

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – REVIEW

Παράγοντες κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης

Σιέττου Μαρία¹, Σαρίδη Μαρία²

1. Μαία, MSc, Κέντρο Υγείας Καπανδριτίου

2. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Phd (c), Γενικό νοσοκομείο Κορίνθου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εφηβική εγκυμοσύνη, αποτελεί παγκοσμίως ένα ιατρικό και κοινωνικό ζήτημα, που συνδέεται με πολλές σωματικές, ψυχολογικές, και κοινωνικές επιπτώσεις και μπορεί να καταλήξει σε γέννηση, αποβολή ή άμβλωση.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας, είναι να αναζητήσει τους παράγοντες κινδύνου εκείνους, που συντελούν στην εφηβική εγκυμοσύνη.

Αποτελέσματα: Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με δεδομένα της Unicef, το ποσοστό γεννήσεων ανάμεσα στις έφηβες αγγίζει το 52,1% και είναι τέσσερις φορές υψηλότερο, από το αντίστοιχο ποσοστό που καταγράφεται στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Η Μ. Βρετανία έχει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ευρώπη και σε αντίθεση με την πτώση που καταγράφεται στις υπόλοιπες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, το στοιχείο αυτό παραμένει σχετικά σταθερό, ειδικά στις εφήβους ηλικίας από 16 ετών και κάτω. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, το 2007, είχαμε 3.129 γεννήσεις από έφηβες κάτω των 18 ετών, με 75 γεννήσεις εξ αυτών από έφηβες κάτω των 15 ετών. Οι κυριότεροι παράγοντες, που συντελούν στην επίπτωση της εφηβικής εγκυμοσύνης, είναι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η οικογένεια, η εκπαίδευση και η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων.

Συμπεράσματα: Είναι ανάγκη, η πολιτεία, μέσα από τις υπηρεσίες της υγείας και τα προγράμματα της εκπαίδευσης, να παράσχει σύγχρονη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία, καθώς και προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η συνεργασία αυτών των φορέων είναι απαραίτητη, για την καλύτερη αντιμετώπιση της έκτασης και των συνεπειών της εφηβικής εγκυμοσύνης.

Λέξεις κλειδιά: Εφηβική εγκυμοσύνη, αντισύλληψη, παράγοντες κίνδυνου, σεξουαλική συμπεριφορά, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σιέττου Μαρία,
Επτανήσου 3,
14122 Π. Ηράκλειο,
Τηλ.: 210 2817742, 6955807828,
Email: sietmar@mail.gr

Risk factors of teenage pregnancy

Siettou, Maria¹ , Saridi Maria²

1. RM , Msc, Health Center of Kapandriti, Greece
2. RN, MSc, PhD (c), General Hospital of Korinthos, Greece

ABSTRACT

Teenage pregnancy is a worldwide medical and social issue, associated with many physical, psychological and social consequences and can result in birth, miscarriage or abortion.

Aim: The aim of the present study is to find those risk factors that contribute to teenage pregnancy.

Results: In U.S.A., according to data from Unicef, the birth rate among teenagers touches the 52.1% and it is four times higher, than the corresponding rate recorded in the countries of Western Europe. The United Kingdom has the highest rate of teenage pregnancy in Europe and in contrast to the decline in the rate of teenage pregnancy, recorded in the remaining countries of Western Europe, this figure has remained relatively stable, especially in adolescents aged 16 years and below. In Greece, according to National Statistics Office, in 2007, we had 3.129 births by teenagers under 18, with 75 births by teenagers under 15. The main factors contributing to the incidence of teenage pregnancy are socioeconomic factors, the family, the education and the sexual behavior of teenagers.

Conclusions. It is necessary the state, through the health services and the education programs, to provide modern sex education in schools, as well as programs of prevention and health education in primary health care. The cooperation of these authorities is essential, to better address the extent and consequences of teenage pregnancy.

Keywords: Teenage pregnancy, contraception, risk factors, sexual behavior, sex education.

CORRESPONDING AUTHOR

*Siettou, Maria,
Eptanisou 3,
14122, P. Heraklion,
Tel.: 210 2817742, 6955807828,
Email: sietmar@mail.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί παγκοσμίως ένα ιατρικό και κοινωνικό ζήτημα, με πολλές επιπτώσεις και προεκτάσεις τόσο σωματικές όσο ψυχολογικές και κοινωνικές.^{1,2,3} Ανάμεσα στις χώρες του Δυτικού κόσμου με τα υψηλότερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης είναι η Αμερική,⁴ ενώ από τις χώρες της Ευρώπης, την πρώτη θέση φαίνεται να κατέχει η Μ. Βρετανία⁴ και παρόλο το γεγονός ότι το 2004 υπήρξε μείωση των εφηβικών κυήσεων σε σχέση με παλαιότερα έτη, το ποσοστό αυτό εξακολουθεί να παραμένει το υψηλότερο από τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης.^{5,6} Η εφηβική εγκυμοσύνη μπορεί να καταλήξει ανάλογα, σε γέννηση, αποβολή ή άμβλωση.³

Στην Ελλάδα, η αρμόδια επιτροπή για τη μείωση των διακρίσεων κατά των Γυναικών, εξέφρασε την ανησυχία της για το υψηλό ποσοστό των εκτρώσεων στη χώρα μας και ειδικότερα για τις εκτρώσεις εκείνες που αφορούν τις έφηβες, επισημαίνοντας δε, ότι το γεγονός αυτό είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς χρήσης αντισύλληψης, αλλά και της απουσίας σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στους έφηβους.⁷ Η Ελλάδα έχει ένα από τα

υψηλότερα ποσοστά άμβλώσεων στην Ευρώπη και παράλληλα ένα πολύ χαμηλό ποσοστό χρήσης αντισύλληψης, εξαιρουμένων της χρήσεως προφυλακτικού και της απόσυρσης.⁸ Το 2001 σύμφωνα με στοιχεία μελέτης που διεξήχθη στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι μια στις δέκα γυναίκες ηλικίας 16-24 ετών είχε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που κατέληξε σε άμβλωση. Γίνεται εμφανής λοιπόν η μεγάλη έλλειψη από πολιτικές πρόληψης στον συγκεκριμένο τομέα, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να θεωρούν την άμβλωση ως ελεγκτικό μηχανισμό των γεννήσεων.⁸

Οι λόγοι και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της εφηβικής εγκυμοσύνης είναι πολλοί και ποικίλλουν ανάλογα. Ωστόσο οφείλουμε να επισημάνουμε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, η κύηση στην εφηβεία αποτελεί επιλογή από την έφηβη και αυτό σχετίζεται άμεσα με στοιχεία κουλτούρας και πολιτισμικής κληρονομιάς, τα οποία διέπουν κάποιες κοινωνίες ή κάποιες κοινωνικές ομάδες.^{9,10}



ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΕ ΑΜΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

Από στοιχεία μελέτης που έγινε σε 28 χώρες του αναπτυγμένου κόσμου, προκύπτει ότι το λιγότερο 1,25 εκατομμύρια έφηβες μένουν έγκυες κάθε χρόνο, και από αυτές μισό εκατομμύριο περίπου θα οδηγηθούν σε έκτρωση, ενώ γύρω στις 750.000 θα γίνουν τελικώς έφηβες μητέρες.⁴ Οι ΗΠΑ εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης από όλες τις αναπτυγμένες χώρες και η Μ. Βρετανία παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ευρώπη.^{11,5}

ΑΜΕΡΙΚΗ

Στοιχεία από αναφορά της Unicef το 2001, δείχνουν ότι στην Αμερική, το ποσοστό των εφηβικών γεννήσεων αγγίζει το 52.1% και είναι τέσσερις φορές πιο πάνω από το αντίστοιχο ποσοστό που αφορά τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.⁴ Το 2002 σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύτηκαν από το National Center for Health Statistics των ΗΠΑ, συνέβησαν 757.000 κησεις σε έφηβες ηλικίας 15-18 ετών και παρόλο, που τα ποσοστά εφηβικής κήσης εμφάνισαν πτώση σε σχέση με τα προηγούμενα έτη, τα ήδη υπάρχοντα ποσοστά παραμένουν και θεωρούνται ακόμη υψηλά. Από τις παραπάνω κησεις, οι 425.000 κατέληξαν σε άμβλωση και οι 117.000 σε αποβολή.¹² Το 82% των εφηβικών κήσεων που προκύπτουν τα

τελευταία δύο χρόνια, όπως αναφέρεται από την ίδια πηγή, είναι κησεις απρόσμενες.¹² Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη στις έφηβες σήμερα, υπερβαίνει σε αριθμό τις 800.000 ετησίως ενώ το ένα τρίτο από αυτές τις κησεις καταλήγουν σε άμβλωση.¹³

Όσον αφορά τις γεννήσεις στην εφηβεία, η πρόσφατη αναφορά από το National Vital Statistics Number δείχνει ότι το 2006, το ποσοστό γεννήσεων από μικρότερες έφηβες ηλικίας 10-14 ετών έπεσε στους 0.6 τοκετούς/1000 έφηβες, σε σχέση με το 0.7/1000 το 2005 και είναι η μοναδική ηλικιακή ομάδα, στην οποία καταγράφεται έστω και αυτή η μικρή πτώση.¹⁴ Αντίθετα το ποσοστό των γεννήσεων από έφηβες ηλικίας 15-17 ετών, αυξήθηκε από 21.4/1000 έφηβες το 2005 σε 22 το 2006, ενώ το ποσοστό των γεννήσεων από έφηβες ηλικίας 18-19 ετών αυξήθηκε 4% το 2006.¹⁴

ΕΥΡΩΠΗ

Η Μ. Βρετανία εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στην Ευρώπη⁴ και σε αντίθεση με την πτώση του ποσοστού εφηβικής εγκυμοσύνης, που καταγράφεται στις υπόλοιπες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, στη Μ. Βρετανία το αντίστοιχο ποσοστό παραμένει σχετικά σταθερό, ειδικά στις εφήβους ηλικίας από 16 ετών και κάτω.^{15,16}

Το 2002 ο αριθμός των εφηβικών κήσεων στη Μ. Βρετανία ήταν 46.745 από τις οποίες

το 50% κατέληξε στη γέννηση ενός παιδιού, προκαλώντας έτσι το γεγονός η Μ. Βρετανία να έχει ένα ποσοστό εφηβικών γεννήσεων, διπλάσιο από εκείνο της Γερμανίας, τριπλάσιο από της Γαλλίας και έξι φορές περισσότερο από τις Σκανδιναβικές χώρες.¹⁷ Το 2004 το ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης στη Μ. Βρετανία ήταν της τάξης του 41.5/1000 έφηβες ηλικίας 15-17 ετών και παρόλο, που καταγράφεται μια πτώση 11.1% σε σχέση με το 1998, το ποσοστό εφηβικών κυήσεων παραμένει ακόμα το υψηλότερο στη Δυτική Ευρώπη.⁶ Χαρακτηριστικό, είναι επίσης το γεγονός, ότι το 2008 στη Μ. Βρετανία σε σύνολο 195.296 εκτρώσεων στο γενικό πληθυσμό, οι 19.387 αφορούσαν έφηβες κάτω των 18 ετών, (ποσοστό 19% του συνολικού αριθμού αμβλώσεων), και από αυτές 4.113 αμβλώσεις, ήταν σε ηλικία κάτω των 16 ετών, (ποσοστό 4%), ενώ από το 2006 έως το 2008, οι εκτρώσεις εφήβων κοριτσιών κάτω των 16 ετών ήταν 12.479. ¹⁸Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι το διάστημα 1997-2007 ο αριθμός των συλλήψεων στις έφηβες 16 ετών παρουσιάζει μείωση όπως επίσης και ο αριθμός των κυήσεων που καταλήγουν σε τοκετό.. Αντίθετα όσο αυξάνεται η ηλικία το σύνολο των συλλήψεων παρουσιάζει ελάχιστη μεταβολή και το ίδιο παρατηρείται και στον αριθμό των κυήσεων που καταλήγουν σε τοκετό (Πίνακας 1).

Σε άλλες χώρες της Ευρώπης, όπως στη Σουηδία και στη Γαλλία, τα ποσοστά της εφηβικής εγκυμοσύνης εμφανίζονται πολύ χαμηλότερα, σε σχέση με αυτά της Μ. Βρετανίας και των Η.Π.Α.¹⁹

ΕΛΛΑΔΑ

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



παραπάνω στοιχεία, στη χώρα μας έχουμε συστηματική καταγραφή μόνο των γεννήσεων και δεν περιλαμβάνονται σε αυτήν οι αμβλώσεις και οι αποβολές (Πίνακας 2).

Στοιχεία της Β' Γυναικολογικής και Μαιευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών δείχνουν ότι το 30-40% των κοριτσιών ηλικίας 16-18 ετών έχουν ξεκινήσει σεξουαλική δραστηριότητα. Από το παραπάνω ποσοστό, ένα 30% δεν χρησιμοποιεί καμία μέθοδο αντισύλληψης και ένα άλλο 30% χρησιμοποιεί αναποτελεσματικές μεθόδους, όπως η απόσυρση. Η συχνότητα των εφηβικών γεννήσεων έχει βέβαια μειωθεί την τελευταία εικοσαετία (από 9% το 1985 σε 5.2% το 2003), γεγονός που μάλλον συνδέεται με την αύξηση των αμβλώσεων κατά το ίδιο χρονικό διάστημα (1980: 28.8%, 2003: 50%).²¹

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει ουσιαστικά την επίπτωση της εγκυμοσύνης στην εφηβεία. Τα υψηλότερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης παρατηρούνται κυρίως στις κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερες τάξεις και σε περιοχές με υλική και κοινωνική στέρηση.^{22,23} Έφηβες προερχόμενες από την εργατική κοινωνική τάξη έχουν δέκα φορές

περισσότερο κίνδυνο να γίνουν έφηβες μητέρες, σε σχέση με τις έφηβες που προέρχονται από την ανώτερη κοινωνική τάξη.¹⁷

Σε μελέτη που έγινε στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι οι περισσότερες νεαρές έγκυες προέρχονταν από τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα και αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι αυτές οι ομάδες πληθυσμού έχουν ελλιπή γνώση, σε σχέση με την φυσιολογία της αναπαραγωγής καθώς και με την χρήση αντισυλληπτικών.²⁴

Η πρώιμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για μια κύηση την εφηβεία και μπορεί να σχετίζεται και με κοινωνικοοικονομικά κριτήρια όπως προκύπτει από μια μελέτη που έγινε στη Μ. Βρετανία. Βρέθηκε λοιπόν ότι, οι έφηβες που προέρχονται από τις εργατικές τάξεις ξεκινούν νωρίτερα τις σεξουαλικές τους επαφές με το άλλο φύλλο, με αποτέλεσμα να εκτίθενται έτσι περισσότερο στον κίνδυνο μιας κύησης στην εφηβεία.²⁵ Επίσης από μια άλλη μελέτη στη Μ. Βρετανία που αφορά έφηβες από διαφορετικά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα, διαπιστώθηκε ότι, ενώ αρχικά οι περισσότερες από αυτές έβλεπαν την μητρότητα στην εφηβεία κυρίως αρνητικά, εκείνες οι κοπέλες που προέρχονταν από τις οικονομικά ασθενέστερες περιοχές, φαίνεται ότι είχαν τις περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν την εγκυμοσύνη τους, όταν εκείνη προέκυπτε, σε

σχέση με αυτές από τις πιο προνομιούχες οικονομικά περιοχές, οι οποίες τείνουν συχνότερα να υποβάλλονται σε άμβλωση.²⁶

Σύμφωνα τέλος με άλλες συναφείς μελέτες, οι συνθήκες που συμβάλλουν στη στέρηση υλικών αγαθών, αποτελούν έναν από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου για μια εγκυμοσύνη στην εφηβεία.²⁷

Οικογένεια

Η οικογένεια είναι ένας παράγοντας με σημαντική επιρροή στην απόφαση της εφήβου είτε να οδηγηθεί συνειδητά σε μια εφηβική εγκυμοσύνη, είτε να προβεί νωρίς στην έναρξη της σεξουαλικής της ζωής. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι νεαρά κορίτσια που ζούσαν χωρίς την οικογένειά τους, υπό την προστασία της πολιτείας, βίωναν συναισθήματα μοναξιάς, απόρριψης και έλλειψης εμπιστοσύνης. Αυτά τα συναισθήματα, φαίνεται ότι ασκούσαν σοβαρή επιρροή στην απόφαση τους να επιλέξουν να συνεχίσουν μια κύηση και να γίνουν οι ίδιοι γονείς, προσπαθώντας έτσι μέσα από μια υγιή οικογενειακή σχέση να συμπληρώσουν τα κενά τα οποία ένοιωθαν. Η γέννηση ενός μωρού ουσιαστικά καλύπτει με αυτόν τον τρόπο τις συναισθηματικές ανάγκες της έφηβης, τις οποίες έχει στερηθεί η ίδια.²⁸

Επίσης, έφηβες που έχουν βιώσει την απουσία του πατέρα στην οικογένεια, επηρεάζονται από το γεγονός αυτό και

εμφανίζονται πιο επιρρεπείς στο να αρχίσουν νωρίτερα τις σεξουαλικές τους επαφές και πολλές φορές αυτό τείνει να καταλήξει σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.²⁹ Τέλος, οι έφηβες που ήταν και οι ίδιες παιδιά έφηβων γονέων, παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώσουν μια κύηση στην εφηβεία και να γίνουν και οι ίδιες έφηβες μητέρες, σε σχέση με τις έφηβες που οι γονείς τους τεκνοποίησαν κατά την ενήλικη ζωή τους.³⁰

Στο ρόλο που παίζει η οικογένεια αλλά και το σχολείο, αναφέρεται και μια παρόμοια μελέτη από τη Μ. Βρετανία.²⁵ Σημαντικό εύρημα της μελέτης αυτής είναι η συμβολή της μονογονεϊκής οικογένειας στην επίπτωση της εφηβικής εγκυμοσύνης. Αναφέρεται λοιπόν ότι, το ποσοστό της πρώτης σεξουαλικής επαφής εφήβων ηλικίας κάτω των 16 ετών και μη χρήσης αντισύλληψης, ήταν υψηλότερο σε κορίτσια και αγόρια που ζούσαν με έναν από τους δύο γονείς και αυτά τα άτομα φαίνεται ότι εγκαταλείπουν και το σχολείο νωρίτερα από την ηλικία των 16 ετών.²⁵

Σχολείο - Εκπαίδευση

Στη στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε έφηβες, οι οποίες εγκαταλείπουν το σχολείο και στην επίπτωση της εφηβικής εγκυμοσύνης, αναφέρεται μια μελέτη που επισημαίνει ότι ένα ποσοστό 29% από έφηβες που είναι σεξουαλικά ενεργείς και που εγκαταλείπουν το σχολείο στα 16 τους



χρόνια, έχουν ένα παιδί στην ηλικία των 17 χρόνων.²⁵ Έφηβες που εγκαταλείπουν το σχολείο, είτε διότι δεν το συμπαθούν, είτε έχουν χαμηλή επίδοση σε αυτό, ανήκουν σε ομάδα υψηλού κίνδυνου για να βιώσουν μια εγκυμοσύνη στην εφηβεία.^{17,27} Η εγκατάλειψη της εκπαίδευσης και η αδυναμία ως εκ τούτου, απόκτησης ουσιαστικών προσόντων για μια καλή επαγγελματική αποκατάσταση, τεκμηριώνεται ως παράγοντας κινδύνου απόκτησης μιας εφηβικής εγκυμοσύνης και από άλλη παρόμοια μελέτη, που αναφέρεται σε νέους που βρίσκονταν υπό τη φροντίδα της πολιτείας και όχι της οικογένειάς τους. Σημαντικός παράγοντας επίσης, σε αυτή την ομάδα νέων, ήταν η διακοπή της σχολικής εκπαίδευσης λόγω εγκατάλειψης του σχολείου και η ως εκ τούτου έλλειψη σχολικής σεξουαλικής τους διαπαιδαγώγησης.²⁸

Από μελέτη που έγινε σε έγκυες έφηβες από ασθενέστερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και αφορά την επιθυμία τους για μια εγκυμοσύνη, βρέθηκε ότι, οι έφηβες εκείνες που εγκατέλειψαν το σχολείο, είχαν διπλάσια την επιθυμία για εγκυμοσύνη σε σχέση με τις έφηβες που συνέχιζαν την εκπαίδευση τους.³¹

Σεξουαλική Συμπεριφορά - Αντισύλληψη

Οι έφηβοι φαίνεται ότι προτιμούν συνήθως λιγότερο αξιόπιστες μεθόδους αντισύλληψης και δίνουν λιγότερη προσοχή στην

αναπαραγωγική τους υγεία. Τα πρώτα βήματα στη σεξουαλική τους ζωή είναι συνήθως ανασφαλής και χαρακτηρίζονται από έλλειψη εμπειρίας.³² Η μέση ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής και για τα δύο φύλλα είναι αυτή των 16 ετών σύμφωνα με έρευνα στη Μ. Βρετανία.²⁵ Επίσης, το όριο έναρξης της εμμήνου ρύσεως έχει αλλάξει σε σχέση με το παρελθόν και χαρακτηρίζεται από την πρόωμη έναρξη της περιόδου στα κορίτσια, ένα γεγονός που σχετίζεται και αυτό με την επίσης πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων.²⁵ Αυτή η σεξουαλική δραστηριότητα συχνά επιφέρει πολλά απρόοπτα γεγονότα, όπως η εγκυμοσύνη και η άμβλωση.^{25,33,34}

Η πλειοψηφία των εφήβων που έχουν για πρώτη φορά σεξουαλική επαφή, είναι συνήθως χωρίς τη λήψη προφύλαξης, χωρίς αντισύλληψη ή με ανασφαλής μέτρα αντισύλληψης. Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων στον τομέα της αντισύλληψης, προκύπτει τόσο από την έλλειψη σχολικής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, όσο και από τη φτωχή επικοινωνία με την οικογένεια και εξηγεί τη συμπεριφορά αυτή των εφήβων σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στην Ουγγαρία.³² Από τη μελέτη αυτή συμπεραίνεται επίσης ότι, οι έφηβοι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη καθοδήγησης, για τη βελτίωση της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς, και ότι για να προληφθεί η ανεπιθύμητη εφηβική εγκυμοσύνη και η έκτρωση, η οικογένεια, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το σχολείο και οι

επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να βελτιώσουν περισσότερο τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την πληροφόρηση που προσφέρουν στους εφήβους.³²

Στην Ελλάδα η φτωχή διαπαιδαγώγηση σε θέματα αντισύλληψης, συμβάλλει στο αυξανόμενο ποσοστό των ανεπιθύμητων κήσεων άρα και των αμβλώσεων.⁷ Σε έρευνα που έγινε στον Ελλαδικό χώρο, σε 1500 άτομα ηλικίας 16-45 ετών και αφορούσε τη διερεύνηση της γνώσης σε θέματα αντισύλληψης, βρέθηκε ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό, 30,6% γυναικών και 14,7% των ανδρών απάντησαν σωστά στο 50% των ερωτήσεων που αφορούσαν βασικά θέματα αντισύλληψης.³⁵ Πηγές πληροφόρησής τους σε τέτοια θέματα αποτελούσαν οι παρέες, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και λιγότερο η οικογένεια. Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι η ανάγκη για διαπαιδαγώγηση σε σχετικά θέματα, είναι εμφανής, ειδικά στους νέους.³⁵

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η καλή αναπαραγωγική υγεία, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από το επίπεδο ενημέρωσης των ατόμων, σχετικά με τα μέτρα αντισύλληψης. Η λήψη των αποφάσεών τους, όσον αφορά τη σεξουαλική και αναπαραγωγική συμπεριφορά, προϋποθέτει σαφώς ορθή και έγκαιρη πληροφόρηση.^{35,36} Η

σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των μαθητών στα σχολεία, αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες στρατηγικής, που πρέπει να υιοθετήσει η πολιτεία για την μείωση της επίπτωσης της εφηβικής εγκυμοσύνης και την προαγωγή της υγείας των εφήβων.

Η Μ. Βρετανία, έχοντας τα υψηλότερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης στη Ευρώπη, έθεσε το 1999 σε εφαρμογή προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και ενημέρωσης, με δύο βασικούς στόχους: α) να μειώσει τα ποσοστά της εφηβικής εγκυμοσύνης έως το 2010 και β) να αυξήσει στο 60% τουλάχιστον το ποσοστό των έφηβων γονέων, ειδικότερα της ηλικιακής ομάδας 16- 19 ετών.³⁷ Αυτό το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο το οποίο εφαρμόστηκε αρχικά το 1999, περιελάμβανε τέσσερα βασικά στοιχεία:

α) Καλύτερη πρόληψη των αιτιών της εφηβικής εγκυμοσύνης, μέσα από τη βελτίωση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία και στην κοινότητα και την εξασφάλιση ευκολότερης πρόσβασης των νέων στην αντισύλληψη.

β) Εθνική καμπάνια από την πολιτεία που σκοπό είχε, να βοηθήσει τους νέους να αντισταθούν στη πίεση της πρώιμης έναρξης σεξουαλικών επαφών, καθώς και να ευαισθητοποιήσει τους νέους σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και



τέλος να ενθαρρύνει τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων.

γ) Προώθηση δομών για το συντονισμό των δράσεων σε τοπικό και εθνικό επίπεδο και εξασφάλιση της εφαρμογής των προαναφερθέντων δράσεων.

δ) Έμπρακτη υποστήριξη των εφήβων εγκύων και των έφηβων γονέων, η οποία θα περιλαμβάνει την πρόληψη μιας δεύτερης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, επιστροφή στην εκπαίδευση μέσω της βοήθειας που παρέχεται για τη φύλαξη του παιδιού των έφηβων γονέων και προγράμματα που παρέχουν ενίσχυση για τους γονείς και τα παιδιά.^{37,17}

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή αυτών των δράσεων μετά το πέρας τεσσάρων ετών, έδειξαν αισθητή μείωση του ποσοστού των εφηβικών κυήσεων κατά 3,2% και των γεννήσεων από έφηβες κατά 10,6%. Η μείωση αυτή εμφανίζεται μεγαλύτερη στις περιοχές στις οποίες το πρόγραμμα εφαρμόστηκε καλύτερα. Ωστόσο, αντίθετα με τα παραπάνω θετικά αποτελέσματα, αρνητικό θεωρείται το γεγονός ότι το ποσοστό των αμβλώσεων αυξήθηκε κατά 7,5%. Αυτά τα στοιχεία σύμφωνα με επιστήμονες, δείχνουν ένα θετικό αποτέλεσμα της εθνικής στρατηγικής που εφαρμόστηκε, παρόλο που επισημαίνουν ότι περισσότερες βελτιώσεις στη στρατηγική αυτή θα πρέπει να γίνουν στο μέλλον.²²

Σε άλλες χώρες επίσης, όπως η Σουηδία και η Γαλλία, με χαμηλά ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης, έχουν εισαχθεί στα σχολεία σύγχρονα προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και υπάρχει επίσης εύκολη πρόσβαση των νέων στις υπηρεσίες πληροφόρησης σχετικά με την αντισύλληψη¹⁹. Στις χώρες αυτές επίσης, σημαντικό εκτός των άλλων είναι το γεγονός ότι η πολιτεία υιοθετεί μια θετική στάση και προσδοκία απέναντι στη σεξουαλικότητα των νέων, η οποία εκφράζεται θετικά και με ένδειξη εμπιστοσύνης προς αυτούς. Στηρίζεται η θέση ότι οι έφηβοι μπορούν να πάρουν σωστές αποφάσεις σε σχέση με τη σεξουαλική τους υγεία και την πρόληψη μιας εγκυμοσύνης, έχοντας λάβει τις γνώσεις μέσα από σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Αυτού του είδους η κοινωνική αποδοχή της εφηβικής σεξουαλικότητας εκφράζεται από την πολιτεία με το να προσφέρει στους έφηβους μια σύγχρονη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία και μια εύκολη πρόσβαση των νέων σε υπηρεσίες αντισύλληψης.¹⁹ Χώρες όπως, η Σουηδία, η Ολλανδία, η Δανία, η Φιλανδία και η Γαλλία, φαίνεται να έχουν ξεφύγει από τις παραδοσιακές ηθικές αξίες άλλων κοινωνιών, πιο συντηρητικών, και έτσι να έχουν προβεί σε επιτυχημένες προσπάθειες προετοιμασίας των νέων ώστε να αντιμετωπίζουν καλύτερα μια περισσότερο «σεξιστική» κοινωνία.¹¹

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ-ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ

Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις ένα ανεπιθύμητο γεγονός και μπορεί να καταλήξει σε άμβλωση, αποβολή ή τη γέννηση ενός παιδιού.³ Σε οποιαδήποτε περίπτωση όμως και όποια και αν είναι η έκβασή της, οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν είναι σημαντικοί, τόσο για την υγεία της ίδιας της μητέρας, όσο και του παιδιού.³ Έχει βρεθεί ότι οι έφηβες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αναιμία κατά την κύηση, ενώ η προωρότητα και τα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά είναι μερικά από τα βασικότερα προβλήματα που εμφανίζονται στα βρέφη των εφήβων.^{38,39}

Σε ψυχολογικό επίπεδο επίσης, ο κίνδυνος που απορρέει από μια κύηση στην εφηβεία είναι η διακοπή ή μερικές φορές η αναστολή των εξελικτικών στόχων της εφήβου.³⁸ Οι έφηβες μητέρες παρουσιάζουν χαμηλότερο βαθμό αυτοεκτίμησης, πράγμα που τις δυσκολεύει ακόμη περισσότερο στο να αντεπεξέλθουν στον ρόλο τους, ενώ υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στις έφηβες από ότι στις ενήλικες μητέρες.⁴⁰

Σε κοινωνικό επίπεδο, οι έφηβες μητέρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να ζουν σε πιο στερημένα οικονομικά συνθήκες και ως εκ τούτου, να μην συνεχίζουν ούτε την εκπαίδευση τους στο σχολείο.⁴² Μεγάλο

ποσοστό από αυτές τις μητέρες, ανήκουν σε μονογονεϊκές οικογένειες ή άνεργες και ως εκ τούτου βρίσκονται σε μια σημαντικά μειονεκτική οικονομική κατάσταση.^{28,41} Τέλος, η πιθανότητα μιας δεύτερης εγκυμοσύνης στη εφηβεία είναι μεγαλύτερη σε έφηβες που έχουν γίνει ήδη μητέρες, και αυτό μπορεί να οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωσή τους και στη μη χρήση σωστών αντισυλληπτικών μέτρων για την αποφυγή μιας δεύτερης εγκυμοσύνης

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η οικογένεια με προβλήματα όπως η απουσία πατέρα, οι έφηβοι γονείς, αλλά και η διακοπή του σχολείου από την έφηβη ή η χαμηλή επίδοσή της σε αυτό, αποτελούν κάποιους από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου που συντελούν στην εμφάνιση της εφηβικής εγκυμοσύνης. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η υιοθέτηση από τους εφήβους συμπεριφορών επικίνδυνων, που μπορεί να οδηγήσουν σε εφηβική εγκυμοσύνη, όπως είναι η μη χρήση αντισύλληψης στις επαφές τους, αλλά και η πρόωπη έναρξη επαφών με το άλλο φύλλο, που είναι συνήθως χωρίς προστασία. Το όριο ηλικίας έναρξης των σεξουαλικών επαφών των εφήβων έχει μετατοπισθεί προς τα κάτω, (>16 ετών) και σε συνδυασμό με τη μη χρήση αντισύλληψης, κάνει επιτακτική την ανάγκη για λήψη



ουσιαστικών μέτρων πρόληψης και παρέμβασης από την πολιτεία.

Η πρόληψη θα βοηθήσει ώστε να μειωθούν οι συνέπειες που έχει η εφηβική εγκυμοσύνη τόσο στην υγεία όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Η έμφαση πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση των εφήβων και τη σωστή ενημέρωση μέσα από προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία.^{34,35} Οι εκπαιδευτικοί, οι σχολικοί νοσηλευτές οι μαίες/τες αλλά και άλλοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συνεργάζονται αποτελεσματικά και να ενημερώνουν τους γονείς για το περιεχόμενο της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που πρόκειται να εφαρμόσουν.⁴³

Σε χώρες όπως η Μ. Βρετανία, όπου έχουν εφαρμοσθεί προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στους έφηβους, τα αποτελέσματα ήταν θετικά και φάνηκε ότι μειώθηκε αισθητά το ποσοστό των εφηβικών κήσεων, ειδικά σε περιοχές που η εφαρμογή των προγραμμάτων ενημέρωσης ήταν ουσιαστική και μεθοδευμένη.^{25,41,22} Στην υπόλοιπη Ευρώπη και κυρίως στη Σουηδία και τη Γαλλία, όπου έχουμε χαμηλά ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης, η υιοθέτηση από την πολιτεία μιας θετικής στάσης απέναντι στη σεξουαλικότητα των νέων, εκφράζεται μέσα από την θέσπιση και εφαρμογή πολιτικών που προσφέρουν στους έφηβους σύγχρονα προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης

στα σχολεία και εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες αντισύλληψης.¹⁹

Αξίζει να σημειώσουμε ότι σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μιας μελέτης που έγινε στην Αυστραλία και έδειξε ότι η επίσκεψη κοινοτικών νοσηλευτριών και μαιών σε έφηβες μητέρες κατά τη διάρκεια της λοχείας, καθώς και η συμβουλευτική για αντισύλληψη που τους προσέφεραν, βοήθησε τις έφηβες να εφαρμόσουν στο μέλλον αντισυλληπτικά μέτρα και να αποφύγουν έτσι μια δεύτερη εγκυμοσύνη.² Χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής των παραπάνω προγραμμάτων πρόληψης στην Ευρώπη, αποτελεί το γεγονός ότι στη Σουηδία βασικό στοιχείο της πρόληψης αυτής, αποτελεί η επίσκεψη μαιών στο σπίτι των έφηβων μητέρων, μεταξύ της 8^{ης} και της 16^{ης} εβδομάδας και η παροχή συμβουλευτικής για τις μεθόδους αντισύλληψης.⁴³

Στην Ελλάδα, αυτό που ουσιαστικά είναι σημαντικό να επισημάνει κανείς, είναι η έλλειψη της εφαρμογής προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, ένα κομμάτι ζωτικής σημασίας, αλλά και μέρος της πολιτικής για την αγωγή υγείας, η οποία όπως είδαμε έχει αναπτυχθεί αρκετά σε πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Σε μια μελέτη που αφορά την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των μαθητών στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, προκύπτει ότι ενώ

η Ελληνική Κυβέρνηση έχει εισάγει από το 2001 στην εκπαίδευση διδασκαλία για τη γενετήσια αγωγή, τα εγχειρίδια που υπάρχουν για αυτό το σκοπό είναι ελάχιστα και η παροχή γνώσης περιορισμένη και μονοδιάστατη. Η ελαχιστοποίηση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στις εκπαιδευτικές βαθμίδες, μπορεί να αποδοθεί στον κοινωνικό συντηρητισμό αλλά και στην ελλιπή ενημέρωση εκπαιδευτικών και κοινωνίας γενικότερα.³⁶ Αποτέλεσμα αυτής της αδράνειας είναι οι έφηβοι στην Ελλάδα να μην έχουν σχεδόν καμία παροχή ενημέρωσης μέσα από την εκπαίδευσή τους και να βιώνουν την εφηβεία τους χωρίς να εφοδιάζονται με τις απαραίτητες γνώσεις για τη σεξουαλική τους υγεία και προστασία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πολιτεία είναι δεδομένο, ότι θα πρέπει να προβεί σε ενεργοποίηση και εφαρμογή προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία και στις πρωτοβάθμιες δομές της υγείας. Οι νέοι πρέπει να έχουν εύκολη πρόσβαση στην πληροφόρηση, η οποία πρέπει να χαρακτηρίζεται από εγκυρότητα. Η πληροφόρηση πρέπει να δίδεται από ειδικά εκπαιδευμένους επιστήμονες, μέσα σε ένα ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον. Η υιοθέτηση επίσης, μιας σύγχρονης αντίληψης απέναντι στη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων, πρέπει να εκφράζεται από την

πολιτεία συνδυαστικά, τόσο μέσα από τη θέσπιση προγραμμάτων σύγχρονης σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, όσο και με την προσέγγιση των νέων μέσα από την οικογένεια και τους φορείς υγείας. Η συνεργασία δε, των υπηρεσιών υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τους φορείς της εκπαίδευσης και τους γονείς, αποτελεί σημαντικό βήμα μιας στρατηγικής για την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας των εφήβων και την πρόληψη της εφηβικής εγκυμοσύνης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries BMJ. 2004; 328 (7449):1152.
2. Quinlivan JA, Box H, Sharon SF. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomized controlled trial. Lancet, 2003; 361(9361):893-900.
3. Creatsas G. Elsheikh A. Adolescent pregnancy and its consequences. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2002;7(3):167-72.
4. UNICEF. Innocenti Research Centre. A League Table of Teenage Births in Rich Nations. Innocenti Report Card Issue No. 3. Florence: UNICEF; 2001 Available at: [www.unicef-irc.org/cgi-bin/unicef/download_insert.sql?ProductID=328].
5. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage Pregnancies: Obstetric characteristics and



- outcome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008 ;137(2):165-71.
6. Horgan PR ,Kenny LC. Management of teenage pregnancy. The Obstetrician and Gynaecologist. 2007; 9 (3):153-158.
 7. Mavroforou A, Koumantakis E, Michalodimitrakis E. Adolescence and Abortion in Greece: Women's Profile and Perceptions J. Pediatric Adolescence Gynecol. 2004; 17:321-326.
 8. Ioannidi- Kapolou E. Use of contraception and abortion in Greece: a review Reprod. Health Matters 2004;12(24):174-181.
 9. Kokkalis P., Papatheodorou D., Georgogiannis N. Tsavez N., Papadimitriou A. Teenage Pregnancy. Adolescence Gynecology Reprod Menop 2005; 17(4): 252-257.
 10. Arai L. Peer and neighbourhood influences on teenage pregnancy and fertility: qualitative findings from research in English communities Health and Place 2007;13:(1):87-98.
 11. Kmietowicz Zosia. US and UK are top in teenage pregnancy rates. BMJ 2002 ; 324: (7350) :1354.
 12. National Center for Health Statistics. Pregnancy trends in Teenage Pregnancy in the United States. Department of Health ND Human Services, Centers for Disease Control and Prevention 2006. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/teenpreg1990-2002/teenpreg1990-2002>.
 13. Dragoman M, Davis A. Abortion care for adolescents. Clin Obstet Gynecology 2008;51(2): 281-9.
 14. National Center for Health Statistics. National Vital Statistics Reports. 2009;54(4). Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58-04.pdf>
 15. Krishnamoorthy N, Simpson CD, Townend J, Helms PJ, McLay JS. Adolescent females and hormonal contraception: a retrospective study in primary care. Journal of Adolescent Health 2008;42(1) :97-101.
 16. Lawlor DA, Shaw M . Teenage pregnancy rates: high compared with where and when? Journal of The Royal Society of Medicine. 2004; 97(3): 121-123.
 17. Bailey P. Teenage pregnancies: is the high rate of teenage pregnancy and parenthood in the UK a public health problem? J Fam Plann Reprod Health Care 2005; 31 (4) :315-319.
 18. Department of Health. Abortion statistics England and Wales 2008. Available at: <http://www.dh.gov.uk/en/PublicationsStatistics/DH-099285>.
 19. Danielsson M, Rogala C, Sundstöm K. Few teenage pregnancies in Sweden a comparison between five Western industrialized countries. Support from and attitudes in the society explain the differences. Lakartidningen. 2003;100(23):2063-6.
 20. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία. 2008. Available at: <http://statistics.gr/portal/>
 21. Tsitsika A., Chrousos G. Adolescent Health: a major priority of the health care

- system in recent years. *Ann Clin Paediatr* 2005; 52(4):370-375.
22. Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C, et al. Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet* 2006;368 (9550) :1879-1886.
 23. McLeod A. Changing patterns of teenage pregnancy :population based study of small areas. *BMJ*. 2001;323 (7306):199-203.
 24. Papathanasiou I. Lahana . Adolescence Sexuality and Sexual Education. *Health Science Journal*. 2007;1(1):1-8.
 25. Wellings K, Nanchahal K, Mac Dowall W, McManus S, Erens B, Mercer CH, et al. Sexual behaviour in Britain; early heterosexual experience. *Lancet*. 2001;358(9296):1843-50.
 26. Turner K. Young women's views on teenage motherhood: a possible explanation for the relationship between socio-economic background and teenage pregnancy outcome? *Journal of Youth Studies* 2004; 7(2):221-238, Pub: Routledge, part of the Taylor & Francis Group.
 27. Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrsting controlled trials and qualitative studies. *BMJ*. 2009;339:4254.
 28. Knight A, Chase E, Aggleton P. Someone of Your Own to Love': Experiences of Being Looked After as Influences on Teenage Pregnancy. *Children & Society* 2006; 20(5):391-403.
 29. Ellis BJ, Bates JE, Dodge KA, Fergusson DM, Horwood LJ, Pettit GS, et al. Does Father Absence Place Doughters at Special Risk for Early Sexual Activity and Teenage Pregnancy? *Child Development*. 2003;74(3):801-821.
 30. Eifenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy . *Pediatr Clin North Am*.2003;50(4):781-800.
 31. Heavey EJ, Moysich KB, Hyland A, Druschel CM, Sill MW. Differences in Pregnancy Desire Among Pregnant Female Adolescents at a State-Funded Family Planning Clininc. *Journal of Midwifery & Womens Health*.2008;53(2):130-137.
 32. Kozinszky Z, Bártai G . Contraceptive behaviour of teenagers requesting abortion *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*.2004;112(1):80-3
 33. Viner R, Booy R. Epidimiology ohf health and illness. *BMJ*.2005;330(7488):411-414.
 34. Tripp J. Viner R. Sexual health, contraception and teenage pregnancy. *BMJ*.2005;330(7491):590-593
 35. Tountas Y, Creatsas G, Dimitrakaki C, Antoniou A, Boulamatsis D. Information sources and level of knowledge of contraception issues among Greek women and men in the reproductive age: a country-wide survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2004 ;9(1):1-10.
 36. Gerouki M. Sexuality and relationships education in the Greek primary schools - see no evil, hear no evil, speak no evil. *Sex Education*: 2007; 7(1): 81-100.



37. Galavotti C, Green DC. England's national Teenage Strategy. *Lancet*.2006; 368(9550)1846-1848.
38. Thato S, Rachukul S, Sopajaree C . Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: A retrospective study. *International Journal of Nursing Studies*.2007; 44(7):1158-1164.
39. Keskinoglu P, Bilgic N, Picakcief M, Giray H, Karakus N, Gunay T. Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers. *Journal of Pedriatic and Adolescence Gynecology* 2007; 20(1):19-24.
40. Wahn EH, Nissen E. Sociodemographic background, lifestyle and psychosocial conditions of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth. *Scand J Public Health*. 2008;36(4):415-23.
41. French R, Mercer C., Kane R., Kingori P., et al .What Impact Has England's Teenage Pregnancy Strategy Had on Young People's Knowledge of and Acces to Contraceptive Services? *Journal of Adolescent Healt* .2007: 41:594-601.
42. Falk G, Ostlund I, Magnuson A, Schollin J, Nilsson K .Teenage mothers-a high-risk group for new unintended pregnancies.*Contraception*. 2006 ;74(6):471-5.
43. Lynch E. Let's talk about sex. *Nursing Standard* .2004;18(43):16

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Στατιστικά στοιχεία εγκυμοσύνης και άμβλωσης από Μ.Βρετανία-2008

Office For National Statistics 2007 - Local Health Board 2008- England and Wales						
ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΕΤΟΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΛΛΗΨΕΩΝ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΤΟΚΕΤΟ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΑΜΒΛΩΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΩΝ- ΠΟΣΟΣΤΟ /1.000 ΓΥΝΑΙΚΕΣ		
				ΣΥΝΟΛΟ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΤΟΚΕΤΟ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΗΓΕΙ ΣΕ ΑΜΒΛΩΣΗ
16						
1997	14.058	8.364	5.694	44,5	26,5	18,0
1998	13.802	8.078	5.724	44,5	26,1	18,5
1999	13.334	7.489	5.845	43,0	24,2	18,9
2000	13.153	7.299	5.854	42,3	23,5	18,8
2001	13.103	7.106	5.997	40,4	21,9	18,5
2002	13.475	7.283	6.192	41,6	22,5	19,1
2003	13.303	7.210	6.093	40,3	21,8	18,4
2004	13.636	7.415	6.221	40,0	21,8	18,2
2005	13.335	7.150	6.185	39,4	21,1	18,3
2006	13.107	6.721	6.386	38,6	19,8	18,8
2007	13.573	6.712	6.861	39,4	19,5	19,9
17						
1997	21.029	13.242	7.787	66,1	41,6	24,5
1998	21.865	13.503	8.362	69,1	42,7	26,4
1999	20.749	12.686	8.063	66,8	40,9	26,0
2000	20.081	12.061	8.020	65,0	39,0	26,0
2001	19.984	11.652	8.332	63,8	37,2	26,6
2002	20.601	12.162	8.439	63,4	37,4	26,0
2003	20.835	12.284	8.551	63,9	37,7	26,2
2004	20.947	12.289	8.658	62,8	36,8	26,0
2005	21.060	12.155	8.905	61,1	35,3	25,8
2006	20.835	11.663	9.172	61,3	34,3	27,0
2007	21.215	11.635	9.580	62,0	34,0	28,0
18						
1997	25.618	16.828	8.790	84,2	55,3	28,9
1998	27.939	17.969	9.970	88,3	56,8	31,5
1999	26.627	16.990	9.637	84,6	54,0	30,6
2000	26.180	16.529	9.651	85,9	54,2	31,6
2001	25.746	16.069	9.677	83,6	52,2	31,4
2002	25.910	16.314	9.596	82,4	51,9	30,5
2003	26.610	16.569	10.041	80,9	50,4	30,5
2004	27.373	17.031	10.342	82,6	51,4	31,2
2005	28.044	17.551	10.493	82,5	51,6	30,9
2006	28.494	17.353	11.141	82,1	50,0	32,1
2007	28.960	17.545	11.415	84,0	50,9	33,1



Πίνακας 2: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία 2008 –Στοιχεία γεννήσεων ανά ηλικιακή ομάδα 2000-2007

	ΕΤΟΣ 2000	ΕΤΟΣ 2001	ΕΤΟΣ 2002	ΕΤΟΣ 2003	ΕΤΟΣ 2004	ΕΤΟΣ 2005	ΕΤΟΣ 2006	ΕΤΟΣ 2007
Ηλικία μητέρας	Σύνολο γεννήσεων							
	103.274	102.282	103.569	104.420	105.655	107.545	112.042	111.926
Σύνολο <των 15 ετών	47	74	89	92	75	60	80	76
15-19	3.034	3.724	3.495	3.416	3.302	3.031	3.231	3.129
20-24	17.502	17.850	17.319	16.840	15.616	14.969	15.274	14.592
25-29	34.267	34.421	34.330	33.953	34.019	33.532	33.884	33.216
30-34	32.817	31.656	32.580	32.926	33.943	35.891	38.161	38.254
35-39	12.810	12.123	13.144	14.430	15.677	16.940	17.844	18.731
40-44	2.511	2.169	2.376	2.495	2.745	2.825	3.196	3.515
45-49	221	186	206	235	237	263	335	361
50	63	70	26	33	41	34	37	52