



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ – ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ – ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ»
Διευθυντής ΠΜΣ : Καθηγητής ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι. ΔΑΠΟΝΤΕ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ
ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΑΤΩΘΗΚΑΝ ΣΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ
ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2020-2023»**

**ΣΤΑΜΟΥΛΗ ΔΗΜΗΤΡΑ
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΠΓΝΛ**

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΛΑΡΙΣΑ, Οκτώβριος 2025

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής:

Σωτηρίου Σωτήριος, Αναπληρωτής Καθηγητής Εμβρυολογίας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Επιβλέπων)

Γκαράς Αντώνιος, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Σύμβουλος)

Δαπόντε Αλέξανδρος, Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Μέλος)

MSc in: BIOLOGY OF REPRODUCTION – BIOMARKERS IN
OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY – PERINATAL MEDICINE

TITLE: CHILD AND ADOLESCENT PREGNANCY OUTCOMES IN
UNIVERSITY HOSPITAL OF LARISSA: RESULTS FROM A
COMPARATIVE COHORT STUDY DURING 2020-2023

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Copyright © Σταμούλη Α. Δήμητρα, 2025

Βεβαιώνω ότι η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό.

Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	Σελ. 4
Abstract	Σελ. 5
 Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή	Σελ. 6
 1.1 Ορισμός	Σελ. 6
1.2 Παγκόσμια δεδομένα παιδικών και εφηβικών κυήσεων	Σελ. 7
1.3 Ελληνικά δεδομένα παιδικών και εφηβικών κυήσεων	Σελ. 9
1.4 Παράγοντες κινδύνου	Σελ.17
1.5 Επιπτώσεις	Σελ.18
1.5.1 Επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας	Σελ.19
1.5.2 Κοινωνικές επιπτώσεις	Σελ.21
1.6 Στρατηγικές πρόληψης	Σελ.23
 Κεφάλαιο 2	
 2.1 Σκοπός	Σελ.25
2.2 Μεθοδολογία και υλικά	Σελ.25
2.3 Αποτελέσματα	Σελ.26
2.3.1 Περιγεννητικά αποτελέσματα	Σελ.27
2.3.2 Νεογνικά αποτελέσματα	Σελ.31
2.4 Συμπεράσματα	Σελ. 33
 Βιβλιογραφικές Αναφορές	Σελ.35

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Περίληψη Πρωτοκόλλου

Οι κύησεις κατά την παιδική και εφηβική ηλικία αποτελούν κύησεις υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση επιπλοκών. Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η σύγκριση της έκβασης των κύησεων κατά την παιδική και εφηβική ηλικία με τις εκβάσεις των κύησεων γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας.

Μεθοδολογία

Στο πλαίσιο της εργασίας αυτής πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη σειράς (κοορτή) και καταγραφή όλων των παιδικών και εφηβικών κύησεων (ηλικία μητέρας < 20 έτη) που περατώθηκαν στο Π.Γ.Ν.Α. κατά το χρονικό διάστημα 2020- 2024. Καταγράφηκαν τα βασικά δημογραφικά δεδομένα, ο ιατρικός φάκελος και το φύλλο τοκετού των ανωτέρω περιστατικών. Πιο αναλυτικά ως καταληκτικά σημεία μελετηθούν τα ποσοστά καισαρικών τομών, τα αίτια αυτών, οι επιπλοκές κατά τον τοκετό, τα ποσοστά φυσιολογικών τοκετών, προωρότητας και η συμμόρφωση της ασθενούς κατά την παρακολούθηση της κύησης, και συγκρίθηκαν με τις αντίστοιχες παραμέτρους της ομάδας αναφοράς (control group).

Αποτελέσματα

Σε διάστημα πέντε ετών γέννησαν στο Π.Γ.Ν.Α. 342 κορίτσια ηλικίας 12 έως 20 ετών (μέση ηλικία 17 έτη). Το ποσοστό καισαρικών τομών ήταν 51,7% (177 έφηβες). Από αυτές το 49,8% ανήκει στην κατηγορία 2 κατά τη ROBSON ταξινόμηση, το 17,5% στην κατηγορία 5, το 15,8% στην κατηγορία 1, το 14,1% στην κατηγορία 10, το 8,5% στην κατηγορία 6, το 6,8% στην κατηγορία 4 και το 0,05% στην κατηγορία 8. Το 3,2% των εφήβων που γέννησαν φυσιολογικά γέννησαν με εμβρυουλκία. Το 8,5 % των νεογνών έφηβων μητέρων μεταφέρθηκαν άμεσα μετά τον τοκετό στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.

Συμπεράσματα

Η εφηβική κύηση είναι ένα σοβαρό πρόβλημα το οποίο συνδέεται με σημαντικούς κινδύνους υγείας για μητέρα και παιδί, αυξημένο ποσοστό καισαρικών, αυξημένο κίνδυνο επεμβατικού τοκετού και αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας του νεογνού σε μονάδα εντατικής νοσηλείας. Η πρόληψη απαιτεί συνδυασμό εκπαίδευσης, πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, ενδυνάμωσης κοριτσιών και κοινωνικών αλλαγών.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΥΗΣΗ, ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΥΗΣΗ, ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ, ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΥΗΣΗ

ABSTRACT

Background

Pregnancies during childhood and adolescence are considered high-risk due to the increased likelihood of complications. The purpose of this thesis is to compare the outcomes of pregnancies during childhood and adolescence with those of pregnancies in older women.

Methodology

In the context of this study, a retrospective cohort study was conducted, recording all childhood and adolescent pregnancies (maternal age < 20 years) that were completed at the University General Hospital of Larissa (U.G.H.L) during the period 2020–2024. Basic demographic data, the medical record, and the delivery record of the aforementioned cases were collected. More specifically, the endpoints studied included the rates and causes of cesarean sections, complications during labor, rates of vaginal deliveries and prematurity, and the patients compliance with prenatal care. These parameters were compared with those of the reference (control) group.

Results

Over a five-year period, 342 girls aged 12 to 20 years (mean age 17 years) gave birth at the U.G.H.L. The rate of cesarean sections was 51.7% (177 adolescents). Of these, 49.8% belonged to category 2 according to the Robson classification, 17.5% to category 5, 15.8% to category 1, 14.1% to category 10, 8.5% to category 6, 6.8% to category 4, and 0.05% to category 8. Among adolescents who delivered vaginally, 3.2% required instrumental assistance (vacuum extraction). Furthermore, 8,5% of the neonates born to adolescent mothers were immediately transferred to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) after birth.

Conclusions

Adolescent pregnancy is a serious issue associated with significant health risks for both mother and child, including a higher rate of cesarean sections, increased likelihood of instrumental delivery, and greater risk of neonatal admission to intensive care. Prevention requires a combination of education, access to healthcare services, empowerment of girls, and broader social change.

Keywords: Child pregnancy, adolescent pregnancy, preterm birth, cesarean section, high-risk pregnancy

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβική κύηση είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα και θεωρείται ομάδα υψηλού κινδύνου, παρά τις αντικρουόμενες αποδείξεις. Η εφηβική κύηση είναι ένα παγκόσμιο ζήτημα υγείας που έχει δυσμενείς επιπτώσεις στα αποτελέσματα των γεννήσεων. Εφηβικές κύησεις είναι πιο πιθανό να συμβούν σε κοινότητες που πλήττονται από κοινωνικά και οικονομικά μειονεκτήματα.

Οι δρόμοι που οδηγούν στην εφηβική κύηση είναι ποικίλοι, και δεν είναι όλες οι εγκυμοσύνες ακούσιες ή ανεπιθύμητες. Ενώ η εγκυμοσύνη στην εφηβεία μπορεί να έχει έναν μεταμορφωτικό αντίκτυπο στην αλλαγή ανθυγιεινών συμπεριφορών και σχέσεων για ορισμένα άτομα, αυτό δεν ισχύει για όλους.

Οι κοινωνικές και υγειονομικές επιπτώσεις των εφηβικών κύησεων περιλαμβάνουν αυξημένη έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία (η οποία μπορεί να επιδεινωθεί από την εγκυμοσύνη), διαταραχές ψυχικής υγείας, χρήση ουσιών, σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις (ΣΜΛ), οικονομικό άγχος [1-13].

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Με τον όρο εφηβική κύηση αναφερόμαστε στην κύηση σε μια γυναίκα ηλικίας 10-19 ετών. Στις περισσότερες στατιστικές, η ηλικία της γυναίκας ορίζεται ως η ηλικία της κατά τη στιγμή της γέννησης του μωρού. Επειδή υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ ενός 12χρονου ή 13χρονου κοριτσιού και μιας νεαρής γυναίκας 19 ετών, γίνεται διάκριση μεταξύ εφήβων ηλικίας 15-19 ετών και νεότερων εφήβων ηλικίας 10-14 ετών. [9,14]

Τα ποσοστά γεννήσεων και τα ποσοστά εγκυμοσύνης υπολογίζονται ανά 1000 ενός συγκεκριμένου πληθυσμού. Στατιστικά στοιχεία που συγκρίνουν τη συχνότητα εμφάνισης μεταξύ χωρών συχνά δίνουν ποσοστά ανά 1000 εφήβους ηλικίας 15-19 ετών. Μερικές φορές είναι επίσης διαθέσιμα στατιστικά δεδομένα για εγκυμοσύνες και γεννήσεις μεταξύ νεότερων εφήβων. Το ποσοστό εγκυμοσύνης περιλαμβάνει εγκυμοσύνες που καταλήγουν σε γεννήσεις και επίσης εγκυμοσύνες που καταλήγουν σε έκτρωση [14].

1.2 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ

Περίπου 16 εκατομμύρια έφηβες ηλικίας 15-19 ετών και 2 εκατομμύρια κορίτσια κάτω των 15 ετών γεννούν ετησίως. Αυτές οι γεννήσεις αντιπροσωπεύουν περίπου το 11% όλων των γεννήσεων παγκοσμίως. Σχεδόν το 95% συμβαίνουν σε αναπτυσσόμενες χώρες. Το ποσοστό των εφήβων που γεννούν κυμαίνεται από 2% στην Κίνα, έως 18% στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική, έως πάνω από 50% στη υποσαχάρια Αφρική (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2008).[1-4]

Από το 2019, έφηβες ηλικίας 15-19 ετών σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος είχαν κατά μέσο όρο 21 εκατομμύρια κυήσεις κάθε χρόνο, από τις οποίες περίπου το 50% ήταν μη προγραμματισμένες και οδήγησαν σε εκτιμώμενες 12 εκατομμύρια γεννήσεις.

Οι έφηβες μητέρες (ηλικίας 10–19 ετών) αντιμετωπίζουν υψηλότερους κινδύνους εκλαμπίας, ενδομητρίτιδας και συστηματικών λοιμώξεων σε σύγκριση με τις γυναίκες ηλικίας 20–24 ετών, ενώ τα μωρά των εφήβων μητέρων διατρέχουν υψηλότερους κινδύνους χαμηλού βάρους γέννησης, πρόωρης γέννησης και σοβαρής νεογνικής κατάστασης.

Παγκοσμίως, το ποσοστό γεννήσεων σε έφηβες κοπέλες 10-14 ετών το 2023 εκτιμάται σε 1,5 ανά 1000 γυναίκες, με υψηλότερα ποσοστά στην υποσαχάρια Αφρική (4,4) και την Λατινική Αμερική και την Καραϊβική. [4-9]

Ο μεγαλύτερος αριθμός εκτιμώμενων γεννήσεων σε άτομα ηλικίας 15-19 ετών το 2021 καταγράφηκε στην Υποσαχάρια Αφρική (6 114 000), ενώ πολύ λιγότερες γεννήσεις καταγράφηκαν στην Κεντρική Ασία (68 000). Ο αντίστοιχος αριθμός ήταν 332 000 μεταξύ των εφήβων ηλικίας 10-14 ετών στην Υποσαχάρια Αφρική, σε σύγκριση με 22 000 στην Νοτιοανατολική Ασία την ίδια χρονιά. [4-9]

Το παγκόσμιο ποσοστό γεννήσεων στην εφηβεία από το 2023 ήταν περίπου 1 γέννηση ανά 1.000 κορίτσια ηλικίας 10-14 ετών και 39 γεννήσεις ανά 1.000 έφηβα κορίτσια και νεαρές γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών. Η Υποσαχάρια Αφρική είχε το υψηλότερο περιφερειακό ποσοστό γεννήσεων στην εφηβεία, με 3 γεννήσεις ανά 1.000 έφηβα κορίτσια ηλικίας 10-14 ετών και 93 γεννήσεις ανά 1.000 έφηβα κορίτσια και νεαρές γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών. Αντίθετα, το 2023 η Δυτική Ευρώπη, η Ευρώπη και η Κεντρική Ασία, καθώς και η Βόρεια Αμερική, είχαν μερικά από τα χαμηλότερα ποσοστά γεννήσεων στην εφηβεία. Μεταξύ των κοριτσιών ηλικίας 10-14 ετών, τα ποσοστά ήταν σχεδόν 0 γεννήσεις ανά 1.000, ενώ μεταξύ

των κοριτσιών και των νεαρών γυναικών ηλικίας 15-19 ετών, τα ποσοστά ήταν 15 ή λιγότερες γεννήσεις ανά 1.000.

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του ΠΟΥ (Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας 2023), η Αλγερία έχει το χαμηλότερο ποσοστό εφηβικών γεννήσεων (11,4 γεννήσεις ανά 1000 γυναίκες στην αντίστοιχη ηλικιακή ομάδα) και ο Νίγηρας έχει το υψηλότερο (165,37). Οι Ηνωμένες Πολιτείες και ο Καναδάς έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά εφηβικών κυήσεων στη Βόρεια Αμερική (14,4 γεννήσεις ανά 1000 γυναίκες στην αντίστοιχη ηλικιακή ομάδα στις Ηνωμένες Πολιτείες και 6,31 γεννήσεις στον Καναδά), με τη Νικαράγουα να έχει το υψηλότερο στη Νότια Αμερική (82,47). Η Σομαλία κατέχει την υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ανατολικής Μεσογείου (114,19 γεννήσεις ανά 1000 γυναίκες στην αντίστοιχη ηλικιακή ομάδα), ενώ τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα έχουν το χαμηλότερο (2,77). Στη Νοτιοανατολική Ασία, το Μπαγκλαντές έχει το υψηλότερο ποσοστό εφηβικών κυήσεων, με 71,75 γεννήσεις ανά 1000 γυναίκες σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, και η Λαϊκή Δημοκρατία της Κορέας έχει το χαμηλότερο ποσοστό, με 2,59 γεννήσεις. Όσον αφορά την Ευρώπη, το Τατζικιστάν και το Αζερμπαϊτζάν καταλαμβάνουν τις δύο πρώτες θέσεις, με 44,29 και 40,20 γεννήσεις ανά 1000 γυναίκες στην αντίστοιχη ηλικιακή ομάδα. Η Βουλγαρία και η Ρουμανία ακολουθούν, με 37,80 και 34,79 γεννήσεις ανά 1000 γυναίκες στην αντίστοιχη ηλικιακή ομάδα. Ωστόσο, όταν αναλύονται μόνο οι χώρες της ΕΕ, η Ρουμανία κατατάσσεται δεύτερη. Η Δανία έχει το χαμηλότερο ποσοστό εφηβικών κυήσεων στην Ευρώπη, με 1,73 γεννήσεις ανά 1000 γυναίκες στην αντίστοιχη ηλικιακή ομάδα.[8-14] Από το 2000, το παγκόσμιο ποσοστό εφηβικών γεννήσεων για την ηλικιακή ομάδα 10-14 ετών έχει μειωθεί κατά περίπου 70%, από 3,5 σε 1,1 ανά 1.000 έφηβα κορίτσια. Το παγκόσμιο ποσοστό εφηβικών γεννήσεων για την ηλικιακή ομάδα 15-19 ετών έχει μειωθεί κατά πάνω από 40%, από 67 σε 39 γεννήσεις ανά 1.000 έφηβα κορίτσια. Αυτή η μείωση του παγκόσμιου βάρους της πρόωρης τεκνοποίησης μπορεί να συνδεθεί με βελτιώσεις σε σχεδόν όλα τα περιφερειακά ποσοστά κατά την ίδια περίοδο. Η Νότια Ασία και η Λατινική Αμερική και η Καραϊβική, για παράδειγμα, έχουν μειώσει τα ποσοστά εφηβικών γεννήσεων κατά πάνω από 90% και σχεδόν 50% αντίστοιχα για την ηλικιακή ομάδα 10-14 ετών και κατά πάνω από 70% και σχεδόν 40% αντίστοιχα για την ηλικιακή ομάδα 15-19 ετών.[8-16]

Ενώ υπήρξε μείωση του ποσοστού γεννήσεων στην εφηβεία κατά σχεδόν 70% για τα έφηβα κορίτσια ηλικίας 10-14 ετών στην υποσαχάρια Αφρική, τα ποσοστά μείωσης για τα έφηβα κορίτσια και τις νεαρές γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών ήταν λιγότερο από 30%, υποδεικνύοντας την ανάγκη για μεγαλύτερη πρόοδο προς τη μείωση του βάρους της πρόωρης τεκνοποίησης στις περιοχές της Υποσαχάριας Αφρικής. Η Δυτική και Κεντρική

Αφρική και η Ανατολική και Νότια Αφρική, για παράδειγμα, συνεχίζουν να διατηρούν ποσοστά γεννήσεων στην εφηβεία πολύ υψηλότερα από το παγκόσμιο ποσοστό, με 3,4 και 2,9 γεννήσεις ανά 1.000 έφηβα κορίτσια ηλικίας 10-14 ετών, και 97 και 90 γεννήσεις ανά 1.000 έφηβα κορίτσια και νεαρές γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι παρά τις παρατηρούμενες μειώσεις στα ποσοστά γεννήσεων στην εφηβεία στην υποσαχάρια Αφρική, ο αριθμός των γεννήσεων σε έφηβα κορίτσια και νεαρές γυναίκες δεν έχει στην πραγματικότητα μειωθεί, καθώς το μέγεθος του πληθυσμού των εφήβων κοριτσιών και των νεαρών γυναικών έχει αυξηθεί σημαντικά στην υποσαχάρια Αφρική από το 2000.[9-16]

Στις περισσότερες περιοχές, λιγότερες έφηβες και νεαρές γυναίκες λαμβάνουν προγεννητική, ή περιγεννητική φροντίδα για τις ίδιες ή τα νεογνά τους σε σύγκριση με όλες τις γυναίκες και τα κορίτσια. Καθώς οι περισσότερες έφηβες που είναι έγκυες βιώνουν την εγκυμοσύνη για πρώτη φορά, η ανάγκη για προσεκτική παρακολούθηση και ποιοτική φροντίδα κατά τη διάρκεια της προγεννητικής, κατά τη διάρκεια του τοκετού και της μεταγεννητικής περιόδου είναι γενικά πιο έντονη. Παραδόξως, η κάλυψη των δεικτών μητρικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της επαφής με το σύστημα υγείας και της ποιότητας της φροντίδας, φαίνεται χαμηλότερη μεταξύ των εφήβων κοριτσιών από ότι μεταξύ όλων των γυναικών και κοριτσιών για τις περισσότερες περιοχές του κόσμου. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι η διαφορά στην κάλυψη μεταξύ εφήβων και όλων των γυναικών είναι μικρή σε ορισμένες περιοχές, και στην περίπτωση της Ανατολικής και Νότιας Αφρικής, η κάλυψη της εξειδικευμένης περιγεννητικής φροντίδας για τα νεογνά είναι υψηλότερη για τα έφηβα κορίτσια. [28-30]

1.3 ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ

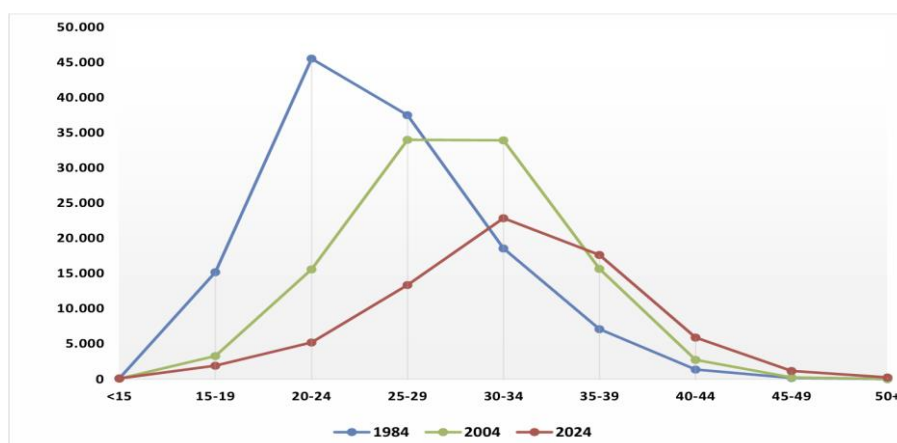
Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρείχε η Ελληνική Στατιστική Αρχή, χρησιμοποιώντας ως πηγή των στοιχείων τις σχετικές ληξιαρχικές πράξεις όπως εκδίδονται από τις αρμόδιες Δημοτικές Αρχές και καταχωρίζονται σε πληροφοριακό σύστημα του Υπουργείου Εσωτερικών, παρατηρείται πτώση στις γεννήσεις από το 1984 έως το 2024, από 125.724 γεννήσεις σε 68.467 γεννήσεις, περίπου οι μισές.

Ομοίως, παρατηρείται μείωση στις γεννήσεις σε έφηβες κοπέλες ηλικίας 15-19 ετών, από 15.213 το 1984 σε 1.908 το 2024, με το ποσοστό των εφηβικών κυήσεων να μειώνεται από

12,1% σε 2,8%. Σε εύρος σαράντα ετών οι γεννήσεις ζώντων νεογνών από μητέρες ηλικίας 15-19 παρουσιάζουν σημαντική πτώση με τη μεγαλύτερη από 15.213 το 1984 σε 5.236 το 1994.[27]

	1984	1994	2004	2014	2024
<15	117	84	75	124	99
15-19	15.213	5.236	3.302	2.148	1.908
20-24	45.552	26.079	15.616	7.905	5.205
25-29	37.519	38.858	34.019	21.682	13.390
30-34	18.571	23.276	33.943	34.800	22.880
35-39	7.121	8.539	15.677	20.541	17.662
40-44	1.361	1.547	2.745	4.347	5.917
45-49	163	119	237	536	1.167
50+	24	25	41	66	239
Άγνωστη	83	-	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	125.724	103.763	105.655	92.149	68.467

Πίνακας 1.1 : Γεννήσεις ζώντων κατά ομάδα ηλικιών της μητέρας, ετών 1984, 1994, 2004, 2014, 2024



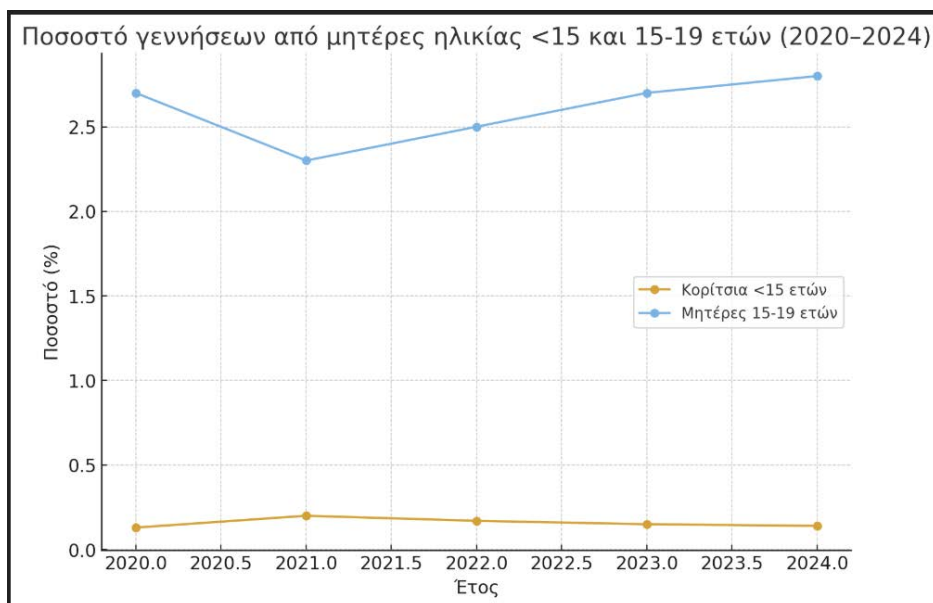
Γράφημα 1: Γεννήσεις ζώντων κατά ομάδα ηλικιών της μητέρας, για τα έτη 1984, 2004, 2024

Το 2020 οι γεννήσεις ζώντων νεογνών από μητέρες ηλικίας 15-19 ήταν 2.234 σε σύνολο 84.767 γεννήσεων (2,63%) , το 2021 ήταν 1.929 σε σύνολο 85.346 (2,3%), το 2022 ήταν 1.893 σε σύνολο 76.095 (2,5%), το 2023 ήταν 1936 σε σύνολο 71.455 (2,7%) και το 2024 ήταν 1.908 σε σύνολο 68.467 γεννήσεις (2,8%).

Όσον αφορά τις γεννήσεις ζώντων νεογνών από κορίτσια ηλικίας κάτω των 15 ετών για το 2020 ήταν 113 κορίτσια (ποσοστό 0,13%) , 129 κορίτσια το 2021 (ποσοστό 0,2%), 128 κορίτσια το 2022 (ποσοστό 0,17%), 111 κορίτσια το 2023 (0,15%) και 99 κορίτσια το 2024 (0,14%) . [27]

AGE	2020	2021	2022	2023	2024
<15	113	129	128	111	99
15-19	2,234	1,929	1,893	1,936	1.908
20-24	7,195	6,207	5,681	5,392	5.205
25-29	17,535	16,813	15,278	14,170	13.390
30-34	28,525	29,025	25,477	23,760	22.880
35-39	22,054	22,931	20,009	18,447	17.662
40-44	6,117	6,997	6,246	6,206	5.917
45-49	858	1,128	1,164	1,192	1.167
50+	136	187	219	241	239
Unknown	-	-	-	-	-
TOTAL	84,767	85,346	76,095	71,455	68,467

Πίνακας 1.2 : Γεννήσεις ζώντων κατά ομάδα ηλικιών της μητέρας, ετών 2020, 2021, 2022, 2023, 2024



Γράφημα 2 : Γεννήσεις ζώντων κατά ομάδα ηλικιών της μητέρας τα έτη 2020, 2021, 2022, 2023, 2024

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή για το 2020 ο αριθμός των συζύγων κατά τον πρώτο τους γάμο που ήταν 15- 19 ετών ήταν 110 άνδρες (σε ποσοστό 0,4% όλων των γάμων ανδρών το 2020) και 449 γυναίκες (σε ποσοστό 1,6% όλων των γάμων γυναικών το 2020) ενώ υπάρχει και ένας καταγεγραμμένος γάμος κοριτσιού κάτω των 15 ετών.

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΣΥΝΟΛΑ	27.091	27.293
<15	0	1
15-19	110	449
20-24	1.156	2.866
25-29	5.412	8.753
30-34	9.195	8.836
35-39	6.693	4.270
40-44	2.893	1.424
45-49	1.034	448
50-54	353	158
55-59	136	58
60-64	68	15
65-69	22	11
70-74	14	3
75+	5	1

Πίνακας 1.3 : Κατανομή ηλικιών συζύγων κατά τον πρώτο τους γάμο το έτος 2020

Για το 2021 καταγράφηκαν 103 άνδρες ηλικίας 15-19 ετών στους 35.396 (σε ποσοστό 0,3%) και 417 γυναίκες στις 35.846 (σε ποσοστό 1,2%) και 3 κορίτσια ηλικίας κάτω των 15 ετών.

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΣΥΝΟΛΟ	35.396	35.846
<15	0	3
15-19	103	417
20-24	1.097	3.173
25-29	6.652	11.519
30-34	12.743	12.482
35-39	8.831	5.465
40-44	3.887	1.824
45-49	1.329	613
50-54	480	223
55-59	159	77
60-64	76	38
65-69	26	7
70-74	6	2
75+	7	3

Πίνακας 1.4 : Κατανομή ηλικιών συζύγων κατά τον πρώτο τους γάμο το έτος 2021

Για το 2022 καταγράφηκαν 110 άνδρες ηλικίας 15-19 ετών στους 37.428 (σε ποσοστό 0,3%) και 459 γυναίκες στις 38.070 (σε ποσοστό 1,2%) ενώ δεν υπήρχε καταγραφή γάμου κοριτσιού ή αγοριού ηλικίας κάτω των 15 ετών.

	Άρρενες	Θήλεις
Σύνολα	37.428	38.070
15-19	110	459
20-24	1.202	3.073
25-29	6.958	12.165
30-34	13.478	13.337
35-39	9.148	5.804
40-44	4.151	2.042
45-49	1.437	755
50-54	586	279
55-59	211	102
60-64	89	38
65-69	30	9
70-74	12	4
75+	16	3

Πίνακας 1.5 : Κατανομή ηλικιών συζύγων κατά τον πρώτο τους γάμο το έτος 2022

Για το 2023 καταγράφηκαν 107 άνδρες ηλικίας 15-19 ετών (σε ποσοστό 0,3%) και 427 γυναίκες (σε ποσοστό 1,2%) ενώ υπήρχαν και 2 καταγεγραμμένα κορίτσια ηλικίας κάτω των 15 ετών.

	Άνδρες	Γυναίκες
Σύνολα	34.759	35.172
<15	0	2
15-19	107	427
20-24	1.140	2.890
25-29	6.382	11.041
30-34	12.424	12.154
35-39	8.299	5.353
40-44	3.963	2.064
45-49	1.529	795
50-54	552	278
55-59	225	119
60-64	80	28
65-69	37	11
70-74	19	8
75+	2	2

Πίνακας 1.6 : Κατανομή ηλικιών συζύγων κατά τον πρώτο τους γάμο το έτος 2023

Για το 2024 ο αριθμός συζύγων κατά τον πρώτο τους γάμο που ήταν ηλικίας 15-19 ήταν 115 άνδρες (σε ποσοστό 0,36% όλων των γάμων ανδρών το 2024) και 423 γυναίκες (σε ποσοστό 1,33% όλων των γάμων γυναικών το 2024) ενώ καταγράφεται και 1 γάμος κοριτσιού ηλικίας κάτω των 15 ετών. [27]

	Άνδρες	Γυναίκες
Σύνολα	31.571	31.858
<15	0	1
15-19	115	423
20-24	1.055	2.550
25-29	5.714	9.709
30-34	11.294	11.107
35-39	7.365	4.994
40-44	3.648	1.886
45-49	1.402	701
50-54	561	301
55-59	258	118
60-64	104	45
65-69	36	10
70-74	13	5
75+	6	8

Πίνακας 1.7 : Κατανομή ηλικιών συζύγων κατά τον πρώτο τους γάμο το έτος 2024

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών [34] εξετάζει τις επιπτώσεις της εφηβικής κύησης στην Ελλάδα, συγκρίνοντας τα περιγεννητικά αποτελέσματα με εκείνα γυναικών μέσης αναπαραγωγικής ηλικίας (20–34 ετών). Πρόκειται

για μια αναδρομική έρευνα και περιέλαβε 643 κήσεις του 2019. Οι εφηβικές κήσεις αντιστοιχούσαν στο 6,7% των τοκετών, με σημαντικά υψηλότερα ποσοστά πρόωρου τοκετού, πρωτοτοκίας και άγαμης κατάστασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Αν και δεν διαπιστώθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές, τα ευρήματα αναδεικνύουν τους αυξημένους περιγεννητικούς και κοινωνικούς κινδύνους των εφήβων μητέρων και υπογραμμίζουν την ανάγκη για περαιτέρω μελέτες που θα εξετάζουν κοινωνικοοικονομικούς και προγεννητικούς παράγοντες.[34]

Μία μελέτη στην Κλινική Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης [35] διερευνά τις εκβάσεις των κήσεων σε έφηβες. Πρόκειται για αναδρομική ανάλυση 194 εφηβικών κήσεων με μέση ηλικία μητέρας τα 16,5 έτη, κατά την περίοδο 2006–2008. Εξετάστηκαν κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, τύπος τοκετού και επιπλοκές, όπως πρόωρος τοκετός, προεκλαμψία και αιμορραγίες. Η μέση ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής ήταν 14,2 έτη και το διάστημα έως την κήση 1,2 έτη. Η πλειονότητα (86,6%) δεν χρησιμοποιούσε αντισύλληψη, ενώ το 89,7% ήταν έγγαμες. Οι εφηβικές κήσεις αποτελούσαν το 9,02% των συνολικών τοκετών. Κύριες επιπλοκές ήταν ο πρόωρος τοκετός, η αναιμία, η υπέρταση κήσης και η αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα, ενώ η προγεννητική φροντίδα συχνά ήταν ανεπαρκής. Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν την ανάγκη πρόληψης μέσω αποτελεσματικής αντισύλληψης και εντατικής παρακολούθησης των εγκύων εφήβων.[35]

Μία μελέτη εξετάζει την εφηβική κήση ως πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο στη σύγχρονη Ελλάδα, με σκοπό τη διερεύνηση των τάσεων της εφηβικής τεκνοποίησης και της σχέσης της με την ιδιότητα της μετανάστριας μητέρας. Πρόκειται για αναδρομική συσχετιστική μελέτη που βασίστηκε στο μητρώο γεννήσεων του Νοσοκομείου Τζανείου [36] για την περίοδο 2000–2005. Συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με την ηλικία και την εθνικότητα των μητέρων. Κατά τη διάρκεια της μελέτης, σε σύνολο 4.628 τοκετών, 349 (7,54%) πραγματοποιήθηκαν από μητέρες κάτω των 19 ετών. Η υπόθεση ότι η εφηβική τεκνοποίηση είναι συχνότερη μεταξύ των μεταναστριών επιβεβαιώθηκε ($p < 0,01$). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα ποσοστά εφηβικής κήσης παραμένουν υψηλά σε ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες, ιδιαίτερα μεταξύ των μεταναστριών, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη συνεργασία κράτους, επαγγελματιών υγείας και εκπαιδευτικών σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος.[36]

Μία μελέτη εξετάζει τις τάσεις της εφηβικής κύησης στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία, εστιάζοντας στις μεταβολές της συχνότητας και του τρόπου τοκετού πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πανδημία COVID-19. Πρόκειται για αναδρομική παρατηρητική μελέτη που βασίστηκε σε στοιχεία τοκετών του Μαιευτικού Τμήματος του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «Αττικών» για την περίοδο 2015–2024[37]. Οι εφηβικές κυήσεις ανήλθαν σε 537 (7,3%) από το σύνολο των 7.340 γεννήσεων. Κατά και μετά την πανδημία, ενώ ο συνολικός αριθμός γεννήσεων μειώθηκε, το ποσοστό των εφηβικών κυήσεων αυξήθηκε, φτάνοντας το 2024 στο 16,4%, με σταθερό απόλυτο αριθμό περιστατικών. Την ίδια χρονιά, το 63,1% των τοκετών εφήβων πραγματοποιήθηκε με καισαρική τομή, έναντι 37% προ πανδημίας. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τις μακροπρόθεσμες κοινωνικές και υγειονομικές συνέπειες της πανδημίας στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των εφήβων, καθώς και την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις πρόληψης και πρόσβασης σε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού.

Και τέλος μια μελέτη επισημαίνει ανησυχητικές τάσεις στη συχνότητα εφηβικών γεννήσεων στην Ελλάδα, βασισμένη σε επίσημα εθνικά δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής από το 1956[38]. Το ποσοστό των νεογνών από εφήβους μητέρες (15–19 ετών) μειώθηκε εκθετικά κατά 4,6 φορές από το 1979 (12,53%) έως το 2012 (2,29%), με μέση ετήσια μείωση –5,3%. Αντίστοιχα, ο ηλικιακά ειδικός δείκτης γονιμότητας (ASFR15–19) μειώθηκε 6,1 φορές (από 52,88/1000 το 1979 σε 8,69/1000 το 2000). Ωστόσο, μετά το 2000 παρατηρήθηκε ανοδική τάση, φθάνοντας το 2008 στα 12,02/1000, ενώ το ποσοστό των εφήβων με δεύτερη ή περισσότερη κύηση αυξήθηκε κατά 47% μεταξύ 2001–2010.

Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί η αύξηση των γεννήσεων από κορίτσια κάτω των 15 ετών, η οποία εννεαπλασιάστηκε από το 1988 (0,41%) έως το 2012 (3,88%). Παράλληλα, αυξήθηκε και η συχνότητα εφηβικών γεννήσεων εντός γάμου, καθώς το 2009 πάνω από το 50% των γεννήσεων 15–19 ετών συνέβησαν σε έγγαμες γυναίκες. Το υψηλό αυτό ποσοστό σχετίζεται εν μέρει με πληθυσμιακές ομάδες με ιδιαίτερα κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά, όπως οι Ρομά.

Επιπλέον, σημαντικός παράγοντας αποτελεί η μετανάστευση: την περίοδο 2005–2006, το 35% των εφηβικών γεννήσεων προήλθε από μετανάστριες, οι οποίες ήταν 2,6 φορές πιο πιθανό να κυοφορήσουν σε εφηβική ηλικία σε σχέση με Ελληνίδες. Παρότι συνολικά η Ελλάδα διατηρεί χαμηλότερα ποσοστά εφηβικής γονιμότητας σε σύγκριση με τον μέσο όρο της Ε.Ε., οι πρόσφατες αυξητικές τάσεις σε πολύ νεαρές ηλικίες (<15 ετών) και οι

επαναλαμβανόμενες κινήσεις σε νεαρές μετανάστριες καταδεικνύουν την ανάγκη στοχευμένων κοινωνικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων.[38]

1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Μελέτες για τους παράγοντες κινδύνου και προστασίας που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη των εφήβων σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος δείχνουν ότι τα επίπεδα είναι γενικά υψηλότερα μεταξύ εκείνων με λιγότερη εκπαίδευση ή χαμηλή οικονομική κατάσταση. Η πρόοδος στη μείωση των πρώτων γεννήσεων εφήβων είναι ιδιαίτερα αργή μεταξύ αυτών των ευάλωτων ομάδων, οδηγώντας σε αυξανόμενη ανισότητα. [1-7]

Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στις εγκυμοσύνες και τις γεννήσεις εφήβων.

Σε πολλές κοινωνίες, τα κορίτσια είναι υπό πίεση να παντρευτούν και να αποκτήσουν παιδιά. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2021, ο παγκόσμιος αριθμός των παιδικών γάμων ανήλθε σε 650 εκατομμύρια: ο παιδικός γάμος τοποθετεί τα κορίτσια σε αυξημένο κίνδυνο εγκυμοσύνης, διότι τα κορίτσια που παντρεύονται πολύ νωρίς συνήθως έχουν περιορισμένη αυτονομία να επηρεάσουν τις αποφάσεις σχετικά με την καθυστέρηση της τεκνοποίησης και τη χρήση αντισυλληπτικών. [8-11]

Σε πολλές περιοχές, τα κορίτσια επιλέγουν να κυοφορήσουν διότι έχουν περιορισμένες εκπαιδευτικές και επαγγελματικές προοπτικές και η μητρότητα εκτιμάται.

Τα αντισυλληπτικά δεν είναι εύκολα προσβάσιμα σε εφήβους σε πολλές περιοχές. Ακόμη και όταν οι έφηβοι μπορούν να αποκτήσουν αντισυλληπτικά, μπορεί να στερούνται της ικανότητας ή των πόρων για να τα πληρώσουν, της γνώσης για το πού να τα αποκτήσουν και πώς να τα χρησιμοποιούν σωστά. Μπορεί να αντιμετωπίσουν στίγμα όταν προσπαθούν να αποκτήσουν αντισυλληπτικά. Επιπλέον, συχνά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να διακόψουν τη χρήση τους λόγω παρενεργειών, καθώς και λόγω μεταβαλλόμενων συνθηκών ζωής και αναπαραγωγικών προθέσεων. Περιοριστικοί νόμοι και πολιτικές που αφορούν τη χορήγηση αντισυλληπτικών με βάση την ηλικία ή την οικογενειακή κατάσταση αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στην παροχή και υιοθέτηση αντισυλληπτικών μεταξύ των εφήβων. Αυτό

συχνά συνδυάζεται με προκαταλήψεις των υγειονομικών εργαζομένων και/ή έλλειψη θέλησης για αναγνώριση των σεξουαλικών υγειονομικών αναγκών των εφήβων.[17-20]

Η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών αυξάνει τον ανεπιθύμητων κυήσεων. Μια έκθεση του ΠΟΥ που δημοσιεύθηκε το 2021 εκτιμά ότι 120 εκατομμύρια κορίτσια κάτω των 20 ετών υπήρξαν θύματα σεξουαλικής βίας από κάποιον άλλο πέρα από τον σύντροφό τους. Αυτή η κακοποίηση είναι βαθιά ριζωμένη στην ανισότητα φύλων· επηρεάζει περισσότερα κορίτσια από αγόρια, αν και πολλά αγόρια πλήττονται επίσης. Οι εκτιμήσεις υποδεικνύουν ότι το 2020, τουλάχιστον 1 στα 8 παιδιά σε όλο τον κόσμο είχαν σεξουαλικά κακοποιηθεί πριν φτάσουν στην ηλικία των 18, και 1 στα 20 κορίτσια ηλικίας 15–19 ετών είχε βιώσει εξαναγκαστικό σεξ κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η έκθεση του ΠΟΥ με τίτλο «Εκτιμήσεις της επικρατούσας βίας κατά των γυναικών 2018» σημειώνει ότι «οι έφηβοι ηλικίας 15–19 ετών (24%) εκτιμάται ότι έχουν ήδη υποστεί σωματική και/ή σεξουαλική βία από έναν στενό σύντροφο τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, και το 16% των εφήβων κοριτσιών και νεαρών γυναικών ηλικίας 15–19 έτη υπήρξαν θύματα αυτής της βίας κατά τους τελευταίους 12 μήνες.» [21-26]

1.5 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η εφηβική εγκυμοσύνη και η τεκνοποίηση έχουν ξεχωριστές και σημαντικές επιβλαβείς συνέπειες σε παγκόσμιο, κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η αύξηση του πληθυσμού είναι ταχύτερη όταν οι γυναίκες αποκτούν το πρώτο τους παιδί στην εφηβεία, καθώς η πρόωμη έναρξη του τοκετού επιμηκώνει την αναπαραγωγική περίοδο και στη συνέχεια αυξάνει τη γονιμότητα. Σε κοινωνικό επίπεδο, η ισχυρή συσχέτιση που παρατηρείται μεταξύ της εφηβικής τεκνοποίησης και των χαμηλών επιπέδων εκπαιδευτικής επίδοσης έχει αρνητικό αντίκτυπο στη θέση τους και στη δυνητική τους συμβολή στην κοινωνία. Σε ατομικό επίπεδο, η εφηβική γονιμότητα σχετίζεται με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας και του παιδιού, όπως η παρεμπόδιση του τοκετού, το χαμηλό βάρος γέννησης, η καθυστέρηση της εμβρυϊκής ανάπτυξης και το υψηλό ποσοστό βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας.[11-13]

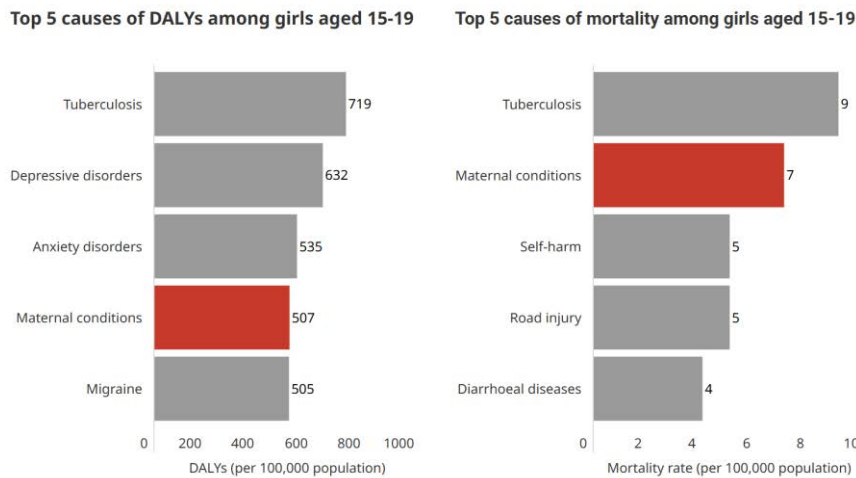
1.5.1 Επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας

Οι έφηβες κοπέλες, ειδικά αυτές στην πρώιμη εφηβεία, είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στις επιπτώσεις της υγείας από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, καθώς τα σώματά τους μπορεί να μην είναι φυσικά έτοιμα. Προεκλαμψία, αναιμία, νοσήματα που μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής (ΣΜΝ), πρόωρος τοκετός, τοκετός με χαμηλό βάρος γέννησης, περιορισμένη εμβρυϊκή ανάπτυξη (FGR), πρόωρος τοκετός, νεογνική θνησιμότητα (που σχετίζεται κυρίως με πρόωρο τοκετό, χαμηλό βάρος γέννησης νεογνών και FGR), υπέρταση λόγω εγκυμοσύνης, σακχαρώδης διαβήτης λόγω εγκυμοσύνης, δυσκολία τοκετού, διάσταση ηβικής σύμφυσης (ειδικά σε πολύ μικρές, μικροκαμωμένες έγκυες γυναίκες, λόγω γενικά συμπίεσμνης λεκάνης, η οποία είναι πιο συχνή σε αυτήν την ομάδα ασθενών), αιμορραγία μετά τον τοκετό, ουρογεννητικό συρίγγιο, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, εκλαμψία, ενδομητρίτιδα και συστηματικές λοιμώξεις είναι μόνο μερικές από τις σοβαρές καταστάσεις που μπορεί να αντιμετωπίσουν βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. [11-12]

Τα κορίτσια στην ηλικιακή ομάδα 15-19 έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν από αιτίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες γυναίκες. Τα παιδιά που γεννιούνται από έφηβες μητέρες έχουν 50% περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν πριν από την ηλικία του ενός έτους σε σχέση με εκείνα που γεννιούνται από γυναίκες ηλικίας είκοσι ετών. Επιπλέον, μεταξύ των εφήβων που μένουν έγκυες, μόνο λίγες από αυτές αναζητούν προγεννητική και επιλόχεια φροντίδα από επαγγελματίες υγείας. [12-15]

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι μητρικές παθήσεις είναι μία από τις κύριες αιτίες της χρόνιας αναπηρίας (DALYs) και του θανάτου μεταξύ των κοριτσιών ηλικίας 15–19.

Among adolescent girls, maternal conditions are among the top causes of disability-affected life years and mortality globally



Source: WHO Global Health Estimates 2019: Causes of DALYs and mortality by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019 Geneva; 2019.

Η εφηβική εγκυμοσύνη θεωρείται υψηλού κινδύνου λόγω διαφόρων παραγόντων, όπως η ανωριμότητα του σώματος της νεαρής μητέρας. Τέτοιες ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να παρακολουθούν την κατάσταση της εγκυμοσύνης τους μέσω προγεννητικών εξετάσεων, να παρακολουθούν ραντεβού παρακολούθησης με ειδικό λιγότερο συχνά και να δείχνουν λιγότερη δέσμευση στην εκτέλεση των συνιστώμενων γενικών και εξειδικευμένων εξετάσεων. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε συναισθηματική ανωριμότητα, άρνηση, έλλειψη επίγνωσης της ανάγκης για εξειδικευμένη φροντίδα για την έγκυο γυναίκα, φόβο στιγματισμού ή οικονομικές δυσκολίες. Αυτό συχνά οδηγεί σε υποσιτισμό και ελλείψεις θρεπτικών συστατικών (συμπεριλαμβανομένου σιδήρου, φολικού οξέος, ιωδίου, βιταμίνης D ή ασβεστίου) λόγω διατροφής που είναι ανεπαρκής για τις ανάγκες του σώματος μιας νεαρής, αναπτυσσόμενης εγκύου γυναίκας και έλλειψης συμπληρωμάτων βιταμινών. Αυτό, με τη σειρά του, μπορεί να οδηγήσει σε αναιμία, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλό βάρος γέννησης, ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εμβρύου ή ανωριμότητα του εμβρύου. Μπορεί επίσης να οδηγήσει σε συγγενείς αναπηρίες που προκύπτουν από την έλλειψη συμπληρώματος φολικού οξέος, όπως ανωμαλίες του νευρικού σωλήνα, λαγώχειλο ή δομικά καρδιακά προβλήματα.[16-21]

Ο πρόωρος τοκετός και το χαμηλό βάρος γέννησης του νεογνού μπορούν επίσης να προκύψουν από την ανωριμότητα της μήτρας, η οποία μπορεί να διαταράξει τη διαδικασία εμφύτευσης του πλακούντα και να επηρεάσει την επακόλουθη δυσλειτουργία του. Οι έγκυες έφηβες είναι πιο πιθανό από τις μη έγκυες συνομήλικές τους να κάνουν κατάχρηση

νικοτίνης, αλκοόλ και μαριχουάνας. Το κάπνισμα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην εγκυμοσύνη και μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή, χαμηλό βάρος γέννησης ή πρόωρο τοκετό. Η πρόωρη τεκνοποίηση σχετίζεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο κατάχρησης ουσιών. Οι εκτιμήσεις για τη χρήση ναρκωτικών μεταξύ των εγκύων εφήβων κυμαίνονται από 11% έως 52%. Ωστόσο, αυτά τα ποσοστά μπορεί να είναι υποεκτιμημένα, επειδή δεν είναι ασυνήθιστο για τις έγκυες γυναίκες να αναφέρουν ελλιπώς τη χρήση ναρκωτικών στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και στις αυτοαναφορές. Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η χρήση ουσιών μεταξύ των εγκύων εφήβων γυναικών συχνά μειώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά στη συνέχεια επανέρχεται μετά τον τοκετό και συνεχίζεται μέχρι και την ενήλικη ζωή, συμπίπτοντας με τα χρόνια και επίμονα συμπτώματα διάθεσης που περιγράφονται σε αυτόν τον πληθυσμό.[22-26]

Σε μια έγκυο έφηβη, θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς οι νεότεροι ασθενείς είναι πιο ευάλωτοι σε αυτά από τις ενήλικες γυναίκες. Αυτό συμβαίνει επειδή οι έφηβοι είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, να έχουν σεξουαλικές επαφές χωρίς προστασία (όπως προφυλακτικά) και συχνά έχουν πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους. [26-28]

1.5.2 Κοινωνικές επιπτώσεις

Η πρόωμη τεκνογονία, ή η εγκυμοσύνη και η γέννα κατά την εφηβεία, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγιή εξέλιξη των κοριτσιών στην ενήλικη ζωή τους και να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην εκπαίδευση, τα μέσα βιοπορισμού και την υγεία τους. Πολλά κορίτσια που κυοφορούν πιέζονται ή αναγκάζονται να εγκαταλείψουν το σχολείο, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τις εκπαιδευτικές και επαγγελματικές τους προοπτικές και ευκαιρίες. Η πρόωμη εγκυμοσύνη και τεκνογονία μπορεί επίσης να έχουν κοινωνικές συνέπειες για τα κορίτσια, συμπεριλαμβανομένου του στίγματος και της μειωμένης κατάστασης στο σπίτι και την κοινότητα. Μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε απόρριψη και βία από μέλη της οικογένειας, συνομηλίκους και συντρόφους, καθώς και σε πρώιμο και αναγκαστικό γάμο.[10-13]

Επιπλέον, οι νεαρές μητέρες συχνά δεν είναι ακόμη συναισθηματικά και ψυχολογικά έτοιμες για τη μητρότητα. Η είδηση της εγκυμοσύνης είναι απροσδόκητη και, στις περισσότερες περιπτώσεις, ανεπιθύμητη. Φοβούνται τις αντιδράσεις των γονιών τους, τον στιγματισμό από συνομηλίκους και δασκάλους, προβλήματα με την εκπαίδευση ή την οικονομική ασφάλεια. Συναισθηματικά και ψυχολογικά προβλήματα όπως το άγχος, η

κατάθλιψη ή η δυσκολία στην αποδοχή ενός νέου ρόλου είναι συνηθισμένα μεταξύ των νεαρών μητέρων. Είναι επίσης πιο πιθανό να υποφέρουν από επιλόχειο κατάθλιψη. Μελέτες υποδεικνύουν ότι οι έφηβες μητέρες εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, τόσο προγεννητικά όσο και μετά τον τοκετό, από τις ενήλικες μητέρες και τους μη εγκύους συνομηλίκους τους. Μεταξύ των εφήβων μητέρων, τα ποσοστά κατάθλιψης εκτιμώνται ότι κυμαίνονται μεταξύ 16% και 44%. Αντίθετα, η συχνότητα εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης σε όλη τη ζωή μεταξύ των μη εγκύων εφήβων και των ενήλικων γυναικών κυμαίνεται μεταξύ 5% και 20%. Τα συμπτώματα κατάθλιψης στις νεαρές μητέρες είναι επίσης πιο πιθανό να επιμένουν και μετά τη γέννηση του παιδιού τους. Αν και υπάρχουν λίγες προοπτικές, διαχρονικές μελέτες σχετικά με τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας των εφήβων μητέρων, μια μελέτη σε Αφροαμερικανίδες ενήλικες γυναίκες που έγιναν μητέρες κατά την εφηβεία διαπίστωσε διπλάσια αύξηση της κατάθλιψης 20 χρόνια μετά τη γέννηση του πρώτου τους παιδιού.[19-23]

Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν περιορισμένη ή καθόλου συναισθηματική υποστήριξη, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και ιστορικό κατάθλιψης. Γι' αυτό είναι απαραίτητο οι έφηβοι να λαμβάνουν στενή παρακολούθηση, τόσο γυναικολογικά όσο και ψυχολογικά. Οι ασθενείς που αντιμετωπίζονται αδιάφορα και με παραμέληση αποθαρρύνονται πιο εύκολα από τη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που επιδεινώνει μόνο την προβληματική φύση της κατάστασής τους.[22-25]

Η εφηβική εγκυμοσύνη έχει πολλές κοινωνικές συνέπειες. Παρόλο που οι έγκυες έφηβες είναι λιγότερο πιθανό να παντρευτούν τον πατέρα του παιδιού τους από ό,τι στο παρελθόν, τέτοιοι εφηβικοί γάμοι είναι τρεις φορές πιο πιθανό να καταλήξουν σε διαζύγιο σε σύγκριση με το ήδη υψηλό ποσοστό διαζυγίων στον πληθυσμό. Η νομιμοποίηση μιας τέτοιας σχέσης πολύ συχνά οδηγεί σε μια ακόμη εγκυμοσύνη. Αυτές οι οικογένειες είναι πιο πιθανό να είναι δυσλειτουργικές, συχνά συνδεδεμένες με οικονομική εξάρτηση από την οικογένεια των νέων γονέων, φτώχεια, διακοπή της εκπαίδευσης, δυσκολία στην εύρεση σταθερής εργασίας, ανεργία, συναισθηματική ανωριμότητα και κατάχρηση ουσιών. Αυτό οδηγεί σε υψηλότερο ποσοστό εφηβικών κυήσεων σε απογόνους από μια τέτοια οικογένεια και σε αναπαραγωγή προτύπων που έχουν μάθει στο σπίτι. Κατά συνέπεια, το πρόβλημα των εφήβων μητέρων είναι πιθανό να παραμείνει για τις επόμενες γενιές.[24-26]

Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί επίσης ένα σημαντικό οικονομικό πρόβλημα για το κράτος λόγω των επιδομάτων που χορηγούνται σε ανήλικες μητέρες, της ανεργίας που συχνά βιώνει αυτή η ομάδα και της μεγαλύτερης ανάγκης νοσηλείας των εφήβων μητέρων και των παιδιών τους, η οποία πηγάει από τις πιο συχνές επιπλοκές που αντιμετωπίζουν.

Πολλά ζητήματα, συμπεριλαμβανομένης της εφηβικής εγκυμοσύνης, συνδέονται στενά με νομικά προβλήματα. Σε πολλές χώρες, δεν υπάρχει σαφής θέση της ιατρικής και νομικής κοινότητας σχετικά με τις διαδικασίες αντιμετώπισης ανήλικης ασθενούς που έχει κάνει σεξουαλική επαφή και αναμένει συμβουλές από γυναικολόγο, εξέταση και συχνά ζητά συνταγή για αντισυλληπτικά χάπια (και αυτό δεν ισχύει μόνο στο πλαίσιο της εφηβικής εγκυμοσύνης). [30-33]

1.6 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

- ▶ Νομοθεσία & Κοινωνικές Παρεμβάσεις: Πρόληψη παιδικών γάμων, αντιμετώπιση σεξουαλικής βίας, δημιουργία υποστηρικτικών κοινωνικών δομών.[1-7]
- ▶ Ενημέρωση και διεύρυνση ευκαιριών
 - Η έλλειψη φροντίδας και ενημέρωσης που αγνοεί τα δικαιώματα και τα συμφέροντά τους μπορεί να αποτρέψει τους νέους από το να αναζητήσουν φροντίδα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει υποστήριξη για την ταυτότητα φύλου και τον σεξουαλικό προσανατολισμό.
 - Οι πάροχοι πρέπει να δεσμευτούν να διεξάγουν ανοιχτό διάλογο για τη σεξουαλική υγεία - συμπεριλαμβανομένης της αντισύλληψης και της πρόληψης λοιμώξεων - για να διευρύνουν την πρόσβαση.
 - Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους νέους σε ανθρωπιστικά περιβάλλοντα, στους μετανάστες, στους άστεγους και στα ευάλωτα άτομα με άλλες παθήσεις.[10-13]
- ▶ Συνεχή συμβουλευτική
 - Η συμβουλευτική υγειονομικής περίθαλψης με ένα νέο άτομο είναι ελλιπής εάν δεν αναφέρει τη σεξουαλική υγεία, συμπεριλαμβανομένου του ασφαλούς, συναινετικού, ευχάριστου σεξ, της αντισύλληψης και της πρόληψης λοιμώξεων.
 - Όταν ενημερώνονται, οι νέοι είναι σε καλύτερη θέση να κάνουν σεξουαλικές και αναπαραγωγικές επιλογές που είναι οι καλύτερες για αυτούς. Η φροντίδα μετά την

έκτρωση και τον τοκετό προσφέρει μια επιπλέον ευκαιρία για τη μείωση του πιθανού μελλοντικού κινδύνου ανεπιθύμητων κυήσεων.

- Η αντιμετώπιση ζητημάτων βιασμού, αιμομιξίας και άλλων μορφών έμφυλης βίας αποτελούν κρίσιμα στοιχεία της φροντίδας για τους νέους.[17-20]
- Διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες και πληροφορίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας
- Η πρόσβαση σε ακριβείς πληροφορίες και οικονομικά προσιτά, ασφαλή προϊόντα επιτρέπει στους νέους να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες που χρειάζονται για να προστατεύσουν την υγεία, τη ζωή και το μέλλον τους.
- Τα εθνικά προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να καθιστούν την αντισύλληψη διαθέσιμη σε όλους τους νέους που τη χρειάζονται, αξιοποιώντας πόρους τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Όπου το επιτρέπουν οι τοπικοί νόμοι, οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνουν πρόσβαση σε ασφαλή άμβλωση και φροντίδα μετά την άμβλωση.
- Χρηματοδότηση υπηρεσιών αντισύλληψης για νεαρές γυναίκες και κορίτσια που διατρέχουν κίνδυνο ανεπιθύμητων ή ακούσιων κυήσεων είναι μια βασική υπηρεσία, αναπόσπαστο μέρος της υγειονομικής περίθαλψης. [20-31]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΣΚΟΠΟΣ

Αυτή η αναδρομική μελέτη διεξήχθη με στόχο την καταγραφή όλων των παιδικών και εφηβικών κυήσεων της Μαιευτικής κλινικής του Π.Γ.Ν.Λάρισας από το 2020 έως το 2024 και η σύγκριση της έκβασης αυτών των κυήσεων με την έκβαση κυήσεων ενήλικων γυναικών (control group).

2.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΑ

Σχεδιασμός μελέτης

Η βάση δεδομένων του τριτοβάθμιου πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της αναδρομικής ανάλυσης κοόρτης βασισμένης στον πληθυσμό από τον Ιανουάριο του 2020 έως τον Μάρτιο του 2024. Εξετάστηκαν όλα τα αρχεία δεδομένων του ιδρύματός μας που αφορούσαν ανήλικες έφηβες μητέρες και τα βρέφη τους. Τα δεδομένα ελέγχθηκαν για εγκυρότητα ή ελλείπουσες τιμές και διορθώθηκαν με την εξέταση των ιατρικών αρχείων τόσο των μητέρων όσο και των νεογνών. Έγινε καταγραφή του ιατρικού φακέλου και του φύλλου τοκετού των ασθενών και πιο συγκεκριμένα καταγράφηκαν η εβδομάδα κύησης, η πολυδυμία, ο τρόπος τοκετού (φυσιολογικός τοκετός, καισαρική τομή, εμβρυουλκία), τα αίτια των καισαρικών τομών, το βάρος γέννησης του νεογνού, η άμεση μεταφορά σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (NICU). Όλα τα δεδομένα αναλύθηκαν ανώνυμα χρησιμοποιώντας κωδικούς αριθμούς με σεβασμό στην ιδιωτικότητα των ασθενών και συλλέχθηκαν στο πλαίσιο των συνήθων διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών.

Κριτήρια ένταξης

Στην ομάδα μελέτης συμπεριελήφθησαν όλες οι έφηβες ηλικίας μεταξύ 12 και 20 ετών που γέννησαν μετά από 24 πλήρεις εβδομάδες κύησης σε νεογνό βάρους άνω των 500 γραμμαρίων στο 5ετές χρονικό πλαίσιο της μελέτης. Στο νοσοκομείο, δεν έχουν καταγραφεί γεννήσεις από έφηβες ηλικίας 10 ή 11 ετών. Όλες οι γυναίκες που γέννησαν στο ίδιο χρονικό πλαίσιο ηλικίας μεταξύ 21 και 54 ετών συμπεριλήφθηκαν στην ομάδα ελέγχου.

Η μητρική ηλικία ορίστηκε ως η ηλικία της μητέρας σε συμπληρωμένα έτη κατά τη στιγμή του τοκετού. Κατηγοριοποιήσαμε γενικά τις γυναίκες σε ενήλικες (21-54 ετών ως ομάδα αναφοράς) και εφήβους (<20 ετών).

Στατιστική ανάλυση

Η εφαρμογή SPSS, έκδοση 24 (IBM Corp. Κυκλοφόρησε το 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Έκδοση 24.0. Armonk, Νέα Υόρκη, ΗΠΑ: IBM Corp.), χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση δεδομένων. Για κάθε τύπο μεταβλητής, ξεχωριστά, τα στατιστικά στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των δεδομένων ήταν απόλυτες και σχετικές συχνότητες ή μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις. Οι συχνότητες των κατηγορικών μεταβλητών συγκρίθηκαν και ο μέσος όρος ελήφθη υπόψη για τα αριθμητικά δεδομένα. Στους πίνακες συνάφειας, εφαρμόστηκε από προεπιλογή το τεστ χ^2 . Το ακριβές τεστ του Fisher χρησιμοποιήθηκε εάν δεν ικανοποιούνταν τα κριτήρια συνέπειας.

2.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

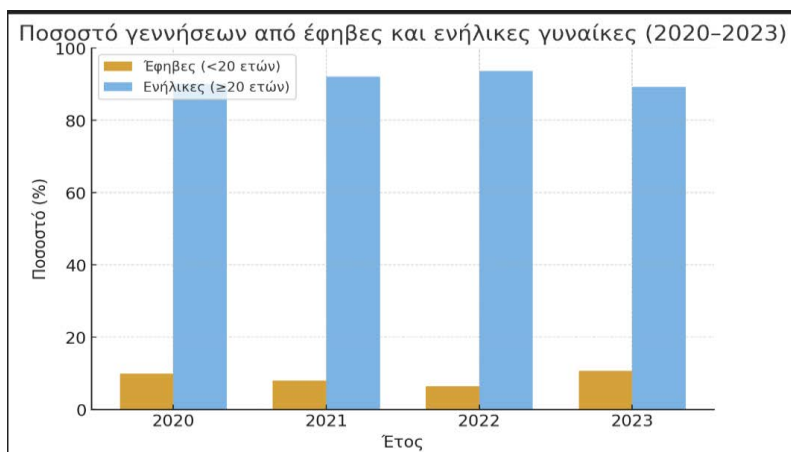
Προσπαθώντας να μεταφέρουμε τα ευρήματά με μεθοδικό τρόπο, θα τα χωρίσουμε σε περιγεννητικά και νεογνικά αποτελέσματα. Αρχικά, θα συγκρίνουμε τα αποτελέσματα δυο ομάδων εγκύων γυναικών: η πρώτη ομάδα περιλάμβανε όλες τις περιπτώσεις που ήταν κάτω των 20 ετών και η δεύτερη ομάδα περιλάμβανε όλες τις περιπτώσεις ηλικίας >20 ετών. Μετά την εφαρμογή των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού, καταγράφηκαν 342 κορίτσια ηλικίας 12 έως 20 ετών (μέση ηλικία 17 έτη, SD=2) και συνολικά εντοπίστηκαν 3559 ενήλικες γυναίκες ηλικίας μεταξύ 20 και 54 ετών (μέση ηλικία 32.4, SD=5.6).

Το 2020 γέννησαν συνολικά 1189 γυναίκες από τις οποίες 118 ήταν κορίτσια κάτω των 20 ετών (ποσοστό 9,9%) και 1071 γυναίκες άνω των 20ετών.

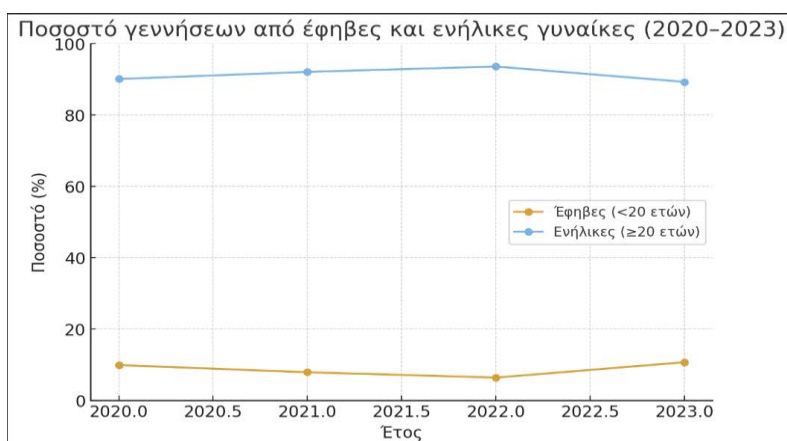
Το 2021 γέννησαν συνολικά 979 γυναίκες – 78 έφηβες (ποσοστό 7,9%) και 901 ενήλικες γυναίκες.

Το 2022 γέννησαν συνολικά 767 γυναίκες – 49 έφηβες (ποσοστό 6,4%) και 718 ενήλικες γυναίκες.

Το 2023 γέννησαν συνολικά 786 γυναίκες – 76 έφηβες (ποσοστό 10,7%) και 710 ενήλικες γυναίκες.



Πίνακας 2.1 : Ποσοστό γεννήσεων από έφηβες και ενήλικες γυναίκες τα έτη 2020-2023



Γράφημα ποσοστού γεννήσεων 2020-2023

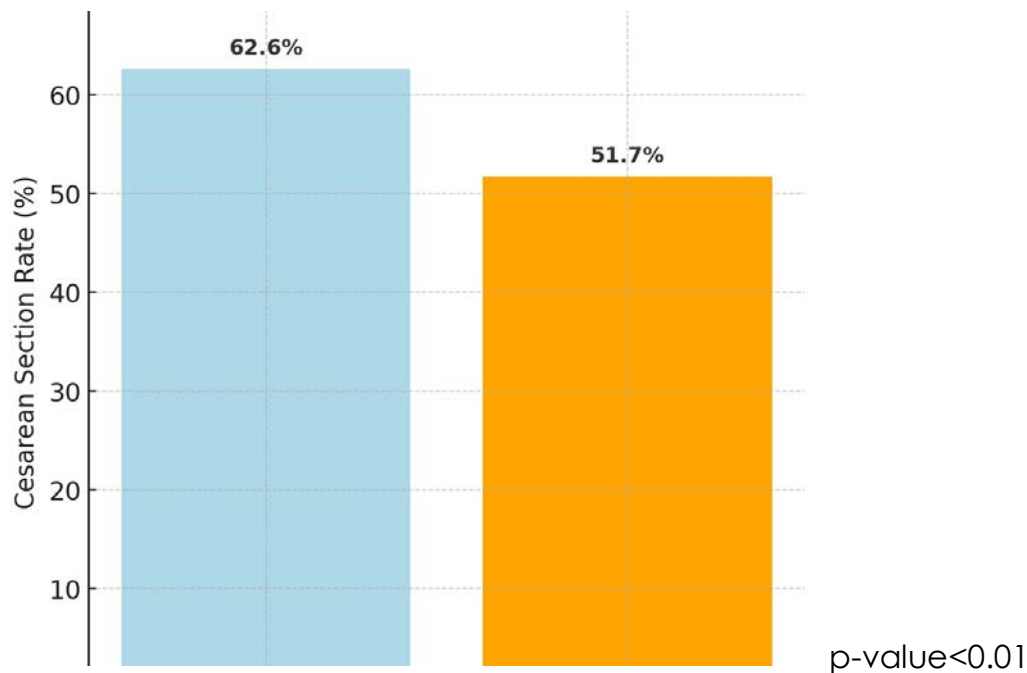
Όπως φαίνεται και από τα παραπάνω γραφήματα οι συνολικές γεννήσεις μειώθηκαν σημαντικά από 1.189 (2020) σε 767 (2022), αλλά το 2023 παρατηρείται μικρή αύξηση (786). Όσον αφορά τις γεννήσεις από έφηβες: Μειώνονται σταθερά από 118 (2020) σε 49 (2022). Το 2023 όμως υπάρχει αύξηση και στις έφηβες και μάλιστα το ποσοστό που σημειώνεται (10,7%) είναι το **υψηλότερο ποσοστό της τετραετίας**.

Από την άλλη πλευρά το ποσοστό των ενηλίκων παρουσιάζει μια αντίστροφη τάση όπου αυξάνεται ως το 2022 και μειώνεται το 2023.

2.3.1 ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΑΙΤΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Το ποσοστό καισαρικών τομών στις έφηβες ήταν 51,7% (177 έφηβες) ενώ το ποσοστό των καισαρικών τομών στις ενήλικες γυναίκες ήταν 62,6% (2225 γυναίκες).



Πίνακας 2.2 : Σύγκριση ποσοστού καισαρικών τομών

Contingency Tables

ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ	GROUP		Total
	0	1	
0	1329	165	1494
1	2227	177	2404
Total	3556	342	3898

Chi-Squared Tests

	Value	df	p
X ²	15.602	1	< .001
N	3898		

Note. Each cell displays the observed counts

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ ROBSON

Από τις καισαρικές που πραγματοποιήθηκαν στις έφηβες το 50,2% (89 έφηβες) ανήκει στην κατηγορία 2 κατά τη ROBSON ταξινόμηση. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι πρωτοτόκες με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή και ≥ 37 εβδομάδες όπου γίνεται πρόκληση τοκετού ή καισαρική πριν την έναρξη του τοκετού.

Το 17,5% (31 έφηβες) ανήκει στην κατηγορία 5 όπου περιλαμβάνονται οι πολυτόκες με τουλάχιστον μία προηγούμενη καισαρική με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή και ≥ 37 εβδομάδες.

Το 14,1% (25 έφηβες) ανήκει στην κατηγορία 10, όπου περιλαμβάνονται όλες οι γυναίκες με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή και <37 εβδομάδες (πρόωρος τοκετός).

Το 8,5% (15 έφηβες) ανήκει στην κατηγορία 6, όπου ανήκουν οι γυναίκες με μονήρη κύηση και ισχιακή προβολή.

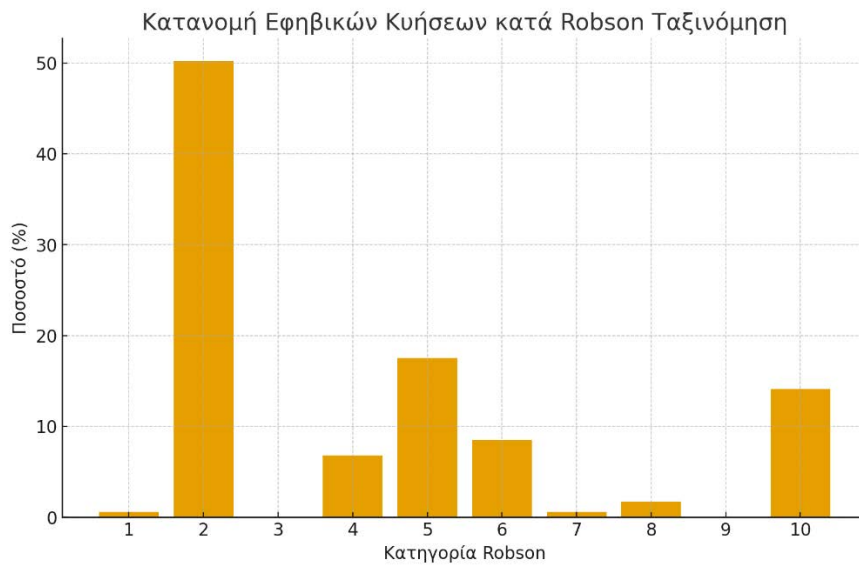
Το 6,8% (12 έφηβες) ανήκει στην κατηγορία 4, όπου περιλαμβάνονται οι πολυτόκες (χωρίς προηγούμενη καισαρική τομή) με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή και ≥ 37 εβδομάδες .

Το 1,7% στην κατηγορία 8 όπου περιλαμβάνονται όλες οι πολύδυμες κύσεις.

Το 0,6% (1 έφηβη) ανήκει στην 1 κατηγορία όπου περιλαμβάνονται οι πρωτοτόκες με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή , ≥ 37 εβδομάδες και αυτόματη έναρξη τοκετού.

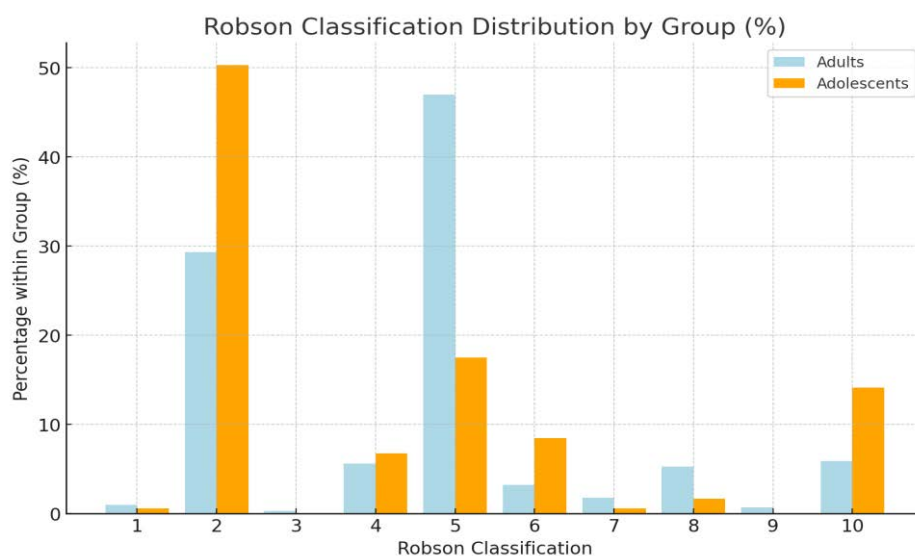
Το 0,6 (1 έφηβη) ανήκει στην κατηγορία 7 όπου περιλαμβάνονται όλες οι πολυτόκες (συμπεριλαμβανομένων και των πρωτοτόκων) με μονήρη κύηση και εγκάρσια ή λοξή προβολή.

Τέλος δεν υπήρχε καμία εφηβική κύηση που να ανήκει στις κατηγορίες 3 (πολυτόκες χωρίς προηγούμενη κύηση, με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή, ≥ 37 εβδομάδες και αυτόματη έναρξη τοκετού) και 9 (όλες οι γυναίκες με μονήρη κύηση και ανώμαλες προβολές πχ μετωπιαία, προσωπική)



Πίνακας 2.3: Κατανομή εφηβικών κυήσεων κατά ROBSON

Το ποσοστό των καισαρικών τομών στις ενήλικες γυναίκες ήταν 62,6% (2225 γυναίκες) Από αυτές το 47% (1045 γυναίκες) ανήκουν στην κατηγορία 5 κατά ROBSON, το 29,3% (652 γυναίκες) ανήκουν στην κατηγορία 2, το 5,8% (131 γυναίκες) ανήκει στην κατηγορία 10, το 5,6% (125 γυναίκες) ανήκει στην κατηγορία 4, το 5,3% (117 γυναίκες) ανήκει στην κατηγορία 8, το 3,2% (72 γυναίκες) ανήκει στην κατηγορία 6, το 1,8% (39 γυναίκες) στην κατηγορία 7, το 1% (22 γυναίκες) στην κατηγορία , το 0,7% (15 γυναίκες) στην κατηγορία 9 και τέλος το 0,3% (7 γυναίκες) στην κατηγορία 3.



Πίνακας 2.4 : Robson Ταξινόμηση -Σύγκριση έφηβων και ενηλίκων

Όπως φαίνεται και από το παραπάνω γράφημα οι έφηβες είναι κυρίως πρωτοτόκες και ανήκουν στην κατηγορία 2 κατά ROBSON ενώ οι ενήλικες έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό τους στην κατηγορία 5 λόγω προηγούμενων τοκετών και καισαρικών.

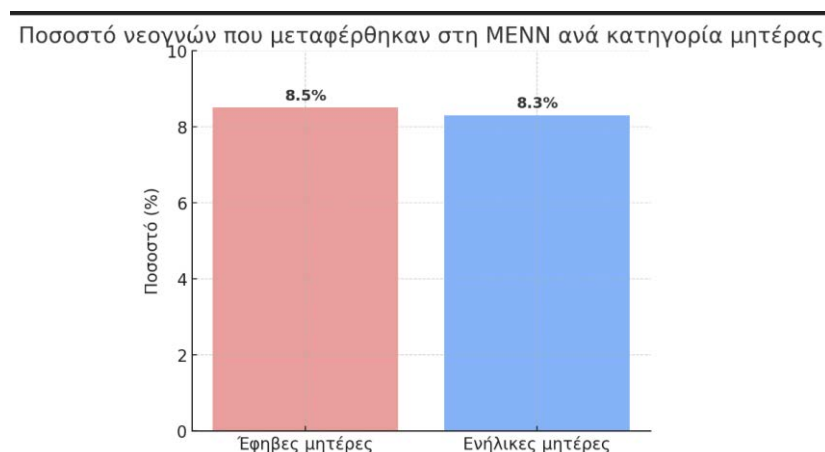
ΠΟΣΟΣΤΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ

Το ποσοστό των εφήβων που γέννησε φυσιολογικά ήταν 45,1% (154 έφηβες) ενώ το ποσοστό των ενηλίκων ήταν 34,1% (1216 γυναίκες).

Το 3,2% των εφήβων (11 έφηβες) που γέννησαν φυσιολογικά γέννησαν με εμβρυουλκία. Ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις ενήλικες ήταν 3,3% (118 γυναίκες).

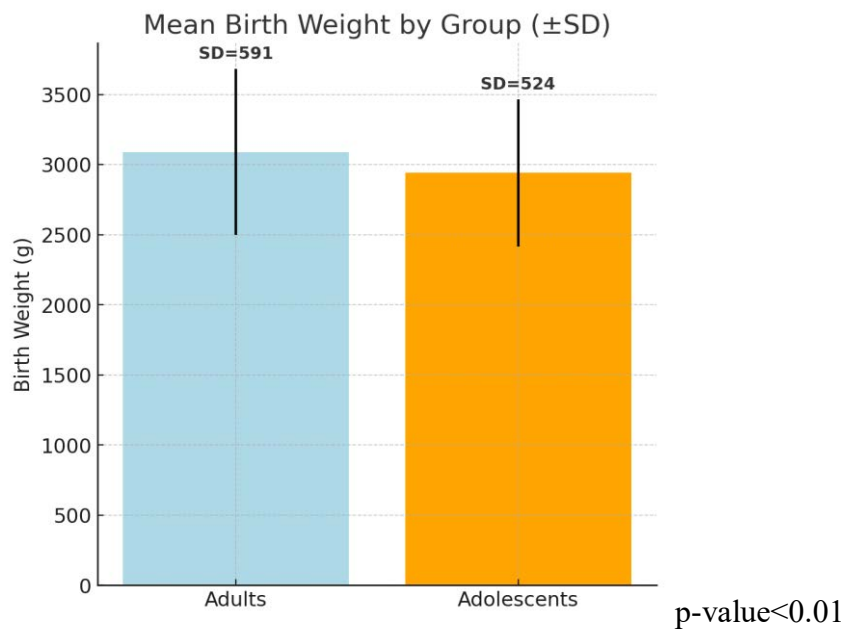
2.3.2 ΝΕΟΓΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 8,5 % των νεογνών έφηβων μητέρων (29 νεογνά) μεταφέρθηκαν άμεσα μετά τον τοκετό στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών ενώ για τις ενήλικες μητέρες το ποσοστό ήταν 8,3% (295 νεογνά).



Πίνακας 2.5 : Ποσοστό νεογνών που μεταφέρθηκαν στην MENN

Το μέσο βάρος γέννησης για τις έφηβες ήταν 2940γρ. (SD =524) ενώ για τις ενήλικες ήταν 3090γρ. (SD =591).



Πίνακας 2.6: Μέσο βάρος γέννησης

2.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εφηβική κύηση αποτελεί ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα, καθώς και πρόβλημα υγείας. Παρά την πτωτική τάση, η κοινωνία συνεχίζει να αντιμετωπίζει το πρόβλημα της εφηβικής εγκυμοσύνης υψηλού κινδύνου. Ο συνεχιζόμενος στιγματισμός των κοριτσιών που έχουν εισέλθει πρόωρα στη μητρότητα, καθώς και η αρνητική αντίδραση των γονέων και η έλλειψη υποστήριξης από αυτούς, επιβαρύνει ιδιαίτερα ψυχικά τις ανήλικες μητέρες και συχνά οδηγεί σε κατάθλιψη και χρήση διεγερτικών, τα οποία επιδεινώνουν τον ήδη αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών της εγκυμοσύνης.

Ανακεφαλαιώνοντας, στην παρούσα μελέτη παρουσιάστηκε πως το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η διακοπή του σχολείου από την έφηβη αποτελούν κάποιους από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου που συντελούν στην εμφάνιση της εφηβικής εγκυμοσύνης. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων, διαπιστώθηκε ότι σημαντικός αριθμός εφήβων-εγκύων εξακολουθεί να μην έχει επαρκή ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ενώ σημαντικό ποσοστό υιοθετούσε μη υγιεινές συμπεριφορές, όπως είναι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης ή η άρνηση θηλασμού μετά το τοκετό. Μεγάλος αριθμός εφήβων μητέρων φάνηκε πως δεν έχει ενημέρωση για μεθόδους αντισύλληψης με αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενες κυήσεις σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Στη παρούσα μελέτη καταγράφηκε αυξημένο ποσοστό επεμβατικού τοκετού και καισαρικής τομής με ότι αυτό συνεπάγεται για την αύξηση της περιγεννητικής νοσηρότητας. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό πως μόνο η πρόληψη μπορεί να βοηθήσει ώστε να μειωθούν οι συνέπειες που έχει η εφηβική εγκυμοσύνη τόσο στην υγεία της εφήβου όσο και τις συνέπειες σε κοινωνικό επίπεδο. Η έμφαση πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση των εφήβων και τη σωστή ενημέρωση μέσα από προγράμματα σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία και στην κοινότητα. Η καλή αναπαραγωγική υγεία, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από το επίπεδο ενημέρωσης των ατόμων, σχετικά με μέτρα αντισύλληψης.

Η λήψη των αποφάσεων, όσον αφορά τη σεξουαλική και αναπαραγωγική συμπεριφορά, προϋποθέτει σαφώς ορθή και έγκαιρη πληροφόρηση. Ως επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να συνεργαστούμε με τους φορείς της εκπαίδευσης, τους γονείς και τους κοινωνικούς φορείς με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας βατών, προσβάσιμων και προσαρμοσμένων στις ανάγκες της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας με έμπρακτη υποστήριξη των εφήβων εγκύων και γονέων, η οποία θα περιλαμβάνει τη πρόληψη μιας δεύτερης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, επιστροφή στην εκπαίδευση μέσω της βοήθειας που παρέχεται για τη φύλαξη

του παιδιού των εφήβων γονέων και προγράμματα που παρέχουν ενίσχυση για τους γονείς και τα παιδιά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al., *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute; 2020.
2. Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. *Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*. New York: Guttmacher Institute; 2016.
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *Fertility among young adolescents aged 10 to 14 years*. New York: UNDESA, PD, 2020.
4. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects, 2019 Revision: Age-specific fertility rates by region, subregion, and country, 1950-2100 (births per 1,000 women) Estimates. Online Edition [cited 2021 Dec 10].
5. Zambia Statistics Agency, Ministry of Health (MOH) Zambia, and ICF. *Zambia Demographic and Health Survey 2018*. Lusaka, Zambia, and Rockville, Maryland, USA: Zambia Statistics Agency, Ministry; 2018.
6. Philippine Statistics Authority (PSA) and ICF. *Philippines National Demographic and Health Survey 2017*. Quezon City, Philippines, and Rockville, Maryland, USA: PSA and CF; 2018.
7. Chung, W.H, Kim, ME., Lee, J. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Adolescence*. 2018; 69: 180-188.
8. World Health Organization, 2017, Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva, 2017.

9. World Health Organization, 2024, Global burden of disease estimates 2000-2021, Geneva, 2024.
10. Azzopardi P, et al. 2019. Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990–2016. *The Lancet*, VOLUME 393, ISSUE 10176, P1101-1118, March 16, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32427-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32427-9).
11. Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J., & Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention, and potential. *Lancet*, 369(9568), 1220–1231. Crossref. PubMed. Web of Science.
12. Rafalimanana, H. (2006). Adolescent Fertility in the developing world: Levels and Trends in the 1990s and early 2000s. Population Association of America (United Nations). <http://paa2006.princeton.edu/papers/60711>.
13. United Nations Population Fund. (2007). Giving girls today and tomorrow: Breaking the cycle of teenage pregnancy.
14. World Health Organization (WHO). (2020). *Adolescent pregnancy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
15. Leftwich HK, Marcus Vinicius Ortega Alves M. Adolescent pregnancy. *Pediatric clin North Am*. 2017;64(2):381–388.doi: 10.1016/j.pcl.2016.11.007.
16. Adolescent Pregnancy. World Health Organization; Who library cataloguing-in-Publication Data 2004. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
17. Silber TJ. ethical considerations concerning adolescents consulting for contraceptive services. *J Fam Pract*.1982;15(5):909–911.

18. Rosenfield AG. Reproductive health. An ethical perspective. *J Reprod Med.* 1994;39(5):337–342.
19. Mann I, Bateson D, Black K. teenage pregnancy. *Aust J Gen Pract.* 2020;49(6):310–316. doi: 10.31128/AJGP-02-20-5224.
20. Plagens-Rotman K, Merks P, Jarząbek-Bielecka G, et al. the importance of educational activities promoting health in obstetrics and gynecology—selected issues taking into account nutritional aspects. *clin exp Obstet Gynecol.* 2021;48(6):1279–1283. doi: 10.31083/j.ceog480620.
21. Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al., *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019.* New York: Guttmacher Institute; 2020.
22. Hodgkinson SC, Colantuoni E, Roberts D, Berg-Cross L, Belcher HM. Depressive symptoms and birth outcomes among pregnant teenagers. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010;23(1):16–22
23. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord.* 2003;74(1):5–13
24. Boden JM, Fergusson DM, John Horwood L. Early motherhood and subsequent life outcomes. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(2):151–160
25. Liberto TL. Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. *J Pediatr Health Care.* 2012;26(2):109–117
26. Gillmore MR, Gilchrist L, Lee J, Oxford ML. Women who gave birth as unmarried adolescents: trends in substance use from adolescence to adulthood. *J Adolesc Health.* 2006;39(2):237–243
27. Hellenic Statistical Authority (ELSTAT): Total country data: live births per year of occurrence, by age of mother and marital status of the newborn (1980-2023). (2024).

Accessed: December 27, 2024: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO03/->

28. Part K, Moreau C, Donati S, et al.: Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013, 92:1395-406. [10.1111/aogs.12253](https://doi.org/10.1111/aogs.12253)
29. Torvie AJ, Callegari LS, Schiff MA, Debiec KE: Labor and delivery outcomes among young adolescents. Am J Obstet Gynecol. 2015, 213:95.e1-8. [10.1016/j.ajog.2015.04.024](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.04.024)
30. Matasariu DR, Dumitrascu I, Bujor IE, et al.: Mirroring perinatal outcomes in a Romanian adolescent cohort of pregnant women from 2015 to 2021. Diagnostics (Basel). 2023, 13:2186. [10.3390/diagnostics13132186](https://doi.org/10.3390/diagnostics13132186)
31. Bell Monica C., Edin Kathryn, Wood Holly Michelle, Mondé Geniece Crawford. 2018. "Relationship Repertoires, the Price of Parenthood, and the Costs of Contraception." *Social Service Review* 92(3):313–48 (<https://doi.org/10.1086/699159>).
32. Youth Risk Behavior Survey Data Summary & Trends Report: 2011-2021. National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Division of Adolescent and School Health Data Summary & Trends Report, US Department of Health and Human Services, Washington, DC, 2023.
33. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, Azevedo LM, Evangelista CB., Einstein (Sao Paulo). 2015 Oct-Dec;13(4):618-26. doi: 10.1590/S1679-45082015RW3127. Epub 2015 Jun 9. PMID: 26061075, Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature

34. Lida-Maria Exarchos , Georgios K Markantes , Maria I Stamou , Georgios Michail, Georgios Androutsopoulos , Apostolos Kaponis , George Adonakis , Neoklis A Georgopoulos (2021) Teenage pregnancies in Western Greece: experience from a university hospital setting DOI: 10.1007/s42000-021-00337-8

35. Tsikouras P, Dafopoulos A, Trypsianis G, Vrachnis N, Bouchlariotou S, Liatsikos SA, Dafopoulos K, Maroulis G, Galazios G, Teichmann AT, Von Tempelhoff GF (2012) Pregnancies and their obstetric outcome in two selected age groups of teenage women in Greece. *J Matern Fetal Neonatal Med* 25:1606–1611 - DOI

36. Panagopoulos P, Salakos N, Bakalianou K, Davou E, Iavazzo C, Paltoglou G, Liapis A: Adolescent pregnancy in a Greek public hospital during a six-year period (2000-2005): a retrospective study. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2008, 21:265-8. 10.1016/j.jpog.2008.05.003

37. Ziti P, Christodoulaki C, Antoninis E, et al. (September 01, 2025) Trends in Teenage Pregnancy Before, During, and After the COVID-19 Pandemic: A Retrospective Study From a Greek Public Hospital (2015-2024). *Cureus* 17(9): e91444. doi:10.7759/cureus.91444

38. Nikolaos Vlachadis, Maria Siori, Georgios Petrakos, Periklis Panagopoulos, Eleni Kornarou, Anastasia Barbouni, Nikolaos Antonakopoulos, Maria Tigka, Aikaterini Lykeridou, Nikolaos Vrachnis, Tracing Time Trends of Births in Greece, *Cureus*, 10.7759/cureus.34040, (2023).