αυτή συνίσταται στην απομάκρυνση του πέους από τον κόλπο, πριν από την εκσπερμάτωση. Η μέθοδος αυτή είναι πολύ ανασφαλής γιατί:

- Εφόσον οι εκκρίσεις από τον τράχηλο είναι άφθονες, μπορούν να εγκλωβίσουν τα σπερματοζώαρια από το έξω τμήμα του κόλπου.
- Οι νέοι και ιδιαίτερα οι νευρικοί ελέγχουν δύσκολα την εκσπερμάτωσή τους.

- Αν ακολουθήσει και δεύτερη επαφή τα σπερματοζωάρια που έχουν μείνει γύρω από το πέος και μέσα στην ουρήθρα μπορεί να περάσουν στο εσωτερικό της μήτρας.
- Το έκκριμα των αδένων του Cooper, οι οποίοι υγραίνουν το πέος κατά την σεξουαλική επαφή μπορεί καμία φορά να περιέχει κάποια ποσότητα σπερματοζωαρίων ικανή να γονιμοποιήσει το ωάριο τις γόνιμες μέρες και τέλος,
- Η μέθοδος έχει αρκετά μεγάλο ποσοστό αποτυχίας και δεν προστατεύει από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Η συχνή διακοπή της συνουσίας, μπορεί να γίνει βασική αφορμή της γυναικείας ψυχρότητας και οφείλεται λιγότερο στη γυναίκα από το σύντροφό της. Μπορεί επίσης να ευνοήσει την πρόωρη εκσπερμάτωση, γιατί αυτή η τεχνική περιέχει το φόβο μήπως ο άντρας δεν προλάβει να τραβηχτεί έγκαιρα. Εξάλλου ο συνεχής φόβος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης είναι πηγή άγχους και απόσπασης, μοιραίοι εχθροί μιας ικανοποιητικής ερωτικής επαφής. Τέλος μπορεί να δημιουργήσει νευρικές διαταραχές στη γυναίκα, όταν εφαρμόζεται κατά κανόνα, ιδιαίτερα σ' εκείνες που χρειάζονται χρόνο για να φτάσουν στον οργασμό και που η απότομη διακοπή της εμποδίζει ακριβώς να το πετύχουν. (Βακαλούδη 2003)

> Το ανδρικό προφυλακτικό, ανήκει στις μηχανικές μεθόδους αντισύλληψης δηλαδή ένα μηχανικό εμπόδιο που εφαρμόζει στο πέος καλύπτοντάς το και εμποδίζει τη συνάντηση σπερματοζωαρίου - ωαρίου. Έχει το σχήμα ενός μικρού σακουλιού με διάμετρο περίπου 3cm και μήκος περίπου 16 cm. Κατασκευάζεται από πολύ λεπτό λάστιχο (latex). Το προφυλακτικό εμποδίζει το σπέρμα να περάσει στον κόλπο. Ακόμη προφυλάσσει και τους δύο συντρόφους από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αφού δεν γίνεται ανταλλαγή των υγρών που εκκρίνονται από τα γεννητικά όργανα. Ωστόσο δεν προφυλάσσει πάντα από την σύφιλη, κονδυλώματα, έρπη, και γενικότερα νόσους αλλοιώσεις στην περιοχή του αιδοίου, του όσχεου, του περινέου, και του εφηβαίου, και μπορούν να μεταδοθούν με την απλή δερματική επαφή των αλλοιώσεων. Φοριέται όταν το πέος βρίσκεται σε στύση και αλλάζεται αν ακολουθήσει δεύτερη φορά. Αν σκιστεί θεωρείται είναι άχρηστο.

Παρά τις πρόσφατες τάσεις προς αυξημένη χρήση του προφυλακτικού από τους εφήβους, συνεπής χρήση του αναφέρεται από λιγότερους από τους μισούς στο σύνολο των σεξουαλικά δραστήριων εφήβων. Τα πιο σημαντικά σφάλματα που οδηγούν σε κλινική αποτυχία είναι η ρήξη, η μετατόπιση και η αποτυχία χρήσης του σε όλη τη διάρκεια της επαφής. Τα ποσοστά ρήξης και μετατόπισης του ανδρικού προφυλακτικού έχουν εκτιμηθεί σε λιγότερο από 2% έκαστο, αν και τα ποσοστά ποικίλλουν μεταξύ των διαφόρων μελετών και ανάλογα με την εμπειρία του χρήστη. Η αποτυχία του προφυλακτικού είναι δέκα περίπου φορές υψηλότερη μεταξύ των εφήβων σε σύγκριση με τους ενήλικες.

Αυτό σημαίνει ότι τα προφυλακτικά δεν μπορεί να είναι 100% αποτελεσματικά, με ένα θεωρητικό ετήσιο ποσοστό αποτυχίας περίπου 2%. Στην πράξη τα ποσοστά αποτυχίας ποικίλλουν από 5-20%. Οι Goldman και συν. ανέφεραν για τον πρώτο χρόνο χρήσης από τους εφήβους χαμηλά ποσοστά αποτυχίας, από 2-4%. Με τη χρήση τους στον πραγματικό κόσμο, τα προφυλακτικά, ειδικά εάν χρησιμοποιούνται ορθά και με συνέπεια, μπορεί να αναμένεται ότι θα μειώσουν τα ποσοστά των μη προγραμματισμένων κήσεων και της

μετάδοσης STD και HIV στον σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένων των εφήβων. Τα δεδομένα της βιβλιογραφίας δείχνουν ότι η χρήση του προφυλακτικού φαίνεται να μειώνει, αλλά όχι να εξαφανίζει πλήρως, το ποσοστό μετάδοσης των περισσότερων STD. Η ορθή και συνεπής χρήση αξιόπιστης αντισύλληψης αφ' ενός και των προφυλακτικών αφ' ετέρου αποτελεί ευθύνη τόσο του έφηβου όσο και της έφηβης. Όσον αφορά στη δημόσια υγεία, θα πρέπει να καταργηθούν οι περιορισμοί και οι φραγμοί για τη διάθεση των προφυλακτικών. (Χρυσικόπουλος 2006)

> Ορμονική αντισύλληψη: Η ύπαρξη επιλογών για ορμονικό έλεγχο της γονιμότητας στον άνδρα θα μπορούσε να βελτιώσει τον οικογενειακό προγραμματισμό. Νέες μέθοδοι θα τεθούν σε εφαρμογή, ενδεχομένως εντός ολίγων ετών. Η σπερματογένεση εξαρτάται από τις υποφυσιακές γοναδοτροπίνες. Η χορήγηση υψηλών δόσεων τεστοστερόνης καταστέλλει τις γοναδοτροπίνες και τη σπερματογένεση, με μια αποτελεσματικότητα συγκρίσιμη με εκείνη των γυναικείων από του στόματος αντισυλληπτικών, καταλήγοντας στους φυσιολογικούς άνδρες σε αναστρέψιμη αζωοσπερμία. Η συνδυασμένη χορήγηση χαμηλότερων δόσεων τεστοστερόνης, όπως είναι οι δόσεις της φυσιολογικής υποκατάστασης, μαζί με μία προγεστίνη ή ένα GnRH ανάλογο έχουν δείξει περαιτέρω καταστολή. Τα περισσότερα από αυτά τα ανδρικά ορμονικά αντισυλληπτικά έχουν συσχετιστεί με μέτρια αύξηση του σωματικού βάρους και μείωση των επιπέδων της HDL στον ορό. Η μέθοδος δεν έχει δοκιμαστεί σε εφήβους. (Milsom 2009)

10.3 ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι οργανομένες μονάδες που παρέχουν υπεύθυνη ενημέρωση και πληροφόρηση, σε θέματα υγείας σχετικά με την αναπαραγωγή. Παρέχουν συμβουλές για τη γενετήσια διαπαιδαγώγηση των νέων, οι μέθοδοι φραγμού, και ιδιαίτερα τα προφυλακτικά, μπορούν να παρέχουν ικανοποιητική προστασία έναντι των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις θα πρέπει να συνδυάζονται με άλλες ασφαλέστερες μεθόδους για μια ομαλή εφηβική περίοδο. Επίσης, η συμβουλευτική πρέπει να εξατομικεύεται και να προσαρμόζεται στις ποικίλες συνθήκες ζωής. Αυτό από πλευράς του ειδικού συμβούλου απαιτεί πληθώρα γνώσεων, αλλά και ευαισθησία απέναντι στις ειδικές απαιτήσεις του κάθε ζευγαριού. Συμβουλεύουν και βοηθούν τα ζευγάρια που έχουν προβλήματα για να αποκτήσουν παιδιά. Μπορούν με τις ειδικές τους γνώσεις να βοηθήσουν κάθε ζευγάρι ξεχωριστά να επιλέξει την πιο κατάλληλη για εκείνο αντισυλληπτική μέθοδο. Συμβουλεύουν και ενδιαφέρονται για προβλήματα κληρονομικότητας και καθοδηγούν τα άτομα που έχουν ανάγκη προγεννητικού ελέγχου. Βασική επιδίωξη των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού είναι να βοηθήσουν τα άτομα για συνείδηση, για υπεύθυνη επιλογή αναπαραγωγής. Αντικειμενικός στόχος είναι να δημιουργηθούν υγιείς οικογένειες με γερά επιθυμητά παιδιά και ευτυχισμένους γονείς.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) αναγνωρίζει ότι: «ο προγραμματισμός της οικογένειας είναι σπουδαίος παράγοντας υγείας της οικογένειας και ιδιαίτερα της μητέρας των παιδιών, είναι τρόπος σκέψης, τρόπος ζωής που υιοθετούν θεληματικά και που βασίζεται

σε γνώσεις, απόψεις, και υπεύθυνες αποφάσεις που παίρνουν άτομα και ζευγάρια για την προαγωγή της υγείας και της ευτυχίας της οικογένειας»

Ο οικογενειακός προγραμματισμός θεσμοθετήθηκε στην Ελλάδα με το νόμο 1036/80 και με το νόμο 1397/83 εντάχθηκε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αποτελεί σημαντικό στοιχείο των βασικών υπηρεσιών υγείας και αναπόσπαστο τμήμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Γίνεται προσπάθεια να καλυφθούν ισότιμα οι ανάγκες του πληθυσμού της χώρας με την λειτουργία κέντρου οικογενειακού προγραμματισμού σε κάθε Νομαρχιακό Νοσοκομείο και την παροχή συμβουλευτικής και άλλων υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, απ' όλα τα Κέντρα Υγείας. Θεωρητικά λειτουργούν 49 κέντρα σε όλη την Ελλάδα, τα περισσότερα στα πλαίσια των Γυναικολογικών και Μαιευτικών κλινικών των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ενώ λειτουργούν και μέσα στις υπηρεσίες του ΙΚΑ, του ΠΙΚΠΑ, και των δήμων. Εξ' αυτών μόνο τα 25 θεωρούνται ότι προσφέρουν υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού. Σε νοσοκομεία που διαθέτουν κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού, ο θεσμός εφαρμόζεται στα πλαίσια των εξωτερικών γυναικολογικών και μαιευτικών ιατρείων, ενώ ανάλογες υπηρεσίες παρέχουν και τα κέντρα υγείας χωρίς όμως να είναι κατάλληλα στελεχωμένα.

Τα Κέντρα λειτουργούν σε καθημερινή βάση ή σε τακτές ημέρες και ώρες, με ειδικά εκπαιδευμένα στελέχη και διενεργούν επισκέψεις στην κοινότητα και τα σχολεία, σε συνεργασία με άλλους φορείς. Επίσης στα κέντρα, διενεργείται δωρεάν λήψη κολπικού και τραχηλικού επιχρίσματος (pap - test) και οι γυναικολογικές εξετάσεις, που περιλαμβάνουν και έλεγχο των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, ενώ οι τοποθετήσεις ενδομητρικών σπειραμάτων γίνονται σε χαμηλές τιμές, συγκριτικά με τις τιμές που ισχύουν στον ιδιωτικό τομέα. Η χωροταξική κατανομή των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού δεν είναι επαρκής. Πολλοί από τους νομούς της Ελλάδας, δεν διαθέτουν καμία υπηρεσία οικογενειακού προγραμματισμού και η στελέχωσή τους είναι ελλιπής.

Επίσημα στατιστικά στοιχεία για την αντισύλληψη στην Ελλάδα δεν υπάρχουν, γιατί η διακίνηση των αντισυλληπτικών μέσων, γίνεται συνήθως από τον ιδιωτικό τομέα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το προφυλακτικό και η διακεκομμένη συνουσία σε συνδυασμό με τη μέθοδο του ρυθμού, αποτελούν τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες μεθόδους αντισύλληψης. Ενώ στην Ευρώπη η πιο δημοφιλής και η πιο ασφαλής μέθοδος είναι το αντισυλληπτικό δισκίο, οι Ελληνίδες φοβούνται να χρησιμοποιήσουν ορισμένα μέσα αντισύλληψης, γιατί δεν έχουν επαρκή πληροφόρηση. Το αποτέλεσμα είναι ότι πολλές γυναίκες δεν χρησιμοποιούν καμία αντισυλληπτική μέθοδο ή χρησιμοποιούν παραδοσιακές αντισυλληπτικές μεθόδους, οι οποίες δεν είναι και τόσο αποτελεσματικές.

Επίσης, μέσα από τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, η έφηβος μπορεί να ενημερωθεί για τις διακοπές κύησης. Η διακοπή της κύησης μπορεί να γίνει και στις γυναικολογικές κλινικές των κρατικών νοσοκομείων. Προβλέπεται η κάλυψη των δαπανών από την Κοινωνική Ασφάλιση, εφόσον η έγκυος είναι ασφαλισμένη και της παρέχεται αναρρωτική άδεια. Παρόλο, που προβλέπεται ασφαλιστικά η κάλυψη των δαπανών των εκτρώσεων, πολύ μικρός αριθμός ασφαλισμένων γυναικών κάνει χρήση του δικαιώματος αυτού. (Ιατράκης 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11***Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ***

Η κοινωνική και η ψυχολογική στήριξη των εφήβων εγκύων θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος όλων των τύπων φροντίδας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γέννησης. Πολλές νέες έχουν ελάχιστη ή καθόλου στήριξη από την στενή ή την ευρύτερη οικογένεια. Με τη συμμετοχή του νοσηλευτή, και την υποστήριξη θα έχουν καλή έκβαση, θα αισθανθούν λιγότερο άσχημα στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό τους, θα έχουν καλύτερη επικοινωνία και θα επιθυμούν να συμμετέχουν στη φροντίδα.

Όταν σε μια έφηβη διαγνωσθεί κλινικά και εργαστηριακά μια εγκυμοσύνη υπάρχουν οι ακόλουθες περιπτώσεις:

- Να συνεχισθεί η εγκυμοσύνη και το κορίτσι να φτιάξει τη δική της οικογένεια
- Να σκεφτεί το ενδεχόμενο να φέρει εις πέρας την εγκυμοσύνη και να δώσει το παιδί για υιοθεσία.
- Να κάνει άμβλωση.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να την βοηθήσει και να την στηρίξει όποια και να είναι η απόφαση που θα πάρει. Για αυτό θα πρέπει να αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσά τους, να είναι εχέμυθος και διακριτικός και να μην θέτει διαχωριστικούς φραγμούς στην επικοινωνία του με την νεαρή. Να μην χλευάζει ούτε να αποδοκιμάζει τις απορίες της και τους προβληματισμούς της. Η σχέση τους πρέπει να διακατέχεται από εμπιστοσύνη και ειλικρίνεια. Ο νοσηλευτής πρέπει να την ενημερώσει για να διευθετήσει όλες τις διαδικασίες που χρειάζεται.

Σπουδαίο ρόλο παίζει η ηθική-ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του κοριτσιού. Όταν επιλέξει να γεννήσει το μωρό της ή όταν αυτό είναι αναπόφευκτο ο νοσηλευτής λαμβάνοντας υπόψιν τις ανάγκες της εφήβου θα προχωρήσει στο συνδυασμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Η κύηση στην εφηβεία είναι ιατροκοινωνικό φαινόμενο γι' αυτό και ο νοσηλευτής επιβάλλεται να συνεργαστεί με όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

(Λυκερίδου 2003).

Καθώς επίσης πρέπει να καθοδηγήσει και να εκπαιδεύσει με πληροφορίες για τις ειδικές υψηλού κινδύνου καταστάσεις ή τις διάφορες επιλοκές στην έκβαση της διακοπής της εγκυμοσύνης και να παραπέμψει την έφηβο σε μαιευτικά κέντρα. Τέλος είναι πολύ σημαντικό μετά τον τοκετό ή την διακοπή της εγκυμοσύνης να ενημερώσει την έφηβο για τον κίνδυνο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και τις μεθόδους αντισύλληψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alan Guttmacher Institute, Why is Teenage Pregnancy Declining? The Roles of Abstinence, Sexual Activity and Contraceptive Use. New York: Alan Guttmacher Institute, 2001.
2. Beringer L., Sieving R., Ferguson J., Sharma V., Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents : patterns, prevention and potential. Lancet.2007.
3. Buckingham D. Νέοι, Σεξ και ΜΜΕ. Κατάρτι. Αθήνα 2007.
4. Dolto F. & Dolto T. C. , Έφηβοι προβλήματα και ανησυχίες. Πατάκης, Αθήνα, 2008.
5. El-Refaey H. Henshavv K, Templeton A The abortifacient effect of misoprostol in the second trimester. A randomized comparison with gemeprost in patients pretreated with mifepristone (RU486). Human Reproduction., 1993.
6. Elsevier. Impact of an Adolescence sex education program that was implemented by an academic medical Centre, American Journal of Obstetrics and Gynecology,195(1): 78 - 84, Mosby Inc. Ιούλιος 2006.
7. FAIZ O., MOFFAT D., Ανατομία με μία Ματιά, Παρισιάνου, Αθήνα,2006.
8. Heffner L., Ανθρώπινη Αναπαραγωγή με μια Ματιά, Παρισιάνου, Αθήνα, 2000.
9. Ελληνική στατιστική αρχή. Απογραφή κίνησης πληθυσμού – γεννήσεις. <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-database> 16/07/2008
10. Milsom I. Αντισύλληψη και οικογενειακός προγραμματισμός. Παρισιανού Α.Ε. Sweden 2009.
11. Hillard P., Pregnancy in Adolescence, Gynecology and Obstetrics, 1996.
12. Serfaty D. Αντισύλληψη. Παρισιανού Α.Ε. Αθήνα 2001.
13. Vallejo An - Nagera Al. Εφηβεία, η άγρια ηλικία. Ενάλιος. Αθήνα 2001.
14. Αναγνωστόπουλος Κ. Δ. και Παπαγεωργίου Β. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου. Βήτα. Αθήνα 2010.
15. Αντσακλής Α. Μαιευτική και γυναικολογία. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε. Αθήνα 2008.
16. Ασκητής Θ. Ε. , Η σεξουαλική αφύπνιση της εφηβείας. Κασταμιώτη. Αθήνα 2006.
17. Βακαλούδη Α. Δ. Αντισύλληψη και αμβλώσεις από την αρχαιότητα στο Βυζάντιο. Σταμούλης Αντ. Αθήνα 2003.
18. Βουλγαρίδης Γεώργιος Ζ., Η Αναπαραγωγή- Γνωρίστε τα Μυστικά της και πως να την Ελέγχετε, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2002.
19. Γερούκη Μ. Η σεξουαλική αγωγή στο σχολείο. Μαραθιά. Αθήνα 2011.
20. Γονιδάκης Φρ. και Χαρίλα Ντ. Διαταραχές πρόσληψης τροφής. Πεδίο. Αθήνα 2011.

21. Ιατράκης Γ. Οικογενειακός προγραμματισμός. Δεσμός. Αθήνα 2008.
22. Ιατράκης Μ. Γ., Αντωνίου Ε., Πεχληβάνη Φ., Ροκοπάνου Θ. Ειδικά προβλήματα κύησης. Δεσμός. Αθήνα 2010.
23. Καππάτου Α. Εφηβεία. Μοντέρνοι καιροί. Αθήνα 2007.
24. Καραγάλιος Γ.Ν., Μαιευτική & Γυναικολογική Νοσηλευτική. ΕΛΛΗΝ Γ. Παρίκος & ΣΙΑ Ε.Ε. Αθήνα 2006.
25. Κουρούνης Γ.Σ. Παθολογία κατώτερου γεννητικού συστήματος. CH.O, Αθήνα 2004.
26. Κρεατσάς Γ. Κ. Σεξουαλική αγωγή και οι σχέσεις των δύο φίλων. Ελληνικά γράμματα. Αθήνα 2003.
27. Κρεατσάς Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα 2009.
28. Λαϊνός Τρ., Οικογενειακή Ιατρική, Εκδόσεις Μανιατέα, Αθήνα, 2006.
29. Λάλη Δ.Ε. Γυναικολογία και μαιευτική. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε. Αθήνα 2004.
30. Λυκερίδου Α., Δεοντολογία Μαιών - Μαιευτών, Εκδόσεις Zymel, Αθήνα, 2003.
31. Μεσσήνης Ι.Ε. Μαιευτική και γυναικολογία. M.D. Communications. Αθήνα 2005.
32. Μιχαλάς Στ. Π. Επίτομη μαιευτική γυναικολογία. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε. Αθήνα 2000.
33. Ρούσσης Α. Γ. Η χρήση ουσιών στην εφηβεία. Γρηγόρη. Αθήνα 2008.
34. Φουντεδάκη Κ. Υιοθεσία. Σάκκουλα Α.Ε. Αθήνα 2010.
35. Χρυσικόπουλος Α. Αντισύλληψη. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2006.