

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ

ΒΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ
ΕΦΗΒΕΙΑ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΔΙΑΜΑΝΤΗ
ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΜΑ01235
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΚΑΜΠΟΥΡΗΣ

Περίληψη

Εισαγωγή: Η εγκυμοσύνη που σχετίζεται με βιασμό (Rape Related Pregnancy) αποτελεί ένα ιδιαίτερα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας με το οποίο συνδέονται η σεξουαλική βία και η αναπαραγωγική υγεία, με την εφηβική εγκυμοσύνη να αποτελεί παγκοσμίως ένα ιατρικό και κοινωνικό ζήτημα, με πληθώρα επιπτώσεων τόσο για τη σωματική υγεία των εφήβων και των νεογνών τους, όσο και με ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις.

Σκοπός: Η μελέτη των επιπτώσεων της εγκυμοσύνης που συνδέεται με βιασμό στην εφηβική ηλικία και η ανάδειξη του ρόλου της μαίας στην διαχείριση και αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed και Scopus με την χρήση συγκεκριμένων λέξεων.

Αποτελέσματα: Οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού αποτελούν βασικές αιτίες θανάτου μεταξύ των έφηβων κοριτσιών. Οι έφηβες μητέρες αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικής νοσηρότητας, ενώ η πρόωρη τεκνοποίηση επηρεάζει αρνητικά και την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και ενδυνάμωση των κοριτσιών.

Συμπεράσματα: Η εγκυμοσύνη που σχετίζεται με βιασμό εμφανίζεται με σημαντική συχνότητα σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ αποτελεί την αιτία πολλών ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων και συνδέεται στενά με την οικογενειακή και ενδοοικογενειακή βία. Επομένως, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση έτσι ώστε να είναι σε θέση να διαχειρίζονται περιστατικά

εγκυμοσύνης από βιασμό σε κορίτσια στην εφηβική ηλικία και να παρέχουν την κατάλληλη συμβουλευτική υποστήριξή τους.

Λέξεις-κλειδιά: βιασμός στην εφηβεία, εγκυμοσύνη στην εφηβεία, επιπολασμός εφηβικής εγκυμοσύνης.

Abstract

Introduction: Rape Related Pregnancy is a very serious public health problem linked to sexual violence and reproductive health, with adolescent pregnancy being a worldwide medical and social issue, with multiple effects on the physical health of adolescents and their newborns, as well as on psychological and social implications.

Aim: To study the effects of pregnancy associated with adolescent rape and to highlight the role of the midwife in the management and treatment of such cases.

Material and Method: A literature review was performed on Pubmed and Scopus databases using specific words.

Results: Complications of pregnancy and childbirth are one of the leading causes of death among adolescent girls. Adolescent mothers face an increased risk of perinatal morbidity, while premature birth also negatively affects the socio-economic development and empowerment of girls.

Conclusions: Pregnancy related to rape occurs with a significant frequency worldwide, while it is the cause of many unwanted e-pregnancies and is closely related to domestic and domestic violence. Therefore, health professionals should be properly trained to be able to manage cases of teenage rape pregnancies and provide appropriate counseling support.

Keywords: adolescent rape, adolescent pregnancy, prevalence of adolescent pregnancy.

Περιεχόμενα

Περίληψη	1
Abstract.....	3
Κεφάλαιο 1: Εγκυμοσύνη στην εφηβεία	8
1.1 Ορισμός εγκυμοσύνης.....	8
1.2 Συμπτώματα κύησης.....	8
1.3 Πιθανά σημεία κύησης.....	10
Κεφάλαιο 2 : Η εφηβεία	13
2.1 Ο ορισμός	13
2.2 Σωματικές αλλαγές κατά την διάρκεια της εφηβείας.....	13
2.3 Στοιχεία εγκυμοσύνης στην εφηβεία	15
2.4 Παράγοντες εγκυμοσύνης στην εφηβεία.....	17
Κεφάλαιο 3: Βιασμός και εγκυμοσύνη στην εφηβεία	19
3.1 Ορισμός βιασμού.....	19
3.2 Επιπτώσεις Βιασμού	21
3.3 Στατιστικά στοιχεία βιασμών στην εφηβεία	23
3.4 Εγκυμοσύνη που σχετίζεται με βιασμό.....	24
Κεφάλαιο 4: Η μαΐα	27
4.1 Γενικά στοιχεία για τον ρόλο της μαΐας.....	27
4.2 Ο ρόλος της μαΐας σε εγκυμοσύνη στην εφηβεία	29
4.3 Ο ρόλος της μαΐας σε εγκυμοσύνη που σχετίζεται με βιασμό στην εφηβεία .	33
Συζήτηση - Συμπεράσματα	46
Βιβλιογραφία	49

Εισαγωγή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) έχει ορίσει τα χρόνια της εφηβείας από τα 10-19 έτη, με σκοπό να συμπεριλάβει όλες εκείνες τις διαφορετικές κοινωνικό-πολιτισμικές καταστάσεις που προσδιορίζουν τη διάρκεια της. Με τον χρονικό αυτό προσδιορισμό περιλαμβάνεται η περίοδος των αναπτυξιακών μεταβολών από την παιδική ηλικία στην εφηβεία, αλλά και η περίοδος από την εφηβεία στην πρόωμη ενήλικη ζωή (CDC, 2021).

Η εγκυμοσύνη που σχετίζεται με βιασμό (Rape Related Pregnancy) αποτελεί ένα ιδιαίτερα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας με το οποίο συνδέονται η σεξουαλική βία και η αναπαραγωγική υγεία, με την εφηβική εγκυμοσύνη να αποτελεί παγκοσμίως ένα τόσο ιατρικό όσο και κοινωνικό πρόβλημα για τη σωματική υγεία των εφήβων και των νεογνών τους, αλλά και με ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις (CDC, 2021).

Περίπου 18 εκατομμύρια γυναίκες έχουν βιώσει βιασμό στη διάρκεια της ζωής τους, με τις γυναίκες που βιάστηκαν από έναν νυν ή πρώην σύντροφο να εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες για RRP (26%) σε σύγκριση με εκείνες που βιάστηκαν από έναν γνωστό (5,2%) ή έναν άγνωστο (6,9%) (CDC, 2021).

Η εγκυμοσύνη που σχετίζεται με βιασμό, ειδικά σε κορίτσια που είναι στην εφηβεία, αποτελεί ένα ανησυχητικό πρόβλημα υγείας με κοινωνικό χαρακτήρα παγκοσμίως (Bearak et al., 2018).

Οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου μεταξύ των έφηβων κοριτσιών. Οι έφηβες μητέρες αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικής νοσηρότητας όπως εκλαμψία, συστηματικές

λοιμώξεις, χαμηλό βάρος γέννησης, πρόωρο τοκετό και σοβαρές νεογνικές παθήσεις (Jonas et al., 2016; Gronvik & Sandoy, 2018). Επιπλέον, η εφηβική εγκυμοσύνη έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV (Christofides et al., 2014), ενώ η πρόωρη τεκνοποίηση επηρεάζει αρνητικά και την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και ενδυνάμωση των κοριτσιών (Ajayi & Ezegebe, 2020).

Βασικός στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελεί η μελέτη των επιπτώσεων της εγκυμοσύνης που συνδέεται με βιασμό στην εφηβική ηλικία και η ανάδειξη του ρόλου της μαίας στην διαχείριση και αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών.

Η εγκυμοσύνη που σχετίζεται με βιασμό εμφανίζεται με σημαντική συχνότητα σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ αποτελεί την αιτία πολλών ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων και συνδέεται στενά με την οικογενειακή και ενδοοικογενειακή βία. Επομένως, κρίνεται αναγκαίο να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή και προσπάθεια στην πρόληψη και τον εντοπισμό ανεπιθύμητων κυήσεων που προκύπτουν από σεξουαλική επίθεση.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση έτσι ώστε να κατέχουν τα απαραίτητα εφόδια για να διαχειρίζονται περιστατικά εγκυμοσύνης από βιασμό σε κορίτσια στην εφηβική ηλικία και να παρέχουν την κατάλληλη συμβουλευτική υποστήριξή τους.

Κεφάλαιο 1: Εγκυμοσύνη στην εφηβεία

1.1 Ορισμός εγκυμοσύνης

Ο όρος εγκυμοσύνη αναφέρεται στη χρονική περίοδο που ξεκινά από τη σύλληψη ως τη γέννηση και η οποία διαρκεί 40 εβδομάδες. Κατά την περίοδο αυτή το σώμα της γυναίκας υφίσταται πλήθος μεταβολών, έτσι ώστε να καταφέρει να αντιμετωπίσει ορθά τις ανάγκες του εμβρύου.

(Bale, 2015).

1.2 Συμπτώματα κύησης

Δευτεροπαθής αμηνόρροια

Η απουσία εμμήνου ρήσεως αποτελεί ένα βασικό σύμπτωμα σε γυναίκες, οι οποίες βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία και κατέχουν ιστορικό φυσιολογικής εμμηνορρυσίας (Kochepour 1996). Συνεπώς στην περίπτωση πρόσφατης σεξουαλικής επαφής και απουσία αναμενόμενης εμμηνορρυσίας, υπάρχουν έντονες πιθανότητες για πιθανή κύηση.

Ναυτία και έμετοι

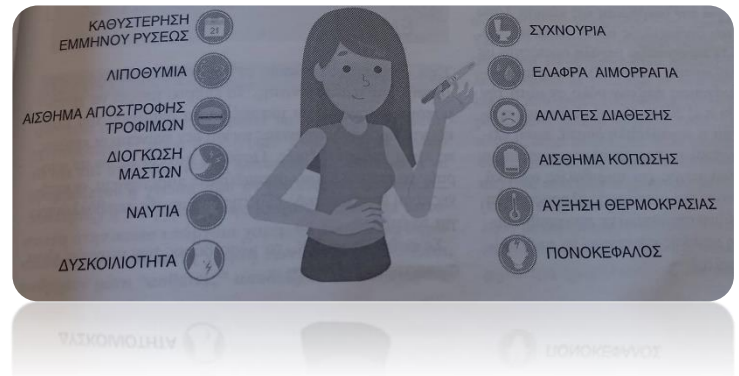
Η ναυτία και οι έμετοι αποτελούν συχνό φαινόμενο καθώς το ποσοστό των γυναικών που αναφέρουν την ύπαρξη αυτών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ξεπερνά το 70 % (Jewell & Young 2001). Οι ενοχλήσεις αυτές είναι από τα αρχικά συμπτώματα της εγκυμοσύνης και συνήθως η διάρκεια τους αγγίζει την δωδέκατη εβδομάδα κύησης, επιπρόσθετα υπάρχει ενδεχόμενο η διάρκεια τους να παραταθεί λόγω συναισθηματικής φόρτισης της εγκύου. Ως βασικό αίτιο της ναυτίας και των έμετων έχει προταθεί η μεγάλη αύξηση τόσο της χοριακής γοναδοτροπίνης όσο και των υπόλοιπων ορμονών, οι οποίες εκκρίνονται από την πλακούντα (Arulkumaran 2004). Αξίζει να σημειωθεί πως τα συμπτώματα γίνονται πιο έντονα σε περιπτώσεις ακατάλληλης διαίτας με μεγάλα και αραιά γεύματα. Η ακραία εκδήλωση των παραπάνω συμπτωμάτων χαρακτηρίζεται ως υπερέμεση κύησης, οι οποία επιφέρει απώλεια βάρους, αφυδάτωση και εισαγωγή στο νοσοκομείο (Andrews & Niebyl 2001).

Αλλαγές των μαστών

Παρατηρείται αυξημένη τάση των μαστών, διόγκωση των φυματίων του Montgomery, βαθύτερη χρώση των θηλών καθώς επίσης υπάρχει πιθανότητα να παρουσιαστεί έκκριση υγρού από αυτές λίγο πριν από την 18^η εβδομάδα. Οι παραπάνω μεταβολές έχουν ως αιτία την αυξημένη και κλιμακούμενη ορμονική επίδραση. Η υπερδιόγκωση των αδένων προκαλείται από την προλακτίνη και την πλακουντιακή γαλακτογόνο ορμόνη καθώς επίσης η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα, η κορτιζόλη και η ινσουλίνη συμβάλλουν στην ανάπτυξη των πόρων του μαστού (Iatrakis 2011). Αξίζει να αναφέρουμε πως κατά την διάρκεια του δεύτερου τριμήνου η πλακουντιακή γαλακτογόνο ορμόνη, διεγείρει την έκκριση του πύατος.

Συχνουρία

Παρουσιάζεται ως επί τον πλείστον μέχρι τις αρχές του δευτέρου τριμήνου καθώς η μήτρα, της οποίας το μέγεθος αυξάνεται, ασκεί πίεση στην ουροδόχο κύστη. Αξίζει να σημειωθεί πως παρατηρείται προοδευτική ύφεση του φαινομένου όταν η μήτρα βγαίνει από την μικρή πύελο.



Εικόνα 1 ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ διαχείριση του Επείγοντος στη Μαιευτική & τη Γυναικολογία 1η έκδοση ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΙΑΤΡΑΚΗΣ & Ε. ΑΝΤΩΝΙΟΥ 2020 ΣΕΛ.19

Δυσκοιλιότητα και κόπωση

1.3 Πιθανά σημεία κύησης

Κυάνωση

Ενδεχομένως να παρουσιαστεί αλλαγή χρώσης τόσο του τραχήλου όσο και του κόλπου της εγκύου, κάτι το οποίο χαρακτηρίζεται ως κυάνωση (Σημείο Chadwick). Για το εύρημα της κυάνωσης ευθύνεται η τοπική υπεραιμία.

Αυξημένες εκκρίσεις

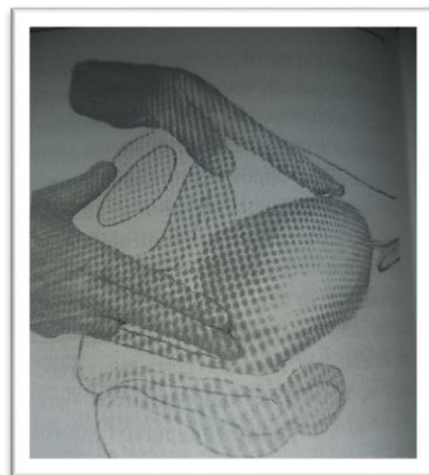
Ένα από τα βασικότερα σημεία εγκυμοσύνης είναι οι αυξημένες κολπικές εκκρίσεις. Η αιτία των αυξημένων εκκρίσεων, είναι τόσο η αυξημένη αποβολίδαση

του κοιλιακού επιθηλίου ,όσο και η αύξηση του όγκου της τραχηλικής βλέννης ,η οποία οφείλεται στην επίδραση των ορμονικών αλλαγών την περίοδο της κύησης.

Μεταβολές σχήματος ,μεγέθους και σύστασης της μήτρας

Κατά την διάρκεια της αμφίχειρης γυναικολογικής εξέτασης, διαπιστώνονται μεταβολές σχετιζόμενες με την μήτρα , οι οποίες έχουν μεγάλη σημασία.

Κατά την διάρκεια της 6^{ης} εβδομάδας κύησης διαπιστώνεται η ύβωση της μήτρας στο σημείο πραγματοποίησης της εμφύτευσης .Το εύρημα αυτό ονομάζεται σημείο Piskacek .



*Εικόνα 2 σημείο Hegar.
(ΙΑΤΡΑΚΗΣ, 2021)*

Διανύοντας την 8^η εβδομάδα κύησης, αναγνωρίζεται μέσω της αμφίχειρης εξέτασης ,η μαλακή σύσταση του ισθμού της μήτρας, γεγονός που προσδίδει την αίσθηση «χωριστής» ψηλάφησης μεταξύ του τραχήλου και του σώματος της μήτρας. Το σημείο αυτό ονομάζεται σημείο Hegar.(εικόνα 3)

Τέλος κατά την διάρκεια της 10^{ης} εβδομάδας κύησης γίνεται αντιληπτή ,με την βοήθεια της πίεσης των δαχτύλων στο σώμα της μήτρας κατά την ψηλάφηση των κοιλιακών θόλων ,η σφαιρική ανάπτυξη του σώματος της μήτρας .Το σημείο αυτό ονομάζεται σημείο Noble.

Υπάρχουν κάποια πιθανά σημεία κύησης(πέραν των συχνότερων που προαναφέρθηκαν) (εικόνα 3)

Πίνακας 17.1. Πιθανά σημεία κύησης (τα πιο "κλασικά" περιγράφονται στο κείμενο).

Σημείο του	Εβδομάδα κύησης	Περιγραφή
Von Fernwald	4-5	Μια ανώμαλη μαλακή περιοχή διαπιστώνεται στον πυθμένα της μήτρας, στο σημείο εμφύτευσης
Ladin	6	Η μήτρα «μαλακώνει» στην πρόσθια μέση γραμμή κατά μήκος της συμβολής σώματος και τραχήλου
McDonald	7-8	Η μήτρα γίνεται εύκαμπτη στη συμβολή σώματος και τραχήλου

Εικόνα 3 σημεία εγκυμοσύνης (ΙΑΤΡΑΚΗΣ, 2021)

Κεφάλαιο 2 : Η εφηβεία

2.1 Ο ορισμός

Ο ΠΟΥ έχει προβεί στην δημιουργία ενός κλασσικού και ακριβούς ορισμού για την εφηβεία .Εφηβεία χαρακτηρίζεται η περίοδος η οποία αρχίζει στην ηλικία των 10 ετών έως την ηλικία των 19 ετών .Η περίοδος αυτή τέμνεται σε 3 στάδια, τα οποία σχετίζονται με την ανάπτυξη. Το Α στάδιο αποτελεί την πρώιμη εφηβεία και πρόκειται για τα έτη 10 έως 13.Το Β στάδιο ονομάζεται Μέση εφηβεία και ορίζεται από τα έτη 14 έως 15.Τέλος το Γ στάδιο είναι η όψιμη εφηβεία όπου πρόκειται για τις ηλικίες 15 έως 19.Αξίζει να σημειωθεί πως κάθε στάδιο της εφηβείας επιφέρει ποικίλες αλλαγές τόσο σε ψυχοκοινωνικό όσο σε σωματικό αλλά και γνωστικό επίπεδο

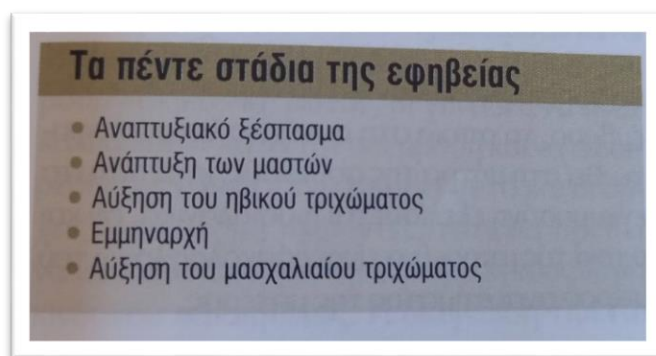
2.2 Σωματικές αλλαγές κατά την διάρκεια της εφηβείας

Κατά την διάρκεια της εφηβείας η αλληλουχία ποικίλων γεγονότων, φέρει ως αποτέλεσμα την δημιουργία μιας γόνιμης γυναίκας .Μια από τις βασικότερες αλλαγές στο σώμα μιας εφήβου είναι η ανάπτυξη των μαστών της. Σύμφωνα με τον Tanner η παραγωγή οιστραδιόλης από την ωοθήκη, η οποία εξαρτάται άμεσα από την έκκριση της GnRH.Η ανάπτυξη του μαστού πραγματοποιείται τμηματικά .Αρχικά αυξάνεται το σώμα του μαστού και ύστερα επέρχεται η ανάπτυξη της θηλαίας άλω, γεγονός το οποίο οδηγεί στην δημιουργία μιας άλω εμφανώς εξέχουσας συγκριτικά με τον υπόλοιπο μαστό. Το παραπάνω αποτελεί το στάδιο 4 σύμφωνα με τον Tanner.Κατά την διάρκεια του τελικού σταδίου ο μαστικός ιστός συνεχίζει να αυξάνει και τελικώς συνενώνεται με την θηλαία άλω.

Η αμέσως επόμενη αλλαγή η οποία δημιουργείται στο σώμα μιας εφήβου είναι η εμφάνιση του ηβικού τριχώματος. Η αύξηση του πραγματοποιείται τμηματικά εξίσου, αρχίζοντας από τα χείλη ,επεκτείνεται σταδιακά στο εφηβαίο και καταλήγει στις βουβωνικές χώρες. Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός πως είναι απολύτως φυσιολογικό το ηβικό τρίχωμα να αυξάνεται κατά μήκος της μέσης γραμμής προς τον ομφαλό της εφήβου.

Εξίσου βασική αλλαγή στο σώμα μιας εφήβου αποτελεί το αναπτυξιακό της ξέσπασμα. Η αυξητική αυτή έκρηξη αρχίζει γύρω στα 11 χρόνια ,ο ρυθμός κατά των οποίο αυξάνει είναι περίπου 6-10 cm το χρόνο για τα επόμενα 2 χρόνια. Τέλος τα οιστρογόνα επιδρούν στην τελική πλάκα του μηριαίου οστού και η αύξηση παύει γεγονός που σημαίνει πως στην ηλικία των 15 χρόνων η πλειοψηφία των κοριτσιών έχουν αποκτήσει το τελικό τους ύψος.

Τέλος, κάνει την εμφάνιση της η πρώτη έμμηνος ρύση, γεγονός που υπάρχει πιθανότητα να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή μεταξύ των ηλικιών 9-17 ετών. Δεδομένου του ότι ο άξονας υποθαλάμου υπόφυσης-ωοθηκών δεν έχει ωριμάσει εξ ολοκλήρου στο στάδιο της εμμηναρχής , οι εμμηνορρυσιακοί κύκλοι που ακολουθούν είναι ακανόνιστοι .Επιπροσθέτως η ποσότητα αίματος που αποβάλλεται ποικίλει δεδομένης της ανωριμότητας του άξονα που προαναφέρθηκε. Κατά μέσω όρο θα χρειαστούν περίπου 5-8 χρόνια από την έναρξη της εμμήνου ρύσεως ώστε να αναπτυχθούν πλήρως οι ωορρηκτικοί κύκλοι της γυναίκας. Τον βασικότερο λόγο στις παραπάνω αλλαγές, οι οποίες αφορούν την έμμηνο ρύση, τον κατέχει η φυσιολογία.



Εικόνα 4 TEN TEACHERS ΤΟΜΟΣ 2 Μαιευτική & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ
ΕΥΓΕΝΙΟΣ ΚΟΥΜΑΝΤΑΚΗΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 2008

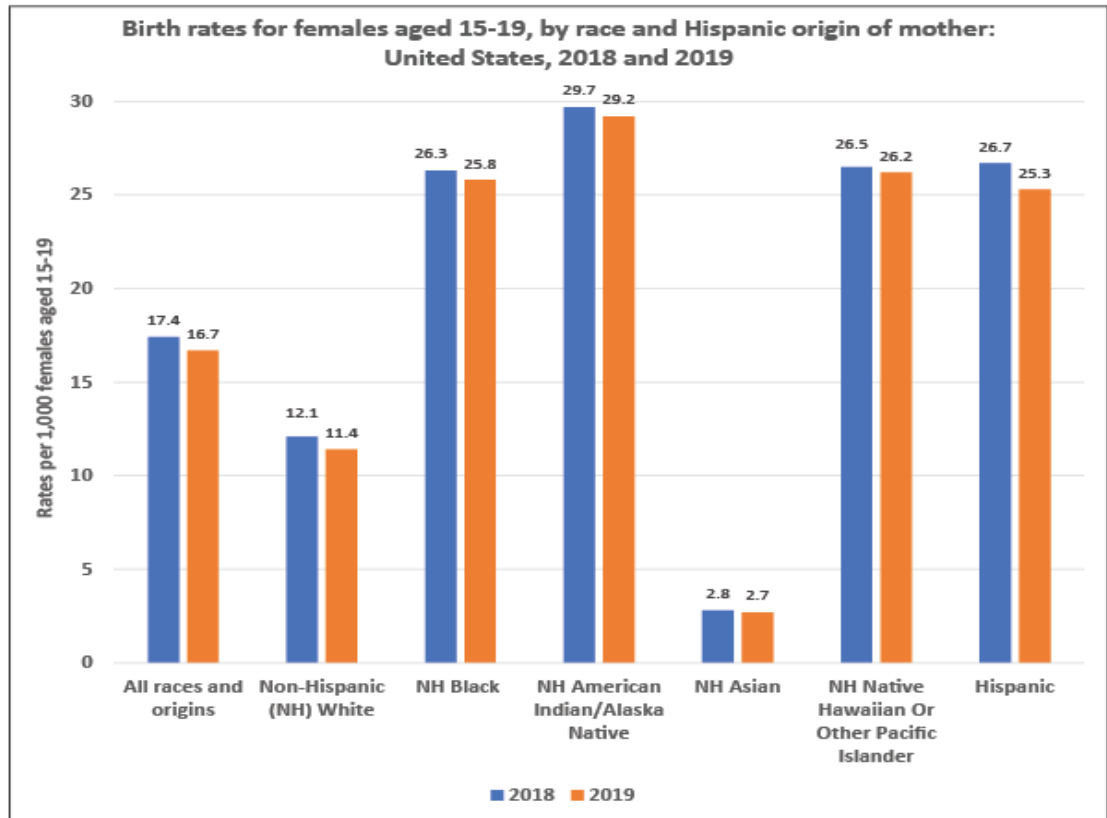
2.3 Στοιχεία εγκυμοσύνης στην εφηβεία

Υπολογίζεται ότι περίπου 16 εκατομμύρια κορίτσια ηλικίας μεταξύ 15 και 19 ετών και 1 εκατομμύριο κορίτσια κάτω των 15 ετών γεννούν κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο. Επιπλέον, το 95% αυτών των τοκετών συγκεντρώνεται στις αναπτυσσόμενες χώρες και εκτιμάται ότι έως το 2035 οι γεννήσεις θα είναι περίπου 20 εκατομμύρια, καθιστώντας την εγκυμοσύνη στην εφηβεία ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας (Fleming et al., 2015; UNPF, 2016).

Στον τομέα της δημόσιας υγείας, η εγκυμοσύνη κατά την διάρκεια της εφηβείας θεωρείται μείζον πρόβλημα λόγω του υψηλού επιπολασμού και των περιγεννητικών κινδύνων. Σύμφωνα με την μελέτη των Oliveira et al. (2014), η εγκυμοσύνη σε αυτή την ηλικία μπορεί να θεωρηθεί υψηλού κινδύνου, ειδικά όταν αφορά εφήβους κάτω των 15 ετών, και συχνά τα περιστατικά αυτά δεν εμπίπτουν στα στατιστικά δεδομένα.

Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο τοκετός και οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης είναι οι κύριες αιτίες νοσηλείας και θανάτου μεταξύ των εφήβων γυναικών στις αναπτυσσόμενες χώρες. Επιπλοκές όπως η αναιμία, η προεκλαμψία και η επιλόχεια αιμορραγία μπορεί να εμφανιστούν σε μεγαλύτερο ποσοστό από ό,τι σε ενήλικες έγκυες γυναίκες (Kirbas et al., 2016).

Η μη επιθυμητή εγκυμοσύνη είναι μια σημαντική αιτία νοσηρότητας στην εφηβεία και η χρήση αποτελεσματικής αντισύλληψης είναι ένας από τους θεμελιώδεις πυλώνες που αποτρέπουν την εμφάνιση αυτού του προβλήματος (Ott & Succato, 2014). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, τα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης είναι τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών υψηλού εισοδήματος (Kumar & Brown). Ωστόσο, υπήρξε μια μείωση από το 1990, η οποία θα μπορούσε να συσχετιστεί με εκπαιδευτικά προγράμματα που προωθούν την υπεύθυνη σεξουαλικότητα και τη χρήση αντισυλληπτικών μεταξύ των εφήβων. Υποστηρίζεται ότι αυτά τα εκπαιδευτικά προγράμματα είναι υπεύθυνα για το 86% αυτής της πτώσης (Pinto, Silva & Surita, 2017).



Εικόνα 5 Ποσοστά γεννήσεων για γυναίκες 15 έως 18 χρόνων, κατά φυλή και ισπανική καταγωγή της μητέρας στις ΗΠΑ τα έτη 2018-2019 (Martin et al 2021)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εικόνας 5, τα ποσοστά γεννήσεων των εφήβων μειώθηκαν από το 2018 έως το 2019 για πολλές φυλετικές ομάδες και για τους Ισπανόφωνους. Πιο αναλυτικά, μεταξύ των νέων ηλικίας 15 έως 19 ετών, τα ποσοστά γεννήσεων εφήβων μειώθηκαν ως εξής (Martin et al., 2021), κατά 5,2% για τις Ισπανόφωνες γυναίκες, 5,8% για μη Ισπανόφωνες λευκές γυναίκες και τέλος κατά 1,9% για μη Ισπανόφωνες μαύρες γυναίκες.

Οι τιμές για μη Ισπανοαμερικανούς Ινδιάνους/Ιθαγενείς της Αλάσκας, μη Ισπανόφωνους Ασιάτες και μη Ισπανόφωνους Ιθαγενείς από τη Χαβάη και άλλους εφήβους από τα νησιά του Ειρηνικού παρέμειναν αμετάβλητες (Martin et al., 2021).

Το 2019, τα ποσοστά γεννήσεων για τους Ισπανόφωνους εφήβους (25,3%) και τους μη Ισπανόφωνους μαύρους εφήβους (25,8%) ήταν υπερδιπλάσια σε σύγκριση με το ποσοστό για τους μη Ισπανόφωνους λευκούς εφήβους (11,4%). Το ποσοστό

γεννήσεων των εφήβων Αμερικανών Ινδιάνων/Ιθαγενών από την Αλάσκα (29,2%) ήταν το υψηλότερο μεταξύ όλων των φυλών/εθνικοτήτων (Martin et al., 2021).

2.4 Παράγοντες εγκυμοσύνης στην εφηβεία

Η εγκυμοσύνη στην εφηβεία αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας το οποίο έχει επιπτώσεις τόσο για τη σωματική όσο και για την συναισθηματική υγεία, την εκπαιδευτική και οικονομική κατάσταση των υποψήφιων γονέων και συχνά επηρεάζει επίσης το νεογνό. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η εγκυμοσύνη στην εφηβεία είναι ένα απρογραμμάτιστο γεγονός και συχνά δύσκολα αποδεκτό από το ζευγάρι. Ειδικότερα, είναι πιο περίπλοκο για τη μέλλουσα μητέρα που ξαφνικά βρίσκεται χωρίς την προστασία του ζευγαριού, της οικογένειάς της και των συντρόφων της στο σχολείο (Loredano-Abdala et al., 2017).

Οι κίνδυνοι στους οποίους εκτίθενται οι νεαρές μητέρες είναι διαφορετικοί, αλλά περιλαμβάνουν πίεση σε παράνομη έκτρωση, εθισμό στα ναρκωτικά, πορνεία και έγκλημα. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι με τόσες πολλές αντιξοότητες, μπορεί η νεαρή μητέρα να κακοποιεί μελλοντικά το παιδί (Loredano-Abdala et al., 2017).

Ένας από τους κυριότερους παράγοντες εγκυμοσύνης στην εφηβεία, είναι οι έφηβες να είναι κόρες έφηβων μητέρων, ενώ το διαζύγιο και η οικογενειακή βία συσχετίζονται με επακόλουθη εφηβική εγκυμοσύνη (Marino et al., 2016).

Ακόμη, η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση που διαδραματίστηκε στην διάρκεια της παιδικής ηλικίας σχετίζεται με την εφηβική εγκυμοσύνη, ενώ υπολογίζεται ότι το ένα πέμπτο των εγκύων Αυστραλών εφήβων βίωσαν βία από έναν σύντροφο ή μέλος της οικογένειας πριν από την ηλικία των 16 ετών (Marino et al., 2016).

Επιπρόσθετα, παράγοντες όπως οι πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι, η συχνότητα του σεξ και η χρήση αντισυλληπτικών έχουν συσχετιστεί σημαντικά με

την εφηβική εγκυμοσύνη. Αντίθετα, η έλλειψη πολλαπλών σεξουαλικών συντρόφων, η σεξουαλική επαφή λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα και η τακτική χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων προστατεύουν σημαντικά από την πιθανότητα μιας εφηβικής εγκυμοσύνης (Ochen, Chi & Lawoko, 2019).

Ακόμη, παράγοντες όπως η ενδοοικογενειακή βία, η σωματική παραμέληση και το διαζύγιο των γονέων σχετίζονται σημαντικά με την εφηβική εγκυμοσύνη, ενώ κοινωνικοί παράγοντες όπως η πίεση των συνομηλίκων, η σεξουαλική κακοποίηση, η έλλειψη ελέγχου στο σεξ και η έλλειψη επίγνωσης συμβάλλουν σε αυξημένα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με ορισμένες μελέτες που έχουν υποδείξει ότι η σεξουαλική κακοποίηση τοποθετεί τα κορίτσια σε υψηλότερο κίνδυνο να βιώσουν εφηβική εγκυμοσύνη. Ενώ, ορισμένοι ερευνητές αποδίδουν τη σχέση μεταξύ σεξουαλικής κακοποίησης και εφηβικής εγκυμοσύνης στις συμπεριφορές των εφήβων, άλλοι υποστηρίζουν ότι τα υπάρχοντα στοιχεία εξακολουθούν να μην είναι πειστικά. Η έρευνα υποστηρίζει τη διαδεδομένη ιδέα ότι οι συνομήλικοι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εφηβική ζωή. Οι έφηβοι με σεξουαλικά ενεργούς φίλους είναι πιο πιθανό να κάνουν οι ίδιοι σεξ. Οι συνομήλικοι μπορούν να επηρεάσουν τις απόψεις των ηλικιακών τους ομάδων, ως εκ τούτου, η κακή επιρροή που οδηγεί σε επικίνδυνες συμπεριφορές όπως: κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, εγκατάλειψη του σχολείου, σεξουαλική δραστηριότητα απροστάτευτη που μπορεί να οδηγήσει σε εγκυμοσύνη (Ochen, Chi & Lawoko, 2019).

Η κοινοτική ευαισθητοποίηση σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των εφήβων βρέθηκε ότι σχετίζεται σημαντικά με την εφηβική εγκυμοσύνη μετά από τροποποίηση του αποτελέσματος από την οικογενειακή κατάσταση. Αυτό το εύρημα είναι παρόμοιο με πολλές μελέτες που έχουν δείξει ότι η δημιουργία ευαισθητοποίησης είναι αποτελεσματική στη μείωση της εφηβικής εγκυμοσύνης (Ochen, Chi & Lawoko, 2019).

Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν προληπτικές στρατηγικές με στόχο τον κίνδυνο πρόωρης εγκυμοσύνης ή απόκτησης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων με την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για αυτήν την ηλικιακή ομάδα (Loredó-Abdala et al., 2017).

Κεφάλαιο 3: Βιασμός και εγκυμοσύνη στην εφηβεία

3.1 Ορισμός βιασμού

Ο βιασμός ορίζεται ως η καταναγκαστική ή υποβοηθούμενη από αλκοόλ/ναρκωτικά πρωκτική, στοματική ή κολπική διείσδυση και αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας (Basile et al., 2014).

Ωστόσο ο βιασμός αποτελεί βασικό κομμάτι της σεξουαλικής κακοποίησης.

Τύπους σεξουαλικής κακοποίησης αποτελούν διάφορες πράξεις όπως ,σεξουαλική δουλεία , η σεξουαλική παρενόχληση με αντάλλαγμα (π .χ εξασφάλιση προνομιακής αντιμετώπισης σε επαγγελματικό επίπεδο) ,η εμπορεία με σκοπό την αναγκαστική έκθεση σε πορνεία καθώς επίσης και η αναγκαστική στείρωση, εγκυμοσύνη ή έκτρωση αλλά και ο ακρωτηριασμός γυναικείων γεννητικών οργάνων

Αξίζει να τονίσουμε πως σε περίπτωση σεξουαλικής κακοποίησης οποιασδήποτε μορφής ,δεν υπάρχει στερεότυπος δράστης .Δεν παίζει βασικό ρόλο η θρησκεία ,το πνευματικό υπόβαθρο ,το επάγγελμα ή η οικονομική κατάσταση. Πλειοψηφία των δραστών χρησιμοποιούν είτε ναρκωτικές ουσίες είτε αλκοόλ ώστε να θέσουν τα θύματα τους σε όσο το δυνατόν δυσμενέστερη θέση.

Όπως προαναφέρθηκε δεν υπάρχει συγκεκριμένο προφίλ του δράστη, ωστόσο δεν υπάρχει ούτε συγκεκριμένο προφίλ για το ίδιο το θύμα όταν πρόκειται για σεξουαλική κακοποίηση. Παρόλα αυτά υπάρχουν κάποια άτομα ή ακόμα και ομάδες ατόμων που είναι πιο ευάλωτα ,ορισμένα από αυτά είναι οι ασυνόδευτες γυναίκες ,τα παιδιά και έφηβοι, τα άτομα με αναπηρία (είτε σωματική είτε

πνευματική), εξαρτημένα άτομα τόσο από ναρκωτικές ουσίες όσο και από το αλκοόλ .Βασικό ποσοστό κατέχουν επίσης οι άστεγοι ή άποροι, τα άτομα που έχουν υπάρξει και στο παρελθόν θύματα σεξουαλικής βίας ,άνθρωποι που έχουν βιώσει κάποιον πόλεμο και τέλος, άτομα τα οποία ζουν σε "τοξικές" καταστάσεις είτε στο οικογενειακό περιβάλλον είτε σε ερωτικές σχέσεις.

Το έτος 1997 η 15^η Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής καλεί τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να συγκαλέσει διαβούλευση ώστε να δημιουργηθούν πρωτόκολλα ,τα οποία θα αφορούν τόσο τις ιατρικές όσο και τις νομικές υπηρεσίες, που παρέχονται σε άτομα που έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης.

Το 2001 ο ΠΟΥ ανταποκρίνεται και σε συνεργασία με τους Dr David Wells (Victorian Institute of Forensic Medicine, Victoria, Australia), Dr Wendy Taylor (University of Hong Kong) και τέλος Dr Tanya Smith (Hospital for Sick Children, Toronto, Canada) πραγματοποιεί την έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών,οι οποίες στη συνέχεια αξιολογήθηκαν από εξίσου καταξιωμένους ειδικούς σε θέματα σεξουαλικής κακοποίησης.

Οι βασικότεροι στόχοι για τους οποίους ο ΠΟΥ οδηγήθηκε στην έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών ήταν αρχικά το σύνολο των επαγγελματιών υγείας να κατέχει τόσο γνώσεις όσο και δεξιότητες ,οι οποίες κρίνονται απαραίτητες για την διαχείριση θυμάτων σεξουαλικής βίας, Εν συνεχεία οι υπηρεσίες που θα παρέχονται να είναι αποτελεσματικές και πάντοτε υπαρκτές και τέλος να υπάρχει διαθέσιμη καθοδήγηση εξίσου προς όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Ο σημαντικότερος στόχος της ενέργειας αυτής ήταν να ευαισθητοποιηθούν στο έπακρο οι επαγγελματίες υγείας αλλά και να αντιλαμβάνονται περισσότερο περιστατικά σεξουαλικής βίας σε όσο το δυνατόν μικρότερο χρονικό διάστημα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες αφορούν κυρίων γυναίκες και παιδιά καθώς το ποσοστό αυτών ξεπερνά εκείνο των αντρών που έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής βίας.

Οι γυναίκες ιδιαίτερα είναι ευάλωτες σε βιασμούς, καθώς δεδομένα που συλλέχθηκαν το χρονικό διάστημα 2010 και 2012 δείχνουν ότι περίπου μία στις πέντε γυναίκες (19,1%), ή περίπου 22,9 εκατομμύρια γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, 18 ετών και άνω, έχουν πέσει θύματα απόπειρας βιασμού κάποια στιγμή στη ζωή τους και ετησίως, το 1,2% των γυναικών (σχεδόν 1,5 εκατομμύριο) πέφτουν θύματα βιασμού (Smith et al., 2017).

3.2 Επιπτώσεις Βιασμού

Οι επιπτώσεις ενός βιασμού είναι υπεράριθμες και μείζονος σημασίας . Χωρίζονται σε γυναικολογικές επιπτώσεις , σωματικές επιπτώσεις (σχετιζόμενες με ολόκληρο το σώμα),ψυχολογικές επιπτώσεις.

Γυναικολογικές επιπτώσεις

Οι βλάβες που δημιουργούνται στα γυναικεία γεννητικά όργανα κατά την διάρκεια ενός βιασμού ,παρατηρούνται κυρίως στο μικρά χείλη ,στην ουρήθρα ,στον παρθενικό υμένα .

Κάποιες από τις βλάβες αυτές είναι οι εκχυμώσεις, οι εκδορές, η παρουσία ερυθρότητας και πρηξίματος καθώς επίσης και η αιμορραγία στην ευαίσθητη περιοχή του θύματος λόγω βλάβης από ξένο σώμα (πχ μπουκάλι).

Σωματικοί Τραυματισμοί

Πέραν από τους τραυματισμούς που παρατηρούνται στην ευαίσθητη περιοχή , βασικό στοιχείο αποτελούν εξίσου και οι τραυματισμοί στο σύνολο του σώματος του θύματος. Βασικά παραδείγματα είναι οι μώλωπες , σημάδια απολίνωσης σε σημεία όπως οι καρποί ,οι αστράγαλοι ακόμα και στον αυχένα, τραυματισμοί από αντικείμενα όπως ζώνη ,χειροπέδες ή σχοινί. Τέλος ,είναι πιθανό το θύμα να έχει αποτυπώματα από κάποιο δάγκωμα ή ακόμα και γδάρσιμο σε διάφορα σημεία του σώματος.

Ψυχολογικές επιπτώσεις

Είναι γεγονός πως ένας βιασμός πέραν από τα σωματικά κατάλοιπα, προκαλεί πληθώρα ψυχολογικών τραυμάτων όπως για παράδειγμα διαταραχή μετατραυματικού στρες, κατάθλιψη , άγχος αλλά και κοινωνικές φοβίες. Επιπροσθέτως , πολλά από τα θύματα παρουσιάζουν εξάρτηση με αλκοόλ και ουσίες, διαταραχές ύπνου (εφιάλτες) , αισθήματα συνεχούς κόπωσης και ναυτίας δίχως παθολογική αιτία αλλά ακόμα και διατροφικές διαταραχές και τάσεις αυτοκτονίας.

3.3 Στατιστικά στοιχεία βιασμών στην εφηβεία

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία υπολογίζεται ότι 12 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν σεξουαλική βία κάθε χρόνο. Οι νέοι είναι τα πιο συχνά θύματα σεξουαλικής βίας, γενικά πιστεύεται ότι το 12% έως 25% των κοριτσιών και το 8% έως 10% των αγοριών κάτω των 18 ετών θα υποστούν σεξουαλική βία (Banvard-Fox et al., 2020).

Στην Κολομβία, μια εθνική δειγματοληπτική μελέτη διαπίστωσε ότι το 20% των γυναικών είχαν ιστορικό σεξουαλικής βίας. Από 1400 μαθητές γυμνασίου στην Αιθιοπία, το 5% ανέφερε ότι έχει υποστεί σεξουαλική βία. Στη Μαλαισία, το 8,3% των φοιτητών ιατρικής ανέφερε ότι υπέστη κάποια μορφή σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία. Στη Σιέρα Λεόνε, μια έρευνα με 144 γυναίκες διαπίστωσε ότι σχεδόν το 50% είχε υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και ακρωτηριασμό των γεννητικών οργάνων (Banvard-Fox et al., 2020).

Μεταξύ 40% και 60% όλων των θυμάτων βιασμού είναι ηλικίας κάτω των 18 ετών και οι περισσότεροι είναι έφηβοι. Υπολογίζεται ότι τα δύο τρίτα των ανηλίκων που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση ήταν 12 έως 17 ετών όταν συνέβη για πρώτη φορά. Γυναίκες ηλικίας 16 έως 19 ετών έχουν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποστούν σεξουαλική επίθεση από τις γυναίκες οποιασδήποτε άλλης ηλικιακής ομάδας. (Banvard-Fox et al., 2020).

Σύμφωνα με έρευνα του Νοσοκομείου Emerson , το 2018 αναφέρθηκε ότι το 8% από τα 11.018 άτομα είχαν ανεπιθύμητη σεξουαλική επαφή με κάποιον. Αυτό το ποσοστό ήταν υψηλότερο για τις γυναίκες (11%) από ότι για τους άνδρες (3%). Τέσσερις τοις εκατό όλων των μαθητών είχαν αυτή την κακοποίηση περισσότερο από

12 μήνες πριν από την έρευνα, 3% μέσα στους τελευταίους 12 μήνες της έρευνας και 1% τόσο πριν όσο και κατά τους τελευταίους 12 μήνες (Banvard-Fox et al., 2020).

Ανήλικοι που βίωσαν απόπειρα ή βιασμό υπέδειξαν κάποιον γνωστό στο 89,9% έως 93% των περιπτώσεων. Οι μεγαλύτεροι έφηβοι είναι πιο συχνά θύματα κατά τη διάρκεια κοινωνικών συναντήσεων με δράστες. Στα νεότερα έφηβα θύματα, ο δράστης είναι πιο πιθανό να είναι μέλος της ευρύτερης οικογένειας του εφήβου (Breiding et al., 2014).

3.4 Εγκυμοσύνη που σχετίζεται με βιασμό

Η εγκυμοσύνη που σχετίζεται με βιασμό είναι ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας όπου η σεξουαλική βία και η αναπαραγωγική υγεία συναντιούνται και όμως υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα σχετικά με την ενημέρωση του κοινού σε πρακτικό επίπεδο (Basile et al., 2018).

Η ηλικία στην οποία οι έφηβοι μπορεί να συναινέσουν στη σεξουαλική επαφή ποικίλλει ανάλογα με την κατάσταση, και είναι γενικά μεταξύ 16-18 ετών (WHO, 2018).

Η εγκυμοσύνη μετά από βιασμό θα μπορούσε να αποφευχθεί εάν το θύμα λάμβανε άμεσα μέτρα σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές για τη σεξουαλική βία που προβλέπουν άμεση φροντίδα των θυμάτων βιασμού εντός 72 ωρών, δηλαδή δωρεάν ιατρική και ψυχολογική περίθαλψη, προφύλαξη από την έκθεση, θεραπεία για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, επείγοντα αντισυλληπτικά χάπια και νομική υποστήριξη. Ωστόσο, αυτές οι υπηρεσίες δεν είναι πάντα διαθέσιμες ή προσβάσιμες σε όλους τους χώρους όπου σημειώνεται σεξουαλική επίθεση (Harrison et al., 2014).

Η εγκυμοσύνη που σχετίζεται με βιασμό επηρεάζεται από το περιβάλλον, από πολιτιστικές, κοινωνικές, θρησκευτικές πεποιθήσεις και κάποιες οικογενειακές σχέσεις που οδηγούν σε καθυστέρηση ή πλήρη αποτυχία αναζήτησης φροντίδας μετά από επεισόδιο σεξουαλικής βίας. Ο βιασμός αποτελεί μία κατάσταση που επιβάλλει

διάφορους βαθμούς αμηχανίας στα θύματα, εμποδίζοντας έτσι την παρουσία τους στην αστυνομία και ακόμη και στις υπηρεσίες υγείας.

Μια γυναίκα που έχει βιαστεί είναι απαραίτητο να βρίσκεται σε θέση να υπερασπιστεί τον εαυτό της ενάντια σε πιθανή σύλληψη από σεξουαλική επίθεση. Αν μετά από κατάλληλες εξετάσεις, δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι έχει ήδη συμβεί σύλληψη, μπορεί να υποβληθεί σε θεραπεία με φάρμακα που θα εμποδίζουν την ωορρηξία ή τη γονιμοποίηση (Dube, 2013).

Σύμφωνα με έρευνες τα θύματα διστάζουν να αναφέρουν σεξουαλική επίθεση λόγω συναισθημάτων ενοχής, φόβου, έλλειψη γνώσης για τα νόμιμα δικαιώματά τους και απογοήτευση από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Αυτό οδηγεί στις πιθανότητες εγκυμοσύνης που σχετίζεται με βιασμό λόγω έλλειψης άμεσης διαχείρισης των γυναικών θύματα βιασμού των επιζώντων βιασμού.

Η απόφαση που λαμβάνεται από τα θύματα σεξουαλικής επίθεσης σχετικά με τη διακοπή της εγκυμοσύνης μπορεί να είναι προσωπική, οικογενειακή, θρησκευτική ή κοινωνικοπολιτισμική (Vertamatti et al., 2013).

Υπάρχει μια σειρά από συνέπειες για την υγεία του βιασμού βραχυπρόθεσμα, συμπεριλαμβανομένου του τραυματισμού, της σεξουαλικά μεταδιδόμενης λοίμωξης και της εγκυμοσύνης. Μακροπρόθεσμα, η χρήση υγειονομικής περίθαλψης για γαστρεντερικά, καρδιοπνευμονικά, συμπτώματα νευρολογικού, ουρογεννητικού και χρόνιου πόνου είναι αυξημένη για τα θύματα βιασμού και άλλης σεξουαλικής βίας.



Εικόνα 6 Πρώτες βοήθειες Διαχείριση επειγόντος στη μαιευτική και στη γυναικολογία 1η Έκδοση 2020 ΓΕΩΡΓΙΟΣ Μ.ΙΑΤΡΑΚΗΣ & Ε.ΑΝΤΩΝΙΟΥ

Αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με δειγματοληπτική έρευνα των Rodrigues αλλά και των συνεργατών του (2008), προκύπτει πως το 24% των γυναικών που γέννησαν πρόωρα νεογνά, υπέστησαν κάποια στιγμή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους φυσική κακοποίηση. Επιπροσθέτως παρατηρήθηκε το γεγονός πως η αύξηση των επιπέδων της κορτιζόλης, κάτι το οποίο σχετίζεται άμεσα με την άσκηση οποιασδήποτε μορφής βίας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, είχε ως αποτέλεσμα την γέννηση νεογνού με χαμηλό βάρος μικρότερο περίπου κατά 120-180mg. (Valladares et al 2009)

Σύμφωνα τους Coonrod και τους συνεργάτες αυτών (2007), τα ποσοστά των γυναικών, οι οποίες δέχονται προγεννητική φροντίδα και αναφέρουν ιστορικό λεκτικής ψυχολογικής ή σεξουαλικής κακοποίησης, είναι μεγαλύτερα από το 45% του συνόλου. Επίσης, η συχνότητα περιγεννητικής νοσηρότητας είναι αρκετά αυξημένη στις περιπτώσεις εγκύων γυναικών οι οποίες νοσηλεύονται για κακοποίηση. (El Kady et al 2005)

Τα θύματα σεξουαλικής βίας διατρέχουν επίσης κίνδυνο προβλημάτων ψυχικής υγείας και αυξημένη χρήση τσιγάρου, αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών (Akkerman et al., 2012).

Ο αντίκτυπος του βιασμού στην υγεία διευρύνεται για γυναίκες που βιώνουν εγκυμοσύνη σχετιζόμενη με βιασμό (RRP). Επιπλέον, περίπου το ένα τρίτο των γυναικών δεν ανακαλύπτει ότι είναι έγκυος μέχρι το δεύτερο τρίμηνο, χάνοντας σημαντικές ευκαιρίες για την πρώιμη φροντίδα της αναπαραγωγικής υγείας (Zane et al., 2015).

Η πιο κοινή επιλογή μεταξύ των γυναικών που εμφανίζουν εγκυμοσύνη σχετιζόμενη με βιασμό είναι η άμβλωση. Το πενήντα τοις εκατό των γυναικών επιλέγουν να διακόψουν την εγκυμοσύνη τους που σχετίζεται με βιασμό. Παρά το γεγονός πως το δικαίωμα μιας γυναίκας στην άμβλωση έχει αναγνωρισθεί τόσο δικαστικά όσο και νομοθετικά καθώς επίσης αναγνωρίστηκε και επιβεβαιώθηκε ως ένα θεμελιώδες δικαίωμα, παρα τ'ταυτα συχνά αυτό σε διάφορες πολιτείες αμφισβητείται. (Zane et al., 2015; OBasile et al., 2018). Στην Ελλάδα σύμφωνα με το άρθρο 304 του ποινικού κώδικα, όσον αφορά κύηση σχετιζόμενη με βιασμό,

αποπλάνηση ανήλικης , αιμομιξία ή κατάχρηση γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί , η άμβλωση είναι νόμιμη έως το διάστημα των 19 εβδομάδων κύησης.

Κεφάλαιο 4: Η μαία

4.1 Γενικά στοιχεία για τον ρόλο της μαίας

Κατά την διάρκεια μιας εγκυμοσύνης, μια μαία αναλαμβάνει έναν σπουδαίο τόσο συμβουλευτικό όσο και πληροφοριακό ρόλο, προκειμένου να προικίσει με σωματικά, πνευματικά και συναισθηματικά εφόδια τη μέλλουσα μητέρα και κατ' επέκταση τους μέλλοντες γονείς για τον τοκετό και γενικότερα τη γονεϊκότητα . Θέματα όπως ο μητρικός θηλασμός, η επαφή με το νεογνό και η περιποίηση αυτού, οι επιλογές που υπάρχουν κατά την διάρκεια του τοκετού αλλά και το πλάνο τοκετού, αποτελούν βασικό κορμό της συμβουλευτικής.

Επιπρόσθετα μια μαία, συμβουλεύει αλλά και υποστηρίζει την μητέρα για όλα τα θέματα της εγκυμοσύνης που θα αντιμετωπίζει καθημερινά, κάποια από αυτά είναι η διατροφή και οι σωματικές αλλαγές, συγχρόνως λύνει όλες τις απορίες που προκύπτουν. Σχετικά με περιπτώσεις όπου υπάρχει οποιαδήποτε παθολογία ή σύνθετα προβλήματα υγείας, η μαία παραπέμπει την μέλλουσα μητέρα στον ιατρό προκειμένου να διερευνήσει ο ίδιος την περίπτωση της και έπειτα συνεργάζεται μαζί του για την παρακολούθηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

Η μαία έχει την δυνατότητα να παρουσιάσει μια σφαιρική εικόνα για το τι συμβαίνει σε κάθε στάδιο της εγκυμοσύνης τόσο στη μέλλουσα μητέρα, όσο και στο έμβρυο αλλά και τι θα πρέπει να περιμένει η μέλλουσα μητέρα στα επόμενα στάδια της εγκυμοσύνης.

Ο τοκετός είναι η στιγμή όπου ο ρόλος της μαίας είναι πολύτιμος και αναντικατάστατος, καθώς η μαία στέκεται στο πλευρό της επιτόκου καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού. Ο ρόλος της εστιάζει στο να στηρίζει την επίτοκο, να ελέγχει, πάντοτε σε συνεργασία με τον ιατρό, τον καρδιακό παλμό αλλά και την υγεία του εμβρύου, το στάδιο του τοκετού έως ότου να έρθει η στιγμή για τις εξωθήσεις. Επίσης, θα πρέπει η μαία να παρακολουθεί τη διαδικασία του τοκετού και να ενθαρρύνει τη μέλλουσα μητέρα με κάθε τρόπο. Επιπρόσθετα, η μαία ενθαρρύνει την επίτοκο και της προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη, δίνει συμβουλές για τη διαχείριση του πόνου και προτείνει τεχνικές για έναν όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερο τοκετό.

Κατά την διάρκεια των πρώτων ωρών μετά τον τοκετό, η μαία παρέχει την απαραίτητη βοήθεια ,που χρειάζεται, στη μητέρα, ώστε να τη βοηθήσει να εφαρμόσει όλα εκείνα που έμαθε κατά την διάρκεια της προετοιμασίας του τοκετού. Η μαία προσφέρει την καθοδήγησή της ως προς τη φροντίδα του μωρού και το θηλασμό, θέματα που δημιουργούν σύγχυση σε όλες τις νέες μητέρες μέσα σε αυτές τις νέες συνθήκες που βιώνουν. Τέλος, καθ' όλη την περίοδο της λοχείας, ο συμβουλευτικός ρόλος της μαίας συνεχίζεται, ακόμα και από απόσταση, έως ότου και την πλήρη προσαρμογή της νέας μητέρας, των γονέων αλλά και του ίδιου του μωρού στη νέα τους καθημερινότητα.

Σύμφωνα με έρευνες, οι γυναίκες που έχουν δεχτεί τη φροντίδα μαιών κατά την εγκυμοσύνη έχουν περισσότερες πιθανότητες πραγματοποίησης φυσιολογικού τοκετού ακόμα και μετά από καισαρική τομή (VBAC).Επιπροσθέτως κατέχουν αυξημένες πιθανότητες για αυτόματη έναρξη του τοκετού, λιγότερες πιθανότητες καισαρική τομής, επεμβατικού τοκετού, πρόκλησης τοκετού (χρήσης τεχνητών πόνων) ή άλλων παρεμβάσεων κατά την διάρκεια του τοκετού .Τέλος οι γυναίκες που έχουν βιώσει την φροντίδα της μαίας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης κατέχουν

μειωμένες πιθανότητες να πραγματοποιηθεί περινεοτομή ή επισκληρίδιο αναισθησία.

Οι γυναίκες που έχουν ζήσει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, τη βοήθεια μιας μαίας υποστηρίζουν ότι αντιλαμβάνονται καλύτερα το τί συμβαίνει στο σώμα τους καθώς αλλάζει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς επίσης τρέφουν και μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε αυτό. Ένα από τα βασικότερα οφέλη είναι η μείωση του αισθήματος άγχους αλλά και η αίσθηση διαχείρισης της διαδικασίας του τοκετού. Επιπρόσθετα, είναι πιο προετοιμασμένες για τον τοκετό και τη λοχεία που έπεται και τέλος το βασικότερο όφελος είναι η ομαλότερη έναρξη του θηλασμού.

4.2 Ο ρόλος της μαίας σε εγκυμοσύνη στην εφηβεία

Η πρώτη εμπειρία τοκετού και η συνάντηση μιας γυναίκας με τις μαίες μένει στη μνήμη της για πάντα. Ως εκ τούτου, η στάση μιας μαίας απέναντι σε μια μητέρα κατά τη φροντίδα αυτής της ομάδας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο τοκετός και η μητρότητα μπορεί να επηρεάσουν το αποτέλεσμα (Eliasson, Kainz & Post, 2008). Έγκυες έφηβες και οι μητέρες πιστεύουν ότι χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα, ωστόσο εξακολουθούν να αντιμετωπίζονται με βάση στερεότυπα και να αγνοούνται οι ανάγκες τους από τους επαγγελματίες υγείας. Κάτι το οποίο υπάρχει πιθανότητα να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις σχετικά με την αυτοεκτίμησή τους, την εγκυμοσύνη και την έκβαση της μητρότητας (Wiemann, Rickert, Berenson, & Volk, 2005).

Στη μελέτη των Atuyambe et al. (2009) αναφέρεται ότι οι έφηβες μητέρες αναζητούν συχνά ασφάλεια και ενσυναίσθηση από τους επαγγελματίες υγείας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά εγκυμοσύνη. Ως εκ τούτου, οι αρνητικές στάσεις, η επισήμανση και η επικριτική συμπεριφορά απέναντί τους θα μπορούσαν να δημιουργήσουν εμπόδια στις θεραπευτικές σχέσεις και μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται (Atuyambe et al., 2009).

Η ύπαρξη στενής προσωπικής σχέσης με μια ευάλωτη και στιγματισμένη ομάδα μπορεί να προκαλέσει συμπάθεια και συμπόνια. Ως εκ τούτου, η στάση της μαίας απέναντι στην έγκυο έφηβη και τις μητέρες μπορεί να επηρεαστεί από την παρουσία της εφήβου στην οικογένειά τους (Eshbaugh, 2011; Kim et al., 2012).

Έρευνες έχουν δείξει ότι το μορφωτικό επίπεδο μπορεί να επηρεάσει τη στάση απέναντι στη μητρότητα των εφήβων (Eshbaugh, 2011; Kim et al., 2012). Μια συγχρονική μελέτη από τους Warenius et al. (2006) έδειξαν ότι οι νοσοκόμες μαίες καταδίκασαν την εμπλοκή των εφήβων σε σεξουαλική δραστηριότητα, αλλά είχαν μια λογική στάση στο χειρισμό αυτών των θεμάτων. Ωστόσο, νοσηλεύτριες-μαίες με ανώτερο μορφωτικό υπόβαθρο και συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην αναπαραγωγική υγεία των εφήβων είχαν πιο υποστηρικτική στάση απέναντι στους εφήβους με προβλήματα αναπαραγωγικής υγείας (Warenius et al., 2006).

Η ενσυναίσθηση είναι το βασικό χαρακτηριστικό που είναι απαραίτητο για την παροχή αμερόληπτης και συμπνετικής φροντίδας σε ασθενείς που ανήκουν σε ποικίλες ηλικιακές ομάδες και υπάρχει πιθανότητα να βελτιωθεί μέσω νέων γνώσεων και πληροφοριών που βασίζονται σε στοιχεία σχετικά με αυτήν την ευάλωτη ομάδα (Cunico et al., 2012).

Οι McCarthy et al. (2014) ορίζουν την εφηβική εγκυμοσύνη ως την ηλικία μεταξύ 13 - 19 ετών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, αντιθέτως, προτείνει ότι η εφηβική εγκυμοσύνη συμβαίνει μεταξύ 10 και 19 ετών με βάση την ηλικία της μητέρας κατά τον τοκετό (Yasmin et al., 2014).

Οι έφηβοι θα πρέπει να συμμετέχουν σε μια ανοιχτή, ευαίσθητη συζήτηση σχετικά με τις επιλογές εγκυμοσύνης, ιδανικά με την υποστήριξη της οικογένειας ή του συντρόφου τους. Θα πρέπει να οργανωθεί έγκαιρη σύνδεση με μια διεπιστημονική ομάδα για να διασφαλιστεί η επαρκής υποστήριξη και η συνέχεια της φροντίδας. Τα αναστρέψιμα αντισυλληπτικά μακράς δράσης θα πρέπει να προσφέρονται μεταγεννητικά για την πρόληψη της ταχείας επαναλαμβανόμενης εγκυμοσύνης.

Μία από τις πιο κοινές ανησυχίες των εφήβων μητέρων είναι ο φόβος να κριθούν, ενώ για τους νεαρούς πατέρες, συχνά αναφέρονται αισθήματα ότι δεν συμπεριλαμβάνονται στη φροντίδα που παρέχεται για το αγέννητο παιδί τους. Αυτές

οι εμπειρίες μπορεί να οδηγήσουν σε συναισθήματα απόρριψης, τα οποία θα μπορούσαν να αποτρέψουν τους νεαρούς γονείς από το να χρησιμοποιήσουν το πλήρες φάσμα των υπηρεσιών που τους προσφέρονται.

Παρόλο που τα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης μειώνονται σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας και θεωρούνται εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου.

Για να βοηθήσει στην αντιμετώπιση αυτής της πρόκλησης, ο Lehmann (2017), προτείνει ότι, όπου είναι δυνατόν, να προσφέρεται ομαδική προγεννητική φροντίδα με βάση την κοινότητα. Αυτό έχει αποδειχθεί ότι βοηθά στην ενδυνάμωση των νέων γυναικών και στη βελτίωση της ευημερίας τους μέσω της συνέχειας της φροντίδας και της υποστήριξης από τους συνομηλίκους. Κάτι το οποίο θα μπορούσε να φανεί αποτελεσματικό στη βελτίωση της συναισθηματικής ευημερίας και στη μείωση των συναισθημάτων ευαλωτότητας και απομόνωσης.

Η εφηβική εγκυμοσύνη είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας που σχετίζεται σημαντικά με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τόσο των εφήβων μητέρων όσο και των νεογνών τους (Mohammadi et al., 2016; Ondes et al., 2016). Διάφορα προβλήματα υγείας σχετίζονται με τα αρνητικά αποτελέσματα της εγκυμοσύνης κατά την εφηβεία, όπως η αναιμία, η προεκλαμψία-εκλαμψία, ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας και άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, η επιλόχεια αιμορραγία και οι ψυχικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη). Τα περιγεννητικά αποτελέσματα είναι ο πρόωρος τοκετός, ο περιορισμός της ενδομήτριας ανάπτυξης, το χαμηλό βάρος γέννησης και οι εισαγωγές σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Cruz et al., 2014; Parra-Pingel et al., 2017).

Τα δυσμενή αποτελέσματα γέννησης που σχετίζονται με τις εφηβικές εγκυμοσύνες δεν επηρεάζουν μόνο την υγεία των μητέρων και των βρεφών, αλλά επηρεάζουν επίσης τις οικογενειακές και κοινωνικές πτυχές (Chen et al., 2010; Monteiro et al., 2014). Η εφηβική εγκυμοσύνη επηρεάζει επίσης τις ικανότητες των γυναικών να αναζητήσουν ευκαιρίες απασχόλησης και εκπαίδευσης, οδηγώντας σε αυξημένο ποσοστό επακόλουθης φτώχειας για τις μητέρες και υψηλότερο κίνδυνο για προβλήματα συμπεριφοράς και χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο για τα παιδιά. Οι γάμοι κατά την περίοδο της εφηβείας μειώνουν την αυτοπεποίθηση των εφήβων και

τους δυσκολεύουν να αναπτύξουν μια μοναδική ταυτότητα. Η αποτυχία αντιμετώπισης μεταγεννητικών δυσκολιών και ο χαμηλός αυτοσεβασμός παρατηρούνται και στις έφηβες μητέρες (Cruz et al., 2014).

Ο γάμος και η εγκυμοσύνη των εφήβων είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα που παρατηρείται παγκοσμίως. Ωστόσο, η κατανομή του σε όλο τον κόσμο ποικίλλει. Αυτή η διαφορά προέρχεται από διάφορους κοινωνικούς, πολιτιστικούς και οικονομικούς παράγοντες όπως παραδοσιακές στάσεις, θρησκευτικές πεποιθήσεις, οικογενειακή δομή, επίπεδο εκπαίδευσης, οικονομική κατάσταση και πρόσβαση σε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού. Οι περιοχές όπου αυτό το πρόβλημα είναι πιο διαδεδομένο είναι η Νότια Ασία, η Βόρεια Αφρική, η Λατινική Αμερική η Μέση Ανατολή, και οι χώρες της Δυτικής Αφρικής (Yakit & Coskun, 2014).

Οι μαιές και οι νοσοκόμες έχουν σημαντικά καθήκοντα, ιδιαίτερα στην πρόληψη των εφηβικών κυήσεων. Σημαντική είναι επίσης η προσέγγιση των μαιών, οι οποίες αναλαμβάνουν ρόλο φροντιστή και παρακολουθούν τις προγεννητικές-μεταγεννητικές περιόδους και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, προς τις εγκύους εφήβους (Chandra-Moulil et al., 2013).

Η εφηβική εγκυμοσύνη παραμένει ένα σημαντικό κοινωνικό, οικονομικό και υγειονομικό ζήτημα παγκοσμίως. Η εφηβική εγκυμοσύνη και η μητρότητα συνδέονται επίσης συχνά με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και εκθέτουν τις εφήβους μητέρες και τα βρέφη τους σε αρνητικό μέλλον. Οι νέοι υφίστανται υψηλό επίπεδο κακουχιών και στέρησεων και υποφέρουν από υψηλό επίπεδο συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών (Mantovani & Thomas, 2014). Η εφηβική εγκυμοσύνη προκαλεί χειρότερη υγεία από αυτή του γενικού πληθυσμού. Σε αρκετές μελέτες, οι έφηβοι μητέρες είχαν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας από τις άτεκνες έφηβοι συνομήλικές τους (Riva et al., 2014).

Οι μελέτες στη βιβλιογραφία επικεντρώνονται κυρίως στις φυσιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της εφηβικής εγκυμοσύνης στη μητέρα και το έμβρυο. Δεν υπάρχει καμία μελέτη στη βιβλιογραφία η οποία να αφορά τόσο την κοινωνική και την συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών εφήβων μητέρων (Riva et al., 2014).

Η κοινή δημόσια εικόνα της εφηβικής εγκυμοσύνης ως σοβαρού κοινωνικού προβλήματος υπογραμμίζεται από τις αντιληπτές καταστροφικές συνέπειες που πιστεύεται ότι είναι το αποτέλεσμα του χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, της εξάρτησης από την πρόνοια και των χαμηλών αμειβόμενων θέσεων εργασίας, καθώς και από πιο σημαντικά προβλήματα υγείας για αυτές τις μητέρες και τους παιδιά (Mantovani & Thomas, 2014).

4.3 Ο ρόλος της μαίας σε εγκυμοσύνη που σχετίζεται με βιασμό στην εφηβεία

Μπορεί να προκύψει σωματική κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εφηβικής εγκυμοσύνης σε επιπλοκές τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο/βρέφος (Renker, 2002). Βρέφη που γεννήθηκαν από μητέρες κακοποιημένες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συχνά ζυγίζουν λιγότερο από το μέσο όρο και μπορεί να ταξινομηθεί ως χαμηλό βάρος γέννησης. Έγκυες έφηβοι που βιώνουν κατάχρηση είναι πιο πιθανό να κάνουν χρήση ουσιών, να λαμβάνουν ανεπαρκή προγεννητική φροντίδα και έχουν μικρότερη αύξηση βάρους κατά την εγκυμοσύνη σε σύγκριση με εκείνες που είναι δεν γίνεται κατάχρηση.

Η κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ, το άγχος, η κατάθλιψη, τα προβλήματα αυτοεκτίμησης, η εξέγερση και η αυτοκτονία θεωρούνται ως σημαντικά προβλήματα των εγκύων εφήβων. Οι έγκυες έφηβοι που βίωσαν βία είναι πιθανό να κάνουν χρήση τσιγάρων, αλκοόλ και παράνομων ναρκωτικών σε σύγκριση με εκείνες που δεν βίωσαν βία. Η κατανάλωση ουσιών στην διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχει πιθανότητα να συμβάλλει επίσης στο χαμηλό βάρος γέννησης και στην προωρότητα (Kelly et al., 2002).

Η μαία μπορεί να συμβάλλει στην υποστήριξη μιας κακοποιημένης έφηβης μητέρας θέτοντας ένα θετικό περιβάλλον για εκείνη που περιλαμβάνει την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης. Θα πρέπει επίσης να συνεχίσει να παρέχει

συναισθηματική φροντίδα στην έφηβη και στην περίοδο της λοχίας. Ο φόβος για τη διαδικασία του τοκετού και της γέννας μπορεί να μετριαστεί σε κάποιο βαθμό παρέχοντας στην έφηβη σύντομες και απλές περιγραφές του τι να περιμένει και τι συμβαίνει πραγματικά .

Όπως η περίοδος του τοκετού, έτσι και η περίοδος μετά τον τοκετό είναι συχνά συντριπτική για τη νέα έφηβη μητέρα. Πολλές ενήλικες μητέρες κατακλύζονται από αυτή τη μετάβαση στη ζωή τους. Ως εκ τούτου, οι έφηβοι διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου καθώς έχουν λιγότερους πόρους και εμπειρίες ζωής έτσι ώστε να αντιμετωπίζουν στρεσογόνες περιόδους ζωής. Μπορεί επίσης να έχουν λιγότερη εμπειρία φροντίδας ή ύπαρξης γύρω από βρέφη και μικρά παιδιά.

Οι σωματικές και οι συναισθηματικές ανάγκες μιας έφηβης μητέρας μετά τον τοκετό είναι σημαντικές. Η έφηβος θα χρειαστεί γενική συναισθηματική υποστήριξη για το νέο της ρόλο όπως κάθε νέα μητέρα άλλωστε, αλλά οι έφηβες έχουν γενικά πρόσθετες ανάγκες. Αυτές οι ανάγκες περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση πιθανών οικογενειακών συγκρούσεων που σχετίζονται με την γέννηση και ποιος θα αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού, να επιστρέψει στο σχολείο, οικονομικά προβλήματα, παιδική φροντίδα ενώ η έφηβη μητέρα εργάζεται/φοιτά στο σχολείο και παρόμοια θέματα. Η νέα μητέρα θα πρέπει να υποστηρίζεται καθώς διερευνά αυτά τα ζητήματα στο πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό. Επίλυση τέτοιων συγκρούσεων και ένα αρχικό σχέδιο θα ωφελήσει όλους τους εμπλεκόμενους. Η οικογένεια είναι μία εξαιρετικά σημαντική πηγή οικονομικής και συναισθηματικής υποστήριξη για την έφηβη μητέρα, και κάθε προσπάθεια να διατηρηθεί ένα υγιές οικογενειακό περιβάλλον είναι σημαντική.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το σώμα μιας γυναίκας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο. Αυτό οφείλεται στις πολλές αλλαγές οργάνων που επηρεάζουν την ψυχική και φυσική της κατάσταση. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μια σεξουαλικά κακοποιημένη γυναίκα έχει περισσότερα προβλήματα υγείας και είναι πιο συχνά σε σύγκρουση με τον σύντροφό της. Επιπλέον, βιώνει υψηλότερα επίπεδα άγχους και φόβου, σε σύγκριση με εκείνες που δεν έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά.

Κατά τη διάρκεια του ίδιου του τοκετού, μια μητέρα με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχει προβλήματα εμπιστοσύνης με το υγειονομικό προσωπικό. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια των γυναικολογικών εξετάσεων, βιώνει αναδρομές που υποσυνείδητα πυροδοτούν τη μνήμη του σώματός της για τη σεξουαλική κακοποίηση. Κατά τη διάρκεια των συσπάσεων και των ωθήσεων, όταν η γυναίκα που γεννά χρειάζεται να συνεργαστεί περισσότερο με το ιατρικό προσωπικό, το σώμα ή η ψυχή της μπορεί να αντιδράσει παγώνοντας, πανικοβάλλοντας ή χάνοντας τον πλήρη έλεγχο. Είναι επίσης πιο επιρρεπής σε καισαρική τομή και άλλες επιπλοκές.

Αυτά τα συναισθήματα και οι εμπειρίες είναι επίσης συχνά παρόντα στη μητρότητα. Σε σύγκριση με μια μητέρα που δεν έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, μια μητέρα με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης βιώνει περισσότερα συναισθήματα ενοχής, προβλήματα με το θηλασμό και διάφορους φόβους.

Οι κλινικές εμπειρίες έχουν δείξει ότι μια γυναίκα που επιλύει το τραύμα της είναι πολύ πιο χαλαρή και χαρούμενη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι πιο ήρεμη κατά τη διάρκεια του τοκετού και είναι μια πιο συμπονετική μητέρα, σε σύγκριση με μια γυναίκα που δεν λύνει το τραύμα της. Εξάλλου, αν το κοριτσάκι επέζησε από το τραύμα όταν συνέβη, μπορεί τώρα να επιβιώσει ως ενήλικη γυναίκα.

Όπως προαναφέρθηκε, η σεξουαλική κακοποίηση είναι μια τραυματική εμπειρία που περιλαμβάνει μια ακούσια σεξουαλική επαφή μεταξύ του θύτη και του θύματος, με σκοπό τη σεξουαλική διέγερση του δράστη που υπερβαίνει όλα τα όρια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Οι ενέργειες δεν περιορίζονται σε μια καταναγκαστική σεξουαλική επαφή, αλλά περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα σεξουαλικών συμπεριφορών, συνηθέστερα τις ακόλουθες: έκθεση των γεννητικών οργάνων κάποιου, παρατήρηση παιδιού, χρήση πορνογραφίας, ψαλίδι, αυνανισμός μπροστά στο θύμα ή εξαναγκασμός του θύματος να αυνανιστεί ενώ ο δράστης παρακολουθεί, ψηφιακή ή αντικειμενική διείσδυση του πρωκτού ή του κόλπου, σοδομία κ.λπ. (Slavic & Gostecnik, 2015).

Η κλινική πρακτική έχει δείξει ότι είναι πολύ δύσκολο να προβλεφθούν οι συνέπειες που θα βιώσει ένα θύμα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες: την ηλικία και το φύλο του κακοποιούμενου, τη σοβαρότητα της κακοποίησης, τη σχέση μεταξύ του θύματος και του δράστη (είτε ο δράστης είναι

μέλος της οικογένειας είτε όχι, γνωστό άτομο, άγνωστο άτομο, κ.λπ.), εάν το παιδί είτε σε κανέναν για την κακοποίηση και, αν το έκανε, ποια ήταν η απάντηση και η διάρκεια της κακοποίησης (Slavic & Gostecnik, 2015).

Πολλά άτομα που κακοποιούνται είναι πολύ επικεντρωμένα στην επιβίωση για να παρατηρήσουν πώς τα έχει επηρεάσει η κακοποίηση. Ακόμη χειρότερα, οι περισσότεροι δεν πιστεύουν καν ότι οι επιπτώσεις και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν θα μπορούσαν να σχετίζονται με τη σεξουαλική κακοποίηση. Ντρέπονται για όσα έκαναν για να επιβιώσουν, παρόλο που, στη δεδομένη κατάσταση γεμάτη πόνο, αυτή ήταν η καλύτερη δυνατή λύση. Τα πιο κοινά είδη συμπεριφοράς που υιοθετούν οι κακοποιημένοι για να επιβιώσουν είναι: παρέκκλιση, εξορθολογισμός, άρνηση, λήθη και φυγή από την πραγματικότητα, συνεχής έλεγχος, υπερεπαγρύπνηση, τελειομανία, πάγωμα, αποχή, χιούμορ, ψέματα και κλοπές, θρησκευτικός φανατισμός, κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ, υπερκατανάλωση τροφής, εμπλοκή σε ανθυγιεινή και επικίνδυνη σεξουαλικότητα, εμμονικός αυνανισμός, κ.λπ. (Slavic & Gostecnik, 2015).

Γενικά, είναι δύσκολο να εξηγήσουμε πώς η σεξουαλική κακοποίηση επηρεάζει ένα άτομο. Αυτό συμβαίνει επειδή η σεξουαλική κακοποίηση επηρεάζει τα πάντα σε ένα άτομο, την αυτοπεποίθηση, τη σεξουαλικότητα, τις στενές σχέσεις, τη γονεϊκότητα, την εργασία, τη ψυχική υγεία, το σώμα κ.λπ. Επιπλέον, ορισμένες συνέπειες μπορεί να είναι ορατές αμέσως, ενώ άλλες έρχονται στο φως χρόνια μετά. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι μπορούν ακόμη και να φτάσουν σε μετάδοση τραύματος μεταξύ των γενεών. Αυτό σημαίνει ότι τα αποτελέσματα εκδηλώνονται στις επόμενες γενιές, σε παιδιά που γεννήθηκαν μετά το τραύμα (π.χ. βετεράνοι πολέμου και τα παιδιά και τα εγγόνια τους). Η σεξουαλική κακοποίηση έχει αντίκτυπο τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική περιοχή της ανθρώπινης δράσης, η οποία σηματοδοτεί και αλλάζει έντονα τη ζωή ενός ατόμου. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα αποτελέσματα είναι μακροπρόθεσμα, εξαιρετικά ριζικά και επιβλαβή. Πιο σπάνια, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμα (Slavic & Gostecnik, 2015).

Βραχυπρόθεσμες συνέπειες: ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, υψηλότερος κίνδυνος σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, στειρότητα, διάφορες γυναικολογικές φλεγμονές και πόνοι στην κάτω κοιλιακή χώρα, λοιμώξεις της ουροδόχου κύστης,

εκδορές και πληγές σε διάφορα μέρη του σώματος, μώλωπες και ερυθρότητα, συχνότερες χρόνιες σωματικές παθήσεις, αρνητική στάση απέναντι στο σώμα, χρόνια κόπωση και εξάντληση, διαταραχές ύπνου, διατροφικές διαταραχές, πολύ επώδυνη έμμηνος ρύση, φόβος, ανησυχία και άγχος, προβλήματα συγκέντρωσης και σκέψης, συναισθηματική ευερεθιστότητα και υπερευαισθησία, μίσος και επιθετικότητα, ασύστολη συμπεριφορά κ.λπ. (Slavic & Gostecnik, 2015).

Μακροπρόθεσμες συνέπειες: πολλά από τα παραπάνω ανήκουν επίσης στις μακροπρόθεσμες συνέπειες, αλλά τα αποτελέσματα που έρχονται πιο συχνά στο φως μετά από πολλά χρόνια, αντιθέτως, υπάρχει πιθανότητα ορισμένες φορές να εμφανιστούν αμέσως μετά την κακοποίηση. Οι πιο συχνές μεταξύ αυτών είναι: διαταραχή μετατραυματικού στρες, κοινωνικές φοβίες, φόβος και άγχος, ενοχές και ντροπή, κατάχρηση ουσιών και διατροφικές διαταραχές, φυγή από το σπίτι, κατάθλιψη, αυτοκτονία, κρίσεις πανικού, υπερβολική δυσπιστία, προβλήματα με τις διαπροσωπικές σχέσεις, σχέσεις συντρόφων, απιστία και σωματική βία, σεξουαλικές δυσλειτουργίες και άλλα προβλήματα με τη σεξουαλικότητα, διαταραχές προσωπικότητας και αποσχίσεις, πιθανότητα εκ νέου θυματοποίησης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, σεξουαλική συμπεριφορά στα παιδιά, παλινδρόμηση στη συμπεριφορά, αυτοτραυματισμός κ.λπ. (Slavic & Gostecnik, 2015).

Η σεξουαλική κακοποίηση εμφανίζεται πρώτα σε σωματικό επίπεδο. Αυτός είναι ακριβώς ο λόγος που πολλά θύματα σεξουαλικής κακοποίησης κατηγορούν το σώμα τους ότι ανταποκρίθηκε. Κατηγορούν τον εαυτό τους ότι έχουν ακόμη και σωματικές αισθήσεις. Έτσι, από ορισμένες απόψεις, η χαλάρωση μπορεί να θέσει υποσυνείδητο κίνδυνο να συμβεί κάτι κακό. Αυτή είναι η αιτία για την οποία τα θύματα αισθάνονται ότι είναι πιο ασφαλές να είναι σε εγρήγορση και ξύπνιοι - ένα σεξουαλικά κακοποιημένο παιδί δεν μπορεί ποτέ πραγματικά να χαλαρώσει. Πολλά θύματα σεξουαλικής κακοποίησης βιώνουν το σώμα τους ως βάρος και ενόχληση. Το λαμβάνουν υπ' όψιν τους γιατί, ακριβώς όταν έπρεπε να αμυνθεί, έφυγε και τους πρόδωσε (Slavic & Gostecnik, 2015).

Συχνά οι ιατρικές εξετάσεις και εξετάσεις δεν εξηγούν τα συμπτώματα ενός ασθενούς που έχει βιώσει ένα τραύμα. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο ασθενής δεν υποφέρει σωματικό πόνο, μόνο ότι η αιτία του πόνου είναι ψυχοσωματική. Μια τραυματική εμπειρία επηρεάζει όχι μόνο τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου, αλλά και τη

σταθερότητα της ψυχής κάποιου, τις διαδικασίες σκέψης και την υγεία του σώματός του. Σε ακραίες περιπτώσεις, τα τραύματα μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά σε ψυχιατρικές διαταραχές (Slavic & Gostecnik, 2015).

Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς φαίνονται απαιτητικοί, φοβισμένοι, αβέβαιοι και μερικές φορές δεν εμπιστεύονται ούτε τους πιο κοντινούς τους ανθρώπους που τους εξασφαλίζουν ότι είναι τέλεια. Πολλοί υποφέρουν λόγω διαφόρων ιατρικών συμπτωμάτων, πιο συχνά πεπτικών προβλημάτων, χρόνιας κόπωσης και διαταραχών ύπνου. Το τραύμα της σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί επίσης να επηρεάσει τις νευρολογικές και ορμονικές (ενδοκρινολογικές) αλλαγές, το ανοσοποιητικό σύστημα κ.λπ. Η συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου επηρεάζει τη σωματική του ευεξία και την υγεία του (Slavic & Gostecnik, 2015).

Μελέτες οι οποίες αφορούν τόσο την ιατρική όσο και την υγειονομική περίθαλψη έχουν γενικά δείξει ότι τα άτομα που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση στο παρελθόν έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας, αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα και πόνους από τα άτομα που δεν είναι θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Αναφέρουν επίσης μεγαλύτερο βαθμό χρόνιων ασθενειών. Οι πιο συχνές και πιο γενικές είναι: γαστρολογικές παθήσεις, στομαχικές παθήσεις (έλκος), αναπνευστικές διαταραχές (π.χ. άσθμα, βρογχίτιδα, εμφύσημα), καρδιακά προβλήματα, υπέρταση, αρθρίτιδα, διαβήτη και γυναικολογικά προβλήματα. Τα γυναικολογικά προβλήματα σχετίζονται συχνότερα με την απώλεια του εμμηνορροϊκού κύκλου ή την υπερβολική αιμορραγία, τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες, τους συχνούς πόνους στην κάτω κοιλιακή χώρα (ακόμη και όταν δεν είναι κατά την έμμηνο ρύση), τη συχνή φλεγμονή των γεννητικών οργάνων και τους πόνους κατά τη σεξουαλική επαφή (Rodgers et al., 2003).

Επιπλέον, άλλες μελέτες αναφέρουν χρόνια φλεγμονή της ουροδόχου κύστης και συχνή και επώδυνη ούρηση - η οποία εντείνεται μόνο κατά την έμμηνο ρύση. Τέτοιες μελέτες εκτιμούν ότι το 90% των γυναικών με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης αντιμετωπίζουν αυτά τα προβλήματα (Slavic & Gostecnik, 2015).

Γενικά, το τραύμα της σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να έχει άμεσο αντίκτυπο στην υγεία ενός κακοποιημένου ατόμου. Αυτό συμβαίνει επειδή το θύμα θα μπορούσε να έχει εκτεθεί σε μόλυνση ή ακόμη και να έχει μολυνθεί από ΣΜΝ

κατά τη διάρκεια της ίδιας της κακοποίησης. Η κακοποίηση μπορεί επίσης να βλάψει έμμεσα την υγεία του θύματος. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι που έχουν βιαστεί είναι πολύ πιο διατεθειμένοι να βιώσουν σωματική βία από έναν σύντροφο σε μια σχέση, σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν ιστορικό βιασμού. Αυτή η σωματική βία είναι που αυξάνει τις πιθανότητες να υποστούν σοβαρότερους τραυματισμούς αυτά τα θύματα (Slavic & Gostecnik, 2015).

Ορισμένοι μελετητές βρήκαν ότι τα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης μπορούν γρήγορα να αρχίσουν να αντιλαμβάνονται το σώμα τους ως δυσλειτουργικό. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ψυχοσωματικά προβλήματα. Μερικά θύματα ασχολούνται επίσης με κάθε σωματική αλλαγή. Επιπλέον, σε κάθε -ακόμα και το παραμικρό- σημάδι ασθένειας, υποφέρουν πραγματικές φρικαλεότητες σαν να είναι βαριά άρρωστοι. Οι συνέπειες τέτοιων ψυχικών στενοχωριών και εμπειριών εκδηλώνονται σωματικά, σε όργανα. Με άλλα λόγια, ο ψυχικός πόνος μεταφέρεται στο σώμα του θύματος και το σώμα της λέει ότι υπάρχει κάτι που δεν αντέχει άλλο (Slavic & Gostecnik, 2015).

Όλα αυτά τα σωματικά σημεία είναι ψυχοσωματικά και μπορεί να εκδηλωθούν σε: πονοκεφάλους (μόνο ως εντάσεις ή ημικρανίες), διαταραχές ύπνου, διαταραχές όρεξης, στομαχικά προβλήματα, γυναικολογικά προβλήματα (χρόνιους πόνους στην κάτω κοιλιακή χώρα, δυσπαρεύνια, κολπισμός, μη ειδική κολπίτιδα, διαταραχές εμμηνοπάυσης, κ.λπ.), ασθματικά και καρδιακά προβλήματα, μυϊκή ένταση, λιποθυμίες, ίλιγγος, κόπωση κ.λπ. (Slavic & Gostecnik, 2015).

Οι ίδιοι μελετητές εξηγούν ψυχοσωματικά προβλήματα που είναι συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης με ένα χρόνια διεγερμένο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Αυτό το νευρικό σύστημα αυξάνει την απελευθέρωση ορμονών (επινεφρίνης και κορτιζόλης). Αυτή η συνεχής απελευθέρωση είναι που έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στον οργανισμό (Slavic & Gostecnik, 2015).

Μερικές φορές, τα ψυχοσωματικά προβλήματα σε ένα συγκεκριμένο σημείο του σώματος που τραυματίστηκε κατά την κακοποίηση εμφανίζονται πολύ αργότερα, ακόμη και μετά από αρκετά χρόνια, π.χ. πόνοι στη γνάθο αν το άτομο είχε βιαστεί από το στόμα. Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστούν προβλήματα που είναι πιο δύσκολο να παρατηρηθούν, όπως αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα, ευαισθησία σε

κρυολογήματα και γρίπη, χρόνια κόπωση και εξάντληση κ.λπ. (Slavic & Gostecnik, 2015).

Όλες οι προαναφερθείσες μελέτες δείχνουν ότι το τραύμα της σεξουαλικής κακοποίησης σχετίζεται με υψηλότερο βαθμό προβλημάτων υγείας. Τέτοια προβλήματα μπορούν επίσης να έχουν επίδραση στην εγκυμοσύνη. Η μνήμη του σώματος μπορεί να ξυπνήσει όταν το σώμα μιας γυναίκας αρχίζει να αλλάζει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όταν η εγκυμοσύνη γίνεται ορατή, αυτό μπορεί να είναι σημάδι ότι το σώμα δεν είναι πλέον άθικτο, ότι κάποιος έχει ήδη περάσει τη «γραμμή». Έτσι, η κοιλιά της κύησης μιας γυναίκας γίνεται μέρος της δημόσιας αρένας, όπου όλοι την παρατηρούν και τη βλέπουν. Για μια γυναίκα χωρίς ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, αυτό μπορεί να είναι το πιο όμορφο πράγμα. Ωστόσο, για μια γυναίκα που έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, το σώμα της που γίνεται πιο αισθητό και διαφορετικό μπορεί να είναι εξαιρετικά οδυνηρό. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα εάν, για χρόνια και χρόνια, είχε κρύψει κάθε σωματική αλλαγή που προκλήθηκε από τη σεξουαλική κακοποίηση - ακόμα και μόνο στα συναισθήματα και τις εμπειρίες της (Slavic & Gostecnik, 2015).

Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα κορίτσια που έχουν δεχτεί σεξουαλική κακοποίηση κατά την διάρκεια των παιδικών τους χρόνων έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να μείνουν έγκυες πριν από την ηλικία των 18 ετών από εκείνα που δεν το έχουν κάνει. Σύμφωνα με άλλες μελέτες, η εγκυμοσύνη, ως συνέπεια της σεξουαλικής κακοποίησης, εμφανίζεται στο 11% έως 20% των κοριτσιών. Επιπλέον, περισσότερο από το 96% των ανήλικων ιερόδουλων που έχουν φύγει από το σπίτι έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική τους ηλικία (Slavic & Gostecnik, 2015).

Μια μελέτη σε δείγμα 3.128 ανήλικων κοριτσιών που κακοποιήθηκαν σεξουαλικά έδειξε ότι εμπλέκονται πιο συχνά σε σεξουαλικά επικίνδυνες συμπεριφορές (αστυνομία, πορνεία και πορνογραφία – αναζήτηση επαφής μέσω της σεξουαλικότητας). Αυτή η μελέτη ανέφερε επίσης ότι, σε σύγκριση με τα κορίτσια που δεν είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, αυτά τα κορίτσια ήταν πιο πιθανό να είχαν σεξουαλική επαφή μέχρι την ηλικία των 15 ετών και περισσότερους από έναν σεξουαλικούς συντρόφους. Ήταν επίσης λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν προφυλαξεις κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Επιπλέον, χρησιμοποιούσαν

πιο συχνά αλκοόλ ή άλλες ουσίες πριν από τη σεξουαλική επαφή. Μεταξύ άλλων, οι ακόλουθες μεταβλητές ξεχώρισαν έντονα σε αυτή τη μελέτη: έλλειψη γονικής επίβλεψης, παρουσία σωματικής κακοποίησης, υψηλότερα επίπεδα σχολικής απουσίας, λιγότερη συμμετοχή σε εξωσχολικές δραστηριότητες και χαμηλότεροι βαθμοί (σε σύγκριση με όσους δεν είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά). Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ήταν στατιστικά σημαντική. Η μελέτη έδειξε επίσης ότι τα ανήλικα κορίτσια με ιστορικό σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης είχαν διπλάσιες πιθανότητες να μείνουν έγκυες, σε σύγκριση με κορίτσια χωρίς τέτοιο ιστορικό. Εάν είχαν υποστεί σεξουαλική και σωματική κακοποίηση, είχαν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να μείνουν έγκυες (Slavic & Gostecnik, 2015).

Οι γυναίκες που είχαν παρουσιάσει PTSD κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν πιο επιρρεπείς σε αυθόρμητη άμβλωση, έκτοπη κύηση και υπερέμεση. Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι οι σεξουαλικά κακοποιημένες γυναίκες έχουν στατιστικά σημαντικό μεγαλύτερο αριθμό επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μεταξύ των πιο συχνών είναι: αιμορραγία, έντονοι έμετοι, ακτινοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία στο πρώτο εξάμηνο, αλκοόλ, κάπνισμα, φάρμακα, ατυχήματα, μολυσματικές ασθένειες, απειλούμενες εκτρώσεις με νοσηλεία και σοβαρή ασθένεια. Ορισμένες κακοποιημένες γυναίκες αναφέρουν αρκετές επιπλοκές στην υγεία τους και μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ωστόσο, αυτές οι γυναίκες δεν αντιμετωπίζουν περισσότερες μαιευτικές επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού τους (Mohler et al., 2008).

Οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης βιώνουν κατάθλιψη στην προγεννητική και μεταγεννητική περίοδο πολύ πιο συχνά από τις γυναίκες που δεν έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Γενικά, τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζουν αλλαγές στη νευρολογική τους λειτουργία. Είναι πιο αποτραβηγμένα, ευερέθιστα και απαρηγόρητα από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες δεν είχαν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η προγεννητική κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε ελλιπή φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κακές διατροφικές συνήθειες, καθώς και σε κατάχρηση διαφόρων ουσιών όπως ο καπνός, το αλκοόλ και τα παράνομα ναρκωτικά (Mohler et al., 2008).

Το κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει σε αυθόρμητη άμβλωση, καθώς και σε αύξηση του κινδύνου διόγκωσης του θυρεοειδούς αδένος στα παιδιά, χαμηλού σωματικού βάρους και παραμόρφωσης. Έχει καταγραφεί ότι τα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν πολύ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν χαμηλότερες νοητικές ικανότητες που μετρήθηκαν στην ηλικία των 19 μηνών με την Κλίμακα Bayley για την ανάπτυξη του βρέφους. Τα έμβρυα των γυναικών που έπιναν χρόνια αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφάνισαν σοβαρές μορφολογικές και αναπτυξιακές ανωμαλίες. Δεν υποφέρουν όλα τα παιδιά που εκτίθενται στο αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τόσο σοβαρές καταστάσεις. Ωστόσο, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να έχουν νευρολογικές και γνωστικές διαταραχές όπως χαμηλότερο χρόνο αντίδρασης και μειωμένο εύρος προσοχής (Rodgers et al., 2003).

Η χρήση παράνομων ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι επίσης προβληματική. Η χρήση μαριχουάνας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει το παιδί να έχει χαμηλότερες νοητικές ικανότητες, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, απροσεξία, παραβατικότητα και εξωτερική προβληματικότητα. Η κατάχρηση κοκαΐνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με εξασθενημένη, μειωμένη επεξεργασία ακουστικών πληροφοριών, αυξημένο κίνδυνο αυτόματης αποβολής, πρόωρους τοκετούς, θνησιγέννητο παιδί και μικροκεφαλία (το παιδί έχει μικρό κεφάλι). Η κατάχρηση ηρωΐνης και η χρήση άλλων ναρκωτικών μπορεί να προκαλέσει πρόωρο τοκετό, θάνατο του εμβρύου, εθισμό του παιδιού, χαμηλό σωματικό βάρος και γνωστικά και συμπεριφορικά προβλήματα. Η κατάχρηση LSD και εισπνεόμενων μπορεί να σχετίζεται με διάφορα ελλείμματα κατά τη γέννηση (Slavic & Gostecnik, 2015).

Υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εκτίθενται περισσότερο σε καισαρική τομή και έχουν περισσότερα προβλήματα στη διατήρηση του θηλασμού. Συχνά, οι διαταραχές συνεχίζονται και μετά τον τοκετό, με αποτέλεσμα να διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν επιλόχεια κατάθλιψη (Slavic & Gostecnik, 2015).

Είναι φυσιολογικό για κάθε έγκυο να φοβάται τη γέννα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι ο φόβος του τοκετού υπάρχει σε έναν δικό του ψυχολογικό τομέα. Για μερικές γυναίκες, ο φόβος είναι πολύ χαμηλός, αλλά για άλλες μπορεί να είναι εξαιρετικά

υψηλός. Ο ακραίος φόβος του τοκετού έχει υπολογιστεί ότι επηρεάζει περίπου το 2,4% έως 5% των εγκύων γυναικών (Slavic & Gostecnik, 2015).

Πολυάριθμες μελέτες αναφέρουν ότι ο μεγάλος φόβος για τον τοκετό σχετίζεται στενά με αρνητικές σεξουαλικές εμπειρίες στην παιδική και νεανική ηλικία. Ο φόβος μπορεί να εκδηλωθεί με δακρύρροια, αϋπνία, εφιάλτες, ενασχόληση με τον φόβο και τα αντικείμενα του φόβου, ανησυχία, νευρικότητα και ταχυκαρδία. Ο φόβος του τοκετού μπορεί να περιλαμβάνει φόβο για οποιοδήποτε από τα ακόλουθα: τη διαδικασία τοκετού και τοκετού, πόνο στον τοκετό, έλλειψη φροντίδας από επαγγελματίες υγείας, υγεία του μωρού ή της μητέρας, χειρουργικές επεμβάσεις, βλάβη στον κόλπο και το περίνεο, απώλεια ελέγχου, μη καλή απόδοση, κρίση πανικού, σωματική έκθεση, αβεβαιότητα σχετικά με τη διαδικασία του τοκετού και να γίνεις γονιός (Slavic & Gostecnik, 2015).

Εκτός από τον φόβο του τοκετού, μπορεί να υπάρχουν και άλλοι φόβοι. Για παράδειγμα, ο φόβος των κοιλικών εξετάσεων, οι επαγγελματίες υγείας που παρατηρούν ότι είστε κατεστραμμένοι ακόμα κι αν δεν έχετε ουλές, το άγγιγμα χωρίς συγκατάθεση και η απώλεια ελέγχου (Slavic & Gostecnik, 2015).

Μια μελέτη που περιελάμβανε 2.365 εγκύους γυναίκες ανέφερε ότι το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης αύξησε σημαντικά τον κίνδυνο να βιώσουν σοβαρό φόβο τοκετού μεταξύ των πρωτόγονων. Ο φόβος του τοκετού συσχετίστηκε πιο έντονα με μια αρνητική εμπειρία γέννησης (Lukasse et al., 2010).

Παρόμοια συμπεράσματα μπορούν να βρεθούν σε μια μελέτη που περιελάμβανε 1.452 εγκύους γυναίκες (στις 18 εβδομάδες κύησης) και μέτρησε το φόβο τους για τον τοκετό (με το ερωτηματολόγιο W-DEQ) και το άγχος (με το ερωτηματολόγιο STAI). Σε αυτή τη μελέτη, ο σοβαρός φόβος του τοκετού επηρέασε το 5,5% των γυναικών. Ο φόβος του τοκετού δεν συνδέεται με τον τρόπο τοκετού. Ωστόσο, η σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία σχετίζεται αρνητικά με τον τρόπο τοκετού. Ένας μικρός αριθμός μελετών έχει δείξει ότι το ιστορικό παιδικής κακοποίησης έχει ελάχιστη επίδραση στις επιπλοκές του τοκετού και στον τρόπο τοκετού, η πλειοψηφία των μελετών έχει δείξει το αντίθετο (Leeners et al., 2006).

Μια πειραματική μελέτη, η οποία χρησιμοποίησε το τεστ ψυχρής πίεσης, έδειξε ότι οι γυναίκες που φοβούνται τον τοκετό έχουν μειωμένο επίπεδο ανοχής στον πόνο κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν φοβούνται τον τοκετό. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι οι έγκυες γυναίκες που φοβούνται τον τοκετό είναι επιρρεπείς να αναφέρουν φόβο κατά τη διάρκεια του πραγματικού τοκετού και μετά τον τοκετό. Ο φόβος του τοκετού έχει συσχετιστεί με εκλεκτικό CS, υπεραιμία της βαρύτητας, πρόκληση τοκετού, χρήση EDA και παρατεταμένο τοκετό (Laurson et al., 2009).

Σε σύγκριση με γυναίκες χωρίς ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να μεταφερθούν στο νοσοκομείο λόγω επιπλοκών.(Slavic & Gostecnik, 2015).

Μια νορβηγική μελέτη έδειξε ότι μόνο οι μισές γυναίκες που αναφέρουν ότι είχαν εμπειρία σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική τους ηλικία έχουν κοιλικό τοκετό χωρίς επιπλοκές, σε αντίθεση με το 75% των μη κακοποιημένων γυναικών. Ομοίως, μια μελέτη στην οποία 103 γυναίκες πήραν συνέντευξη τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό έδειξε ότι οι γυναίκες που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά έχουν 12 φορές περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν το γεγονός του τοκετού ως τραυματικό (Slavic & Gostecnik, 2015).

Η τραυματική εμπειρία του τοκετού συνδέεται ιδιαίτερα με την υποσυνείδητη απόπνιση του τραύματος της σεξουαλικής κακοποίησης. Αυτό εκδηλώνεται μέσω αναδρομών στο παρελθόν και μνήμης σώματος. Τα πιο συχνά ερεθίσματα είναι οι κοιλικές εξετάσεις ή άλλες επεμβάσεις (π.χ. κλύσμα, ξύρισμα κ.λπ.). Επιπλέον, ο πόνος κατά τη διάρκεια ή μετά τον τοκετό μπορεί να αποτελέσει έναυσμα, ιδιαίτερα στον κόλπο, το στομάχι, την πλάτη, το στήθος ή τον καβάλο της γυναίκας. Είναι το άτομο που μια γυναίκα πρέπει να εμπιστεύεται περισσότερο κατά τη διάρκεια του τοκετού που μπορεί υποσυνείδητα να της θυμίσει τον δράστη που έκανε κατάχρηση της εμπιστοσύνης της ως ασθεντίας. Η γυναίκα τότε (ξανά)βιώνει τα συναισθήματα της αδυναμίας, της ταπείνωσης, της ντροπής και της φρίκης (Slavic & Gostecnik, 2015).

Κατά τη διάρκεια των πόνων του τοκετού, μια γυναίκα με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να αρχίσει να αισθάνεται ότι δεν ελέγχει πλέον το σώμα της - ακριβώς όπως έκανε κατά τη διάρκεια της κακοποίησης. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο, για μια κακοποιημένη γυναίκα, η έλλειψη ελέγχου συχνά την κάνει να νιώθει ότι δεν είναι πλέον συναισθηματικά και σωματικά ασφαλής και ότι κάτι κακό πρόκειται να συμβεί. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο αισθάνεται πιο δυνατή και ασφαλής εάν τα πράγματα είναι δομημένα – αν γνωρίζει τι θα συμβεί κατά τη διάρκεια του τοκετού, πώς θα γίνει κατά προσέγγιση, τι είναι φυσιολογικό και τι μπορεί να περιμένει. Αυτές οι πληροφορίες θα τη βοηθήσουν να κάνει ένα διάλειμμα από τον συνεχή έλεγχο, να ανησυχεί και να περιμένει αυτό που πρόκειται να έρθει. Είναι ακριβώς αυτά τα συναισθήματα που σχετίζονται πολύ έντονα με την κακοποίηση που έχει υποστεί. Η κακοποίηση διδάσκει σε ένα άτομο ότι είναι «ασφαλέστερο» να είναι συνεχώς σε εγρήγορση. Επιπλέον, το αίσθημα του κινδύνου μπορεί να οδηγήσει σε ακραίες συμπεριφορές, π.χ. επιθετικότητα, υποταγή, τελετουργίες, συνεχείς κρίσεις κ.λπ. (Slavic & Gostecnik, 2015).

Συζήτηση - Συμπεράσματα

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει ότι υπάρχουν ανεκπλήρωτες ανάγκες στην εγκυμοσύνη που σχετίζονται και με τις πέντε συνιστώσες της ολοκληρωμένης φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής φροντίδας, της πρόληψης εγκυμοσύνης, του προσυμπτωματικού ελέγχου ΣΜΝ, της ψυχολογικής φροντίδας και της νομικής φροντίδας.

Η μόλυνση κατά την εγκυμοσύνη και η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη φαίνεται να είναι κυρίως παράγοντες για τις γυναίκες που μειονεκτούν από άποψη κοινωνικοδημογραφικής κατάστασης. Η διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι εμφανής όχι μόνο ως αποτέλεσμα, αλλά και ως προγνωστικός παράγοντας της χρήσης ουσιών, της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, των λοιμώξεων και της τρέχουσας κατάχρησης.

Σύμφωνα με έρευνες οι γυναίκες που βιάστηκαν στην παιδική ή την εφηβική ηλικία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο χρήσης ουσιών κατά την εγκυμοσύνη. Ωστόσο, συνολικά οι ανικανοποίητες ανάγκες για ολοκληρωμένη φροντίδα μετά την επίθεση μεταξύ εγκύων γυναικών δεν διέφεραν δραματικά με βάση το χρονικό πλαίσιο της ζωής κατά την οποία συνέβη το τραύμα (Lopez, Konrath, & Seng, 2011).

Σε γενικές γραμμές, οι έφηβες που είναι θύματα βιασμού εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη μεταξύ εκείνων που έχουν επιβιώσει από προηγούμενη σεξουαλική επίθεση (Söderquist et al., 2009) και υψηλότερα ποσοστά μελλοντικής κακοποίησης ή εκ νέου θυματοποίησης, μεταξύ εκείνων που έχουν επιβιώσει από σεξουαλικό τραύμα (Nelson et al., 2010).

Επιπλέον, οι γυναίκες με PTSD διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανεπιθύμητες εκβάσεις, συμπεριλαμβανομένου του πρόωρου τοκετού, χαμηλού βάρους γέννησης και αυξημένου άγχους που σχετίζεται με τον τοκετό. Βελτιώνοντας την ολοκληρωμένη φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, προκειμένου να ανταποκριθούν οι επαγγελματίες υγείας στις μοναδικές ανάγκες των επιζώντων βιασμού, μπορεί να είναι δυνατόν να βελτιωθούν οι δυσμενείς εκβάσεις που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό (Seng et al., 2011).

Επίσης, σημαντικό είναι να ληφθεί υπόψη η φροντίδα που λαμβάνουν οι γυναίκες τη στιγμή ενός σεξουαλικού τραύματος. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την αξιολόγηση του κατά πόσον οι επιζώντες βιασμού γνωρίζουν ή όχι τις επιλογές τους για ολοκληρωμένη φροντίδα. Επιπλέον, είναι σημαντικό να διερευνηθεί πώς οι επιζώντες έχουν πρόσβαση στην περίθαλψη και πώς επιθυμούν να έχουν πρόσβαση στην περίθαλψη. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την εξέταση του κατά πόσον οι επιζώντες βιασμού έχουν πρόσβαση σε επιλογές χωρίς ιατρική συνταγή για φροντίδα μετά την επίθεση, όπως η επείγουσα αντισύλληψη. Και εάν έχουν πρόσβαση σε αυτές τις επιλογές κι αν διερευνούν επίσης ποιες άλλες μορφές περίθαλψης είναι διαθέσιμες.

Είναι αποδεδειγμένο ότι τόσο οι επιζώντες σεξουαλικής επίθεσης στην παιδική ηλικία όσο και στους ενήλικες, ειδικά εκείνοι που δεν αναρρώνουν τους αμέσως επόμενους μήνες μετά την επίθεση, βιώνουν ψυχική και σωματική νοσηρότητα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Η εγκυμοσύνη θα μπορούσε να επιβαρύνει σε μεγαλύτερο βαθμό την άσχημη ψυχολογική κατάσταση της έφηβης που είναι θύμα βιασμού, καθώς εκτός από το τραύμα της άσχημης εμπειρίας θα πρέπει να διαχειριστεί αλλαγές στο σώμα της και να επιβαρυνθεί με ευθύνες νωρίς στη ζωή της.

Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη αποτελεί συχνό πρόβλημα που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα στην εφηβεία. Οι λόγοι που συνήθως συμβαίνει είναι η αμέλεια, η κακή εφαρμογή μιας αντισυλληπτικής μεθόδου, η έλλειψη ενημέρωσης κ.ά. Οι περισσότερες από αυτές τις εγκυμοσύνες καταλήγουν σε τεχνητή διακοπή κύησης. Η έκτρωση τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα έχει νομιμοποιηθεί, όμως δεν έχουν ξεπεραστεί όλα τα ταμπού γύρω από εκείνη. Το δικαίωμα στην έκτρωση είναι εξίσου σημαντικό όσο το δικαίωμα της μητρότητας για κάθε γυναίκα. Τα τελευταία έτη,

παρατηρείται ραγδαία αύξηση των γυναικών που οδηγούνται στη διαδικασία της έκτρωσης, με τη συχνότερη αιτία για τη διακοπή μιας κύησης να είναι η νεαρή ηλικία της μητέρας. Η διαδικασία της έκτρωσης μπορεί να επηρεάσει αρκετά την ψυχολογία της γυναίκας και ίσως χρειαστεί υποστήριξη από ειδικούς, το οικογενειακό και το φιλικό της περιβάλλον.

Η σωματική φροντίδα της εγκύου και της εφήβου μετά τον τοκετό είναι παρόμοια με αυτή των ενήλικων γυναικών. Ωστόσο, οι έφηβοι συχνά χρειάζονται πρόσθετη υποστήριξη και διδασκαλία κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό. Οι έφηβοι μπορεί να έχουν λιγότερες εμπειρίες ζωής από τις ενήλικες γυναίκες, καθιστώντας τις λιγότερο ικανές να ανταπεξέλθουν στις αλλαγές της ζωής τους που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τη γέννηση. Επομένως, ρόλος της μαίας είναι να παρέχει την απαιτούμενη φροντίδα στην έγκυο έφηβη, χωρίς επικρίσεις ή φόβο.

Βιβλιογραφία

- ΙΑΤΡΑΚΗΣ, Γ. Μ. (2021). *Επιλεγμένα θέματα μαιευτικής*. Αθήνα: ΖΕΒΕΛΑΚΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ-ΕΚΔΟΣΕΙΣ.
- ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Γ. Ι. (2020). *ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ Διαχείριση του Επείγοντος στην Μαιευτική & την Γυναικολογία 1η έκδοση*. ΑΘΗΝΑ: ΖΕΒΕΛΑΚΑΚΗΣ.
- Stuart Campbell, A.M, *Γενική επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Ευγένιος Κουμαντάκης (2008) Ten Teachers Μαιευτική και Γυναικολογία τόμος 2*. Αθήνα: Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
- ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΠΡΩΤΟ ΒΙΒΛΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ 'Ο ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΝΟΜΟΣ' (2021) <https://www.legal-tools.org/doc/60f2e6/pdf/>
- Ajayi, A.I., Ezegebe, H.C. *Association between sexual violence and unintended pregnancy among adolescent girls and young women in South Africa*. *BMC Public Health* 20, 1370 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09488-6>
- Akkerman, D., Cleland, L., Croft, G., et al. (2012). *Routine Prenatal Care*. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement; 2012.
- Atuyambe, L., Mirembe, F., Tumwesigye, N., Annika, J., Kirumira, E., & Fanelid, E. (2009). *Seeking safety and empathy: adolescent health seeking behavior*

- during pregnancy and early motherhood in central Uganda. *Journal of Adolescence*, 32 (4), 781–796.
- Bale, T.L. (2015). Epigenetic and transgenerational reprogramming of brain development. *Nature reviews Neuroscience*, 16(6): 332-344.
- Banvard-Fox, C., Linger, M., Paulson, D. J., Cottrell, L., & Davidov, D. M. (2020). Sexual Assault in Adolescents. *Primary care*, 47(2), 331–349. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2020.02.010>
- Basile, K.C., Smith, S.G., Breiding, M.J., Black, M.C., Mahendra, R.R. (2014). *Sexual Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. Version 2.0.* Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, CDC; 2014.
- Basile, K. C., Smith, S. G., Liu, Y., Kresnow, M. J., Fasula, A. M., Gilbert, L., & Chen, J. (2018). Rape-Related Pregnancy and Association With Reproductive Coercion in the U.S. *American journal of preventive medicine*, 55(6), 770–776. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.07.028>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Alkema, L., & Sedgh, G. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet. Global health*, 6(4), e380–e389. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30029-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30029-9)
- Breiding, M. J., Smith, S. G., Basile, K. C., Walters, M. L., Chen, J., & Merrick, M. T. (2014). Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C.: 2002)*, 63(8), 1–18.
- Centers for Disease Control, (CDC), (2021). *Understanding Pregnancy Resulting from Rape in the United States.* Available at the following link: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/understanding-RRP-inUS.html>
- Chandra-Mouli, V., Camacho, A. V., & Michaud, P. A. (2013). WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 52(5), 517–522. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.002>

- Chen, C. W., Tsai, C. Y., Sung, F. C., Lee, Y. Y., Lu, T. H., Li, C. Y., & Ko, M. C. (2010). *Adverse birth outcomes among pregnancies of teen mothers: age-specific analysis of national data in Taiwan*. *Child: care, health and development*, 36(2), 232–240. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01039.x>
- Christofides, N. J., Jewkes, R. K., Dunkle, K. L., Nduna, M., Shai, N. J., & Sterk, C. (2014). *Early adolescent pregnancy increases risk of incident HIV infection in the Eastern Cape, South Africa: a longitudinal study*. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1), 18585. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.18585>
- Cruz, M. O., Gao, W., & Hibbard, J. U. (2011). *Obstetrical and perinatal outcomes among women with gestational hypertension, mild preeclampsia, and mild chronic hypertension*. *American journal of obstetrics and gynecology*, 205(3), 260.e1–260.e2609. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.06.033>
- Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., & Meneghini, A. M. (2012). *Developing empathy in Nursing students: a cohort longitudinal study*. *Journal of clinical nursing*, 21, 2016–2025, <https://doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x>
- Dube, R. (2013). *She probably asked for it: A Preliminary Study in to Zimbabwean Societal Perceptions of Rape*. *Research and Advocacy Unit*, 2013.
- Eliasson, M., Kainz, G., & Van Post, I. (2008). *Uncaring midwives*. *Nursing Ethics*, 15 (4). SAGE Publications. <https://doi: 10.1177/0969733008090521>
- Eshbaugh, E. (2011). *College students' positivity toward teen mothers*. *Journal of Family Social Work*, 14: 237–246. <https://doi: 10.1080/10522158.2011.571541>
- Fleming, N., O'Driscoll, T., Becker, G., et al. (2015). *CANPAGO Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Adolescent pregnancy guidelines*. *J Obstet Gynaecol Can*, 37(08): 740-759.
- Grønvik, T., & Fossgard Sandøy, I. (2018). *Complications associated with adolescent childbearing in Sub-Saharan Africa: A systematic literature review and meta-analysis*. *PloS one*, 13(9), e0204327. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204327>
- Harrison, R.E., Pearsonl, Vere, M., Chonzi, P., Hove, B.T. et al. (2014). *Care Requirements for Client to Present after Rape and Clients who presented after*

- consensual Sex as a Minor at a Clinic in Harare Zimbabwe, from 2011-2014. 2014, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184634>*
- Jonas, K., Crutzen, R., van den Borne, B., Sewpaul, R., & Reddy, P. (2016). Teenage pregnancy rates and associations with other health risk behaviours: a three-wave cross-sectional study among South African school-going adolescents. *Reproductive health, 13*(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0170-8>
- Kelly, R. H., Russo, J., Holt, V. L., Danielsen, B. H., Zatzick, D. F., Walker, E., et al. (2002). Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology, 100*, 297-304.
- Kim, S.C., Burke, L., Sloan, C., & Barnett, S. (2012). Attitudes toward teen mothers among nursing students and psychometric evaluation of positivity toward Teen Mothers scale. *Nurse Education Today*. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.10.014>
- Kirbas, A., Gulerman, H.C., Daglar, K. (2016). Pregnancy in adolescence: is it an obstetrical risk?. *J Pediatr Adolesc Gynecol, 29*(04): 367-371.
- Kumar, N., Brown, J.D. (2016). Access Barriers to long-acting reversible contraceptives for adolescents. *J Adolesc Health, 59*(03): 248-253.
- Laursen M, Johansen C, Hedegaard M. (2009). Fear of Childbirth and Risk for Birth Complications in Nulliparous Women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2009;116*(10) 1350-1355.
- Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W. (2006). Influence of Childhood Sexual Abuse on Pregnancy, Delivery, and the Early Postpartum Period in Adult Women. *Journal of Psychosomatic Research 2006;61*(2) 139-51
- Loredo-Abdalá, A., Vargas-Campuzano, E., Casas-Muñoz, A., González-Corona, J., & Gutiérrez-Leyva, C. J. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada [Adolescent pregnancy: its causes and repercussions in the dyad]. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 55*(2), 223–229.
- Lopez, W. D., Konrath, S. H., & Seng, J. S. (2011). Abuse-related post-traumatic stress, coping, and tobacco use in pregnancy. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN, 40*(4), 422–431. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01261.x>

- Lukasse M, Vangen S, Øian P, Kumle M, Ryding EL, Schei B. (2010). *Childhood Abuse and Fear of Childbirth--a Population-based Study*. *Birth* 2010;37(4) 267-274.
- Mantovani, N., & Thomas, H. (2014). *Choosing motherhood: the complexities of pregnancy decision-making among young black women 'looked after' by the State*. *Midwifery*, 30(3), e72–e78. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.015>
- Marino, J. L., Lewis, L. N., Bateson, D., Hickey, M., & Skinner, S. R. (2016). *Teenage mothers*. *Australian family physician*, 45(10), 712–717.
- Martin, J.A., Hamilton, B.E., Osterman, M.J.K., Driscoll, A.K. (2021). *Births: final data for 2019*. *Natl Vital Stat Rep*. 70(2):1–50.
- McCarthy, FP, O'Brien, U & Kenny, LC (2014). *The management of teenage pregnancy'*, *BMJ*, (349): 5887, <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g5887>
- Mohammadi, N., Montazeri, S., Alaghband Rad, J., Ardabili, H. E., & Gharacheh, M. (2016). *Iranian pregnant teenage women tell the story of "fast development": A phenomenological study*. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 29(4), 303–309. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.11.003>
- Möhler E, Matheis V, Marysko M, Finke P, Kaufmann C, Cierpka M, Reck C, Resch F. (2008). *Complications During Pregnancy, Peri- and Postnatal Period in a Sample of Women with a History of Child Abuse*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology* 2008;29(3) 193-8.
- Monteiro, J. C., Dias, F. A., Stefanello, J., Reis, M. C., Nakano, A. M., & Gomes-Sponholz, F. A. (2014). *Breast feeding among Brazilian adolescents: practice and needs*. *Midwifery*, 30(3), 359–363. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.008>
- Nelson, D. B., Uscher-Pines, L., Staples, S. R., & Grisso, J. A. (2010). *Childhood violence and behavioral effects among urban pregnant women*. *Journal of women's health* (2002), 19(6), 1177–1183. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1539>
- Ochen, A.M., Chi, P.C. & Lawoko, S. (2019). *Predictors of teenage pregnancy among girls aged 13–19 years in Uganda: a community based case-control study*. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 211 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2347-y>

- Oliveira, Jr. F.C., Surita, F.G., Pinto, E., Silva, J.L., et al. (2014). *Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Study Group. Severe maternal morbidity and maternal near miss in the extremes of reproductive age: results from a national cross-sectional multicenter study. BMC Pregnancy Childbirth, 2014; 14: 77.*
- Öndeş B, Uluba M, Cevizci S. (2016). *Comparison of infants of adolescent and advanced age mothers in spontaneous vaginal deliveries occurred between 2003 and 2013. Acta Medica Interntional, 3(2):4-8.*
<https://doi:10.5530/ami.2016.2.2>
- Ott, M.A., Sucato, G.S. (2014). *Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. Pediatrics, 134(04): e1257-e1281.*
- Parra-Pingel, P. E., Quisiguiña-Avellán, L. A., Hidalgo, L., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2017). *Pregnancy outcomes in younger and older adolescent mothers with severe preeclampsia. Adolescent health, medicine and therapeutics, 8, 81–86.* <https://doi.org/10.2147/AHMT.S131050>
- Pinto, E., Silva, J. L., & Surita, F. G. (2017). *Pregnancy in Adolescence - A Challenge Beyond Public Health Policies. A gravidez na adolescência - um desafio além das políticas públicas de saúde. Revista brasileira de ginecologia e obstetricia: revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia, 39(2), 41–43.* <https://doi.org/10.1055/s-0037-1600899>
- Renker, P. R. (2002). *“Keep a blank face. I need to tell you what has been happening to me.” MCN: American Journal of Maternal Child Nursing, 27, 109-116.*
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Gazzotti, S., & Albizzati, A. (2014). *Motherhood in adolescent mothers: maternal attachment, mother-infant styles of interaction and emotion regulation at three months. Infant behavior & development, 37(1), 44–56.* <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.12.011>
- Rodgers CS, Lang AJ, Twamley EW, Stein MB. (2003). *Sexual Trauma and Pregnancy: A Conceptual Framework. Journal of Women's Health 2003;12(10) 961-70.*
- Seng JS, Kane Low LM, Sperlich M, Ronis DL, Liberzon I. (2011). *Posttraumatic stress disorder is associated with lower birth weight and shorter gestation. British Journal of Obstetrics and Gynecology. 2011;118:1329–1339.*
- Slavic, T., R., Gostecnik, C. (2015). *The Experience of Pregnancy, Childbirth and*

Motherhood in Women with a History of Sexual Abuse.

IntechOpen<http://dx.doi.org/10.5772/59085>

Smith, S.G., Chen, J., Basile, K.C., et al. (2017). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010–2012 State Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, CDC; 2017.

Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 116(5), 672–680. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x>

Souto, R., Porto, D. L., Pinto, I. V., Vidotti, C., Barufaldi, L. A., Freitas, M. G., Silva, M., & Lima, C. M. (2017). Rape and pregnancy of girls aged up to 13 years in Brazil: characteristics and implications in health during gestation, delivery and childbirth. *Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento*. *Ciencia & saude coletiva*, 22(9), 2909–2918. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13312017>

United Nations Population Fund, (UNPF). (2016). *Universal access to reproductive health: progress and challenges*. New York: UNFPA; 2016.

Vertamatti, M.A.F., Carlos de Abreu L, Drezett J, Valent Caio VE. (2013). Time Lapsed between Sexual Aggression and Arrival at the Brazilian Health Service. *Journal of Human Growth and Development*, 23(1):46-51.

Warenius, L., Faxelid, A., Chishimba, P., Musandu, J., Ong'any, A., & Nissenfet, E. (2006). Nurse-midwives' attitudes towards adolescent sexual and reproductive health needs in Kenya and Zambia. *Reproductive Health Matters*, 14 (27), 119–128. [http://doi.org/10.1016/S0968-8080\(06\)27242-2](http://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)27242-2).

Wiemann, C.M., Rickert, V.I., Berenson, A.B., Volk, R.J. (2005). Are pregnant adolescents stigmatized by pregnancy? *Journal of Adolescent Health*, 36, 352.e1–352.e7

World Health Organization, WHO (2003). *Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence*. Διαθέσιμο στον παρακάτω σύνδεσμο: <https://reliefweb.int/report/world/guidelines-medico-legal-care-victims-sexual-violence>

World Health Organization, (WHO). (2018). *Sexual Violence- World Health Organisation*, 2018, <https://who.int>chap 6>

Yakıt E, Coşkun AM. *Toplumsal Açıdan Çocuk Yaşta Evlilikler Gerçeđi: Hemşire Ve Ebenin Sorumluluđu. The Truth Of Child Marriage In A Social Context: Responsibility Of Nurse And Midwife. Article n Turkish. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi. 2014;11(3):3-10*

Yasmin, G, Kumar, A & Parihar, B. (2014). *Teenage Pregnancy - Its Impact on Maternal and Fetal Outcome, International Journal of Scientific Study, 1(6): 9-13,*
<https://pdfs.semanticscholar.org/a3ee/4c6416fd117df623af091e9e3d1308b271ae.pdf>

Zane, S., Creanga, A.A., Berg, C.J., et al. (2015). *Abortion-related mortality in the United States: 1998–2010. Obstet Gynecol, 126(2):258–265.*
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000000>