



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ: Εκπαίδευση των εφήβων στην αναπαραγωγική υγεία.
Νεότερα Δεδομένα.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

Κοντίνη Αντωνία-Αγγελική

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Καλλία Θωμαή, Μαία

Καθηγήτρια Εφαρμογών

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 2017

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

**ΘΕΜΑ: Εκπαίδευση των εφήβων στην αναπαραγωγική υγεία.
Νεότερα Δεδομένα.**

Πτυχιακή Εργασία της Φοιτήτριας

Κοντίνη Αντωνία-Αγγελική

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Καλλία Θωμαή, Μαία

Καθηγήτρια Εφαρμογών

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ξεχωριστά τους διδάσκοντες του τμήματος καθώς με καθοδήγησαν και με βοήθησαν να προσεγγίσω την επιστήμη που αγαπώ, την Μαιευτική.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Καλλία Θωμαΐς, μαία- καθηγήτρια εφαρμογών, που με την βοήθειά της κατάφερα να ολοκληρώσω την παρούσα εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	8
Κεφάλαιο 1 ^ο Ορισμοί	
1.1 Αναπαραγωγική Υγεία.....	9
1.2 Εφηβεία.....	9
1.3 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα- Αφροδίσια Νοσήματα.....	9
1.4 Αντισύλληψη.....	10
Κεφάλαιο 2 ^ο Γεννητικό Σύστημα	
2.1 Γεννητικό Σύστημα Άρρενος.....	11
2.2 Γεννητικό Σύστημα Θήλεος.....	11
Κεφάλαιο 3 ^ο Ανάπτυξη των Εφήβων	
3.1 Ήβη.....	13
3.2 Εφηβεία.....	13
3.3 Στάδια Tanner.....	14
Κεφάλαιο 4 ^ο Κύηση στην Εφηβεία	
4.1 Δεδομένα.....	17
4.2 Αίτια- Παράγοντες Κινδύνου.....	18

4.3	Ιατρικές Επιπλοκές και Ψυχοκοινωνικοί Κίνδυνοι.....	19
4.4	Διάγνωση.....	20
4.4.1	Συνέχιση της Κύησης.....	20
4.4.2	Διακοπή της Κύησης.....	21
4.5	Πρόληψη.....	21

Κεφάλαιο 5^ο Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα στην Εφηβεία

5.1	Ταξινόμηση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων.....	23
5.2	Στατιστικά Δεδομένα.....	25
5.2.1	Χλαμύδια.....	25
5.2.2	Γονόρροια.....	26
5.2.3	Σύφιλη.....	27
5.2.4	Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοεπάρκειας (AIDS).....	27
5.2.5	Ηπατίτιδα Β.....	28
5.2.6	Ηπατίτιδα C.....	29
5.3	Παράγοντες Κινδύνου.....	29
5.4	Αξιολόγηση Σεξουαλικού Κινδύνου.....	30
5.5	Τρόποι Μετάδοσης.....	31
5.6	Διάγνωση.....	31
5.7	Πρόληψη.....	32

Κεφάλαιο 6 ^ο Αντισύλληψη στην Εφηβεία	
6.1 Ιδανική Αντισυλληπτική Μέθοδος.....	37
6.2 Μέθοδοι Αντισύλληψης.....	37
6.3 Οικογενειακός Προγραμματισμός.....	45
6.4 Σεξουαλική Αγωγή στην Εφηβεία.....	47
Κεφάλαιο 7 ^ο Ερευνητικό Μέρος	
7.1 Σκοπός- Μεθοδολογία.....	49
7.2 Αποτελέσματα.....	49
7.3 Συμπεράσματα.....	61
Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο.....	62
Βιβλιογραφία.....	66

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να παρουσιάσει θέματα όπως η εφηβική κύηση, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και οι μέθοδοι αντισύλληψης. Αρχικά, στο θεωρητικό μέρος ορίζονται κάποιες βασικές έννοιες και γίνεται μια μικρή αναφορά στην φυσιολογική ανάπτυξη των εφήβων και τα όργανα του γεννητικού συστήματος. Στη συνέχεια αναλύονται εκτενώς η κύηση στην εφηβεία, η συχνότητα και τα προβλήματα που δημιουργούν τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα στη συγκεκριμένη περίοδο, καθώς και οι τρόποι αντισύλληψης και η χρησιμότητα του οικογενειακού προγραμματισμού και τους σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Στη ερευνητικό μέρος, παρουσιάζεται ο σκοπός, η μέθοδος και τα αποτελέσματα της έρευνας που αφορούσε άτομα ηλικίας 18 έως 21 ετών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σημερινή εποχή, η συζήτηση για θέματα που αφορούν την σεξουαλική επαφή, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις μεθόδους αντισύλληψης αποτελούν ακόμα ταμπού για τις ελληνικές οικογένειες. Επιπλέον, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι ελλιπής στα ελληνικά σχολεία. Αυτά, έχουν ως αποτέλεσμα, οι έφηβοι, να ενημερώνονται από μη έγκυρες πηγές, να μη χρησιμοποιούν ή να χρησιμοποιούν με λανθασμένο τρόπο τα αντισυλληπτικά μέτρα και ως συνέπεια να υπάρχουν καταστάσεις, όπως η κύηση, που να φέρνουν τους έφηβους σε δύσκολη θέση και πολλές φορές να είναι επικίνδυνες για τη ζωή τους. Παρακάτω, θα αναλυθούν αυτά τα θέματα όπως και τρόποι αντιμετώπισης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ – ΟΡΙΣΜΟΙ

Η Αναπαραγωγική Υγεία ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) η κατάσταση όπου συνυπάρχει φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα, σε όλα τα στάδια της ζωής.

Σύμφωνα με την Διάσκεψη του Καΐρου (1994, Διεθνής Σύνοδος για τον πληθυσμό και την αναπαραγωγή I.C.P.D), η αναπαραγωγική υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή ζητήματος που αφορά το αναπαραγωγικό σύστημα και τη λειτουργία του. Οι άνθρωποι πρέπει να απολαμβάνουν υγιείς και ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις, καθώς και να έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν το πότε και υπό ποιες συνθήκες θα αναπαραχθούν. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού και αντιμετώπισης ζητημάτων υπογονιμότητας. Παράλληλα στο πλαίσιο της αναπαραγωγικής υγείας, οι μητέρες θα πρέπει να φέρουν σε πέρας κάθε εγκυμοσύνη με ασφαλή και αξιοπρεπή τρόπο. Τέλος, η αναπαραγωγική υγεία αφορά στη σεξουαλική υγεία και στην προάσπισή της με την εξασφάλιση ποιοτικών ανθρώπινων σχέσεων. (UN, 1995)

1.2. ΕΦΗΒΕΙΑ

Σύμφωνα με τον ορισμό του Π.Ο.Υ, η εφηβεία περιλαμβάνει την ηλικία μεταξύ 10 και 19 ετών, ενώ η Αμερικάνικη Παιδιατρική Ακαδημία θέτει ως ανώτερο ηλικιακό όριο τα 21 έτη.

Η εφηβεία διαχωρίζεται σε τρεις βασικές περιόδους: α) την πρώιμη (10-13 έτη), β) τη μέση (14-17 έτη) και γ) την όψιμη εφηβεία (>17 έτη). Η κάθε μία από αυτές τις περιόδους έχει τα δικά της ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά, ωστόσο είναι αρκετά σύνηθες η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη να μη συμβαδίζει με τη χρονολογική ηλικία ή τη σωματική ανάπτυξη του εφήβου. (Τσιτσικά Α., 2014)

1.3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ –

ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ονομάζονται οι ασθένειες ή μολύνσεις οι οποίες μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο μέσω της σεξουαλικής επαφής, συμπεριλαμβανομένου της στοματικής και πρωκτικής επαφής. Συχνά αντί του όρου Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ), χρησιμοποιείται ο όρος Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις (ΣΜΛ) για να συμπεριλάβει και τις περιπτώσεις των ατόμων που δεν εμφανίζουν συμπτώματα. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2012)

Μερικά από αυτά τα νοσήματα μπορούν, επίσης, να μεταδοθούν μέσω της απευθείας επαφής με μολυσμένο αίμα ή παράγωγα αίματος αλλά και από την έγκυο στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, κάθετη μετάδοση. (ΠΟΥ, 2016)

Περισσότερα από 30 διαφορετικά βακτήρια, ιούς και παράσιτα είναι γνωστά ότι μπορούν να μεταδοθούν μέσω της σεξουαλικής επαφής. Οχτώ από αυτούς τους παθογόνους μικροοργανισμούς συνδέονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών. Από αυτές τις οκτώ μολύνσεις, οι τέσσερις που σήμερα μπορούν να θεραπευθούν είναι η σύφιλη, η γονόρροια (γονοκοκκική ουρηθρίτιδα), γλαμύδια και λοίμωξη από τριχομονάδα. Οι άλλες τέσσερις, όπως η Ηπατίτιδα Β (HBV), ο ιός του απλού έρπητα (HSV), ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) και ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), είναι ιογενείς λοιμώξεις και μέχρι σήμερα δεν υπάρχει θεραπεία. (WHO, 2016)

Επιπλέον, ως ΣΜΝ αναφέρονται η βακτηριακή κολπίτιδα, η ψώρα, οι μύκητες και οι ψείρες του εφηβαίου. (Κυπριακός Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού, 2012)

1.4. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Σύμφωνα με τον Κυπριακό Σύνδεσμο Οικογενειακού Προγραμματισμού, ως αντισύλληψη ορίζονται τα προληπτικά μέτρα που χρησιμοποιεί το ζευγάρι για να αποφύγει την εγκυμοσύνη. Συγκεκριμένα είναι οι μέθοδοι, φυσικές ή τεχνητές, που εμποδίζουν τη γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο. Η αντισύλληψη επιτρέπει στα ζευγάρια να καθορίσουν το αριθμό των τέκνων και το χρονικό διάστημα που επιθυμούν να τα αποκτήσουν.

Αναφορικά, οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι οι παρακάτω: 1. αντισυλληπτικά δισκία, 2. αυτοκόλλητα επιθέματα, 3. κολπικός δακτύλιος, 4. ενέσιμα αντισυλληπτικά, 5. εμφυτεύματα, 6. ενδομήτρια συσκευή, 7. γυναικεία και ανδρική στείρωση, 8. γυναικείο και ανδρικό προφυλακτικό, 9. σπερματοκτόνα, 10. διαφράγματα και τραχηλική καλύπτρα, 11. μέθοδος γνώσης γονιμότητας, 12. διακεκομμένη συνουσία, 13. αμηνόρροια θηλασμού και 14. επείγουσα αντισύλληψη. (Βιβιλάκη, Φιφλή, Χαρίτου, 2016)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το γεννητικό σύστημα διακρίνεται σε γεννητικό σύστημα του άρρενος και του θήλεος.

2.1. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΡΡΕΝΟΣ

Το σύστημα αυτό αποτελείται από τα εξής όργανα:

α. Οι όρχεις: είναι δύο μεικτοί αδένες οι οποίοι παράγουν το σπέρμα και τις ανδρογόνες ορμόνες.

β. Η επιδιδυμίδα: είναι μοίρα της εκφορητικής οδού του όρχι.

γ. Ο σπερματικός πόρος: είναι ινομώδης πόρος με μήκος 40cm. παριστά τη συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίδας και τελειώνει στη βάση του προστάτη.

δ. Η σπερματοδόχος κύστη: εκκρίνει ουσίες, οι οποίες διεγείρουν τις κινήσεις των σπερματοζωαρίων.

ε. Ο εκσπερματικός πόρος: είναι δύο μικροί πόροι που σχηματίζονται από τη συμβολή της σύστοιχης σπερματικής ληκύθου και του σπερματικού πόρου.

στ. Ο προστάτης: είναι αδενωμώδες όργανο, το έκκριμα του οποίου διεγείρει τις κινήσεις των σπερματοζωαρίων και δίνει στο σπέρμα την χαρακτηριστική όψη και οσμή.

ζ. Οι βολβουρηθραίοι αδένες: είναι δύο μικροί αδένες, οι οποίοι παράγουν έκκριμα που συμβάλλει στη καλή κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

η. Το πέος: έχει σχήμα επίμηκες κυλινδρικό και εμφανίζει τρία μέρη, τη βάλανο, το σώμα και τη ρίζα. Κατά τη στύση, οι αιμοφόρες σήραγγες του πέους γεμίζουν αίμα.

2.2. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΘΗΛΕΟΣ

Το γεννητικό σύστημα του θήλεος αποτελείται από τα έσω και τα έξω γεννητικά όργανα.

ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

α. Οι ωοθήκες: είναι δύο και βρίσκονται η κάθε μία στο πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου. Περιέχουν τα ωοθυλάκια και τα ωχρά σωμάτια.

β. Οι σάλπιγγες (ή ωαγωγοί): είναι δύο και η κάθε μία συνδέει την σύστοιχη ωοθήκη με τη μήτρα, παριστάνοντας τον εκφορητικό πόρο. Λειτουργικά, χρησιμεύουν για την πρόσληψη, από την επιφάνεια της ωοθήκης, του ωαρίου και την προώθησή του στη μήτρα.

γ. Η μήτρα (ή υστέρα): είναι κοίλο μυώδες όργανο που βρίσκεται εντός της ελάσσονος πυέλου, με απιοειδές σχήμα κατά τον κεντρικό άξονά της που χρησιμεύει για την κύηση και τον τοκετό. Αποτελείται από τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο.

δ. Ο κολεός (ή κόλπος): παριστάνει ινομυώδη - ινοελαστικό σωλήνα, ο οποίος υποδέχεται, κατά τη συνουσία, το εν στύσει πέος.

ε. Ο παρθενικός υμένας: είναι λεπτή μεμβρανώδης πτυχή του βλεννογόνου και βρίσκεται ακριβώς γύρω από την είσοδο του κόλπου, περιβάλλοντας το στόμιο του. Το σχήμα, το μέγεθος και η μορφή του, ποικίλουν. Μετά την πρώτη συνουσία γίνεται ρήξη του και στη θέση του μένουν τα μύρτα, που με τους τοκετούς καταστρέφονται με τη διάρκεια του χρόνου και ο υμένας εξαφανίζεται. (Gilroy A., MacPherson B., et al 2012)

ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Το αιδοίο, παριστάνει το έξω γεννητικό όργανο του θήλεος και αποτελεί σφηνοειδές έπαρμα. Μορφολογικά, το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο, τα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κολεού, τους βολβούς του προδρόμου και τους μείζονες αδένες του προδρόμου. (Gilroy A., MacPherson B., et al 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

3.1. ΗΒΗ

Η ήβη είναι η περίοδος του λεγόμενου αυξητικού άλματος - δηλαδή της μεγάλης και απότομης αύξησης του ύψους και του βάρους του σώματος - και της σεξουαλικής ωρίμανσης. Διαρκεί 2 - 4 χρόνια και συνοδεύει πάντοτε την εφηβεία.

Κατά την περίοδο της ήβης έχουμε την πλήρη ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων και των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου λόγω των ορμονικών αλλαγών. Είναι το στάδιο, των βιολογικών αλλαγών, που μεσολαβεί ανάμεσα στην παιδική ηλικία και τη βιολογική ωριμότητα του ενήλικα. Πρόκειται για εγκεφαλικό εξελικτικό φαινόμενο που αναφέρεται στην ωρίμανση του υποθαλάμου και κατά συνέπεια του άξονα υποθάλαμος - υπόφυση - γονάδες.

Έχει αρχαία προέλευση και σημαίνει την ηλικία κατά την οποία ο άνθρωπος είναι έτοιμος για τη διαδικασία της αναπαραγωγής και της ενηλικίωσης. (Κωνσταντινίδου Π., 2016) Ως προς το χρόνο εμφάνισης της ήβης, το 50% των κοριτσιών με κριτήριο την έμμηνο ρύση ωριμάζουν κατά το 12^ο - 13^ο έτος, ενώ το 50% των αγοριών ωριμάζουν κατά το 14^ο - 15,5^ο έτος ζωής. (Gupta, Hollaway et al.,2011)

Γενικά, η έναρξη της έμμηνου ρύσεως και η εκσπερμάτωση επηρεάζεται από τη φυλή, το κλίμα, το περιβάλλον (ορεινό, πεδινό, παραθαλάσσιο, ηπειρωτικό), την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το πολιτισμικό και πολιτιστικό επίπεδο. (Κωνσταντινίδου Π., 2016)

3.2. ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία είναι η περίοδος της ζωής του ανθρώπου που χαρακτηρίζεται για τον πλούσιο συναισθηματισμό της. Ο όρος αφορά τη ψυχική διάθεση του εφήβου η οποία μπορεί να περιλαμβάνει:

- α. συγκεχυμένα ευχάριστα ή δυσάρεστα, οργανικά κυρίως συναισθήματα
- β. αμυντικά συναισθήματα
- γ. επιθετικά συναισθήματα
- δ. κοινωνικά συναισθήματα

ε. διάφορα, κυρίως ανώτερα συναισθήματα. (Κωνσταντινίδου Π., 2016)

Βασικές αιτίες του πλούσιου συναισθηματισμού των εφήβων αποτελούν οι φυσιολογικές μεταβολές, κυρίως του ενδοκρινολογικού συστήματος, καθώς και τα πολλά ερεθίσματα που δέχεται ο έφηβος από το κοινωνικό περιβάλλον.

Δεν πρέπει να γίνεται σύγχυση μεταξύ της ήβης και της εφηβείας. Η ήβη αποτελεί το βιολογικό φαινόμενο που αναφέρεται στις φυσιολογικές σωματικές μεταβολές στο ενδιάμεσο της προεφηβικής και πρώτης εφηβικής ηλικίας, ενώ η εφηβεία καλύπτει τις βιολογικές και τις ψυχολογικές μεταβολές κι ενώ η έναρξή τους είναι κοινή, η εφηβεία συνεχίζεται και μετά την ολοκλήρωση της ήβης. (Κωνσταντινίδου Π., 2016)

3.3. ΣΤΑΔΙΑ TANNER

Ο James Mourilyan Tanner (1920- 2010), ήταν ιατρός και καθηγητής παιδιατρικής και ενδοκρινολογίας. Δημιούργησε κλίμακες για τη μέτρηση της ανάπτυξης και αύξησης των παιδιών. Χάρη στις προσεκτικές του μετρήσεις και φωτογραφίες των ίδιων παιδιών για πάνω από 23 χρόνια, όπως αυτά αναπτύσσονταν από την εφηβεία προς την ενηλικίωση, σήμερα είμαστε σε θέση να καταλάβουμε την φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών, και τότε το παιδί αρχίζει να παρουσιάζει σημάδια απόκλισης και χρειάζεται περεταίρω διερεύνηση και θεραπεία.

Ο Tanner ανακάλυψε ότι, παρόλο που η χρονολογική ηλικία ενός παιδιού σχετίζεται μόνο αόριστα με το επίπεδο ωριμότητας, η πρόοδος των παιδιών στην εφηβεία ακολουθούσε ένα πρότυπο. Επίσης, βρήκε ότι υπήρχαν χαρακτηριστικά σωματικά σημάδια που θα μπορούσαν να μετρηθούν για να οριστεί η ανάπτυξη των παιδιών μέσω αυτών των σταδίων, όπως το μέγεθος των γεννητικών οργάνων, των μαστών και των τριχών του εφηβαίου.

Η κλίμακα Tanner (γνωστή και ως στάδια Tanner) είναι κλίμακα σωματικής ανάπτυξης σε παιδιά, εφήβους κι ενήλικες. Η κλίμακα ορίζει τις φυσικές μετρήσεις της ανάπτυξης που βασίζονται σε εξωτερικά πρωτογενή και δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου, όπως το μέγεθος των μαστών, τα γεννητικά όργανα, ο όγκος των όρχεων και η ανάπτυξη των ηβικών τριχών. (Jarrett, 2015)

Τα στάδια εφηβικής ανάπτυξης κατά Tanner στα κορίτσια βασίζονται στο μέγεθος και το σχήμα των μαστών και την ανάπτυξη της ηβικής τριχοφυΐας. Συγκεκριμένα, έχουμε:

- Στάδιο Α (0 - 15 ετών): Προεφηβική ανάπτυξη των μαστών. Ανεπάρκεια τριχοφυΐας στη γεννητική περιοχή.
- Στάδιο Β (8 - 15 ετών): Θηλαρχή: υπερπλασία θηλαίας άλω με μικρό ποσοστό μαστικού ιστού.

Ηβική τριχοφυΐα: Αραιή, ανοιχτόχρωμη στο έσω όριο των εξωτερικών χειλών. Συχνά εμφανίζεται με τη θηλαρχή ή μερικές εβδομάδες έως και μήνες αργότερα.

- Στάδιο Γ (10 - 15 ετών): Περαιτέρω αύξηση του μαστικού ιστού και της θηλαίας άλως, χωρίς σαφή διαχωρισμό.

Αύξηση της ποσότητας και της χρώσης της τριχοφυΐας του εφηβαίου.

- Στάδιο Δ (10 - 17 ετών): Διαχωρισμός των περιγραμμάτων: η θηλή και η θηλαία άλως σχηματίζουν δευτερογενή λοφίσκο πάνω από τον ιστό του μαστού.

Η ηβική τριχοφυΐα είναι τύπου ενηλίκου με τραχιές, βοστρυχωτές, σκούρες τρίχες αλλά ποσοτικά λιγότερες.

- Στάδιο Ε (12,5 - 17 ετών): Ωριμοί μαστοί, η θηλή προεξέχει, η θηλαία άλως αποτελεί τμήμα του γενικότερου περιγράμματος του μαστού.

Ενήλικο γυναικείο τρίγωνο επεκτείνεται στην έσω πλευρά των μηρών. (WHO, 2011)

Επιπλέον χαρακτηριστικά:

- Το ύψος αυξάνεται συχνά μετά το δεύτερο στάδιο
- 2% των κοριτσιών παρουσιάζουν εμμηναρχή σε προχωρημένη ηλικία στο στάδιο “Γ”
- Στα περισσότερα κορίτσια, η εμμηναρχή συμβαίνει κατά το “Δ” στάδιο, 1 - 3 χρόνια μετά την θηλαρχή
- 10% των κοριτσιών παρουσιάζουν εμμηναρχή στο “Ε” στάδιο (WHO, 2011)

Τα στάδια της εφηβικής ανάπτυξης κατά Tanner στα αγόρια επικεντρώνονται στο μέγεθος και το σχήμα του πέους και του όσχεου και στην αύξηση της τριχοφυΐας τους εφηβαίου. Πιο συγκεκριμένα, έχουμε:

- Στάδιο Α (0 - 15 ετών): Μέγεθος όρχεων προεφηβικό (<2,5cm)
Μέγεθος πέους προεφηβικό.
Ανύπαρκτη ηβική τριχοφυΐα.
- Στάδιο Β (10 - 15 ετών): Διεύρυνση των όρχεων - χρωματισμός του στείρου σάκου
Μικρή έως ανύπαρκτη διόγκωση του πέους.
Ανοιχτόχρωμη τριχοφυΐα εφηβαίου, που εμφανίζεται συχνά αρκετούς μήνες μετά την ανάπτυξη των όρχεων.
- Στάδιο Γ (11 - 16,5 ετών): Αύξηση μεγέθους όρχεων.
Σημαντική μεγέθυνση του πέους, ειδικά σε διάμετρο.
Πιο σκούρες και πυκνές τρίχες εφηβαίου, συχνά βοστρυχωτές.
- Στάδιο Δ (12 - 17 ετών): Αύξηση του μεγέθους των όρχεων - σκοτεινόχρωμο όσχεο.
Σημαντική μεγέθυνση πέους, ειδικά σε διάμετρο - αύξηση της βάλανου.
Η τριχοφυΐα του εφηβαίου είναι τύπου ενηλίκων αλλά λιγότερο πυκνές.

- Στάδιο E (13 - 18 ετών): Οι όρχεις έχουν μέγεθος και μορφολογία ενηλίκων
Το πέος έχει μέγεθος ενηλίκου.
Η τριχοφυΐα του εφηβαίου έχει κατανομή ενηλίκου και επεκτείνεται στην έσω πλευρά των μηρών. (WHO, 2011)

Επιπλέον χαρακτηριστικά:

- Η ανάπτυξη της μασχालιαίας τριχοφυΐας και της τριχοφυΐας του προσώπου συμβαίνει κατά το “Δ” στάδιο.
- Η τριχοφυΐα του σώματος συνεχίζει να αυξάνεται και οι μύες συνεχίζουν να μεγαλώνουν σε μέγεθος για μερικούς μήνες ακόμα ή χρόνια.
- 20% των αρρένων παρουσιάζουν αυξητική αιχμή κατά τη διάρκεια του “E” σταδίου. (WHO, 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΥΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, η εφηβική κύηση ορίζεται ως η εγκυμοσύνη κατά την οποία η μητέρα είναι μικρότερη των 20 ετών τη στιγμή του τοκετού.

Κάθε χρόνο, περίπου 16 εκατομμύρια κορίτσια ηλικίας 15 έως 19 ετών και κατά προσέγγιση, 1 εκατομμύριο κορίτσια ηλικίας κάτω των 15 ετών γεννούν, με τα περισσότερα από αυτά να βρίσκονται σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Επιπλέον, κάθε χρόνο, περίπου 3 εκατομμύρια κορίτσια ηλικίας 15 έως 19 ετών υποβάλλονται σε μη ασφαλείς αμβλώσεις. (WHO, 2014)

4.1. ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Από το 1990 έως σήμερα υπήρξε έντονη, αν και ανομοιογενής, μείωση των ποσοστών των γεννήσεων, παρόλο που το 11% όλων των γεννήσεων παγκοσμίως παραμένει σε κορίτσια ηλικίας 15 έως 19 ετών. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των γεννήσεων (95%) παρατηρείται στις χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα.

Οι παγκόσμιες στατιστικές υγείας για το 2014 υποδεικνύουν ότι ο μέσος όρος των γεννήσεων παγκοσμίως μεταξύ 15 έως 19 ετών είναι 49 ανά 1000 κορίτσια. Οι τιμές ανά χώρα κυμαίνονται από 1 έως 299 γεννήσεις ανά 1000 κορίτσια, με τα υψηλότερα ποσοστά να καταγράφονται στις χώρες της υποσαχάριας Αφρικής. (WHO, 2014)

Σύμφωνα με μελέτη του Sedgh (2015), που βασίστηκε στο Δελτίο Δημογραφικών Στοιχείων του Τμήματος Στατιστικής των Ηνωμένων Εθνών, η Ρουμανία ανέφερε το 2011 περίπου 34.700 εφηβικές κυήσεις σε κορίτσια ηλικίας 15 έως 19 ετών. Με ποσοστό κυήσεων (που ορίζεται ως ο αριθμός των κυήσεων ανά 1000 γυναίκες ηλικίας 15 έως 19 ετών) 35%, η Ρουμανία έχει τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη. Για την ηλικιακή ομάδα των 10 έως 14 ετών, το ποσοστό των εφηβικών κυήσεων ήταν 2,64% και το ποσοστό των γεννήσεων ήταν 1,40%, το υψηλότερο στον κόσμο σύμφωνα με αυτά τα στατιστικά στοιχεία. (Socolov, Lorga et al, 2017)

Συγκεκριμένα, από τις 21 χώρες με νόμους περί ελεύθερων αμβλώσεων και πλήρεις εκτιμήσεις για την εφηβική κύηση, για το διάστημα 2008-2011, το υψηλότερο ποσοστό εφηβικών κυήσεων το είχαν οι Ηνωμένες Πολιτείες (57 κυήσεις ανά 1000 κορίτσια το 2010), ακολουθούμενες από τη Νέα Ζηλανδία (51 κυήσεις/1000 κορίτσια), την Αγγλία και την Ουαλία (47 κυήσεις/1000 κορίτσια). Το χαμηλότερο ποσοστό το είχε η Ελβετία με 8 κυήσεις ανά χίλια κορίτσια, ακολουθούμενη από την Ολλανδία (14 κυήσεις/1000 κορίτσια), τη Σιγκαπούρη (14 κυήσεις/1000 κορίτσια) και τη Σλοβενία (14 κυήσεις/1000 κορίτσια). (Sedgh, Finer et al., 2014)

Μεταξύ των χωρών με ελλειπείς εκτιμήσεις, τα ποσοστά ήταν υψηλά στο Αζερμπαϊτζάν (67 κήσεις/1000 έφηβες), τη Γεωργία (62 κήσεις/1000 κορίτσια) και τη Ρουμανία (61 κήσεις/1000 κορίτσια). Τα ποσοστά των εφηβικών κήσεων ήταν πολύ υψηλότερα στο Μεξικό και στις χώρες της υποσαχάριας Αφρικής, με τις τιμές να κυμαίνονται από 121 κήσεις ανά 1000 κορίτσια (Αιθιοπία) έως 187 κήσεις ανά 1000 κορίτσια (Μπουρκίνα Φάσο). (Sedgh, Finer et al., 2014) Στην Ελλάδα το 2007, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, είχαμε 3.129 γεννήσεις από έφηβες ηλικίας κάτω των 18 ετών, αριθμός που καλύπτει μόνο μέρος του συνόλου των εφηβικών κήσεων, αφού δεν περιλαμβάνει τις αποβολές ή τις αμβλώσεις. (Σιέττου και Σαρίδη 2011)

4.2. ΑΙΤΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Στο πλαίσιο της σύγχρονης κοινωνίας και δομής της οικογένειας, έχει σημειωθεί αλλαγή του χρονικού σημείου έναρξης των σεξουαλικών επαφών, με αποτέλεσμα τον ερχομό μια ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. (Κωνσταντινίδου Π., 2016)

Συγκεκριμένα, έχουμε:

- Χρήση ουσιών και κατανάλωση αλκοόλ
- Έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη σεξουαλική επαφή και την αντισύλληψη
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Ελλιπής ενημέρωση στο σχολικό περιβάλλον
- Έναρξη σεξουαλικών επαφών σε μικρή ηλικία
- Αρνητική στάση απέναντι στη χρήση οποιασδήποτε μεθόδου αντισύλληψης
- Έναρξη εμμηνου ρύσεως σε μικρή ηλικία
- Άγνοια φυσιολογίας της σύλληψης
- Βιασμός (Rudlin, 2016)

Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την κοινωνία

- Άσκηση πίεσης από συνομήλικους για έναρξη των σεξουαλικών επαφών
- Έναρξη ερωτικών σχέσεων σε μικρή ηλικία
- Ερωτικές σχέσεις με άτομα μεγαλύτερα σε ηλικία
- Σεξουαλικά ενεργείς φίλοι
- Κακές σχέσεις με συνομήλικους
- Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο- φτώχεια (Rudlin, 2016)

Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την οικογένεια

- Κακή γονική εποπτεία
- Περιορισμένη επικοινωνία μεταξύ των γονέων και των έφηβων

- Αρνητικές οικογενειακές αλληλεπιδράσεις
- Μονογονεϊκές οικογένειες
- Σημαντική ανεπίλυτη σύγκρουση μεταξύ των μελών της οικογένειας
- Οικογενειακό ιστορικό εφηβικής κήσης (Rudln, 2016)

4.3. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΜΗΤΕΡΑ

Οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κήσης και του τοκετού είναι η δεύτερη αιτία θανάτου ανάμεσα στις ηλικίες 15 έως 19 ετών, παγκοσμίως. (WHO, 2014)

Οι ιατρικές επιπλοκές που συνδέονται με την εφηβική κήση είναι η μειωμένη πρόσληψη σωματικού βάρους (λιποβαρείς έγκυες), η αναιμία και η υπέρταση κήσης (προεκλαμψία - εκλαμψία). Το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η έλλειψη υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται να συμβάλλουν στην έλλειψη κατάλληλης προγεννητικής φροντίδας, η οποία ευθύνεται για την πλειοψηφία των αρνητικών αποτελεσμάτων τόσο στην υγεία της εγκύου -μητέρας όσο και την υγεία του εμβρύου - νεογνού.

Η ενδοοικογενειακή βία, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει λεκτική κατάχρηση, επίθεση από το σύντροφο ή κάποιο μέλος της οικογένειας, ξυλοδαρμό και τραυματισμό, μπορεί να αυξηθεί κατά τη διάρκεια της κήσης, με το 3% έως το 19% των γυναικών να αναγνωρίζονται ως θύματα. Είναι πιο συχνή ανάμεσα στις έγκυες έφηβες σε σχέση με τις μη έγκυες έφηβες.

Όσον αφορά τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου για την πρόωρη μητρότητα, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η εφηβική κήση σχετίζεται με προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως διαταραχές της διάθεσης. Μελέτη του Birkeland το 2005 που περιελάμβανε 149 έφηβες μητέρες με μέσο όρο ηλικίας τα 17 έτη, έδειξε ότι ο πρώτος χρόνος μετά τον τοκετό είναι δύσκολος για τις μητέρες, ανεξαρτήτως εθνικής προέλευσης, ενώ το 29% του δείγματος αναφοράς παρουσίαζε συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης. (American Academy of Pediatrics, 2012)

ΝΕΟΓΝΟ

Τα νεογνά έφηβων μητέρων έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης δυσμενών επιπτώσεων στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων υψηλότερα ποσοστά περιγεννητικής θνησιμότητας, χαμηλό βάρος γέννησης, πρόωρος τοκετός και αναπτυξιακές διαταραχές, σε σχέση με τα νεογνά μητέρων μεγαλύτερης ηλικίας. Ο Markovitz και οι συνεργάτες του διερεύνησαν τις σχέσεις μεταξύ νεογνικής θνησιμότητας, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και μητρικής ηλικίας σε μια μεγάλη αναδρομική

μελέτη. Οι ερευνητές συνέκριναν τον κίνδυνο νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας σε μια ομάδα έφηβων μητέρων ηλικίας 12 έως 19 ετών στο Μιζούρι, σε σύγκριση με μια ομάδα μητέρων ηλικίας 20 έως 35 ετών. Μετά τη προσαρμογή για τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος εμβρυικής και νεογνικής θνησιμότητας ήταν αρκετά μεγαλύτερος σε μητέρες ηλικίας 12-19 ετών, παρά σε νεογνά μητέρων ηλικίας 20-35 ετών. (American Academy of Pediatrics, 2012)

4.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κύηση θα πρέπει να διερευνάται και να αποκλείεται σε κάθε έφηβη που παρουσιάζεται με δευτεροπαθή αμηνόρροια. Συχνά οι έγκυες έφηβοι καθυστερούν να αναζητήσουν τη διάγνωση έως ότου χαθούν αρκετοί καταμήνιοι κύκλοι και αρχικά μπορεί να αρνηθούν ότι είχαν σεξουαλική επαφή. Οι έφηβες της πρώιμης εφηβείας συχνά παρουσιάζονται με άλλα συμπτώματα, όπως έμετοι και ασαφείς πόνοι και μπορεί να αναφέρουν ότι έχουν σταθερή περίοδο. (Lissauer T., Graham et al., 2016)

Λόγω των ποικίλων παρουσιάσεων της εφηβικής εγκυμοσύνης, θα πρέπει να λαμβάνεται πλήρες ιστορικό της εμμήνου ρύσεως σε όλες τις έφηβες. Τα τεστ εγκυμοσύνης ούρων είναι ευαίσθητα περίπου 7 έως 10 ημέρες μετά από τη σύλληψη. Ο βιασμός ή η αιμομιξία θα πρέπει να αποκλείονται σε όλες τις κήσεις της εφηβικής ηλικίας.

Όταν η κύηση επιβεβαιωθεί, η εύρεση της τελευταίας έμμηνο ρήσεως είναι σημαντική προκειμένου να παρέχουμε συμβουλευτική στην έγκυο. Οι επιλογές είναι να συνεχιστεί ή να τερματιστεί η κύηση (αν δεν είναι πέραν των 20 με 24 εβδομάδων). Οι έγκυες έφηβες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να εμπλέξουν την οικογένεια τους προκειμένου να βοηθήσει στη λήψη αποφάσεων. (Lissauer T., Graham et al., 2016)

4.4.1. ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Οι έφηβες που συνεχίζουν την κύηση χρειάζονται πρώιμη, συνεπή και ολοκληρωμένη προγεννητική φροντίδα από ομάδα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση θα πρέπει να αξιολογείται σε μια προσπάθεια να βελτιστοποιηθεί η υγεία και η ανάπτυξη του βρέφους. (Lissauer T., Graham et al., 2016)

Κατά τη διάρκεια της πρώτης ιατρικής επίσκεψης λαμβάνεται πλήρες ιστορικό, ατομικό, ιατρικό, μαιευτική, όπου καθορίζεται με βάση την τελευταία έμμηνο ρύση (ΤΕΡ), η πιθανή ημερομηνία τοκετού (ΠΗΤ). Δεδομένου ότι οι έφηβες συχνά δεν παρακολουθούν τον εμμηνορρυσιακό τους κύκλο, η ΠΗΤ καθορίζεται και με υπερηχογραφικό έλεγχο.

Στη συνέχεια, γίνεται η γυναικολογική εξέταση και δίνονται οι απαραίτητες εξετάσεις (βιοχημικός, αιματολογικός, ορμονικός και ανοσολογικός έλεγχος, υπερηχογράφημα, αυχενική διαφάνεια. κτλ) ανάλογα με την ηλικία κύησης.

Το πλάνο παρακολούθησης έχει ως εξής:

- Επίσκεψη κάθε μήνα για τις πρώτες 28 εβδομάδες
- Δύο φορές το μήνα μέχρι την 36^η εβδομάδα
- Από την 37^η εβδομάδα και μετά, κάθε εβδομάδα

Αν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι, τότε οι επισκέψεις γίνονται πιο τακτικά.

Σε κάθε επίσκεψη γίνεται λήψη ζωτικών σημείων, χειρισμοί Leopold, ακρόαση εμβρυικών παλμών και υπερηχογραφικός έλεγχος, αν κρίνεται αναγκαίο.

Τέλος, η έφηβη θα πρέπει να ενημερώνεται για τις αλλαγές που θα συμβούν στο σώμα της, για κάποια συμπτώματα, όπως ναυτία και εμετός, που πιθανό να εμφανιστούν, για θέματα σωστής διατροφής και υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου ζωής(αποφυγή αλκοόλ και ουσιών, οφέλη της άσκησης), καθώς και για μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής. (J Med Assoc Thai., 2016)

4.4.2. ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Εάν η έγκυος έφηβη αποφασίσει να τερματίσει την εγκυμοσύνη της, θα πρέπει να παραπέμπεται άμεσα.

Οι επιλογές για τον τερματισμό της εγκυμοσύνης εξαρτώνται από την ηλικία της κύησης. Οι χειρουργικές επεμβάσεις περιλαμβάνουν τη χειροκίνητη αναρρόφηση κενού (<8 εβδομάδες), την απόξεση με αναρρόφηση (<12 με 14 εβδομάδες ανάλογα με το πρωτόκολλο της κλινικής), τη διαστολή και κένωση (14 έως 20 εβδομάδες). Επιπλέον, η πρώιμη κύηση (<8 εβδομάδες) μπορεί να τερματιστεί ιατρικώς με από του στόματος μifeπριστόνη σε συνδυασμό με μισοπροστόλη, μεθοτρεξάτη με μισοπροστόλη ή μεμονωμένα μισοπροστόλη. Οι έφηβες, όμως, σπάνια παρουσιάζονται αρκετά νωρίς για να διερευνήσουν αυτή την επιλογή. (Lissauer T., Graham et al., 2016)

4.5. ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (United Nations Population Fund, UNPFA), το 2011, δημοσίευσε κατευθυντήριες οδηγίες με σκοπό την πρόληψη της εφηβικής κύησης και την μείωση των κακών περιγεννητικών αποτελεσμάτων. Οι οδηγίες περιελάμβαναν δράσεις που θα μπορούσαν να ακολουθήσουν οι χώρες, με έξι κύριους στόχους:

1. Μείωση των γάμων πριν την ηλικία των 18 ετών
2. Την κατανόηση και την μείωση των ποσοστών εγκυμοσύνης πριν την ηλικία των 20 ετών
3. Αύξηση της χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων από τους έφηβους που κινδυνεύουν από απρογραμμάτιστη κύηση
4. Μείωση της καταναγκαστικής σεξουαλικής επαφής μεταξύ των εφήβων
5. Μείωση των επικίνδυνων αμβλώσεων μεταξύ των εφήβων
6. Αυξημένη χρήση δεξιοτήτων προγεννητικής, περιγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας μεταξύ των εφήβων.

Μεταξύ άλλων, οι οδηγίες περιελάμβαναν:

- Αύξηση των εκπαιδευτικών ευκαιριών για τα κορίτσια
- Ενθάρρυνση των πολιτικών ηγετών να διατυπώνουν νόμους και πολιτικές για την απαγόρευση του γάμου σε μικρότερη ηλικία των 20 ετών.
- Υποστήριξη της πρόληψης της εγκυμοσύνης σε έφηβους με παρεμβάσεις όπως: παροχή πληροφοριών, σεξουαλικότητα και αγωγή υγείας, ενημέρωση για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος.
- Προσφορά και προώθηση της αντισύλληψης μετά τον τοκετό ή μετά την τεχνητή έκτρωση σε έφηβους μέσω πολλαπλών επισκέψεων στο σπίτι ή/και στην κλινική με στόχο την μείωση των πιθανών δεύτερων κυήσεων στην εφηβική ηλικία.
- Εφαρμογή παρεμβάσεων για τη βελτίωση των παροχών υπηρεσιών υγείας σε έφηβους ως μέσο διευκόλυνσης της πρόσβασης τους και τη χρήση των αντισυλληπτικών πληροφοριών και υπηρεσιών.
- Ενίσχυση αυτοπεποίθησης των εφήβων.
- Βελτίωση των δεσμών τους με τα κοινωνικά δίκτυα και την ικανότητά τους να αποκτήσουν κοινωνική στήριξη.
- Εξασφάλιση ότι οι νόμοι και οι πολιτικές επιτρέπουν στους έφηβους να λαμβάνουν ασφαλείς υπηρεσίες αμβλώσεων.
- Βεβαίωση ότι οι έφηβοι που υπεβλήθησαν σε άμβλωση μπορούν να λάβουν πληροφορίες και υπηρεσίες αντισύλληψης, ανεξάρτητα από το εάν η άμβλωση ήταν νόμιμη ή όχι.
- Παροχή πληροφοριών σε όλες τις έφηβες έγκυες και άλλους ενδιαφερόμενους σχετικά με τη σημασία εξειδικευμένης προγεννητικής φροντίδας.
- Διεύρυνση της διαθεσιμότητας και της πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες έκτακτης μαιευτικής ανάγκης και εκτεταμένη μαιευτική περίθαλψη έκτακτης ανάγκης σε όλους τους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένου και των εφήβων. (WHO, 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) συνιστούν σημαντικό πρόβλημα υγείας, με πολλά από αυτά να παρουσιάζουν ανοδική τάση. Τα νοσήματα που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή περιλαμβάνουν τις λοιμώξεις από τον ιό HPV, τη σύφιλη, τον έρπη (HSV), τις χλαμυδιακές λοιμώξεις, την γονόρροια, τις ουρηθρίτιδες, τις κολπίτιδες, τις λοιμώξεις από τριχομονάδα, τις ηπατίτιδες (HBV, HCV) και την HIV λοίμωξη. (WHO, 2016)

Συχνά, αντί του όρου “Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα”, χρησιμοποιείται ο όρος “Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις”, έτσι ώστε να συμπεριληφθούν και οι περιπτώσεις των ατόμων που δεν εμφανίζουν συμπτώματα.

Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων μολύνονται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Εκτός από τους έφηβους και τους ενήλικες, τα ΣΜΝ μπορούν να εμφανιστούν τόσο σε βρέφη όσο και σε παιδιά. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2012)

5.1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα ταξινομούνται ανάλογα με τον παθογόνο μικροοργανισμό που προκαλεί την λοίμωξη. Έτσι, έχουμε λοιμώξεις από βακτήρια (π.χ γονόρροια, χλαμύδια, σύφιλη), από ιούς (π.χ ηπατίτιδα, έρπη, HIV λοίμωξη), από πρωτόζωα (π.χ κολπική τριχομονάδωση), μύκητες (π.χ αιδοιοκολπίτιδα, βαλανίτιδα) και τέλος, παράσιτα (π.χ ψώρα, φθειρίαση εφηβαίου). Παρακάτω παρουσιάζεται αναλυτικά ο πίνακας με όλους τους παθογόνους μικροοργανισμούς και τις λοιμώξεις που προκαλούν. **(Πίνακας 1)**

Πίνακας. Σεξουαλικά μεταδιδόμενοι παθογόνοι μικροοργανισμοί και οι αντίστοιχες λοιμώξεις που προκαλούν.

Παθογόνος μικροοργανισμός	Λοίμωξη - σύνδρομο
ΒΑΚΤΗΡΙΑ	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Γονόρροια (γονοκοκκικές λοιμώξεις του ουρο-γεννητικού συστήματος), φαρυγγίτιδα, επιπεφυκίτιδα, περιηπατίτιδα, βαρθολινίτιδα, διάσπαρτη γονοκοκκική λοίμωξη, πρόωρη ρήξη του αμνιακού σάκου, πρόωρος τοκετός, σύνδρομο λοίμωξης του αμνιακού υγρού.
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Χλαμυδιακές λοιμώξεις του ουρο-γεννητικού συστήματος, φαρυγγίτιδα, επιπεφυκίτιδα, περιηπατίτιδα, χοριοαμνιονίτιδα, πρόωρος τοκετός, μέση ωτίτιδα, ρινίτιδα και πνευμονία στα νεογνά, σύνδρομο Reiter, Αφροδίσιο Λεμφοκοκκίωμα (LGV) ορότυποι L1, L2, L3.
<i>Mycoplasma hominis</i>	Επιλόχειος πυρετός, σαλπινγίτιδα.
<i>Ureoplasma urealinitium</i>	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα σε συνδυασμό με άλλα παθογόνα.
<i>Treponema pallidum</i>	Σύφιλη.
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Κολπίτιδα (σε συνδυασμό με άλλα παθογόνα ή κολπικά αναερόβια μικρόβια).
<i>Mobiluncus curtisii</i>	Κολπίτιδα.
<i>Mobiluncus mulieris</i>	Κολπίτιδα.
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Μαλακό έλκος.
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	Βουβωνικό κοκκίωμα (Donovanosis).
<i>Shigella spp</i>	Σιγκέλλωση σε άντρες που κάνουν σεξ με άντρες (MSM – men having sex with men).
<i>Campylobacter spp</i>	Εντερίτιδα και πρωκτοκολίτιδα σε MSM.
<i>Helicobacter cinaedi</i>	Πρωκτοκολίτιδα, δερματίτιδα, βακτηριαιμία στο AIDS.
<i>Helicobacter fennelliae</i>	Πρωκτοκολίτιδα, δερματίτιδα, βακτηριαιμία στο AIDS.
<i>Salmonella spp</i>	Εντερίτιδα, πρωκτοκολίτιδα, πρωκτίτιδα στο AIDS.
ΙΟΙ	
Human Immunodeficiency Virus (HIV) τύποι 1,2 και υπότυπος 0	HIV λοίμωξη, AIDS.
Herpes Simplex Virus (HSV) 1,2	Πρωτολοίμωξη και υποτροπιάζων έρπης των γεννητικών οργάνων, μηνιγγίτιδα, νεογνικός έρπης.
Human Papilloma Virus (HPV)	Οξυτενή κονδυλώματα, θηλώματα του λάρυγγα, ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία και καρκίνος του τραχήλου (μήτρας), κόλπου, αιδοίου, πρωκτού, πέους.
Hepatitis A Virus (HAV)	Οξεία ηπατίτιδα Α.
Hepatitis B Virus (HBV)	Οξεία και χρόνια ηπατίτιδα Β, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, οξεία πολυαρτηρίτιδα, χρόνια μεμβρανώδης σπειραματονεφρίτιδα, μικτή κρουσφαιριναιμία, ρευματική πολυμυαλγία.
Hepatitis C Virus (HCV)	Οξεία και χρόνια ηπατίτιδα C, ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, μικτή κρουσφαιριναιμία, χρόνια σπειραματονεφρίτιδα.
Cytomegalovirus (CMV)	Λοιμώδης μονοπυρήνωση, συγγενής CMV λοίμωξη με μεγάλη περιγεννητική θνητότητα και σοβαρές βλάβες του νεογνού π.χ. πνευματική καθυστέρηση, κώφωση, ποικίλες βαριές εκδηλώσεις σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.

Molluscum Contagiosum Virus (MCV)	Μολυσματική τέρμινθος των γεννητικών οργάνων.
Human T-cell Lymphotropic Virus (HTLV) τύποι I και II	Λευχαιμία T-κυττάρων, λέμφωμα, τροπική σπαστική πάρεση.
Human Herpes Virus (HHV) τύπος 8	Σάρκωμα Kaposi, λέμφωμα, πολλαπλούν μυέλωμα, νόσος του Castleman.
ΠΡΩΤΟΖΩΑ	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Κολπική τριχομονόδωση, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα.
<i>Entamoeba histolytica</i>	Αμοιβάδωση σε MSM.
<i>Giardia lamblia</i>	Λαμβλίαση σε MSM.
ΜΥΚΗΤΕΣ	
<i>Candida albicans</i>	Αιδοιοκολπίτιδα, βαλανίτιδα.
ΠΑΡΑΣΙΤΑ	
<i>Phthirus pubis</i>	Φθειρίαση του εφηβαίου.
<i>Sarcoptes scabiei</i>	Ψώρα.

Προσαρμογή από «Holmes et al: Sexually Transmitted Diseases. Third edition McGraw-Hill».

Απόδοση : Μαρία Χατζηβασιλείου – Παππά, Φίλιππος Κουκουριτάκης.

(Πίνακας 1. Παθογόνοι μικροοργανισμοί και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που αυτοί προκαλούν, ΚΕΕΛΠΝΟ, 2017)

5.2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις επίπτωσης και επιπολασμού, οι νέοι ηλικίας από 15 έως 24 ετών αποκτούν το ήμισυ όλων των νέων ΣΜΝ και ένα στα τέσσερα σεξουαλικά ενεργά έφηβα κορίτσια έχει κάποιο ΣΜΝ, όπως χλαμύδια ή τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων. (Centers of Disease Control and Prevention, CDC, 2015)

5.2.1. ΧΛΑΜΥΔΙΑ

Το 2015 υπήρξαν 981.359 αναφερόμενες περιπτώσεις χλαμυδιακής λοίμωξης μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15 έως 24 ετών, που αντιπροσωπεύουν το 64,3% όλων των αναφερόμενων κρουσμάτων. Μεταξύ των νέων ηλικίας 15 έως 19 ετών, ο αριθμός των αναφερόμενων κρουσμάτων αυξήθηκε κατά 2,5% κατά την περίοδο 2014-2015(1.811,9 έως 1.857,8 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα). Την ίδια περίοδο, μεταξύ των νέων ηλικίας 20 έως 24 ετών, το ποσοστό αυξήθηκε κατά 4,2% (2.472 έως 2.574,9 ανά 100.000 άτομα).

Το 2015, ο αριθμός των αναφερόμενων κρουσμάτων χλαμυδιακής λοίμωξης, σε γυναίκες ηλικίας 15 έως 19 ετών, ήταν 2.994,4 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες, αύξηση 1,5% από το ποσοστό των 2.949,3 περιπτώσεων ανά 100.000 γυναίκες το 2014. Μεγαλύτερη αύξηση των ποσοστών παρουσιάστηκε μεταξύ των γυναικών ηλικίας 17, 18 και 19 ετών (2,1%, 2,8% και 2,2% αντίστοιχα). Ωστόσο, κατά την περίοδο 2011-2015, το ποσοστό για τις γυναίκες αυτής της ηλικιακής ομάδας μειώθηκε κατά 14,1%.

Την ίδια χρονιά, οι γυναίκες ηλικίας 20 έως 24 ετών είχαν το υψηλότερο ποσοστό αναφερόμενων κρουσμάτων γλαμυδιακών λοιμώξεων (3.703,3 κρούσματα ανά 100.000 γυναίκες) σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα και των δυο φύλων.

Ο αριθμός των αναφερθέντων κρουσμάτων γλαμυδιακών λοιμώξεων στους άνδρες ηλικίας 15 έως 19 ετών ήταν 767,6 περιπτώσεις ανά 100.000 αρσενικά, το έτος 2015. Κατά την περίοδο 2014-2015, ο αριθμός των αναφερθέντων κρουσμάτων αυξήθηκε κατά 6,3%. Ωστόσο, κατά την περίοδο 2011-2015, το ποσοστό για τους άνδρες της ίδια ηλικίας μειώθηκε κατά 6%.

Όπως και τα προηγούμενα χρόνια, έτσι και το 2015, οι άνδρες ηλικίας 20 έως 24 ετών είχαν τον υψηλότερο αριθμό αναφερόμενων κρουσμάτων απ' όλο τον πληθυσμό των ανδρών (1.467,8 κρούσματα ανά 100.000 άνδρες). Κατά την περίοδο 2014 - 2015, το ποσοστό για τους άνδρες αυτής της ηλικιακής ομάδας αυξήθηκε κατά 7,8%. Ομοίως, κατά την περίοδο 2011 - 2015 το ποσοστό αυξήθηκε κατά 12,2%. (Centers of Disease and Prevention, 2015)

Στην Ελλάδα, το 2013, δηλώθηκαν 16 κρούσματα γλαμυδιακής λοίμωξης σε άτομα ηλικίας 15 έως 19 ετών και όλα αφορούσαν γυναίκες. Την ίδια περίοδο, δηλώθηκαν 36 κρούσματα της ίδια λοίμωξης σε άτομα ηλικίας 20 έως 24 ετών. Από αυτά μόνο ένα αφορούσε άνδρα με ετεροφυλική επαφή. Τα υπόλοιπα 35 αφορούσαν γυναίκες. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013)

5.2.2. ΓΟΝΟΡΡΟΙΑ

Κατά τη χρονική περίοδο 2014 - 2015, τα ποσοστά των αναφερόμενων κρουσμάτων γονόρροιας ήταν 5,2% μεταξύ ατόμων ηλικίας 15 έως 19 ετών και 7,2% μεταξύ ατόμων ηλικίας 20 έως 24 ετών. Ανάμεσα στις γυναίκες ηλικίας 15 έως 24 ετών, το ποσοστό ήταν 496,7 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες. Ανάμεσα στους άνδρες ηλικίας 15 έως 24 ετών, το συνολικό ποσοστό γονόρροιας ήταν 398,2 κρούσματα ανά 100.000 ανδρών. Και στις δύο περιπτώσεις, οι τιμές ποικίλουν ανά κράτος, και τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίζονται στις χώρες του Νότου. (Centers of Disease and Prevention, 2015)

Στην Ελλάδα, το έτος 2013, δηλώθηκαν 7 κρούσματα γονόρροιας σε νέους ηλικίας 15 έως 19 ετών. Τα 4 αφορούσαν ετεροφυλική επαφή, τα 2 ομοφυλοφιλική και το ένα ήταν άγνωστη επαφή. Σε νέους ηλικίας 20 έως 24 ετών δηλώθηκαν 21 κρούσματα. Τα 17 αφορούσαν ετεροφυλική επαφή, τα 3 ομοφυλοφιλική και το 1 ήταν αγνώστου επαφής. Όλα τα δηλωθέντα κρούσματα αφορούσαν ανδρικό πληθυσμό. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013)

5.2.3. ΣΥΦΙΛΗ

Κατά την περίοδο 2014-2015, το ποσοστό των αναφερθέντων κρουσμάτων πρόιμης και δευτερεύουσας σύφιλης ήταν 10,2% σε άτομα ηλικίας 15 έως 19 ετών και 14,9% σε άτομα ηλικίας 20 έως 24 ετών. Στις γυναίκες ηλικίας 15 έως 19 ετών, το ποσοστό αυξήθηκε κατά 12%, δηλαδή από 2,5 σε 2,8 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναίκες. Την ίδια χρονική περίοδο, στο γυναικείο πληθυσμό ηλικίας 15 έως 19 ετών και 20 έως 24 ετών, τα ποσοστά αυξήθηκαν κατά 12% (από 2,5 σε 2,8 κρούσματα ανά 100.000 άτομα) και 13,3%, αντίστοιχα. Επιπροσθέτως, στον ανδρικό πληθυσμό ηλικίας 15 έως 19 ετών και 20 έως 24 ετών, τα ποσοστά των αναφερθέντων κρουσμάτων αυξήθηκαν κατά 12,7% και 15,5%, αντίστοιχα. (Center of Disease and Prevention, 2015)

Στην Ελλάδα, το 2013, δηλώθηκαν 6 κρούσματα σύφιλης ανάμεσα σε ηλικίες 15 έως 19 ετών και 26 κρούσματα ανάμεσα σε ηλικίες 20 έως 24 ετών. Για την ηλικιακή ομάδα 15 έως 19 ετών, τα 3 περιστατικά αφορούσαν ετεροφυλική επαφή και τα υπόλοιπα 3, ομοφυλοφιλική επαφή. Για την ηλικιακή ομάδα 20 έως 24 ετών, τα 11 κρούσματα αφορούσαν ετεροφυλική επαφή, τα 14 ομοφυλοφιλική επαφή και 1 ήταν αγνώστου επαφής. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013)

5.2.4. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS)

Οι νέοι, ηλικίας 10 έως 24 ετών, εξακολουθούν να μολύνονται από τον ιό HIV (Human Immunodeficiency Virus). Το 2014, 3,9 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 15 έως 24 ετών ζούσαν με τον ιό HIV και 620.000 μολύνθηκαν πρόσφατα. Ο αριθμός των εφήβων που ζουν με τον συγκεκριμένο ιό αυξήθηκε κατά 28% από το 2005 έως και το 2015.

Οι έφηβοι είναι η μόνη ηλικιακή ομάδα που παρουσίασε άνοδο στις μολύνσεις από τον ιό HIV και στους θανάτους. Ο αριθμός των εφήβων που πεθαίνουν λόγω ασθενειών που σχετίζονται με το AIDS τριπλασιάστηκε από το 2000 έως και το 2015. Το AIDS είναι πλέον η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των νέων στην Αφρική, και η δεύτερη αιτία θανάτου μεταξύ των νέων σε όλο τον κόσμο.

Η πλειονότητα των νέων που ζουν με τον ιό HIV βρίσκεται σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, με το 85% να βρίσκεται στην υποσαχάρια Αφρική. Στην πραγματικότητα, τα μισά από τα άτομα ηλικία 15 έως 19 ετών που ζουν με τον ιό HIV στον κόσμο, ζουν σε 6 μόνο χώρες: τη Νότια Αφρική, την Κένυα, την Ινδία, τη Μοζαμβίκη και την Τανζανία. (AVERT, 2017)

Το 2014, το 79% των νέων μολύνσεων από τον ιό HIV στους έφηβους, εμφανίστηκε στην Αφρική. Πολλές αφρικανικές χώρες έχουν ήδη νεανικό πληθυσμό που έχει προσβληθεί. Για παράδειγμα, το 51% του πληθυσμού το Νοτίου Σουδάν είναι μικρότερος των 18,7 ετών. Εκτιμάται ότι ο αριθμός των κρουσμάτων, στην Αφρική, μεταξύ των ηλικιών 10 έως 24 ετών, θα αυξηθεί σε πάνω από 750 εκατομμύρια κρούσματα μέχρι το τέλος του 2060. Αυτό σημαίνει ότι, ακόμη και αν διατηρηθεί η

σημερινή πρόοδος, οι νέες μολύνσεις από τον ιό HIV στους νέους αναμένετε να αυξηθούν. Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι, εάν η πρόοδος σταματήσει, 20 εκατομμύρια επιπλέον έφηβοι θα μπορούσαν να μολυνθούν από το 2016 έως και το 2030. (AVERT, 2017)

Στην Ελλάδα, το 2015, δηλώθηκαν 8 κρούσματα (1,2% όλων των κρουσμάτων) HIV λοίμωξης σε άτομα ηλικίας από 15 έως 19 ετών. Από αυτά, τα 7 αφορούσαν άνδρες. Κατά την ίδια περίοδο, δηλώθηκαν 57 νέα κρούσματα (8,3% όλων των κρουσμάτων) HIV λοίμωξης σε άτομα ηλικίας από 20 έως 24 ετών. Τα 52 από αυτά ήταν άνδρες και τα υπόλοιπα 5 ήταν γυναίκες. Και στις 2 ηλικιακές ομάδες, το μεγαλύτερο ποσοστό μεταδόθηκε μετά από σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών. Ακολουθεί η ετεροφυλική σεξουαλική επαφή και τέλος η μετάδοση μετά από ενέσιμη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

Επίσης, κατά την ίδια περίοδο, δηλώθηκαν 2 κρούσματα AIDS σε νέους ηλικίας από 15 έως 19 ετών, και 1 κρούσμα σε νέο ηλικίας από 20 έως 24 ετών. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2015)

5.2.5. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η συχνότητα εμφάνισης οξείας ηπατίτιδας Β, σε παιδιά και νέους κάτω των 19 ετών, μειώθηκε από 13,8 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα ηλικίας 10 έως 19 ετών στη δεκαετία του 1980, σε 3,03 και σε 0,34 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα στο 1990 και το 2002, αντίστοιχα. Η μείωση των κρουσμάτων ήταν μεγαλύτερη μεταξύ των παιδιών που γεννήθηκαν μετά το 1991, όταν και εφαρμόστηκαν συστάσεις για τον εμβολιασμό των βρεφών κατά του ιού HBV. Μέχρι και το 2007, η συχνότητα εμφάνισης οξείας ηπατίτιδας Β, σε παιδιά μικρότερα των 15 ετών, μειώθηκε σε 0,02 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα. (Broderick A, Jonas M. et al, 2017)

Η Ελλάδα, όπως και η Νότια, Κεντρική και Νοτιοδυτική Ασία, το Ισραήλ, η Ισπανία, η Ρωσία και το μεγαλύτερο μέρος της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής, ανήκει στις χώρες με ενδιάμεση ενδημικότητα αλλά ο επιπολασμός των φορέων του ιού της Ηπατίτιδας Β παρουσιάζει πτωτική τάση τα τελευταία χρόνια. Η επίπτωση ποικίλει στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα και είναι υψηλότερη στη Βόρεια Ελλάδα, και κυρίως στη περιοχή της Θράκης. Σε ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες, ο επιπολασμός των φορέων ξεπερνάει το 8%, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται 22,5% σε οικονομικούς μετανάστες, 15% σε μουσουλμάνους της Θράκης και 8% σε αθίγγανους των Ιωαννίνων. Όμως, τα τελευταία χρόνια, χάρη στο εμβόλιο κατά του ιού HBV, το οποίο εντάχθηκε στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών, διαπιστώνεται μείωση των κρουσμάτων. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2015)

5.2.6. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Κατά την περίοδο 2007 - 2009, το Τμήμα Δημόσιας Υγείας της Μασαχουσέτης (MDPH) έλαβε 1.950 αναφορές για νέες περιπτώσεις μόλυνσης από τον ιό HCV σε άτομα ηλικίας από 15 έως 24 ετών. Από αυτά, 1.026 (53%) ταξινομήθηκαν ως επιβεβαιωμένα κρούσματα. Παρόλο που παρατηρήθηκε μια συσσώρευση περιπτώσεων στις αστικές περιοχές, αναφέρθηκαν περιστατικά από όλες τις περιοχές του κράτους, συμπεριλαμβανομένων μεγάλων μητροπολιτικών περιοχών, προαστιακών περιοχών της Βοστώνης, μικρότερων πόλεων και αγροτικών περιοχών. Οι περιπτώσεις εμφανίστηκαν με σχεδόν την ίδια συχνότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών. (Center of Disease and Prevention, 2011)

Σύμφωνα με τον Narkewicz, ο ιός HCV εμφανίζεται σε ποσοστό 0,15% και 0,4% σε άτομα ηλικίας 6 έως 11 ετών και 12 έως 19 ετών, αντίστοιχα. Επιπλέον, υποστηρίζει ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής υπάρχουν 23.000 έως 46.000 παιδιά με HCV. (Narkewicz M., 2016)

5.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οποιοδήποτε άτομο που είναι σεξουαλικά ενεργό κινδυνεύει να εκτεθεί σε κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενη μόλυνση. Παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν αυτό τον κίνδυνο περιλαμβάνουν:

1. Σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη.

Η σεξουαλική επαφή (κολπική, πρωκτική) με ένα μολυσμένο άτομο, χωρίς χρήση προφυλακτικού, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιου σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος. Επίσης, η μη σωστή χρήση προφυλακτικού μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο. Το στοματικό σεξ μπορεί να είναι λιγότερο επικίνδυνο, αλλά οι λοιμώξεις μπορούν, επίσης, να μεταδοθούν όταν δεν γίνεται χρήση προφυλακτικού.

2. Εναλλαγή πολλαπλών συντρόφων
3. Ιστορικό Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων

Η ύπαρξη ενός, τουλάχιστον, Σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση επιπλέον νοσημάτων ίδιου χαρακτήρα.

4. Βιασμός

Η αντιμετώπιση του βιασμού ή της επίθεσης μπορεί να είναι δύσκολη αλλά πρέπει να αντιμετωπιστεί το συντομότερο δυνατό. Παρακολούθηση, θεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη μπορούν να προσφερθούν.

5. Κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών

Η χρήση ουσιών και αλκοόλ μπορεί να εμποδίσει την κρίση καθιστώντας τα άτομα πιο πρόθυμα να συμμετάσχουν σε επικίνδυνες συμπεριφορές.

6. Ενδοφλέβια χρήση ουσιών

Η κοινή χρήση βελόνων αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου και τρόπο μετάδοσης πολλών σοβαρών λοιμώξεων όπως η Ηπατίτιδα Β, η Ηπατίτιδα C και της λοίμωξης από τον ιό της ανοσοεπάρκειας (HIV).

7. Εφηβεία

Τα μισά κρούσματα, από το συνολικό αριθμό κρουσμάτων, αφορούν άτομα ηλικίας από 15 έως 24 ετών.

8. Άτομα που λαμβάνουν θεραπεία για τη στυτική δυσλειτουργία

Σύμφωνα με έρευνες, οι άνδρες που ζητούν συνταγές για ορισμένα φάρμακα όπως η σιλденаφίλη (Viagra), η ταδαλαφίλη (Cialis) και η βαρδεναφίλη (Levitra), έχουν υψηλότερα ποσοστά Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. (Mayo Clinic, 2016)

5.4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Μια σύντομη εκτίμηση της επικινδυνότητας μπορεί να καθοδηγήσει τον επαγγελματία υγείας να αποφασίσει ποιες είναι οι κατάλληλες εξετάσεις (εργαστηριακές, screening test) για τον κάθε ασθενή. Το περιεχόμενο μιας σύντομης εκτίμησης πρέπει να καλύπτει τους ακόλουθους τομείς (5 P's):

1. Past STDs (Ιστορικό ΣΜΝ)

«Είχες κάποιο ΣΜΝ στο παρελθόν;»

2. Partners (Σύντροφοι)

«Είχες σεξουαλική επαφή με άνδρα, με γυναίκα ή και με τα δύο φύλα;»

«Με πόσα άτομα είχες σεξουαλική επαφή τους τελευταίους 6 μήνες;»

3. Practices (Τρόπος σεξουαλικής επαφής/ κοινή χρήση βελόνας ή αιχμηρών αντικειμένων)

«Είχες κολπική, πρωκτική ή στοματική επαφή;»

«Έκανες χρήση ενδοφλέβιων ουσιών;»

4. Prevention (Πρόληψη)

«Τι κάνεις για να προστατευτείς από τα ΣΜΝ;»

«Ποια μέτρα αντισύλληψης χρησιμοποιείς και πόσο συχνά;»

5. Pregnancy plans and prevention (Σχέδια εγκυμοσύνης και πρόληψη)

«Πως θα αισθανόσουν αν έμενες έγκυος αυτή την περίοδο;»

«Ποια μέτρα λαμβάνεις για να μειώσεις τον κίνδυνο της εγκυμοσύνης;»

(California Department of Public Health and California STD/HIV Prevention Training Center, 2011)

5.5 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα μεταδίδονται κατά κύριο λόγο μέσω της σεξουαλικής επαφής, συμπεριλαμβανομένων της στοματικής και πρωκτικής επαφής. Ορισμένα ΣΜΝ μπορούν, επίσης, να μεταδοθούν μέσω μη σεξουαλικής επαφής, όπως μέσω αίματος ή παραγόντων αυτού. Τέλος, αρκετά από αυτά, όπως η σύφιλη, η γονόρροια, τα χλαμύδια, οι Ηπατίτιδες Β και C, και ο ιός HIV, μπορούν να μεταδοθούν από τη μητέρα στο έμβryo και νεογνό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού (κάθετη μετάδοση). (WHO, 2016)

5.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων γίνεται με εργαστηριακές εξετάσεις. Αυτές περιλαμβάνουν:

1. Εξετάσεις αίματος. Αυτό το είδος της εξέτασης μπορεί να επιβεβαιώσει τη διάγνωση για λοίμωξη με τον ιό HIV ή την σύφιλη σε μεταγενέστερα στάδια
2. Δείγμα ούρων
3. Δείγμα υγρών. Στην περίπτωση ύπαρξης ελκών ή πληγών στη γεννητική περιοχή, μπορεί να γίνει λήψη δείγματος υγρού για να επιβεβαιωθεί ο τύπος της μόλυνσης (Mayo Clinic, 2017)

Η διάγνωση μπορεί να γίνει και μέσω εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου (screening test). Τις περισσότερες φορές, ο έλεγχος για ΣΜΝ δεν αποτελεί μέρος της συνήθους υγειονομικής περίθαλψης. Αρχικά, τα screening tests απευθύνονται σε όλο τον πληθυσμό καθώς η πρώτη εξέταση για ΣΜΝ που προτάθηκε για άτομα ηλικίας 13 έως 64 ετών, είναι μια εξέταση αίματος ή σάλιου για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοεπάρκειας (HIV).

Επίσης, οι έγκυες γυναίκες πρέπει να ελέγχονται, τουλάχιστον μια φορά κατά τη διάρκεια της κύησης, για Ηπατίτιδα C και γονόρροια. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος

για τον ιό HIV, την Ηπατίτιδα Β, τα χλαμύδια και τη σύφιλη πραγματοποιούνται κατά την πρώτη προγεννητική επίσκεψη.

Οι γυναίκες ηλικίας 21 ετών και άνω θα πρέπει να κάνουν Τεστ Παπανικολάου τουλάχιστον κάθε 3 χρόνια. Μετά την ηλικία των 30 ετών, οι γυναίκες καλούνται να υποβληθούν σε εξέταση HPV DNA και Τεστ Παπανικολάου κάθε 5 χρόνια ή σε τεστ Παπανικολάου κάθε 3 χρόνια. Η εξέταση κατά Παπανικολάου διαγιγνώσκει τυχόν ανωμαλίες στον τράχηλο της μήτρας, συμπεριλαμβανομένων της φλεγμονής, των προκαρκινικών αλλοιώσεων και του καρκίνου, που προκαλείται συχνά από ορισμένα στελέχη του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). (Mayo Clinic, 2017)

Όλες οι σεξουαλικά ενεργές γυναίκες που είναι μικρότερες των 25 ετών πρέπει να ελέγχονται για χλαμυδιακές λοιμώξεις. Ο έλεγχος για χλαμύδια γίνεται με τη συλλογή ενός δείγματος ούρων ή κοιλιακού υγρού. Κάποιοι ειδικοί συστήνουν να επαναληφθεί η εξέταση 3 μήνες μετά το θετικό αποτέλεσμα και τη θεραπεία. Η δεύτερη εξέταση είναι σημαντική για να διαπιστωθεί ότι η λοίμωξη θεραπεύεται καθώς η εκ νέου μόλυνση από το σύντροφο είναι συχνή. Επιπλέον συνίσταται η εξέταση για γονόρροια.

Τέλος, είναι πιθανό να υπάρχει κάποιο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο νόσημα και οι εξετάσεις να είναι αρνητικές εάν αυτές έγιναν σε σύντομο χρονικό διάστημα από τη στιγμή της μόλυνσης. (Mayo Clinic, 2017)

Οι ακριβείς διαγνωστικές εξετάσεις, ή αλλιώς οι εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου (screening tests), για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, χρησιμοποιούνται ευρέως σε χώρες με υψηλό εισόδημα. Αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για τη διάγνωση ασυμπτωματικών λοιμώξεων. Ωστόσο, στις χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα, οι διαγνωστικές εξετάσεις είναι σε μεγάλο βαθμό μη διαθέσιμες. Όταν αυτές είναι διαθέσιμες, συχνά είναι δαπανηρές και γεωγραφικά απρόσιτες, και οι ασθενείς πολλές φορές πρέπει να περιμένουν μεγάλο χρονικό διάστημα ή και να επιστρέψουν για να λάβουν τα αποτελέσματα. Ως αποτέλεσμα, η παρακολούθηση παρεμποδίζεται και η θεραπεία μπορεί να είναι ελλιπείς. (WHO, 2016)

5.7 ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι έφηβοι και οι νέοι ενήλικες έχουν υψηλότερα ποσοστά Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα. Ένας από τους κυριότερους λόγους είναι ότι συχνά έχουν σεξουαλική επαφή χωρίς τη χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου φραγμού. Είναι, επίσης, βιολογικά πιο πιθανό να αναπτύξουν κάποια λοίμωξη. Επιπλέον, ενδέχεται να είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που θα μπορούσαν να τους παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τους τρόπους προστασίας. (American Academy of Pediatrics, 2015)

Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη της εξάπλωσης των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων εξαρτώνται από πολλούς κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η ηλικία, η επαγγελματική απασχόληση, η εκπαίδευση, η θρησκεία και το φύλο. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλική συμπεριφορά και κατά επέκταση την εξάπλωση των λοιμώξεων. (Mandal A., 2013)

Ορισμένες από τις κύριες προσεγγίσεις πρόληψης περιλαμβάνουν:

1. Αποχή

Ακούγεται συχνά ότι η «αποχή» είναι ένας τρόπος για να αποφευχθούν οι κίνδυνοι της σεξουαλικής δραστηριότητας. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Εταιρεία Σεξουαλικής Υγείας, η αποχή ορίζεται ως η απουσία οποιουδήποτε είδους σεξουαλικής επαφής (κολπική/πρωκτική/στοματική). Τα άτομα που επιλέγουν τη σεξουαλική αποχή, μπορεί να έχουν σεξουαλικά συναισθήματα αλλά όχι σεξουαλική επαφή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μη διατρέχουν κανένα κίνδυνο να μολυνθούν από κάποιο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα ή να βρεθούν αντιμέτωπα με κάποια ανεπιθύμητη κύηση. Όλοι οι άνθρωποι, ανεξαρτήτως ηλικίας, έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν την αποχή.

Άλλο είδος αποχής είναι η επιλεκτική αποχή. Πολλοί άνθρωποι είναι σεξουαλικά ενεργείς αλλά περιορίζουν τις σεξουαλικές τους δραστηριότητες είτε για να αποφύγουν τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και την ανεπιθύμητη κύηση, είτε γιατί δεν αισθάνονται έτοιμοι. Κάποιος που χρησιμοποιεί την επιλεκτική αποχή, έχει κάποιου είδους σεξουαλική επαφή και διατρέχει τον κίνδυνο να μολυνθεί από ΣΜΝ ανάλογα με τις σεξουαλικές δραστηριότητες που επιλέγει. (American Sexual Health Association, 2017)

2. Εμβολιασμός

Ο εμβολιασμός πριν τη σεξουαλική έκθεση είναι, επίσης, αποτελεσματικός στην πρόληψη ορισμένων τύπων ΣΜΝ. Υπάρχουν διαθέσιμα εμβόλια για την πρόληψη του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων, της Ηπατίτιδας Α και της Ηπατίτιδας Β. (Mayo Clinic, 2017)

Το εμβόλιο έναντι του ιού HPV περιέχει μια πρωτεΐνη, την L1, συναθροισμένη με ιόμορφα σωματίδια(VLP). Τα σωματίδια αυτά παράγουν υψηλή ανοσογονικότητα, ενώ συγχρόνως, εξαιτίας του ότι δεν περιέχουν το DNA του ιού, δε μπορούν να μολύνουν τον οργανισμό. (Παπαδόπουλος Α., 2011)

Σήμερα κυκλοφορούν τρία εμβόλια έναντι του ιού HPV: το διδύναμο (Cervarix), που περιέχει αντιγόνα από τους τύπους 16 και 18, το τετραδύναμο (Gardasil), που περιέχει αντιγόνα από τους τύπους 6, 11, 16 και 18, και το εννιαδύναμο (Gardasil9), που περιέχει αντιγόνα από τους τύπους 6,11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 και 58. (Τάνος Β., 2017)

Το τετραδύναμο εμβόλιο, Gardasil, έχει εγκριθεί από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ) για την πρόληψη των προκαρκινικών τραχηλικών βλαβών και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αλλά και άλλων νοσημάτων που εμφανίζονται σε άλλα όργανα του γεννητικού συστήματος, δηλαδή προκαρκινικών βλαβών αιδοίου, κόλπου και γεννητικών κονδυλωμάτων από συγκεκριμένους τύπους HPV. Το διδύναμο εμβόλιο, Cervarix, έχει πάρει, έγκριση από τον Ε.Ο.Φ για την πρόληψη των προκαρκινικών τραχηλικών βλαβών και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας από συγκεκριμένους τύπους HPV. (Παπαδόπουλος Λ., 2011)

Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) συστήνουν το εμβόλιο HPV να χορηγείται σε αγόρια και κορίτσια ηλικίας 12 ετών. Εάν ο εμβολιασμός δεν έχει ολοκληρωθεί μέχρι την ηλικία των 12 ετών, το CDC συστήνει τα αγόρια και τα κορίτσια να εμβολιάζονται έως την ηλικία των 26 ετών. Τα εμβόλια πρέπει να χορηγούνται με ενδομυϊκή ένεση. Οι προτιμώμενες θέσεις είναι η περιοχή του δελτοειδή του άνω βραχίονα και η άνω προσθιοπλάγια περιοχή του μηρού. (American Sexual Health Association, 2017)

Το Gardasil9 χορηγείται ενδομυϊκά σε παιδιά ηλικίας 9 έως 14 ετών, σε 2 δόσεις, και παρέχει πλήρη κάλυψη. Σε άτομα άνω των 15 ετών χορηγείται σε 3 δόσεις. Το διδύναμο (Cervarix) και το τετραδύναμο (Gardasil) χορηγούνται σε 3 δόσεις. (Τάνος Β., 2017)

Το εμβόλιο έναντι του ιού της Ηπατίτιδας Β χορηγείται συνήθως σε νεογνά. Ο μαζικός εμβολιασμός των βρεφών εφαρμόζεται στην Ελλάδα από τη 01/01/1998 μετά από απόφαση του ΥΥΠΚΑ (Υ1/Οικ4543/10-9-97). Σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού χορηγούνται 3 δόσεις εμβολίου. Για την πρόληψη της περιγεννητικής μετάδοσης της ηπατίτιδας Β, με την ίδια απόφαση θεσπίστηκε ο έλεγχος όλων των εγκύων ως προς το HbsAg και η εφαρμογή παθητικής και ενεργητικής ανοσοπροφύλαξης στα νεογνά μητέρων - φορέων. (Παπαευαγγέλου Β., ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013)

Στην Ελλάδα, τα εμβόλια κυκλοφορεί είτε ως μονοδύναμο είτε ως πολυδύναμο. Το HBvaxPro (AnestisPaster), Engerix (GlaxoSmithKline) και Fedrix (GlaxoSmithKline). Το πολυδύναμο εμβόλιο, Διφθερίτιδας – Τετάνου - Ακυτταρικό Κοκκώδη - Πολυομυελίτιδας - Η. Influenzaeb - Ηπατίτιδας Β, κυκλοφορεί με εμπορική ονομασία Infarix - Hexa, GSK (DtaP-IPV-Hep/Hib). (Παπαευαγγέλου Β., ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013)

Το εμβόλιο κατά του ιού της Ηπατίτιδας Α συνίσταται για παιδιά ηλικίας 1 έτους. Χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση σε 2 δόσεις, στους ενήλικες και στα παιδιά άνω των 2 ετών στον δελτοειδή μυ, και στα παιδιά μικρότερα των 2 ετών στην έξω επιφάνεια του μηρού. Κυκλοφορεί με τις εμπορικές ονομασίες Havrix 1440, Vaqta, Avaxim και Epraxal. Τα δύο τελευταία έχουν έγκριση από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων αλλά δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα. (Παυλή Α., ΚΕΕΛΠΝΟ, 2012)

Τόσο το εμβόλιο της Ηπατίτιδας Α όσο και το εμβόλιο της Ηπατίτιδας Β συνιστώνται για άτομα που δεν έχουν ανοσία σε αυτές τις ασθένειες και για εκείνους που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης, όπως ομοφυλόφιλοι άνδρες και χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών. (Mayo Clinic, 2017)

3. Αμοιβαία Μονογαμία

Ορίζεται ως η σεξουαλική επαφή μόνο με τον σύντροφο. Είναι ένας άλλος τρόπος για να περιοριστεί η έκθεση στα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Εάν κανένας από τους δύο συντρόφους δεν είχε ποτέ επαφή οποιουδήποτε είδους με άλλο άτομο, δεν υπάρχει κίνδυνος για ΣΜΝ.

4. Μέθοδοι Φραγμού

Οι μέθοδοι φραγμού, όπως τα προφυλακτικά, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων ή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. (American Sexual Health Association, 2017)

Το προφυλακτικό από λατέξ δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με λιπαντικό που έχει ως βάση το πετρέλαιο. (Mayo Clinic, 2017)

5. Εξετάσεις Προσυμπτωματικού Ελέγχου

Η εξέταση των ατόμων πριν έρθουν σε επαφή με νέο σύντροφο, βοηθά στην πρόληψη νέων κρουσμάτων μόλυνσης. Επίσης, ο έλεγχος είναι απαραίτητος εάν ο ένας από τους δύο συντρόφους είχε παράλληλες σεξουαλικές σχέσεις. Παρόλα αυτά, οι εξετάσεις δεν είναι πάντοτε αξιόπιστες καθώς πολλές μολύνσεις μπορεί να μην εντοπιστούν σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους. (Mandal A.,2013)

6. Επικοινωνία

Τα ζευγάρια θα πρέπει να συζητούν μεταξύ τους σχετικά με τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, τη σεξουαλική υγεία και τις μεθόδους αντισύλληψης. Η ανοικτή επικοινωνία ενθαρρύνει την εμπιστοσύνη και το σεβασμό μεταξύ των συντρόφων και αποτελεί βασική πτυχή της μείωσης των κινδύνων για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα. Επίσης, τα άτομα θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συζητούν με επαγγελματίες υγείας για τυχόν απορίες σχετικά με τα ΣΜΝ και τις απαραίτητες εξετάσεις.

7. Αποφυγή χρήσης οινόπνευματος και ναρκωτικών ουσιών

Η αποφυγή της κατανάλωσης οινόπνευματος και ναρκωτικών ουσιών μειώνει τον κίνδυνο εξάπλωσης των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και τα ποσοστά των ανεπιθύμητων κηύσεων. Το αλκοόλ και η χρήση ουσιών μειώνουν την ικανότητα σωστής αντίληψης και εφαρμογής μέτρων για ασφαλή σεξουαλική επαφή. Επίσης, κάνει το άτομο να συμμετέχει σε εξαναγκαστικές δραστηριότητες. (American Sexual Health Association, 2017)

8. Nonoxyno 9

Πρόκειται για ένα σπερματοκτόνο και μικροβιοκτόνο παράγοντα που χρησιμοποιείται για τη λίπανση προφυλακτικών και μπορεί να σκοτώσει σημαντικό αριθμό κολπικών μικροβίων. Ωστόσο, η ένωση δεν είναι εντελώς προστατευτική έναντι όλων των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. (Mandal A., 2013)

9. Ανδρική Περιτομή

Υπάρχουν στοιχεία ότι η περιτομή μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου του ανθρώπου να αποκτήσει τον ιό HIV από μια μολυσμένη γυναίκα (ετεροφυλόφιλη μετάδοση) έως και 60%. Η περιτομή μπορεί, επίσης, να βοηθήσει στην πρόληψη της μετάδοσης του ιού HPV και HSV. (Mayo Clinic, 2017)

10. Φάρμακο Truvada

Τον Ιούλιο του 2012, Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων, ενέκρινε τη χρήση του συνδυασμού φαρμάκων emtricitabine- tenofovir (Truvada) για τη μείωση του κινδύνου μετάδοσης σεξουαλικά μεταδιδόμενου HIV σε όσους βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο. Το Truvada, επίσης, χρησιμοποιείται ως θεραπεία του HIV σε συνδυασμό με άλλες ουσίες.

Όταν το Truvada χρησιμοποιείται για την πρόληψη της λοίμωξης από HIV, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι σίγουρος ότι ο ασθενής δε νοσεί από HIV. Επίσης, θα πρέπει να γίνει έλεγχος για τον ιό της Ηπατίτιδας Β. Εάν η εξέταση είναι θετική, τότε πριν την συνταγογράφηση του Truvada θα πρέπει να γίνει έλεγχος της λειτουργίας των νεφρών.

Το Truvada πρέπει να λαμβάνεται καθημερινά και χρειάζεται παρακολούθηση για HIV και της λειτουργίας των νεφρών κάθε λίγους μήνες. Τέλος, θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους αντισύλληψης, όπως το προφυλακτικό. (Mayo Clinic, 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, η μέση ηλικία έναρξης των σεξουαλικών επαφών έχει μειωθεί κατά 4 χρόνια για τις γυναίκες και κατά 3 χρόνια για τους άνδρες. Έρευνα που διενεργήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία το 1991 έδειξε ότι στην ηλικία των 16 ετών το 50% των έφηβων είχαν ήδη σεξουαλικές επαφές, ενώ στην ηλικία των 18 ετών το ποσοστό έφθασε το 80%.

Κάθε χρόνο περίπου 15 εκατομμύρια γυναίκες κάτω των 20 ετών μένουν έγκυες. Σε αναπτυσσόμενες χώρες το 60% των κήσεων αυτών είναι ανεπιθύμητες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα υψηλά ποσοστά διακοπής της εγκυμοσύνης. Το γεγονός αυτό καθώς και ο αυξημένος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων, ειδικά στις μικρές ηλικίες, έχουν σαν αποτέλεσμα, πέρα από το μεγάλο αριθμό ανεπιθύμητων κήσεων, και μεγάλα ποσοστά προσβολής από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Σύμφωνα με τα παραπάνω γίνεται επιτακτική η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων από τους έφηβους. (Χρυσανθόπουλο Χ. και άλλοι, 2012)

6.1 ΙΔΑΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για να χαρακτηριστεί μια αντισυλληπτική μέθοδος ως «ιδανική» πρέπει να έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

1. Να έχει 100% αντισυλληπτική ικανότητα (0% αποτυχία)
2. Να μην προκαλεί παρενέργειες
3. Να είναι απλή στη χρήση και ανώδυνη στην εφαρμογή
4. Να έχει χαμηλό κόστος
5. Να μην προσβάλλει πεποιθήσεις (ιδεολογικές, θρησκευτικές, κοινωνικές, εθνικές)
6. Να μην εξαρτάται από τη συχνότητα των επαφών
7. Μετά τη διακοπή της να γίνεται πλήρης επάνοδος της γονιμότητας και της φυσιολογίας (WHO, 2017)

6.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Οι μέθοδοι αντισύλληψης μπορούν να διακριθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις αναστρέψιμες και τις μόνιμες. (Center of Diseases and Prevention, 2017)

Στις αναστρέψιμες μεθόδους αντισύλληψης περιλαμβάνονται οι μέθοδοι φραγμού, οι ορμονικές μέθοδοι και οι ενδομήτριες συσκευές.

1. Μέθοδοι Φραγμού

- Ανδρικό Προφυλακτικό

Αποτρέπει το σπέρμα να εισέλθει στο σώμα της γυναίκας προστατεύοντας από την εγκυμοσύνη και τα περισσότερα Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου και του ιού HIV. (Johnson T., 2016)

Παρέχει 98% προστασία με σωστή και συστηματική χρήση. Η αποτελεσματικότητά του, όμως, μειώνεται στο 85% όταν δεν χρησιμοποιείται σωστά και σε κάθε επαφή. (WHO,2017)

Τα προφυλακτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο μια φορά. Διατίθενται στα φαρμακεία και είναι οικονομικά. Επιπλέον, τα προφυλακτικά από λατέξ δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με λιπαντικό με βάση το πετρέλαιο, έλαια, μασάζ, παιδικό λάδι, λωσιόν και βαζελίνη. (Centers of Disease Control and Prevention, 2017)

- Γυναικείο Προφυλακτικό

Είναι λεπτή πλαστική θήκη που ωθείται στον κόλπο και μπορεί να τοποθετηθεί μέχρι και 8 ώρες πριν την σεξουαλική επαφή. Οι χρήστες κρατούν έναν εύκαμπτο, πλαστικό δακτύλιο στο κλειστό άκρο για να τον οδηγήσουν στη θέση του. (Johnson T., 2016)

Παρέχει 90% προστασία με σωστή και συστηματική χρήση και, εκτός από την εγκυμοσύνη, προστατεύει και από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου και του ιού HIV. (WHO, 2017)

Στα μειονεκτήματα συγκαταλέγονται ο θόρυβος, ένα μικρό ποσοστό (21%) εμφανίζει ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και δεν επαναχρησιμοποιείται. Επιπλέον, δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το ανδρικό προφυλακτικό. (Johnson T., 2016)

- Διάφραγμα και Τραχηλική Καλύπτρα

Κάθε μια από αυτές τις μεθόδους τοποθετείται μέσα στον κόλπο για να καλύψει τον τράχηλο και να μπλοκάρει την είσοδο του σπέρματος. (Centers of Disease Control and Prevention)

Το διάφραγμα είναι ελαστικός θόλος που τοποθετείται πάνω στον τράχηλο πριν την σεξουαλική επαφή. Χρησιμοποιείται με σπερματοκτόνο και είναι οικονομικό.

Η τραχηλική καλύπτρα μοιάζει με το διάφραγμα αλλά είναι μικρότερη σε μέγεθος. Τοποθετείται στον τράχηλο εμποδίζοντας την είσοδο του σπέρματος στη μήτρα. Χρησιμοποιείται με σπερματοκτόνο. Το ποσοστό αποτυχίας είναι 15% για τις άτοκες γυναίκες και 30% για τις γυναίκες με παιδιά. Μπορεί να μείνει στη θέση του για 48 ώρες και είναι οικονομική. (Johnson T., 2016)

Κάθε μία από αυτές τις μεθόδους πρέπει να τοποθετείται από τον ιατρό επειδή υπάρχουν διάφορα μεγέθη. Επίσης, δεν προστατεύουν από τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της εμμηνου ρύσεως καθώς μπορούν να προκαλέσουν τοξικό σοκ. (Johnson T., 2016)

- Σπερματοκτόνα

Περιέχουν χημικές ουσίες που σκοτώνουν το σπέρμα. Κυκλοφορούν με τη μορφή αφρού, τζελ, κρέμας ή μεμβράνης, που τοποθετούνται στον κόλπο πριν τη σεξουαλική επαφή. Το ετήσιο ποσοστό αποτυχίας φτάνει το 29%. (Johnson T., 2016)

Συχνά χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους αντισύλληψης όπως το ανδρικό και το γυναικείο προφυλακτικό, με στόχο την πρόληψη των Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. Τοποθετούνται στον κόλπο περίπου μισή με μία ώρα πριν την έναρξη της σεξουαλικής επαφής και παραμένουν στη θέση τους για 6 έως 8 ώρες. (Centers of Disease Control and Prevention, 2017)

- Αντισυλληπτικό Σπόγγος

Ο αντισυλληπτικός σπόγγος, γνωστός και ως “Today Sponge”, είναι φτιαγμένος από αφρό και περιέχει σπερματοκτόνο. Τοποθετείται στον τράχηλο έως και 24 ώρες πριν την σεξουαλική επαφή. Έχει περίπου την ίδια αποτελεσματικότητα με την τραχηλική καλύπτρα, με ποσοστό αποτυχίας 16% για τις άτοκες και 32% για τις γυναίκες με παιδιά. Σε αντίθεση με το διάφραγμα και την τραχηλική καλύπτρα, δεν απαιτείται τοποθέτηση από ιατρό. Τα μειονεκτήματα είναι ότι δεν παρέχει προστασία έναντι των ΣΜΝ, και δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά τη διάρκεια της εμμηνορροσίας. (Johnson T., 2016)

2. Ορμονικές Μέθοδοι

- Αντισυλληπτικά Δισκία

Τα αντισυλληπτικά διακρίνονται σε μονοφασικά και πολυφασικά. Τα πρώτα είναι συνδυασμός συνθετικών οιστρογόνων και προγεστερινοειδούς σε σταθερή ποσότητα. Τα πολυφασικά (διφασικά ή τριφασικά) περιέχουν 2 - 3 ειδών δισκία με 2 - 3 διαφορετικούς ποσοτικά συνδυασμούς των παραπάνω ορμονών. Και οι δύο μορφές μπορούν να χρησιμοποιηθούν αλλά τα μονοφασικά είναι περισσότερο αποτελεσματικά και προκαλούν λιγότερα επεισόδια αιμορραγίας εκ διαφυγής. (Χρυσανθόπουλος X., και άλλοι, 2012)

Το ετήσιο ποσοστό αποτελεσματικότητας, με σωστή και συστηματική χρήση, ξεπερνά το 99%. Επιπλέον, μειώνουν τον κίνδυνο για ενδομητρίωση και καρκίνο των ωοθηκών. (WHO, 2017)

Τα αντισυλληπτικά που αποτελούνται μόνο από προγεστερόνη (mini pill) δεν είναι διαθέσιμα στην Ελλάδα. Πρέπει να λαμβάνονται την ίδια ώρα κάθε μέρα και αποτελούν μια καλή λύση για τις γυναίκες που δε μπορούν να λαμβάνουν οιστρογόνα. (Centers of Disease Control and Prevention, 2016)

Το ετήσιο ποσοστό επιτυχίας, με σωστή και συστηματική χρήση, φτάνει το 99%. Με μη σωστή χρήση, το ποσοστό επιτυχίας μειώνεται στο 90% έως 97%. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιείται και κατά την περίοδο του θηλασμού. (WHO, 2017)

Όσον αφορά τις αντενδείξεις για τη χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων, υπάρχει φάσμα παθήσεων οι οποίες απαντώνται και στην εφηβική ηλικία και αποτελούν αντένδειξη για τη χρήση των συνδυασμένων δισκίων. Αυτές διακρίνονται σε απόλυτες και σχετικές. Οι απόλυτες περιλαμβάνουν τη στεφανιαία ανεπάρκεια, τη θρομβοεμβολική ασθένεια ή προδιάθεση, την κακοήθεια μαστού ή μήτρας, την ηπατοπάθεια ή καρκίνο του ήπατος, την χολόσταση κύησης, την κύηση και την γαλουχία, την αδιάγνωστη μητρορραγία, την σοβαρή υπέρταση (>168/109mmHg), την ημικρανία με νευρολογική συνδρομή, τις αγγειακές παθήσεις του ΚΝΣ και τη νευρογενή ανορεξία. Στις σχετικές αντενδείξεις συμπεριλαμβάνονται η υπέρταση, η ημικρανία, η δρεπανοκυτταρική νόσος, η χολοκυστοπάθεια, τα φάρμακα που αυξάνουν τη δράση των ηπατικών ενζύμων, η επιληψία, ο διαβήτης και η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου.

Στις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντισυλληπτικών περιλαμβάνονται η ναυτία, η μαστοδυνία, η κατακράτηση υγρών, η αύξηση του βάρους σώματος, η αιμορραγία διαφυγής, η ακμή, η κεφαλαλγία, η καταθλιπτική διάθεση και, τέλος, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια και οι καρδιαγγειακές επιπλοκές, που εμφανίζονται πιο σπάνια στις έφηβες.

Δυστυχώς, πολλές έφηβες και οι μητέρες τους πιστεύουν ότι τα αντισυλληπτικά προκαλούν πολλά προβλήματα υγείας. Στην πραγματικότητα, οι σοβαρές παρενέργειες είναι σπάνιες. Υπολογίστηκε ότι ο κίνδυνος θανάτου από τα αντισυλληπτικά είναι 1,3 ανά 100.000 χρήστες και 0,3 ανά 100.000 σε μη καπνίστριες, ενώ ο κίνδυνος θανάτου από τον τοκετό στην ίδια ηλικία είναι 11,1 ανά 100.000 γεννήσεις, δηλαδή δεκαπλάσιος.

Εκτός από την αποφυγή της εγκυμοσύνης, η αντισύλληψη έχει και άλλα οφέλη όπως: α) ομαλοποίηση της περιόδου, β) θεραπεία δυσμηνόρροιας, γ) προστασία από ενδομητρίωση, δ) προστασία από εξωμήτριο κύηση, ε) προστασία από ινοκυστική νόσο μαστού, ζ) προστασία από κύστες και καρκίνο των ωοθηκών, η) προστασία από καρκίνο του ενδομητρίου, θ) προστασία από σιδηροπενική αναιμία και ι) βελτίωση της ακμής. Για τους έφηβους, τα σημαντικότερα οφέλη είναι η ρύθμιση του κύκλου, η βελτίωση της ακμής και η ελάττωση της δυσμηνόρροιας. (Χρυσανθόπουλος Χ. και άλλοι, 2012)

- Αντισυλληπτικό Αυτοκόλλητο (Εμπλαστρο)

Τοποθετείται στο δέρμα και πρέπει να αλλάζεται μια φορά την εβδομάδα, για 3 εβδομάδες και στη συνέχεια ακολουθεί μια εβδομάδα χωρίς το έμπλαστρο. Απελευθερώνει οιστρογόνα και προγεστερόνη και είναι εξίσου αποτελεσματικό με το αντισυλληπτικό δισκίο.

Στα πλεονεκτήματα αναφέρονται οι συστηματικές, λιγότερο επίπονες και με λιγότερες κράμπες, εμμηνορρυσίες. Στα μειονεκτήματα αναφέρονται το κόστος (13 - 43€ ανά μήνα), ο ερεθισμός του δέρματος και άλλων ανεπιθύμητων παρενεργειών παρόμοιων με τα αντισυλληπτικά δισκία, και η μη προστασία από τα ΣΜΝ. (Johnson T., 2016)

- Ενέσιμο Αντισυλληπτικό (Depo Provera)

Περιέχει προγεστερόνη και οιστρογόνα και παρέχει αντισυλληπτική προστασία για 3 μήνες. Χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση στον μείζονα γλουτιαίο ή τον δελτοειδή μυ. (Centers of Disease Control and Prevention, 2017)

Επιπλέον, υπάρχουν και τα μηνιαία ενέσιμα ή συνδυασμένα ενέσιμα αντισυλληπτικά (CIC- Combined Injectable Contraceptives). Περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη και χορηγούνται ενδομυϊκά μια φορά το μήνα. Η αποτελεσματικότητα ξεπερνάει το 99%. Στα μειονεκτήματα συμπεριλαμβάνονται το κόστος (204€ ανά έτος), οι τοπικές παρενέργειες και η μη προστασία από τα ΣΜΝ. (WHO, 2017)

- Κολπικός Δακτύλιος (Nuva Ring)

Είναι ένα μαλακό, πλαστικό δαχτυλίδι που εισάγεται μέσα στον κόλπο. Παραμένει στον κόλπο για 3 εβδομάδες, αφαιρείται την εβδομάδα της εμμηνορρυσίας και στη συνέχεια τοποθετείται ένα καινούριο. Το ετήσιο ποσοστό αποτυχίας φτάνει το 9%. (Centers of Disease Control and Prevention, 2017)

Στα μειονεκτήματα περιλαμβάνονται το κόστος (25 - 43€ ανά μήνα), ο κολπικός ερεθισμός και η μη προστασία από τα ΣΜΝ. (Johnson T., 2016)

- Αντισυλληπτικό Εμφύτευμα (Nexplanon)

Είναι μικρές, εύκαμπτοι ράβδοι ή κάψουλες που τοποθετούνται κάτω από το δέρμα του άνω βραχίονα και περιέχουν μόνο προγεστερόνη. (WHO, 2017)

Παρέχουν υψηλή αποτελεσματικότητα που διαρκεί έως 3 χρόνια. Το κόστος είναι υψηλό (340 - 680€ για εξετάσεις, εμφύτευμα και τοποθέτηση). Επιπλέον, μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες, συμπεριλαμβανομένης της ακανόνιστης αιμορραγίας. Τέλος δεν παρέχει προστασία έναντι των ΣΜΝ. (Johnson T., 2016)

- Επείγουσα Αντισύλληψη

Αναφέρεται σε μεθόδους αντισύλληψης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόληψη της εγκυμοσύνης μετά από σεξουαλική επαφή. Πρέπει να χρησιμοποιείται εντός πέντε ημερών αλλά είναι πιο αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται αμέσως μετά τη συνουσία. Στόχο έχει να αποτρέψει την κύηση εμποδίζοντας ή καθυστερώντας την ωορρηξία και δεν προκαλεί έκτρωση.

Οποιαδήποτε γυναίκα ή κορίτσι που βρίσκεται στην αναπαραγωγική ηλικία μπορεί να χρησιμοποιήσει επείγουσα αντισύλληψη, καθώς δεν υπάρχουν ιατρικές αντενδείξεις και ηλικιακά όρια. (WHO, 2017)

Η επείγουσα αντισύλληψη μπορεί να χρησιμοποιηθεί στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Σεξουαλική επαφή χωρίς χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου
- Ανησυχία για πιθανή αποτυχία του τρόπου αντισύλληψης
- Λανθασμένη χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου
- Σεξουαλική επίθεση - βιασμός (WHO, 2017)

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

- Δισκία ουλιπριστάλης (ulipristal acetate UPA - 30mg εφάπαξ)
- Δισκία λεβονογεστρέλης (LNG - 1,5mg εφάπαξ ή σε 2 δόσεις των 0,75mg ανά 12 ώρες)
- Συνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία (μια δόση 100μg αιθυνιλοιστραδιόλη με 0,50 mg LNG, ακολουθούμενη από μια ίδια δόση σε 12 ώρες)
- Χάλκινες ενδομήτριες συσκευές (WHO, 2017)

Η επείγουσα αντισύλληψη δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως συστηματική μέθοδος αντισύλληψης.

3. Ενδομήτριες συσκευές (IUD)

- Ενδομήτριο σπείραμα χαλκού

Είναι μικρή, εύκαμπτη, πλαστική συσκευή σε σχήμα “Τ” και εισάγεται στη μήτρα. (WHO, 2017)

Κυκλοφορεί με την εμπορική ονομασία “ParaGard”. Περιέχει πολυαιθυλένιο με χαλκό κατά μήκος του κάθετου στελέχους και των οριζόντιων βραχιόνων. Μια συστοιχία πολυαιθυλενίου είναι ασφαλισμένη στη συσκευή επιτρέποντας εύκολη αφαίρεση. Τοποθετείται πάντα από τον ιατρό.

Το ενδομήτριο σπείραμα χαλκού μπορεί να χρησιμοποιηθεί για 10 χρόνια, παρόλο που μελέτες έχουν δείξει ότι μπορεί να είναι αποτελεσματικό έως και 20 χρόνια.

Η συσκευή προκαλεί μια ανοσοαπόκριση που δημιουργεί ένα εχθρικό περιβάλλον για το σπέρμα, αποτρέποντας έτσι τη γονιμοποίηση του ωαρίου. Επιπλέον, φαίνεται ότι η συσκευή διαταράσσει την κανονική κατανομή των ωοκυττάρων και την ωορρηξία.

Το συγκεκριμένο σπείραμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως μέθοδος επείγουσας αντισύλληψης. Μπορεί να εισαχθεί έως και πέντε ημέρες μετά την σεξουαλική επαφή και μειώνει τον κίνδυνο εγκυμοσύνης κατά 99%. (Association of Reproductive Health Professionals, 2013)

Στα πλεονεκτήματα συμπεριλαμβάνονται:

- Μακροπρόθεσμη μέθοδος (10 έως 20 χρόνια)
- Είναι διακριτικό
- Έχει χαμηλό κόστος
- Είναι εξαιρετικά αποτελεσματικό, με ποσοστό αποτυχίας μόλις 0,8%
- Μετά την αφαίρεση δεν προκαλεί προβλήματα γονιμότητας
- Μπορεί να εισαχθεί οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου, όταν η εγκυμοσύνη έχει αποκλειστεί
- Μπορεί να εισαχθεί αμέσως μετά την άμβλωση και τον τοκετό (δηλαδή μετά την ολοκλήρωση του 3^{ου} σταδίου) ή μέχρι και 4 εβδομάδες μετά
- Η έλλειψη ορμονών καθιστά τα ενδομήτρια σπειράματα χαλκού κατάλληλα για τις γυναίκες άνω των 35 ετών που καπνίζουν, τις θηλάζουσες και τις γυναίκες με αντενδείξεις για χρήση οιστρογόνων και προγεστερόνης.

Στα μειονεκτήματα συμπεριλαμβάνονται:

- Απαιτείται εφαρμογή από εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας
- Υπάρχει κίνδυνος εξόδου κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους
- Δεν παρέχει προστασία έναντι των ΣΜΝ
- Μπορεί να προκαλέσει πιο βαριά συμπτώματα κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης. (Association of Reproductive Health Professionals, 2013)

- Ενδομήτριο σπείραμα Λεβονογεστρέλης (LNG IUD)

Είναι μια μικρή συσκευή σε σχήμα “T” που μοιάζει με το ενδομήτριο σπείραμα χαλκού. Στις Ηνωμένες Πολιτείες κυκλοφορεί με τις εμπορικές ονομασίες Mirena, Skyla και Liletta. Και τα τρία σκευάσματα περιέχουν προγεσταγόνο, τη λεβονογεστρέλη. Το Mirena διαρκεί έως και 5 χρόνια ενώ το Skyla και το Liletta διαρκούν έως και 3 χρόνια. (Association of Reproductive Health Professionals, 2013)

4. Φυσικές Μέθοδοι

- Αμμηνόρροια Θηλασμού (LAM)

Ο θηλασμός μπορεί να αποτελέσει μια βραχυπρόθεσμη μέθοδο αντισύλληψης. Ο κίνδυνος για εγκυμοσύνη είναι μικρότερος από 2% στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν οι παρακάτω τρεις προϋποθέσεις:

A) το βρέφος είναι μικρότερο των 6 μηνών

B) η γυναίκα θηλάζει αποκλειστικά, δηλαδή το βρέφος δεν λαμβάνει φόρμουλα, στερεές τροφές ή άλλα υγρά

Γ) δεν έχει επανέλθει ακόμα η έμμηνος ρύση (Office of Women's Health, 2017)

- Μέθοδος Βασικής Θερμοκρασίας Σώματος
- Ημερολογιακή Μέθοδος
- Διακεκομμένη Συνουσία
- Συμπτωθερμική Μέθοδος (μέτρηση θερμοκρασίας σώματος, έλεγχος σύστασης τραχήλου και τραχηλικών εκκρίσεων) (WHO,2017)

5. Μόνιμες Μέθοδοι

Η στείρωση ως τρόπος αντισύλληψης είναι μόνιμη, ασφαλής και εξαιρετικά αποτελεσματική. Οι παρακάτω μέθοδοι προορίζονται για άτομα που είναι σίγουρα ότι δεν επιθυμούν κάποια μελλοντική εγκυμοσύνη.

- Απολίνωση Σαλπίνγων

Η απολίνωση των σαλπίνγων είναι η χειρουργική επέμβαση που έχει σαν στόχο να αποφράξει, να καταστρέψει ή να αφαιρέσει κάποιο τμήμα των σαλπίνγων, με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γονιμοποίηση. Εφαρμόζονται διάφορες μέθοδοι που περιλαμβάνουν διατομή ή καταστροφή τμήματος της σάλπιγγας ή απόφραξή της με έμβολα ή ειδικά κλιπς. Μπορεί να γίνει με λαπαροτομία (εφαρμόζεται μόνο σε γυναίκες μετά από καισαρική τομή), με λαπαροσκόπηση, με υστεροσκόπηση (προς το παρόν έχει περιορισμένη εφαρμογή) και με κολποτομία (η προσπέλαση γίνεται διαμέσου του κόλπου αλλά πλέον δεν χρησιμοποιείται λόγω της μεγάλης συχνότητας εμφάνισης επιπλοκών). Στις περισσότερες μελέτες αναφέρονται ποσοστά επιτυχίας από 98,5% έως και 99,5%. Η αποτυχία οφείλεται σε επανασηραγγοποίηση του αυλού των σαλπίνγων. Στα μειονεκτήματα αναφέρονται τα χαμηλά ποσοστά επιτυχημένης αναστόμωσης εάν η γυναίκα το μετανιώσει, η μη προστασία από τα ΣΜΝ και ότι εντάσσεται στις χειρουργικές μεθόδους. (Αλμολόγλου Κ.,2017)

- Βασεκτομή

Είναι μια διαδικασία κατά την οποία οι σωλήνες που μεταφέρουν το σπέρμα από τους όρχεις στο πέος, κόβονται, φράσσονται ή σφραγίζονται. Συνήθως εκτελείται με τοπική αναισθησία και διαρκεί 15 λεπτά. Το ποσοστό επιτυχίας ξεπερνά το 99%. Τις πρώτες μέρες πρέπει να γίνεται χρήση προφυλακτικού ή άλλη αντισυλληπτικής μεθόδου. Επιπλέον, δεν παρέχει προστασία έναντι των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. (NHS, 2015)

Όλα τα παραπάνω αντισυλληπτικά μέτρα είναι ασφαλή για τους έφηβους. Όμως, κάποιες μέθοδοι, όπως η βασεκτομή και η απολίνωση των σαλπίνγων, θα πρέπει να αποφεύγονται λόγω του νεαρού της ηλικίας. Επιπλέον, οι ενδομήτριες συσκευές είναι πιθανό να αποσπαστούν σε νεαρές γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει επειδή η μήτρα τους είναι μικρή. (Φιφλή Π. και άλλοι, 2016)

6.3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι τρόπος ζωής και σκέψης, που τον υιοθετούν θεληματικά και βασίζεται σε γνώσεις και υπεύθυνες αποφάσεις, που λαμβάνουν τα άτομα ή ζευγάρια, για την προαγωγή της υγείας και της ευτυχίας της οικογένειας. Επιπλέον, οι Π.Ο.Υ τον αναγνώρισε ως αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ζευγαριού. (Βιβλάκη Β., 2016; WHO, 2017)

Η προώθηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού - και η εξασφάλιση της πρόσβασης στις προτιμώμενες μεθόδους αντισύλληψης - είναι ουσιώδης για την εξασφάλιση της ευημερίας και της αυτονομίας των γυναικών, ενώ παράλληλα υποστηρίζει την υγεία και την ανάπτυξη των κοινοτήτων. (WHO, 2017)

Το 1966, η Γενική Συνέλευση του Οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών διακήρυξε ότι «κάθε οικογένεια θα πρέπει να καθορίζει ελεύθερα τον αριθμό των μελών της». Δύο χρόνια αργότερα, το 1968, το Παγκόσμιο Συνέδριο των Δικαιωμάτων του ατόμου, διευρύνοντας και εξατομικεύοντας το δικαίωμα τεκνογονίας, διατύπωσε την αρχή ότι είναι βασικό δικαίωμα των γονιών:

- Να επιλέγουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τη χρονική κλιμάκωση γέννησης των παιδιών τους
- Να έχουν επαρκή κατάρτιση και πληροφόρηση σε αυτό τον τομέα.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αποσκοπεί:

- Στη μείωση του αριθμού των αμβλώσεων
- Στη σωστή ενημέρωση για την αντισύλληψη
- Στην πρόληψη των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων

- Στην ενημέρωση για τον ιό HPV και τον εμβολιασμό έναντι αυτού
- Στη στήριξη μειονοτήτων σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού (Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας, 2017)

Η δράση της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού περιλαμβάνει:

- Πληροφόρηση στο ευρύ κοινό (ομιλίες σε δήμους – οργανώσεις – σεμινάρια - συνέδρια κ.α.)
- Εκπαίδευση εκπαιδευτικών
- Χορήγηση αντισυλληπτικών μεθόδων
- Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σε μαθητές σχολείων
- Πρόληψη γυναικείου καρκίνου
- Πρόληψη σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων
- Συμβουλευτική γάμου (Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας, 2017)

Οφέλη Οικογενειακού προγραμματισμού:

- Προστασία της υγείας από Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα
- Προστασία από ορισμένες καλοήθειες και κακοήθειες νεοπλασίες
- Ελευθερία επιλογής και ελέγχου των γεννήσεων
- Προστασία από ανεπιθύμητες κυήσεις και επιπλοκές των εκτρώσεων
- Εξασφάλιση περισσότερου χρόνου φροντίδας για τα παιδιά
- Λιγότερη σωματική, συναισθηματική και οικονομική καταπίεση
- Βελτίωση ποιότητας ζωής (Βιβιλάκη Β. και άλλοι, 2016)

Είναι σημαντικό ο οικογενειακός προγραμματισμός να είναι ευρέως διαθέσιμος και εύκολα προσβάσιμος μέσω των μαιών και άλλων επαγγελματιών υγείας, σε όποιον είναι σεξουαλικά ενεργός, συμπεριλαμβανομένων και των εφήβων. (WHO, 2017)

Οι έφηβοι μπορούν να επισκεφτούν σύμβουλο οικογενειακού προγραμματισμού, όχι μόνο για θέματα αντισύλληψης, αλλά και για παροχή συμβουλών που έχουν σχέση με τις φυσικές αλλαγές του σώματος, τη σεξουαλική επαφή, την οικογένεια και τα προβλήματα του να μεγαλώνεις. Οι ανάγκες τους εξαρτώνται από τις εκάστοτε περιπτώσεις. Ορισμένοι είναι ανύπαντροι και σεξουαλικά ενεργοί ενώ μερικοί είναι ήδη παντρεμένοι. Μπορεί να έχουν και δικά τους παιδιά. Αυτές οι διαφορές καθιστούν σημαντικό να προσαρμόζεται η συμβουλευτική ανάλογα με την κάθε περίπτωση. (WHO, 2011; Βιβιλάκη Β. και άλλοι, 2016)

Οι νέοι άνθρωποι πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και να μην επικρίνονται ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Η κριτική και οι αφιλόξενες συμπεριφορές θα κρατήσουν τους νέους μακριά από την φροντίδα που χρειάζονται. Για να γίνουν οι

υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού πιο φιλικές στη νεολαία, ο επαγγελματίας υγείας:

- Πρέπει να πάρει το χρόνο να αντιμετωπίσει πλήρως τις ερωτήσεις, τους φόβους και την παραπληροφόρηση σχετικά με τη σεξουαλική επαφή, τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και τα αντισυλληπτικά. Πολλοί έφηβοι θέλουν τη διαβεβαίωση ότι οι αλλαγές στο σώμα τους και τα συναισθήματά τους είναι φυσιολογικές. Να είναι έτοιμοι να απαντήσουν σε συνήθεις ερωτήσεις σχετικά με την εφηβεία, την εμμηνορρυσία, τον αυνανισμό και την υγιεινή των γεννητικών οργάνων.
- Δεν πρέπει να εκφράζει κρίση και να είναι επικριτικός ακόμα και αν δεν εγκρίνει αυτά που λέει ή κάνει ο έφηβος. Πρέπει να βοηθά τους νέους να λάβουν αποφάσεις που είναι προς το συμφέρον τους.
- Πρέπει να δείχνει στους έφηβους ότι απολαμβάνει να συνεργάζεται μαζί τους.
- Πρέπει να χρησιμοποιεί απλή γλώσσα και να αποφεύγει τους ιατρικούς όρους
- Πρέπει να χρησιμοποιεί όρους που ταιριάζουν στους νέους και να αποφεύγει όρους όπως «οικογενειακός προγραμματισμός», οι οποίοι μπορεί να φαίνονται άσχετοι γι αυτούς που δεν είναι παντρεμένοι.
- Πρέπει να εξασφαλίζει την ιδιωτικότητα και την εμπιστευτικότητα.
- Πρέπει να ακούει προσεχτικά και να χρησιμοποιεί απλές, κατανοητές ερωτήσεις όπως «τι απορία έχετε;»
- Πρέπει να βεβαιώνεται οι επιλογές μια νέας γυναίκας είναι δικές της και δεν πιέζεται από τον σύντροφο ή την οικογένειά της (WHO, 2011;Βιβιλάκη Β. και άλλοι, 2016)

6.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η Σεξουαλική Αγωγή συμβάλλει στην υγιή και ομαλή ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου, καθώς και στην ψυχοκοινωνική του εξέλιξη. Μέσω αυτής ο έφηβος έχει τη δυνατότητα να λάβει όλα τα απαραίτητα εφόδια και τις γνώσεις που είναι χρήσιμες για την ενήλικη ζωή, και να υιοθετήσει υγιείς και ασφαλείς συμπεριφορές και στάσεις ζωής για την εξασφάλιση της σωματικής και ψυχικής του υγείας, και της σεξουαλικής του συμπεριφοράς. Τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και πιο επιτακτική η ανάγκη για σεξουαλική αγωγή, καθώς οι έφηβοι έρχονται σε επαφή με πολλά μηνύματα μέσω των ΜΜΕ, τα οποία δεν είναι πάντα αξιόπιστα. Η σεξουαλικότητα είναι μια έννοια πολυδιάστατη και έχει να κάνει με τη βιολογική, τη γνωστική, την ψυχική και την κοινωνική παραδοχή ενός ατόμου.

Στόχοι:

- Να προσεγγίσει όλες αυτές τις διαστάσεις και να συμβάλλει στη ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του εφήβου
- Να συμβάλλει στην πρόληψη των ΣΜΝ

- Να συμβάλλει στην μελλοντική δημιουργία μια υγιούς και υπεύθυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς

Ρόλος:

- Να καταρρίψει τους μύθους και τις στερεότυπες αντιλήψεις γύρω από τη σεξουαλική επαφή
- Να ενημερώσει σωστά και να ευαισθητοποιήσει για θέματα που αφορούν άμεσα όλο τον πληθυσμό.

Οι γονείς, αλλά και άλλοι κοινωνικοί φορείς όπως το σχολείο, πρέπει να ενημερώνουν τα παιδιά και τους εφήβους για θέματα σεξουαλικής υγείας. (Ασκητής Θ., 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

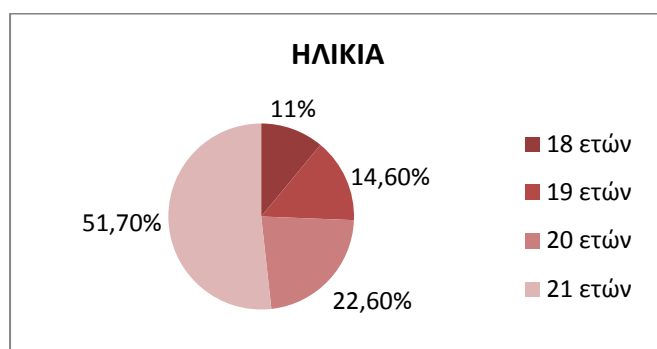
7.1 ΣΚΟΠΟΣ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ο σκοπός της έρευνας ήταν να εξετάσει τις γνώσεις των εφήβων για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την αντισύλληψη. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, σε διαδικτυακή μορφή, το οποίο μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά και είχε χρησιμοποιηθεί σε παρόμοια έρευνα στο Πανεπιστήμιο της Ουψάλα. Οι ερωτήσεις διαιρούνταν σε 3 μέρη: στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στις γνώσεις και στη στάση τους. Οι ερωτήσεις ήταν πολλαπλής επιλογής και σε μερικές οι υποψήφιοι είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν περισσότερες από μία απαντήσεις ή να γράψουν τη δική τους άποψη επιλέγοντας την απάντηση «άλλο». Απευθύνθηκε σε άτομα ηλικίας 18 έως 21 ετών που δε φοιτούν σε Τμήμα σχετικό με τα επαγγέλματα υγείας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της τυχαίας δειγματοληψίας.

7.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

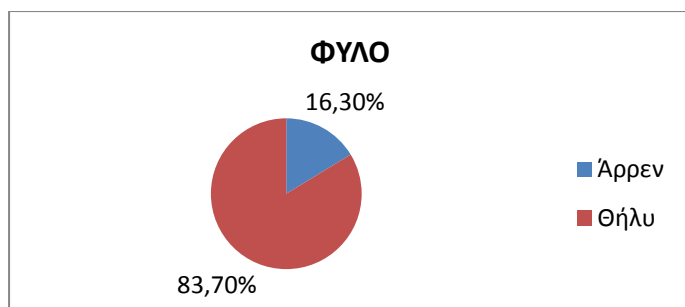
Στην έρευνα έλαβαν μέρος 526 άτομα, με το 51,7% να αντιστοιχεί στην ηλικία των 21 ετών, το 22,6% στην ηλικία των 20 ετών, το 14,6% στην ηλικία των 19 ετών και το υπόλοιπο 11% στην ηλικία των 18 ετών. (Πίνακας 1).

Πίνακας 1



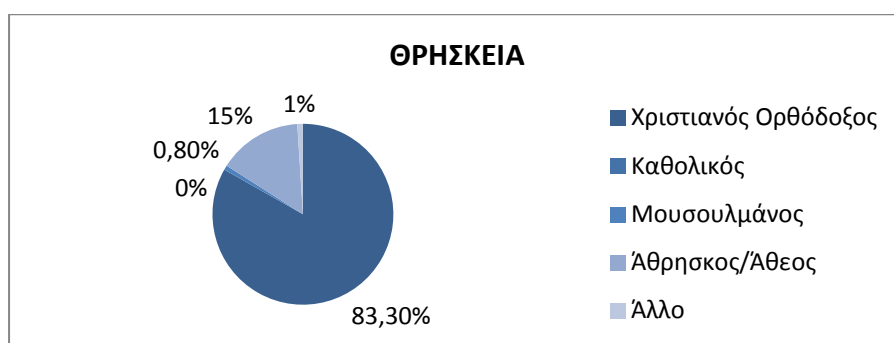
Το 83,7% ήταν κορίτσια ενώ το 16,3% ήταν αγόρια (Πίνακας 2).

Πίνακας 2



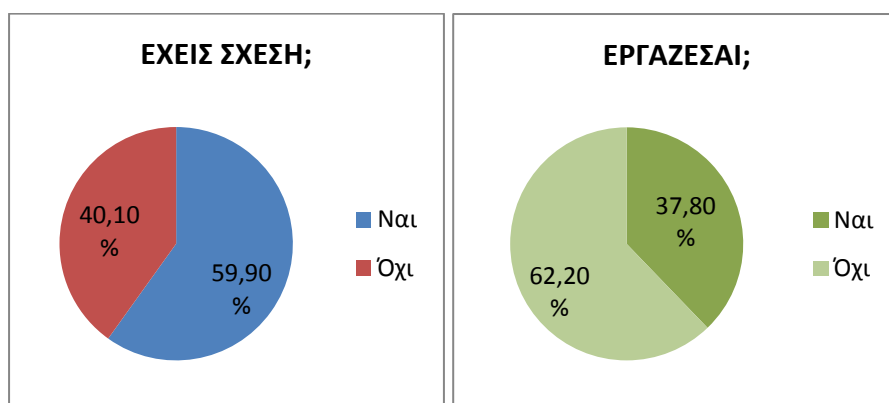
Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό (83,3%) ήταν Χριστιανοί Ορθόδοξοι και το 15% δήλωσαν Άθεοι/Άθρησκοι. (Πίνακας3)

Πίνακας 3



Το 59,9% είχαν συντροφική σχέση (Πίνακας 4) καθώς και το 62,2% δεν εργαζόταν (Πίνακας 5).

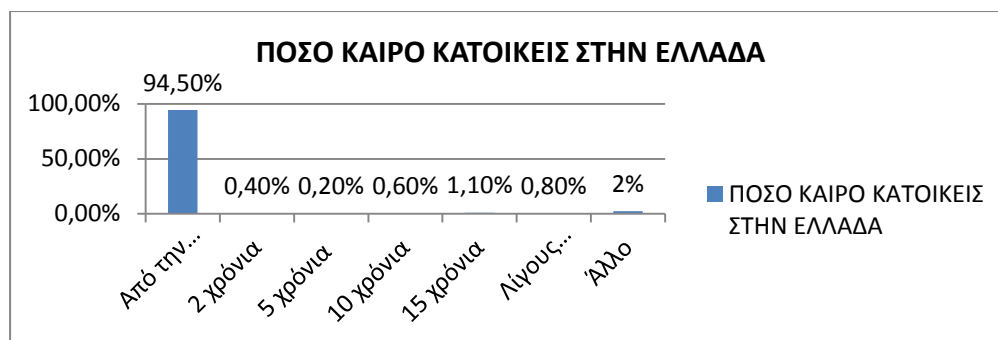
Πίνακας 4



Πίνακας 5

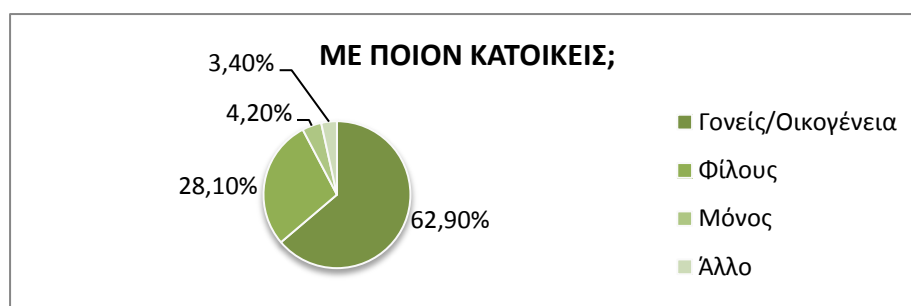
Ακόμη, το 94,5% κατοικεί στην Ελλάδα από την ημέρα της γέννησης (Πίνακας 6),

Πίνακας 6



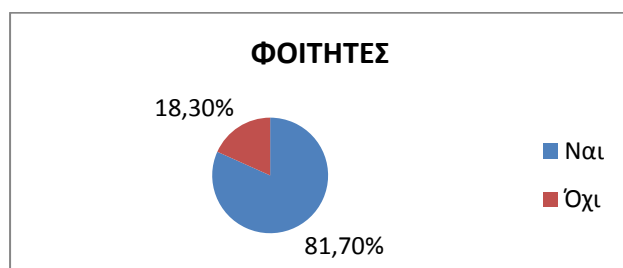
το 63,7% συγκατοικεί με τους γονείς/οικογένεια, το 28,1% κατοικεί μόνο του, το 4,2% συγκατοικεί με φίλους, και το 3,4% συγκατοικεί με τον/την σύντροφο/σύζυγο (Πίνακας 7).

Πίνακας 7



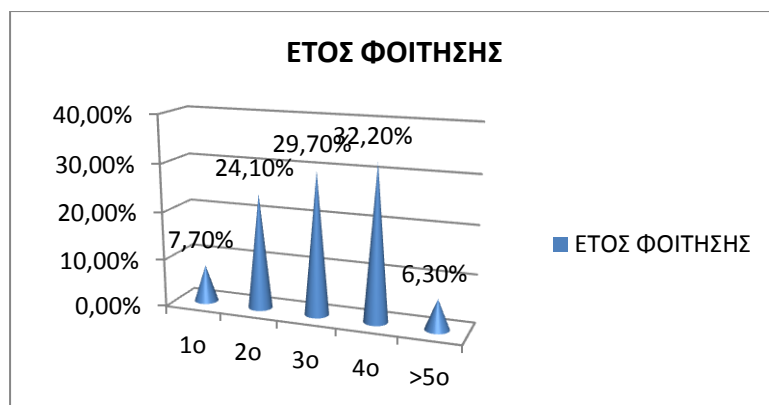
Το 81,7% ήταν φοιτητές σε Τμήμα εκτός των επαγγελματιών υγείας, ενώ το 18,3% δε φοιτούσε σε κάποια σχολή (Πίνακας 8).

Πίνακας 8



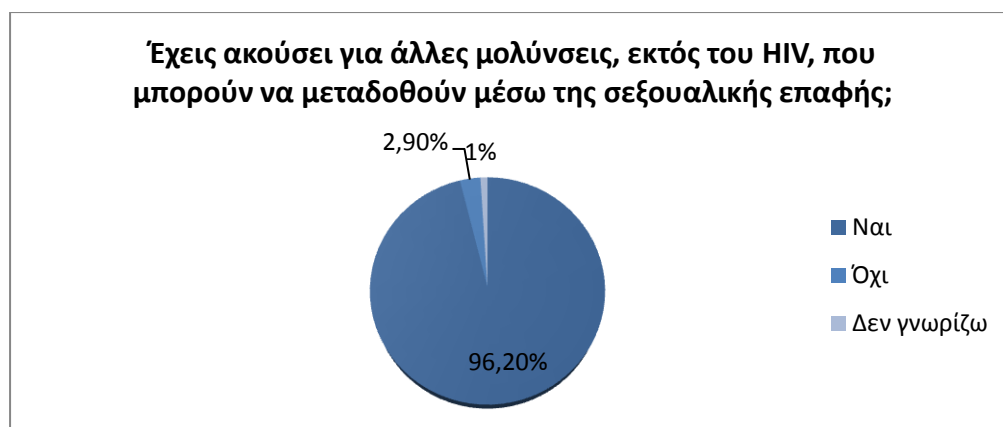
Από το 81,7%, το 32,2% βρισκόταν στο 4^ο έτος της φοίτησής του (Πίνακας 9).

Πίνακας 9



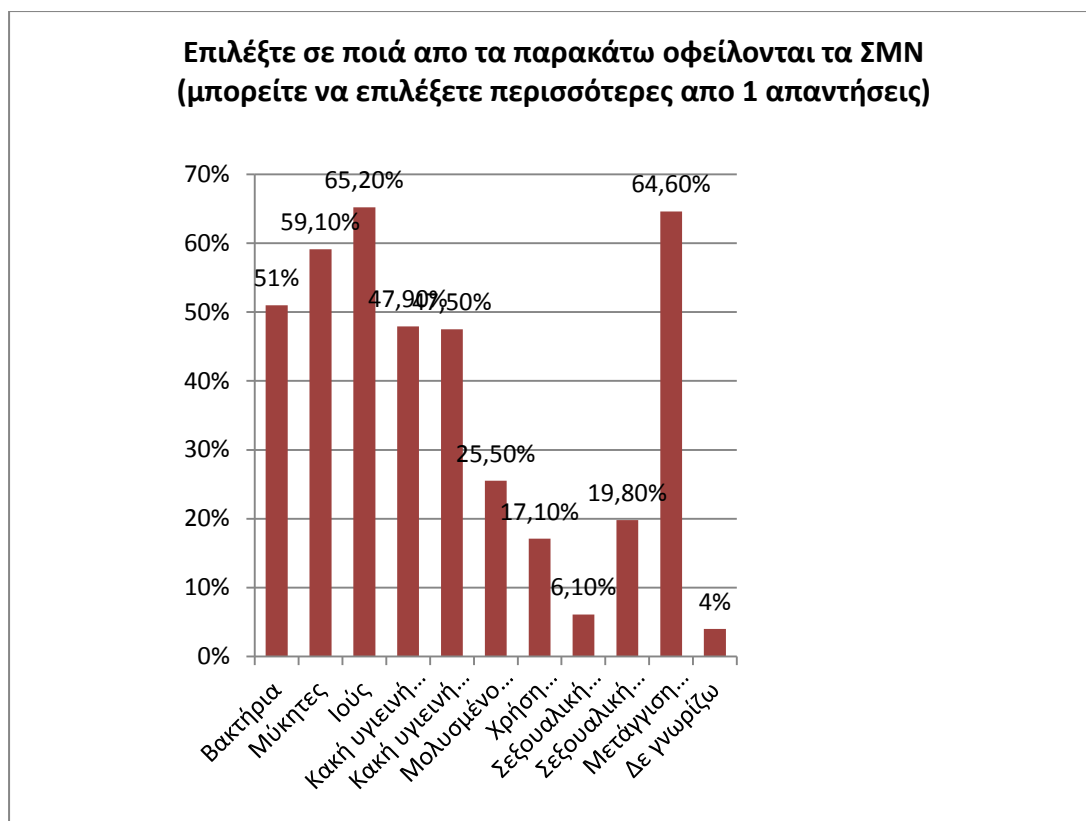
Στην ερώτηση «έχεις ακούσει για άλλες μολύνσεις ή ασθένειες εκτός του HIV, που μπορούν να μεταδοθούν μέσω της σεξουαλικής επαφής;» το 96,2% απάντησε ότι γνώριζε ενώ το 2,9% δε γνώριζε. (Πίνακας 10)

Πίνακας 10



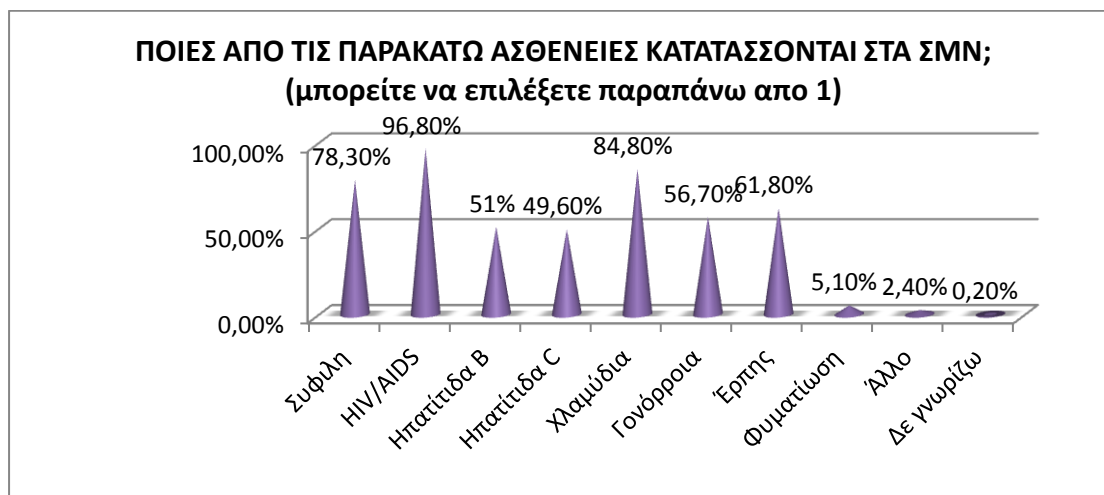
Στην ερώτηση «σε ποια από τα παρακάτω οφείλονται τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα», οι υποψήφιοι μπορούσαν να επιλέξουν περισσότερες από μια απαντήσεις και οι επιλογές που δίνονταν ήταν: βακτήρια, μύκητες, ιοί, κακή υγιεινή των ανδρών, κακή υγιεινή των γυναικών, μολυσμένο νερό πισίνας, χρήση μολυσμένου νερού, σεξουαλική επαφή σύντομα μετά τον τοκετό, σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας, μετάγγιση αίματος και δε γνωρίζω. Το μεγαλύτερο ποσοστό (65,2%) το συγκέντρωσε η επιλογή των ιών και ακολουθούσαν η μετάγγιση αίματος (64,6%), οι μύκητες (59,1%) και τα βακτήρια (51%). Η κακή υγιεινή των ανδρών και των γυναικών επιλέχθηκαν από το 47,9% και το 41,5%, αντίστοιχα. Ακολουθούσε το μολυσμένο νερό πισίνας (25,5%), η σεξουαλική επαφή κατά την εμμηνορρυσία (19,8%) και η σεξουαλική επαφή σύντομα μετά τον τοκετό (6,1%). Επιπλέον, 21 άτομα (4%) απάντησαν ότι δεν γνώριζαν (Πίνακας 11).

Πίνακας 11



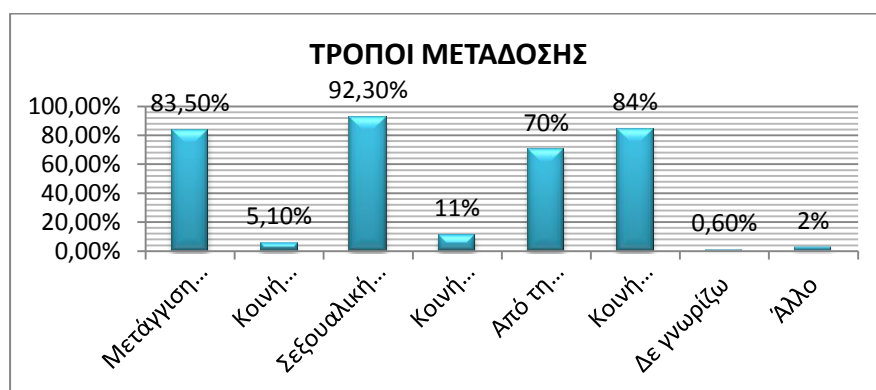
Στην επόμενη ερώτηση, οι υποψήφιοι έπρεπε να επιλέξουν ποιες ασθένειες κατατάσσονται στα ΣΜΝ. Οι επιλογές που τους δίνοντας ήταν η σύφιλη, ο ιός HIV(AIDS), η ηπατίτιδα Β, η ηπατίτιδα C, τα χλαμύδια, η γονόρροια, ο έρπης, η φυματίωση, καθώς και η επιλογή «άλλο». Μπορούσαν να επιλέξουν παραπάνω από μία απαντήσεις. Το 96,8% επέλεξε τον ιό HIV(AIDS), 84,8% τα χλαμύδια, το 78,3% την σύφιλη, το 61,8% τον έρπη, το 56,7% τη γονόρροια, το 51% την Ηπατίτιδα Β και το 49,6% την Ηπατίτιδα C. Το 2,4% επέλεξε την απάντηση «άλλο» και από αυτούς το 98,4% έδωσε σαν απάντηση τα κονδυλώματα. Αξίζει να αναφερθεί ότι 27 άτομα (5,1%) εντάσσουν τη φυματίωση στα ΣΜΝ. (Πίνακας 12)

Πίνακας 12



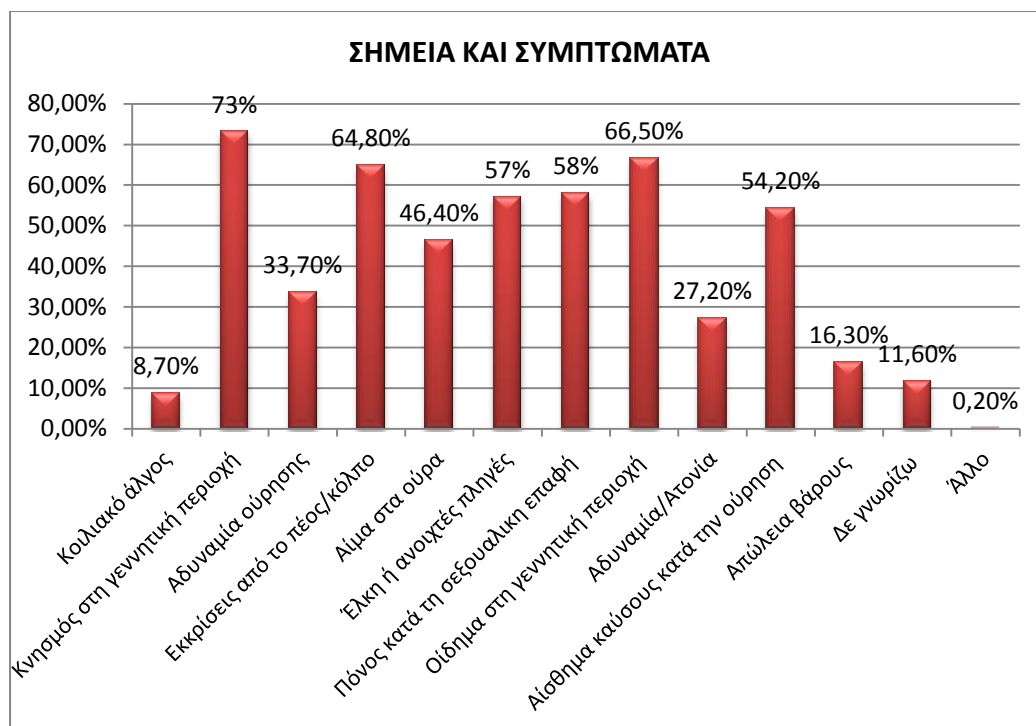
Στην ερώτηση «ποιοι είναι οι τρόπο μετάδοσης των ΣΜΝ;» οι ερωτηθέντες μπορούσαν να επιλέξουν μεταξύ των παρακάτω απαντήσεων: μετάγγιση αίματος, κοινή χρήση φαγητού, σεξουαλική επαφή, κοινή χρήση ρούχων/αντικειμένων, από τη μητέρα στο παιδί (κάθετη μετάδοση), κοινή χρήση βελόνων, δε γνωρίζω και «άλλο». Από τα 529 άτομα, τα 517 (92,3%) επέλεξαν τη σεξουαλική επαφή, τα 439 (83,5%) τη μετάγγιση αίματος, τα 442 (84%) την κοινή χρήση βελόνας, τα 368 (70%) την κάθετη μετάδοση, τα 58 (11%) την κοινή χρήση ρούχων/αντικειμένων, τα 27 (5,1%) την κοινή χρήση φαγητού, ενώ 10 άτομα (2%) έδωσαν την απάντηση «άλλο» και πρόσθεσαν το θηλασμό, τα ιατρικά εργαλεία, τη δερματική επαφή και το σάλιο. (Πίνακας 13)

Πίνακας 13



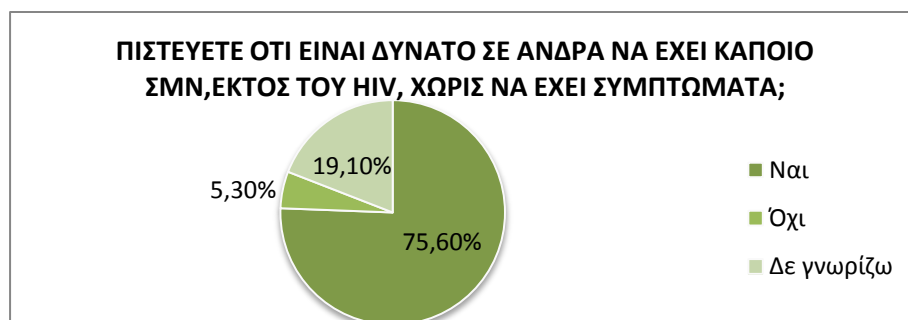
Στην ερώτηση «ποια είναι τα σημεία και συμπτώματα των ΣΜΝ» οι συμμετέχοντες μπορούσαν να επιλέξουν περισσότερες από μια απαντήσεις και οι επιλογές που δίνονταν: κοιλιακό άλγος (8,7%), κνησμός στη γεννητική περιοχή (73%), αδυναμία ούρησης(33,7%), εκκρίσεις από το πέος(64,8%), αίμα στα ούρα(46,4%), έλκη ή ανοικτές πληγές στη γεννητική περιοχή(57%), πόνος κατά τη συνουσία(58%), οίδημα στη γεννητική περιοχή(66,5%), αδυναμία/ατονία(27,2%), αίσθημα καύσους κατά την ούρηση(54,2), απώλεια βάρους(11,6%), δε γνωρίζω και «άλλο» (0,2%). (Πίνακας 14)

Πίνακας 14



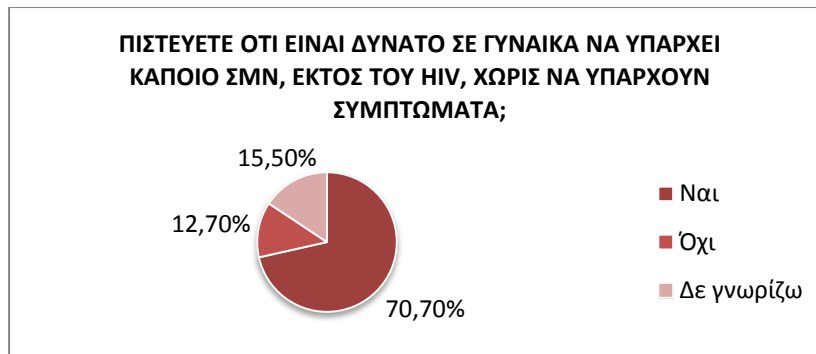
Σε σύνολο 529 ατόμων, τα 396 (75,6%) πιστεύουν ότι είναι δυνατό να υπάρχει σε άνδρα κάποιο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα, εκτός του HIV, χωρίς να υπάρχουν συμπτώματα, ενώ 100 (19,1%) άτομα δε γνωρίζουν εάν αυτό είναι δυνατό (Πίνακας 15).

Πίνακας 15



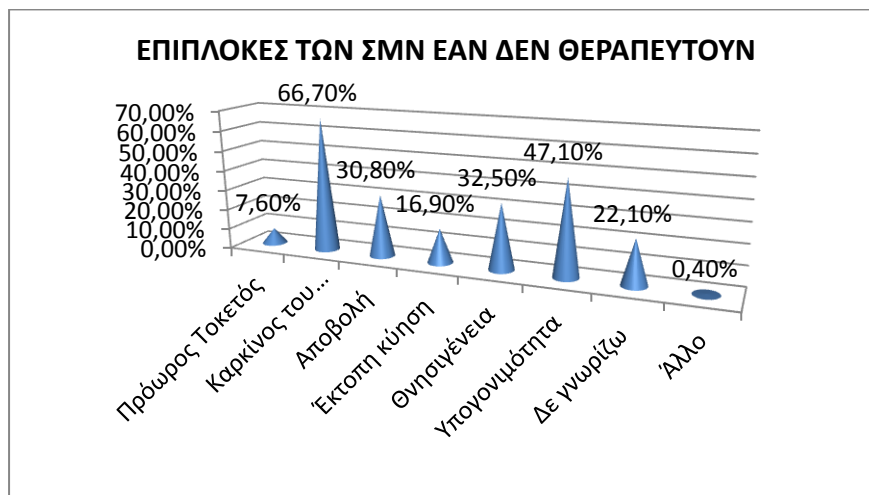
Επιπλέον, 372 άτομα (70,7%) πιστεύουν ότι είναι δυνατό να υπάρχει, σε γυναίκα, κάποιο ΣΜΝ, εκτός του HIV, χωρίς την εμφάνιση συμπτωμάτων, ενώ 87 άτομα (16,5%) δε γνωρίζουν και το 12,7% θεωρεί ότι κάτι τέτοιο είναι αδύνατο. (Πίνακα 16)

Πίνακας 16



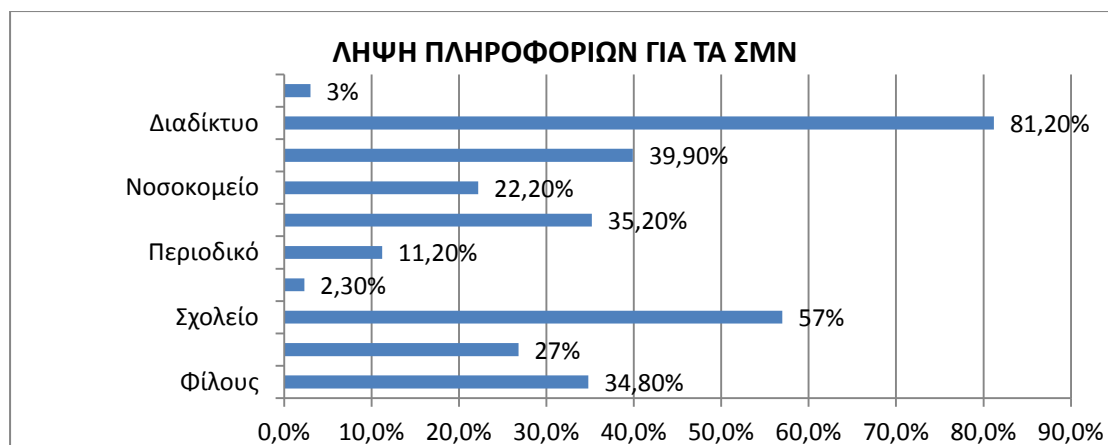
Στην ερώτηση «ποιες είναι οι επιπλοκές των ΣΜΝ εάν δε θεραπευτούν», οι απαντήσεις και τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν: πρόωρος τοκετός (7,6%), καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (66,7%), αποβολή (30,8%), έκτοπη κύηση (16,9%), θνησιγένεια (32,5%), υπογονιμότητα (47,1%), δε γνωρίζω (22,1%) και «άλλο», όπως θάνατος και χρόνια νόσος (0,4%). (Πίνακας 17)

Πίνακας 17



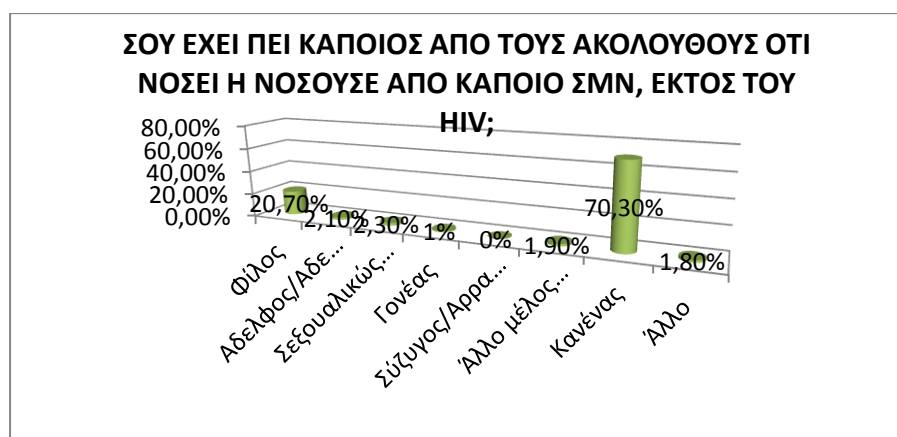
Το 81,2% λαμβάνει πληροφορίες για τα ΣΜΝ από το διαδίκτυο, το 57% από το σχολείο, το 35,2% από την οικογένεια, το 39,9% από επαγγελματίες υγείας, το 34,8% από φίλους, το 26% από την τηλεόραση, το 22,2% από το νοσοκομείο, το 11,2% από περιοδικά, το 2,3% από το ραδιόφωνο και το 3% είτε από άλλες πηγές (βιβλία, οργανώσεις, φυλλάδια) είτε δεν είχε πληροφόρηση. (Πίνακας 18)

Πίνακας 18



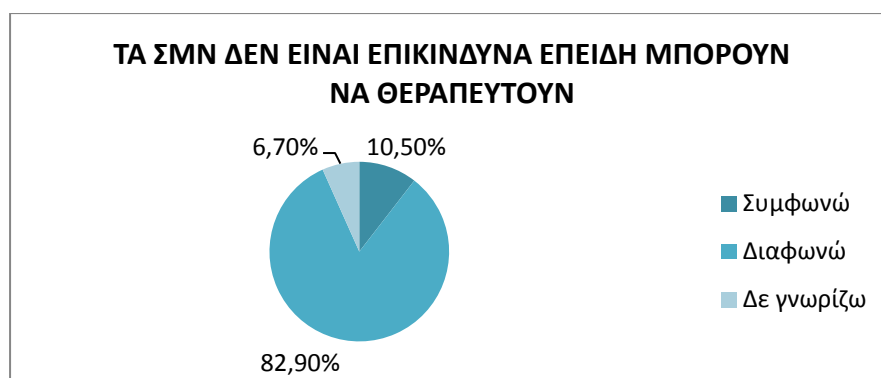
Το 20,7% είχε τουλάχιστον ένα φίλο ο οποίος νοσεί ή νοσούσε από κάποιο ΣΜΝ, εκτός του HIV, ενώ το 70,3% δε γνώριζε κανένα άτομο. (Πίνακας 19)

Πίνακας 19



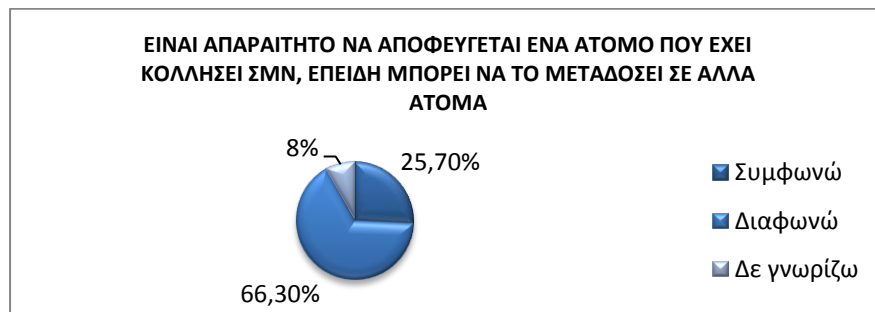
Το 82,9% διαφωνεί ότι τα ΣΜΝ δεν είναι επικίνδυνα επειδή μπορούν να θεραπευτούν, ενώ το 0,5% συμφώνησε και το 6,7% δε γνώριζε. (Πίνακας 20)

Πίνακας 20



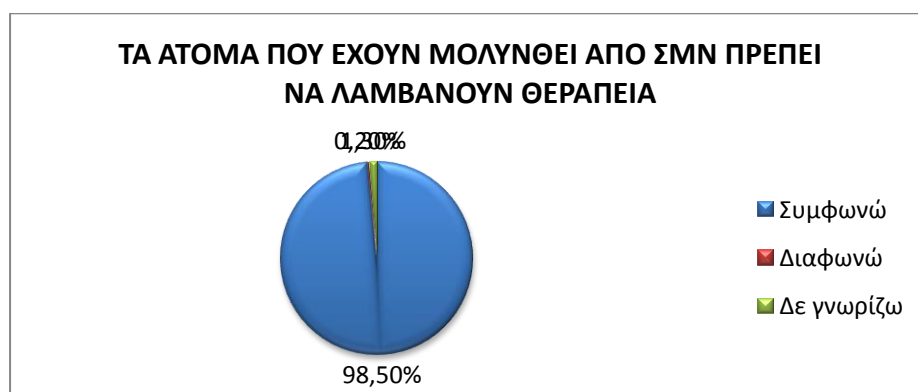
Το 25,7% πιστεύει ότι τα άτομα που νοσούν από κάποιο ΣΜΝ πρέπει να αποφεύγονται επειδή μπορεί να το μεταδώσει, ενώ το 66,3% δε συμφωνεί με αυτή την άποψη, και το 8% δε γνωρίζει. (Πίνακας 21)

Πίνακας 21



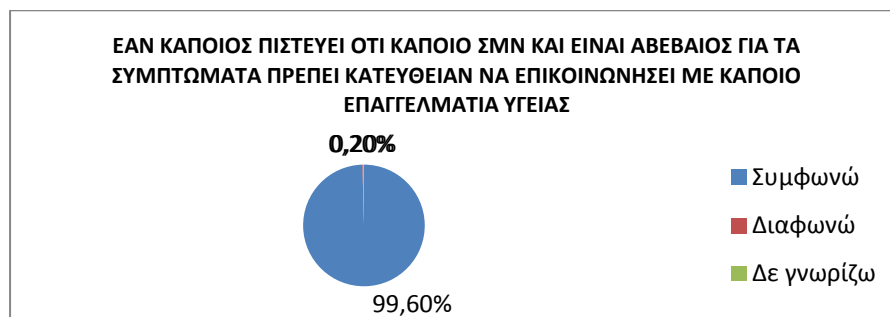
Το 98,5% θεωρεί ότι τα άτομα που έχουν μολυνθεί από κάποιο ΣΜΝ πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία (Πίνακας 22).

Πίνακας 22



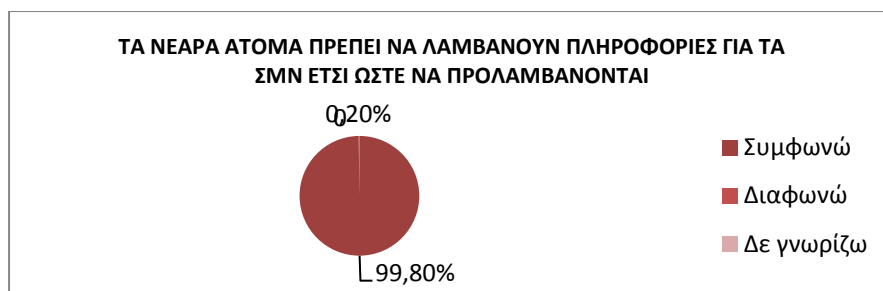
Επιπλέον, το 99,6% θεωρεί ότι εάν κάποιος πιστεύει ότι έχει κάποιο ΣΜΝ και δεν είναι σίγουρος για τα συμπτώματα, πρέπει κατευθείαν να επικοινωνήσει με κάποιον επαγγελματία υγείας (Πίνακας 23).

Πίνακας 23



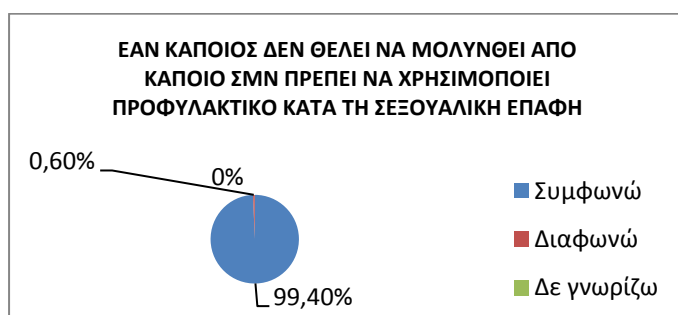
Το 99,8% συμφωνεί ότι τα νεαρά άτομα πρέπει να λαμβάνουν πληροφορίες για τα ΣΜΝ έτσι ώστε να προλαμβάνονται (Πίνακας 24),

Πίνακας 24



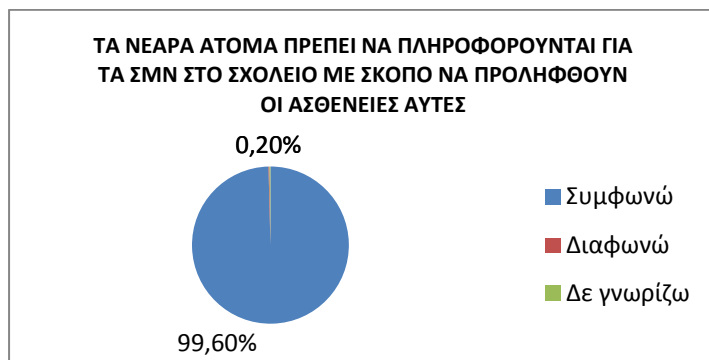
και το 99,6% θεωρεί ότι πρέπει να παρέχονται πληροφορίες από το σχολείο (Πίνακας 25).

Πίνακας 25



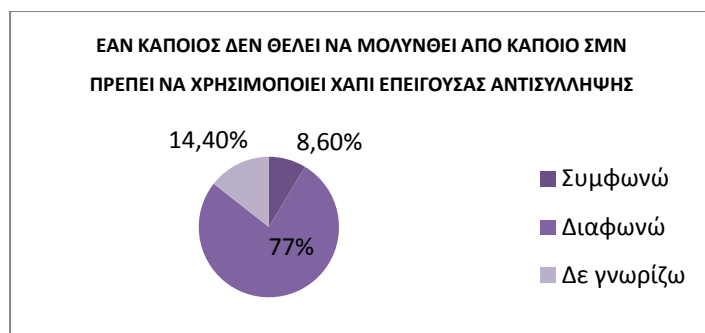
Το 99,4% πιστεύει ότι εάν κάποιος θέλει να προστατευτεί από ΣΜΝ πρέπει να χρησιμοποιεί προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή (Πίνακας 26).

Πίνακας 26



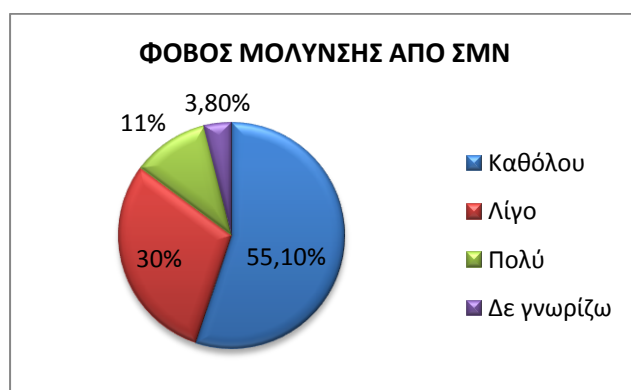
Ακόμα, το 77% διαφωνεί ότι πρέπει να χρησιμοποιείται το χάπι επείγουσας αντισύλληψης ως τρόπος πρόληψης των ΣΜΝ, ενώ το 8,6% συμφωνούσε με αυτή την άποψη και το 14,4% δε γνώριζε (Πίνακας 27)

Πίνακας 27



Το 55,1% δε φοβάται καθόλου μήπως έχει μολυνθεί από κάποιο ΣΜΝ, το 30% φοβάται λίγο, το 11% φοβάται πολύ και το 3,8% δε γνωρίζει. (Πίνακας 28)

Πίνακας 28



Τέλος, από τα 529 άτομα, το 51,3% φοβάται την πιθανή κύηση όταν γίνεται χρήση προφυλακτικού κατά τη σεξουαλική επαφή, το 27% φοβάται ότι θα του μεταδοθεί ΣΜΝ εκτός του HIV, το 13,1% φοβάται τη λοίμωξη από τον ιό HIV και το 8,4% απάντησε «άλλο», με την πλειοψηφία να συμπληρώνει τις απαντήσεις «όλα τα παραπάνω» και «τίποτα». (Πίνακας 29)

Πίνακας 29



Σύμφωνα με τις παραπάνω απαντήσεις καταλαβαίνουμε ότι οι έφηβοι έχουν ένα καλό επίπεδο γνώσεων όσον αφορά τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα και τις μεθόδους αντισύλληψης. Παρόλα αυτά, χρειάζονται οπωσδήποτε περισσότερη ενημέρωση από εξειδικευμένο προσωπικό με σκοπό τη μείωση του αριθμού των

κρουσμάτων. Η πλειοψηφία πιστεύει ότι θα έπρεπε οι νέοι να διδάσκονται Αγωγή Υγείας στα πλαίσια της σχολικής κοινότητας με σκοπό την πρόληψη και την σωστή ενημέρωση. Επιπλέον, θα πρέπει να διευκρινιστεί στους έφηβους ότι δεν πρέπει να αποφεύγουν τα άτομα που νοσούν από κάποιο ΣΜΝ αλλά να λαμβάνουν τις απαραίτητες προφυλάξεις όταν έρχονται σε σεξουαλική επαφή. Ακόμα, πρέπει να ενημερωθούν για τον σωστό τρόπο χρήση του κάθε αντισυλληπτικού μέσου και τότε αυτό πρέπει να χρησιμοποιείται καθώς ένα μεγάλο ποσοστό πίστευε ότι πρέπει να χρησιμοποιείται το χάπι επείγουσας αντισύλληψης για την πρόληψη των ΣΜΝ και ένα, επίσης, μεγάλο ποσοστό δε γνώριζε τη χρήση του. Τέλος, όπως ήταν αναμενόμενο, οι έφηβοι φοβούνται περισσότερο μια πιθανή εγκυμοσύνη παρα τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα την λοίμωξη από τον ιό HIV ίσως γιατί θεωρούν ότι είναι πιο δύσκολο να νοσήσουν.

7.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κύηση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα εμφανίζουν σημαντικό ποσοστό και κατά την περίοδο της εφηβείας. Οι νέοι έχουν θεμέλια γνώσεων όσον αφορά αυτά τα ζητήματα και την αντισύλληψη, αλλά θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες για περισσότερη έγκυρη ενημέρωση με σκοπό να αποσαφηνιστούν τυχόν απορίες και να προληφθούν τα ΣΜΝ, οι ανεπιθύμητες κυήσεις και οι επιπλοκές των αμβλώσεων. Το κράτος διαμέσου επιμορφωτικών προγραμμάτων και σε τη συνεργασία με επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να μεριμνήσει για την ενημέρωση των νέων από επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο του σχολείου και της κοινότητας. Θα πρέπει να διδάσκεται σεξουαλική αγωγή έτσι ώστε οι νέοι να γνωρίζουν που μπορούν να απευθυνθούν για τυχόν προβλήματα και ενημέρωση.

Οι μαίες στην κοινότητα θα πρέπει να έχουν ως στόχο την ενημέρωση των εφήβων και των ευάλωτων πληθυσμών για τα παραπάνω θέματα με σκοπό αυτά τα προληφθούν. Επιπλέον, θα πρέπει να μεριμνούν για τη διενέργεια των απαραίτητων εξετάσεων, τη διάγνωση και την θεραπεία ή την παραπομπή, εάν αυτή κρίνεται απαραίτητη. Μέσα από την διοργάνωση εκδηλώσεων και σεμιναρίων θα μπορούν να ενημερώνουν το κοινό για τη σημαντικότητα του προληπτικού ελέγχου, της σωστής διατροφής, της ψυχολογίας και της σωματικής άσκησης, να το ευαισθητοποιούν και να το ενδυναμώνουν. Τέλος, σε περιπτώσεις κύησης θα πρέπει να παρέχουν προγράμματα προετοιμασίας για την γονεϊκότητα και ψυχολογικής στήριξης, παρακολούθηση της φυσιολογικής πορείας της κύησης, καθώς και ενημέρωση για τον μητρικό θηλασμό.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Μέρος Α: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

1. Ηλικία:
2. Φύλο: Θήλυ Άρρεν
3. Θρησκεία:
4. Έχεις σχέση; Ναι Όχι
5. Εργάζεσαι; Ναι Όχι
6. Πόσο καιρό κατοικείς στην Ελλάδα;
7. Με ποιον κατοικείς; (Γονείς/Οικογένεια, Φίλους, Μόνος, Άλλους)
8. Σε ποιο Τμήμα είσαι φοιτητής;
9. Σε ποιο έτος της φοίτησης σου είσαι;

Μέρος Β: Γνώσεις

1. Έχεις ακούσει για άλλες μολύνσεις ή ασθένειες, εκτός του HIV, που μπορούν να μεταδοθούν μέσω της σεξουαλικής επαφής;

Ναι Όχι Δε γνωρίζω

2. Επιλέξτε σε ποια από τα παρακάτω οφείλονται τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ), (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από 1):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Βακτήρια | <input type="checkbox"/> Ιούς |
| <input type="checkbox"/> Μύκητες | <input type="checkbox"/> Κακή υγιεινή των γυναικών |
| <input type="checkbox"/> Κακή Υγιεινή των αντρών | <input type="checkbox"/> Χρήση μολυσμένου νερού |
| <input type="checkbox"/> Μολυσμένο νερό πισίνας | <input type="checkbox"/> Μετάγγιση αίματος |
| <input type="checkbox"/> Σεξουαλική επαφή σύντομα μετά τον τοκετό | |
| <input type="checkbox"/> Σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας | |
| <input type="checkbox"/> Δε γνωρίζω | |

3. Παρακαλώ επιλέξτε ποιές από τις παρακάτω ασθένειες κατατάσσονται στα ΣΜΝ, (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από 1):

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Σύφιλη | <input type="checkbox"/> Γονόρροια |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα Β |
| <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα C | <input type="checkbox"/> Έρπης |
| <input type="checkbox"/> Χλαμύδια | <input type="checkbox"/> Φυματίωση |
| <input type="checkbox"/> Δε γνωρίζω | <input type="checkbox"/> Άλλο..... |

4. Ποιοι είναι οι τρόποι μετάδοσης των ΣΜΝ; (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από 1)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Μετάγγιση αίματος | <input type="checkbox"/> Κοινή χρήση ρούχων/ αντικειμένων |
| <input type="checkbox"/> Κοινή χρήση φαγητού | <input type="checkbox"/> Από τη μητέρα στο παιδί κατά τον τοκετό |
| <input type="checkbox"/> Σεξουαλική επαφή | <input type="checkbox"/> Κοινή χρήση βελόνας |
| <input type="checkbox"/> Δε γνωρίζω | <input type="checkbox"/> Άλλο..... |

5. Ποια είναι τα σημεία και συμπτώματα των ΣΜΝ; (μπορείτε να συμπληρώσετε πάνω από 1)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Κοιλιακό άλγος | <input type="checkbox"/> Πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή |
| <input type="checkbox"/> Κνησμός στη γεννητική περιοχή | <input type="checkbox"/> Οίδημα στη γεννητική περιοχή |
| <input type="checkbox"/> Αδυναμία ούρησης | <input type="checkbox"/> Αδυναμία/Ατονία |
| <input type="checkbox"/> Εκκρίσεις από το πέος/κόλπο | <input type="checkbox"/> Αίσθημα καύσους κατά την ούρηση |
| <input type="checkbox"/> Αίμα στα ούρα | <input type="checkbox"/> Απώλεια βάρους |
| <input type="checkbox"/> Έλκη ή ανοιχτές πληγές στη γεννητική περιοχή | |
| <input type="checkbox"/> Δε γνωρίζω | Άλλο..... |

6. Πιστεύετε ότι είναι δυνατό σε άνδρα να έχει κάποιο ΣΜΝ, εκτός του HIV, χωρίς να έχει συμπτώματα;

Ναι Όχι Δε γνωρίζω

7. Πιστεύετε ότι είναι δυνατό σε γυναίκα να έχει κάποιο ΣΜΝ, εκτός του HIV, χωρίς να υπάρχουν συμπτώματα;

Ναι Όχι Δε γνωρίζω

8. Ποιες είναι οι επιπλοκές των ΣΜΝ εάν δε θεραπευτούν; (μπορείτε να συμπληρώσετε πάνω από 1):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Πρόωρος τοκετός | <input type="checkbox"/> Έκτοπη κύηση |
| <input type="checkbox"/> Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας | <input type="checkbox"/> Θνησιγένεια |
| <input type="checkbox"/> Αποβολή | <input type="checkbox"/> Υπογονιμότητα |
| <input type="checkbox"/> Δε γνωρίζω | Άλλο..... |

9. Από πού λαμβάνετε πληροφορίες για τα ΣΜΝ; (μπορείτε να συμπληρώσετε πάνω από 1)

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Φίλους | <input type="checkbox"/> Οικογένεια | <input type="checkbox"/> Σχολείο |
| <input type="checkbox"/> Τηλεόραση | <input type="checkbox"/> Διαδίκτυο | <input type="checkbox"/> Ραδιόφωνο |
| <input type="checkbox"/> Περιοδικό | <input type="checkbox"/> Νοσοκομείο | <input type="checkbox"/> Επαγγελματίες υγείας |
| Άλλο..... | | |

10. Σου έχει πει κάποιος από τους ακόλουθους ότι νοσεί ή νοσούσε από κάποιο ΣΜΝ, εκτός του HIV;

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Φίλος | <input type="checkbox"/> Γονέας |
| <input type="checkbox"/> Αδελφός/Αδελφή | <input type="checkbox"/> Σύζυγος/Αρραβωνιαστικός |
| <input type="checkbox"/> Σεξουαλικός σύντροφος/εραστής | <input type="checkbox"/> Άλλο μέλος της οικογένειας |
| Άλλο..... | |

Μέρος Γ: Στάση

- Τα ΣΜΝ δεν είναι επικίνδυνα επειδή μπορούν να θεραπευτούν.

Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δε γνωρίζω
---------	---------	------------
- Είναι απαραίτητο να αποφεύγεται ένα άτομο που έχει κολλήσει ΣΜΝ, επειδή μπορεί να το μεταδώσει σε άλλα άτομα:

Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δε γνωρίζω
---------	---------	------------
- Τα άτομα που έχουν μολυνθεί από ΣΜΝ πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία:

Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δε γνωρίζω
---------	---------	------------
- Εάν κάποιος πιστεύει ότι έχει κάποιο ΣΜΝ και είναι αβέβαιος για τα συμπτώματα, πρέπει κατευθείαν να επικοινωνήσει με κάποιον επαγγελματία υγείας

Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δε γνωρίζω
---------	---------	------------
- Τα νεαρά άτομα πρέπει να λαμβάνουν πληροφορίες για τα ΣΜΝ έτσι ώστε να προλαμβάνονται;

Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δε γνωρίζω
---------	---------	------------
- Εάν κάποιος δε θέλει να μολυνθεί από κάποιο ΣΜΝ πρέπει να χρησιμοποιεί προφυλακτικό κατά τη σεξουαλική επαφή.

Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δε γνωρίζω
---------	---------	------------
- Τα νεαρά άτομα πρέπει να πληροφορούνται για τα ΣΜΝ στο σχολείο με σκοπό να προληφθούν οι ασθένειες αυτές.

Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δε γνωρίζω
---------	---------	------------

8. Εάν κάποιος δε θέλει να μολυνθεί από κάποιο ΣΜΝ, πρέπει να χρησιμοποιεί χάπια επείγουσας αντισύλληψης.

Συμφωνώ

Διαφωνώ

Δε γνωρίζω

9. Πόσο φοβάσαι μήπως έχεις μολυνθεί με κάποιο ΣΜΝ;

Καθόλου

Λίγο

Πολύ

Δε γνωρίζω

10. Όταν έχεις σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, για ποιο λόγο ανησυχείς περισσότερο;

Ότι θα κολλήσεις HIV

Ότι θα κολλήσεις κάποιο άλλο ΣΜΝ,

Ότι θα μείνεις έγκυος

Άλλο.....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lissauer T., Graham C et al (2016) *Εφηβική Ιατρική. Προαγωγή της Υγείας: Σύγχρονη Παιδιατρική* (Δ' Έκδοση) ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
2. Behram, Kliegman (2016) *Adolescent Medicine. Essentials of Pediatrics* (B' Έκδοση) Θεσσαλονίκη, ΡΟΤΟΝΤΑ
3. The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy(2017) *Birth Control Method Explorer* Διαθέσιμο: <https://thenationalcampaign.org/birth-control>
4. World Health Organization (2010) *Annex Sexual Maturity Rating (Tanner Staging) in Adolescents* Διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138588/>
5. World Health Organization (2011) *The Sexual and Reproductive Health of Younger Adolescents; Research issues in Developing Countries* Διαθέσιμο: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44590/1/9789241501552_eng.pdf
6. Jarrett R. (2015) *Puberty: Tanner Stages and Growth* Διαθέσιμο: <http://pediatric-house-calls.djmed.net/puberty-tanner-stages/>
7. Socolov D., Longa M., Carauleanu A. et al (2017) *Pregnancy During Adolescents and Associated Risks; An 8-year Hospital-Based Cohort Study (2007-2014) in Romania, the country with the Highest Rate of Teenage Pregnancy in Europe* doi:10.1153/2017/a205016 published online January 4,2017 from Biomed Res Int. Διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5241487/>
8. Σιέττου Μ., Σαρίδη Μ (2011) *Παράγοντες κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης* Το βήμα του Ασκληπιού 10^{ος} τόμος 1^ο τεύχος Ιανουάριος-Μάρτιος 2011 Διαθέσιμο: http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/4508/VA_REV_3_10_01_11.pdf?sequence=1
9. Rudlin K. (2017) *Risk Factors for Teen Pregnancy* Διαθέσιμο: <https://www.verywell.com/teen-pregnancy-risk-factors-2611269>
10. Todd N. (2017) *Teenage Pregnancy; Medical Risks and Realities* Διαθέσιμο: <https://www.webmd.com/baby/teen-pregnancy-medical-risks-and-realities#3>
11. McPherson J., Tuuli M. et al (2013) *125:Adverse outcomes of teenage pregnancies* 2013;208(1)S66 doi:j.ajog.2012.10.290 Published online January 2013 from American Journal of Obstetrics and Gynecology Διαθέσιμο: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(12\)01373-7/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(12)01373-7/fulltext)

12. American Academy of Pediatrics (2012) *Care of Adolescent Parents and their Children* 2012;130(6) Published December 2012 Διαθέσιμο: <http://pediatrics.aappublications.org/content/130/6/e1743>
13. World Health Organization (2011) *Guidelines on Preventing early Pregnancy and Poor reproductive outcomes among adolescents in Developing Countries* Διαθέσιμο: http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf
14. Nordqvist C. (2017) *Sexually Trasmitted Diseases (STDs);Types and Symptoms* Reviewed by Brito J. at August 18.2017 Διαθέσιμο: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/246491.php>
15. American Sexual Health Association (2017) *STDs/STIs* Διαθέσιμο: <http://www.ashasexualhealth.org/stdsstis/>
16. Centers of Disease Control and Prevention (2016) *STDs in Adolescents and Young Adults* Reviewed:October17,2016 Διαθέσιμο: <https://www.cdc.gov/std/stats15/adolescents.htm>
17. Nelas P., Ferreira M. et al (2014) *Scale of Knowledge about Sexually Trasmitted Infections* 2014;45(5)202-205 doi:s0212-6567(14)70092-7 Διαθέσιμο: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714700927?via%3Dihub>
18. Avert(2017) *Young people,HIV and AIDS. Global Information and Education on HIV and AIDS* Διαθέσιμο: <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/young-people>
19. U.S Department of Health and Human Services (2016) *Considerations for Antiretroviral use in Special Patient Populations. Adolescents and Young Adults with HIV. Guidelines for the use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents living with HIV.* Reviewed: January 28,2016 Διαθέσιμο: <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv-guidelines/21/hiv-infected-adolescents-and-young-adults>
20. World Health Organization (2017) *Hepatitis B Vaccines;WHO position papers* Διαθέσιμο: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255841/1/WER9227.pdf?ua=1>
21. Broderick A., Jonas M. (2017) *Overview of Hepatitis B virus infection in Children and Adolescents* Last updated: January 09,2017 from UpToDate Διαθέσιμο: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hepatitis-b-virus-infection-in-children-and-adolescents>

22. Squires J., Balistreri W. (2017) *Hepatitis C virus infection in children and adolescents* doi:10.1002/hep4.1028 Published online: March 23,2017 from AASLD Διαθέσιμο: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep4.1028/full>
23. American Liver Foundation (2017) *Who is at risk for Hepatitis C?* Διαθέσιμο: <http://hepc.liverfoundation.org/diagnosis/who-is-at-risk/>
24. Narkewicz M. (2016) *Hepatitis C in Children* Διαθέσιμο: <http://hepc.liverfoundation.org/what-is-hepatitis-c/hepatitis-c-in-children/>
25. Centers for Diseases Control and Prevention (2011) *Hepatitis C virus infection among adolescents and young adults- Massachusetts,2002-2009* 60(17);537-541 May 6,2011 Διαθέσιμο: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6017a2.htm>
26. World Health Organization (2017) *Hepatitis C* Διαθέσιμο: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>
27. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) (2017) *HIV/AIDS&άλλα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα* Διαθέσιμο: <http://www.keelpno.gr/el-gr/%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%B8%CE%AD%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82/%CE%BB%CE%BF%CE%B9%CE%BC%CF%8E%CE%B4%CE%B7%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1/hiv aids%CE%AC%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CF%83%CE%B5%CE%BE%CE%BF%CF%85%CE%B1%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CF%82%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B4%CE%B9%CE%B4%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1.aspx>
28. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) (2013) *Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα Υποχρεωτικής Δήλωσης: Επιδημιολογικά Δεδομένα 2013* Διαθέσιμο: <http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%A3%CE%9C%CE%9D/%CE%A3%CF%8D%CF%86%CE%B9%CE%BB%CE%B7-%CE%93%CE%BF%CE%BD%CF%8C%CF%81%CF%81%CE%BF%CE%B9%CE%B1-%CE%A7%CE%BB%CE%B1%CE%BC%CF%8D%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%95%CF%80%CE%B9%CE%B4%CE%B7%CE%BC%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AC%20%CE%B4%CE%B5%CE%B4%CE%BF%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%B1%202013.pdf>
29. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) (2015) *Επιδημιολογική Επιτήρηση της HIV/AIDS Λοίμωξης στην Ελλάδα: Δηλωθέντα Στοιχεία έως 31.12.2015* Διαθέσιμο:

http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/HIV/2016/epidemiologiko_2015_HIV.pdf

30. Mayo Clinic (2017) *Sexually Trasmitted Diseases(STDs)* Διαθέσιμο: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sexually-transmitted-diseases-stds/symptoms-causes/syc-20351240>

31. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2017) *How to prevent sexually transmitted infections (STIs)* Published: June,2017 from the American Congress of Obstetricians and Gynecologists Διαθέσιμο: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/How-to-Prevent-Sexually-Transmitted-Infections-STIs>

32. American Sexual Health Association (2017) *Preventions Tips* Διαθέσιμο: <http://www.ashasexualhealth.org/stdsstis/prevention-tips/>

33. World Health Organization (2016) *Sexually Trasmitted Infections (STIs)* Διαθέσιμο: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>

34. Mandal A.(2013) *STD Prevention and Treatment* Last Updated: November 18,2013 from News medical Life Sciences Διαθέσιμο: <https://www.news-medical.net/health/STD-Prevention-and-Treatment.aspx>

35. American Academy of Pediatrics (2015) *Sexually Trasmitted Infections Prevention* Διαθέσιμο: <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/sexually-transmitted/Pages/Sexually-Transmitted-Infections-Prevention.aspx>

36. Παπαδόπουλος Α. (2011) *Εμβόλιο έναντι του Ιού των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων HPV* Διαθέσιμο: http://www.letto.gr/page.aspx?p_id=858

37. Τάνος Β. (2017) *Το νέο 9δύναμο εμβόλιο εναντίον του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και των γεννητικών κονδυλωμάτων* Διαθέσιμο: <http://www.womana.com.cy/neo-9dynamo-emvolio-enantion-tou-karkinou-tou-trachilou-tis-mitras-ke-ton-gennitikon-kondylomaton/>

38. Παπαευαγγέλου Β. (2012) *Εμβολιασμός έναντι της Ηπατίτιδας Β & παιδιά* Δημοσιεύθηκε: Μάρτιος 31, 2012 από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων Διαθέσιμο: <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=1659>

39. Παυλή Α. (2017) *Εμβόλιο Ηπατίτιδας Α* Δημοσιεύθηκε από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων Διαθέσιμο:

http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%A4%CE%B1%CE%BE%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CF%89%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%99%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE/%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%B5%CF%85%CE%B8%CF%85%CE%BD%CF%84%CE%AE%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%82%20%CE%9F%CE%B4%CE%B7%CE%B3%CE%AF%CE%B5%CF%82/%CE%95%CE%BC%CE%B2%CF%8C%CE%BB%CE%B9%CE%B1/%CE%95%CE%BC%CE%B2%CF%8C%CE%BB%CE%B9%CE%BF%20%CE%97%CF%80%CE%B1%CF%84%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1%CF%82%20%CE%91%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%B5%CF%85%CE%B8%CF%85%CE%BD%CF%84%CE%AE%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%82_8-2012.pdf

40. World Health Organization (2016) *Adolescent Contraceptive Use; Data from the Zambia Demographic and Health Survey (ZDHS),2013-2014* Διαθέσιμο: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252369/1/WHO-RHR-16.47-eng.pdf>

41. Finer L., Philbin J. (2013) *Sexual Initiation, Contraceptive Use, and Pregnancy Among Young Adolescents* Published on Pediatrics; May 2013; 131(5): 886-891 doi:10.1542/peds.2012-3495 Διαθέσιμο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3639466/>

42. World Health Organization (2017) *Emergency Contraception* Διαθέσιμο: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>

43. Centers of Diseases Control and Prevention (2017) *Contraception; How effective are birth control methods?* Διαθέσιμο: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm>

44. Centers of Diseases Control and Prevention (2012) *Sexual Experience and Contraceptive Use Among Female Teens- United States, 1995, 2002, and 2006-2010* Published:May4,2012;61(17)297-301 Διαθέσιμο: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6117a1.htm?s_cid=mm6117a1_e

45. World Health Organization (2017) *Family Planning/ Contraception* Διαθέσιμο: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>

46. Johnson T. (2016) *Slideshow: Your Birth Control Options* Published: December 8, 2016 from Webmd Διαθέσιμο: <https://www.webmd.com/sex/birth-control/ss/slideshow-birth-control-options>

47. Association of Reproductive Health Professionals (2013) *Non-hormonal Contraceptive Methods* Διαθέσιμο: <http://www.arhp.org/Publications-and-Resources/Quick-Reference-Guide-for-Clinicians/Non-hormonal-Choosing/IUC>

48. Αλμαλόγλου Κ. (2017) *Απολίνωση Σαλπίνγων* Διαθέσιμο: <https://obstetric.gr/index.php/gyneekologia/surgery/apolinosi-salpiggon>

49. NHS (2015) *Vasectomy (Male Sterilization)* Διαθέσιμο: <https://www.nhs.uk/Conditions/contraception-guide/Pages/vasectomy-male-sterilisation.aspx>
50. American Academy of Pediatrics (2014) *Contraception for Adolescents* Published: October,2016 from Pediatrics; 134(4) Διαθέσιμο: <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/4/e1244>
- 51.Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας (2017) *Δράση Οικογενειακού Προγραμματισμού* Διαθέσιμο: http://oikogeneiakos.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=314&lang=el
52. Ασκιτής Θ. (2017) *Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση: Πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος της σεξουαλικής αγωγής στην εφηβεία;* Δημοσιεύθηκε από το Ινστιτούτο Ψυχικής & Σεξουαλικής Υγείας Διαθέσιμο: http://www.askitis.gr/educational/view/poso_simantikos_einai_o_rolos_tis_seksoialik_is_agogis_stin_ephiveia
53. World Health Organization (2011) *Family Planning; A Global Handbook for Providers* Διαθέσιμο: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373_eng.pdf
54. McPherson B., Gilroy A., et al (2017) *Atlas of Anatomy (Second Edition)* Stuttgart, New York, THIEME
55. Κωνσταντινίδου Π. (2016) *Μεταπτυχιακή Εργασία «Εφηβεία και Κύηση»* Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Παθολογία της Κύησης»
56. Βιβιλάκη Β. (2016) *Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα: Η Μαία στην Π.Φ.Υ* Κύπρος, BROKEN HILL PUBLISHERS LTD, Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
57. Lundberg P. (2013) *Knowledge of and attitudes to sexually transmitted diseases among Thai university students; A questionnaire study* Published from Department of Public Health and Caring Sciences, Uppsala University