

Ανασκόπηση**Εκτρώσεις στην εφηβεία****Δ. Ι. Κελλατζής****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Οι εκτρώσεις στην εφηβεία είναι αποτέλεσμα των ανεπιθύμητων κυήσεων που προκύπτουν από την ανώριμη και επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων. Το ποσοστό των ανεπιθύμητων κυήσεων στην εφηβεία αυξάνει καθώς και το όριο ηλικίας έναρξης των σεξουαλικών επαφών κατέρχεται. Παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη των σεξουαλικών επαφών στους εφήβους είναι η οικογένεια, η γειτονιά, το σχολείο, οι ερωτικοί σύντροφοι και η σχηματισθείσα προσωπικότητά τους. Αναφέρονται οι επιπλοκές από τη χειρουργική αντιμετώπιση των εκτρώσεων. Σήμερα, για την αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων κυήσεων χρησιμοποιούνται εκτρωτικά φάρμακα με υψηλό ποσοστό επιτυχίας (95%). Η φαρμακευτική έκτρωση θα πρέπει να γίνει γνωστή στους γυναικολόγους και να εφαρμοστεί ευρύτατα, προς όφελος των εφήβων και των ιατρών.

Όροι ευρετηρίου: εκτρώσεις, εκτρωτικά φάρμακα, εφηβεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, τρία είναι τα σημαντικότερα γυναικολογικά προβλήματα:

- 1) η πρόληψη των Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενων Νοσημάτων Σ.Μ.Ν. (HPV, HIV, χλαμύδια),
- 2) η κακοποίηση και
- 3) η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Αυτά προκαλούν αυξημένη νοσηρότητα, τόσο στη γονιμότητα όσο και στην ψυχική και προσωπική ωρίμανση των εφήβων.

Η εγκυμοσύνη των εφήβων αποτελεί ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας, που αφορά όλες τις κοινωνίες των ανεπτυγμένων χωρών. Επιφέρει στις έφηβες σημαντικές προσωπικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να είναι καταστροφική για μία έφηβο¹. Στις Η.Π.Α., επί 30 εκατομμυρίων εφήβων, συμβαίνουν 1 εκατομμύριο ανεπιθύμητες κυήσεις ετησίως. Το 50% καταλήγουν σε τοκετό και το άλλο 50% σε αυτόματη ή ηθελημένη διακοπή της εγκυμοσύνης.

Στις Η.Π.Α., η εφηβική εγκυμοσύνη είναι το σημαντικότερο πρόβλημα που απασχολεί τους πολίτες μετά τη φορολογία.

Δυστυχώς, λόγοι κοινωνικοί, οικογενειακοί, η απουσία ειδικά εκπαιδευμένων ιατρών και η πλημμελής νομοθεσία καθιστούν ανέφικτη μία ανάλογη εκτίμηση στη χώρα μας. Η χώρας μας δεν παρέχει αξιόπιστες στατιστικές για τον αριθμό των εκτρώσεων που διενεργούνται ετησίως.

Α' Μαιευτική & Γυναικολογική
Κλινική Α.Π.Θ.

Αλληλογραφία:
Δ. Ι. Κελλατζής
E-mail: john_kellar@hotmail.com
Κατατέθηκε: 17/7/08
Εγκρίθηκε: 1/9/08

Πίνακας 1. Η Οικογένεια**ΚΙΝΔΥΝΟΙ**

1. Ανεπαρκής εκπαίδευση και ενημέρωση των γονέων
2. Χαμηλές γονιμές προσδοκίες
3. Ψυχοπαθολογική κληρονομικότητα
4. Ανεκτικές συμπεριφορές σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

1. Ενδιαφέρον και επαφή με το παιδί
2. Ξεκάθαρες προσδοκίες για αποφυγή του σεξ - ΑΠΟΧΗ
3. Ξεκάθαρες προσδοκίες για τη χρήση αντισυλληπτικών
4. Στενοί οικογενειακοί δεσμοί

Εικάζεται ότι ανέρχονται γύρω στις 100.000 για όλες τις ηλικίες των γυναικών.

Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Το ενδιαφέρον μας πρέπει να στραφεί στα αίτια και τις επιπτώσεις που προκύπτουν από την πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών επαφών, στην τόσο ευαίσθητη ηλικία των εφήβων, κάτω των 18-19 ετών, λαμβάνοντας υπόψη ότι αποτελούν τη δυσκολότερη ομάδα για ικανοποιητική, ακίνδυνη και ασφαλή, από πλευράς αποτελεσματικότητας, αντισύλληψη. Η σεξουαλική ωριμότητα των εφήβων, επέρχεται σήμερα νωρίτερα από ό,τι πριν 4 δεκαετίες. Η επιπόλαιη και υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά των νέων οφείλεται στις συνήθειες και στη γνωστή ιδιάζουσα ψυχολογία τους, που ορισμένες φορές δημιουργεί προβλήματα. Για αυτό, τα άτομα τα οποία ασχολούνται με την υγεία εφήβων (γονείς, ιατροί, καθηγητές, ψυχολόγοι), θα πρέπει να είναι ενημερωμένα για τα προβλήματα των εφήβων, ώστε να τα βοηθήσουν όσο το δυνατόν καλύτερα.

Οι παράγοντες οι οποίοι ευνοούν στην αύξηση των ανεπιθύμητων κινήσεων είναι:

1. Η μικρότερη ηλικία έλευσης της εμμηναρχής.

Η εμμηναρχή επέρχεται μεταξύ 10-16 ετών, με μέσο όρο τα 12,4 έτη. Δεν είναι εξακριβωμένα τα αίτια που επιφέρουν την όλο και νωρίτερα γεννητική ωρίμανση των κοριτσιών και αγοριών. Η διατροφή και η καλύτερη ποιότητα ζωής πιθανόν έχουν συμβάλει².

2. Η πρόωμη σεξουαλική δραστηριότητα.

Τα τελευταία 30 χρόνια, αυξήθηκε το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν έναρξη των σεξουαλικών επα-

Πίνακας 2. Το Σχολείο**ΚΙΝΔΥΝΟΙ**

1. Η εγκατάλειψη του σχολείου

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

1. Η επιτυχία στις σχολικές υποχρεώσεις
2. Σεξουαλική εκπαίδευση

Πίνακας 3. Η Γειτονιά-Η Κοινωνία**ΚΙΝΔΥΝΟΙ**

1. Χαμηλό οικογενειακό εισόδημα
2. Ελλιπής μόρφωση
3. Υψηλό ποσοστό διαζυγίων
4. Συχνές αλλαγές κατοικίας

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

1. Πίστη στη θρησκεία
2. Χαμηλό ποσοστό γεννήσεων εκτός γάμου
3. Σφιχτές κοινωνικές δομές

φών κατά την εφηβεία κατά 25%. Πιο ειδικά, μεταξύ των ηλικιών 16-19 χρονών, το ποσοστό αυξήθηκε από 42% σε 51%, ενώ κάτω των 16 χρονών αυξήθηκε από 16% σε 27%. Παρατηρείται μία μεγαλύτερη αναλογική αύξηση στις μικρότερες ηλικίες. Σε πρόσφατη έρευνα στη χώρα μας, 4 στα 10 κορίτσια έχουν την πρώτη σεξουαλική επαφή τους πριν από τα 18 χρόνια, συχνή εναλλαγή συντρόφων και χρήση μη αποτελεσματικών αντισυλληπτικών μεθόδων. Σημειώνεται ότι η πλειονότητα των Ελληνίδων «προτιμά» το προφυλακτικό και μόλις το 6,5% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια.

3. Η ανεπαρκής χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων.

Η χρήση της αντισύλληψης στην εφηβική ηλικία παραμένει περιορισμένη στη χώρα μας. Το 50% των εφήβων αναφέρει ότι δε χρησιμοποιεί καμία αντισυλληπτική μέθοδο κατά την πρώτη επαφή. Τα τελευταία 20 χρόνια, ο αριθμός των εφήβων που χρησιμοποιούν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο έχει αυξηθεί, αλλά όχι στο επιθυμητό επίπεδο. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται συχνότερα είναι το προφυλακτικό, κυρίως λόγω του φόβου μετάδοσης των Σ.Μ.Ν. Είναι γνωστό ότι το προφυλακτικό δεν αποτελεί ασφαλή αντισυλληπτική μέθοδο.

4. Το μακρύ χρονικό διάστημα μεταξύ εφηβείας και γάμου.

Πριν μερικές δεκαετίες, το διάστημα που μεσολα-

Πίνακας 4. Οι Ερωτικοί Σύντροφοι**ΚΙΝΔΥΝΟΙ**

1. Η έλλειψη προφύλαξης να είναι ο κανόνας
2. Η χρήση ουσιών
3. Μεγαλύτεροι σε ηλικία ερωτικοί σύντροφοι
4. Ραντεβού από μικρή ηλικία
5. Μεγάλη δημοτικότητα

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

1. Αντίληψη υπέρ της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων
2. Η αντισύλληψη να υποστηρίζεται από τον ερωτικό σύντροφο
3. Στενή σχέση με τους γονείς

Πίνακας 5. Προσωπικοί και Ατομικοί Παράγοντες**ΚΙΝΔΥΝΟΙ**

1. Πρόωρη ωρίμανση
2. Σεξουαλική κακοποίηση
3. Κατάχρηση ουσιών
4. Συναισθηματική κατάθλιψη
5. Το να είναι αγόρι
6. Εγκληματικότητα/Παραβατικότητα

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

1. Πεποιθήσεις/συμπεριφορά που στηρίζουν την υπεύθυνη σεξουαλική δραστηριότητα
2. Να έχει θρησκευτικές απόψεις
3. Να έχει φιλοδοξίες να πετύχει στη ζωή

βούσε μεταξύ της πρώτης σεξουαλικής επαφής και του γάμου, κυμαινόταν από εβδομάδες μέχρι μήνες. Σήμερα το χρονικό αυτό διάστημα έχει αυξηθεί στα 15 χρόνια περίπου, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα ανεπιθύμητης κύησης³. Ενδιαφέρον έχει να γνωρίζουμε από τι επηρεάζεται η σεξουαλική συμπεριφορά των νέων. Σε μεγάλο βαθμό, η σεξουαλική συμπεριφορά εξαρτάται από τις θετικές ή αρνητικές στάσεις και απόψεις των κοινωνικών φορέων μέσα στους οποίους μεγαλώνουν οι έφηβοι, που είναι η οικογένεια (πίνακας 1), το σχολείο (πίνακας 2), η κοινωνία (πίνακας 3), οι ερωτικοί σύντροφοι (πίνακας 4) και βέβαια η προσωπικότητά τους (πίνακας 5) έτσι όπως έχει δημιουργηθεί. Για κάθε μορφή κινδύνου ευτυχώς, υπάρχει και προστασία, όπως φαίνεται στους πίνακες.

Η ΚΥΗΣΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Η εγκυμοσύνη της εφηβείας από πολλούς θεωρείται ως κύηση υψηλού κινδύνου, καθώς συνδέεται με υψηλό ποσοστό επιπλοκών (διαταραχές θρέψης σε πρωτεΐνες και ασβέστιο, αναιμία, ουρολομώξεις, Σ.Μ.Ν., υπέρταση, τοξιναιμία, αποκόλληση πλακούντα, κεφαλοπυελική δυσαναλογία, προωρότητα, νεογνά μικρού βάρους < 2500 γρ., καισαρικές τομές και θνησιμότητα)⁴.

Οι επιπλοκές αυτές οφείλονται σε ποικίλα αίτια και όχι αποκλειστικά στη βιολογική και ψυχολογική ανωριμότητα των εφήβων. Η ηλικία της εφήβου δεν είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στην αυξημένη εμφάνιση των επιπλοκών.

Τα αίτια αυτά πιθανώς να είναι σημαντικά σε έφηβες κάτω των 14 ετών, λόγω της καθυστερημένης αποκάλυψης-διαπίστωσης της εγκυμοσύνης, του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των περισσοτέρων των εφήβων, της καθυστερημένης έναρξης παρακολούθησης και παροχής περιγεννητικής φροντίδας.

ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Δυστυχώς, το 50% των εφηβικών κήσεων καταλήγουν στην τεχνητή έκτρωση. Η έκτρωση έχει εφαρμοσθεί από την αρχαιότητα με ποικίλους τρόπους και μέσα. Σήμερα, η έκτρωση σε άλλες χώρες είναι νόμιμη, σε άλλες απορρίπτεται και σε άλλες θεωρείται εγκληματική.

Περίπου 40 εκατομμύρια εκτρώσεις διενεργούνται ετησίως παγκοσμίως (νόμιμες και παράνομες), που επιφέρουν 76.000 θανάτους και νοσηρότητα σε μεγαλύτερο ποσοστό. Στις Η.Π.Α., το ποσοστό θανάτου από τις εκτρώσεις ανέρχεται επισήμως στο 0,6/100000 γυναίκες και η νοσηρότητα στο 1%.

Στις επιπλοκές υπάγονται η ανεπάρκεια τραχήλου, η καταστροφή του ενδομητρίου (σύνδρομο Asherman), οι φλεγμονές, η αιμορραγία, η διάτρηση και η στείρωση). Σήμερα η έκτρωση θεωρείται ασφαλής, μόνο κάτω από προϋποθέσεις άριστης υγειονομικής προστασίας⁵.

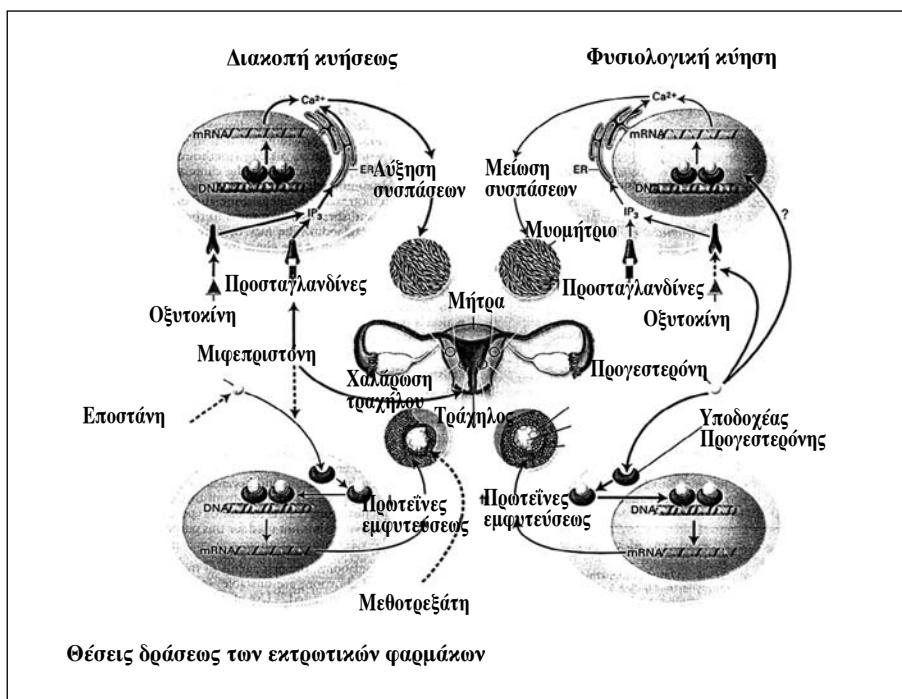
Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η πλέον συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος στην έκτρωση, κυρίως με αναρρόφηση, η οποία είναι ασφαλέστερη και λιγότερη επώδυνη σε σχέση με τη διαστολή και απόξεση.

Σήμερα, μπορούμε να διακόψουμε την κύηση και με φαρμακευτικές ουσίες, οι οποίες δρουν εκτρωτικά. Κυρίως συνιστάται σε κύσεις κάτω των 8 εβδομάδων, στις οποίες το ποσοστό επιτυχίας ανέρχεται στο 95%⁶.

Επιτυχία της φαρμακευτικής έκτρωσης θεωρείται η πλήρης αποβολή του κήματος, χωρίς τη χρησιμοποίηση χειρουργικής επέμβασης.

Η εκτρωτική δράση των φαρμάκων διακρίνεται σε 4 κατηγορίες:

1. Στα αναστέλλοντα τη σύνθεση της προγεστερόνης (epostane).
2. Στα προκαλούντα συσπάσεις του ενδομητρίου (προσταγλανδίνες-μυοπροστόλη-οξυτοκίνη).



Εικόνα 1. Δράση εκτροπικών ουσιών.

3. Στους μικροανταγωνιστές της δράσης της προγεστερόνης (μιφεπριστόνη η RU 486). Η δράση τους είναι:
 - α) η νέκρωση του φθαριτού,
 - β) η σύσπαση των αγγείων του ενδομητρίου,
 - γ) οι συσπάσεις του μυομητρίου και
 - δ) η διαστολή τραχήλου.
4. Στα μικροανασταλτικά ανάπτυξης της τροφολβλάστης (μεθοτρεξάτη-MTX). Είναι ανταγωνιστής του φυλικού οξέος, τα οποία εισέρχονται στη σύνθεση του DNA (εικόνα 1).

ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΠΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

1. Το Epostane χορηγείται μόνο του ή σε συνδυασμό με κολπικά υπόθετα προσταγλανδίνης E2. Χορηγείται σε δόση 200 mg κάθε 8 ώρες για 7 ημέρες. Προκαλεί ναυτία στο 86% των γυναικών που το έλαβαν και το ποσοστό επιτυχίας κυμάνθηκε στο 84%. Δε χρησιμοποιείται σήμερα γιατί δεν πήρε την έγκριση από την Αμερική.

2. Προσταγλανδίνες

Οι φυσικές προσταγλανδίνες δε χρησιμοποιούνται λόγω μη εξειδικευμένης δράσης και των παρενεργειών που έχουν.

Το sulproston (μεθυλιωμένο παράγωγο της PGE2 16 φαινολυ-ω-17,18,19,20 τετρα PGE2 μεθυσουλφοναμίδη)⁷, συνθετικό ανάλογο της προσταγλανδίνης, δε χρησιμοποιείται σήμερα λόγω των συχνών καρδιαγγειακών επιπλοκών, όπως εμφράγματα και υπόταση.

Οι χρησιμοποιούμενες σήμερα συνθετικές προσταγλανδίνες είναι η μισοπροστόλη (Cytotex) και η γεμπροστόνη.

Η **μισοπροστόλη** διατηρείται σε θερμοκρασία δωματίου και κυκλοφορεί και στην Ελλάδα για τη θεραπεία του έλκους.

Η **γεμπροστόνη** κυκλοφορεί σε κολπικά υπόθετα, είναι ακριβό, απαιτεί συντήρηση σε ψυγείο, δεν έχει πάρει έγκριση από στις Η.Π.Α. και δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα.

Στον πίνακα 6, αναγράφονται οι συχνότερες χρησιμοποιούμενες φαρμακευτικές ουσίες, η συνήθης δόση και το ποσοστό επιτυχίας.

Οι **παρενέργειες** των προσταγλανδινών είναι ο πόνος στην κοιλιά, ο πονοκέφαλος, η ναυτία, ο εμετός, η διάρροια, το ρίγος, η παραμονή στο νοσοκομείο και η αιμόρροια μέχρι 14 ημέρες.

Η πλέον συνήθης φαρμακευτική αγωγή για διακοπή της κύησης είναι η χορήγηση 1 δόσης μιφεπριστόνης από του στόματος ή ενδομυϊκά και, μετά από 48-72 ώρες, χορηγείται η μισοπροστόλη από το στόμα ή κολπικά.

Όπως διαπιστώνεται, δεν υπάρχουν ακόμα αποτελεσματικά και ασφαλή φάρμακα για τη διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Έτσι, παρά την πρόοδο που έχει συντελεσθεί με τη φαρμακευτική διακοπή της κύησης, δυστυχώς η οριστική και περισσότερο ασφαλής μέθοδος, παραμένει η γνωστή σε όλους μας χειρουργική παρέμβαση.

Πίνακας 6. Φαρμακευτική διακοπή

ΦΑΡΜΑΚΟ	ΔΟΣΗ	ΕΠΙΤΥΧΙΑ
1. ΜΙΣΟΠΡΟΣΤΟΛΗ	400-800mg/στόμα	4-11%
2. ΜΙΣΟΠΡΟΣΤΟΛΗ	800-2400mg/κολπικά	22-94%
3. ΜΙΦΕΠΡΙΣΤΟΝΗ	1 δόση (600mg) Ενδομυϊκά ή από του στόματος Σε συνδυασμό με μισοπροστόλη	97%

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μέριμνα της πολιτείας και των αρμοδίων υγειονομικών παραγόντων θα πρέπει να έχουν στόχο την πρόληψη της εγκυμοσύνης στις έφηβες. Όλα τα παραπάνω είναι παρά πολύ σημαντικά στο να ενημερώσουμε και να επηρεάσουμε τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων.

Η αποτροπή της εφηβικής εγκυμοσύνης και η προφύλαξη από τα Σ.Μ.Ν. είναι κοινωνικό πρόβλημα που απαιτεί ριζικές αλλαγές σε πολλούς τομείς, όπως στα Μ.Μ.Ε., στους γονείς, στους γιατρούς και γενικότερα στους φορείς παροχής εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας στους εφήβους⁸. Όσο για την αλλαγή συμπεριφοράς των εφήβων, τα πιο επιτυχημένα προγράμματα είναι αυτά τα οποία βασίζονται στη λύση των προβλημάτων, στην επικοινωνία, στην αύξηση της εμπειρίας τους, αλλά ταυτόχρονα και προσαρμοσμένα στην ηλικία τους, προλαμβάνοντας έτσι τις ανεπιθύμητες κήσεις και τις επιπτώσεις από τα Σ.Μ.Ν.

Στη χώρα μας, εξακολουθεί να παραμένει, ως σημαντικότερος παράγοντας στην πρόληψη αυτών ανεπιθύμητων κήσεων, η οικογένεια. Τελικά, είναι η μόνη που μπορεί με την αγάπη της και τη στοργή που παρέχει, να επιμένει στο δύσκολο δρόμο της αποχής από τις σεξουαλικές σχέσεις. Επίσης, η σύσταση της αποχής θα πρέπει να περιλαμβάνεται σε όλες τις συζητήσεις που γίνονται μεταξύ των εφήβων και των ασχολουμένων με την αναπαραγωγική υγεία. Στο αναπόδραστο γεγονός της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, οι γυναικολόγοι θα πρέπει να αποδεχθούν και να παροτρύνουν την εφαρμογή της φαρμακευτικής έκτρωσης σε επιλεγμένες περιπτώσεις, λόγω των περιορισμένων παρενεργειών και επιπτώσεων που εμφανίζει η μέθοδος αυτή⁹.

Summary

Kellartzis D. I.

Abortions in adolescence

Helen Obstet Gynecol 20(4):300-304, 2008

The abortions in adolescent girls are the consequence of an unwanted pregnancy, which arises from their immature and risky sexual behaviour.

The overall percentage of the unwanted adolescence

pregnancies is increasing, as well as the percentage of younger teenagers who start their sexual intercourses in very early age.

Factors that influence the adolescent sexual behaviours and activities are family, peers, school, community, neighbourhood, and other individual factors.

Complications of the surgical termination of pregnancies are also being mentioned.

Abortion drugs are being used for these pregnancy terminations, with a rate success of nearly 95%. Gynecologists should be acquainted with the procedure of medical pregnancy termination and make it widely spread for the benefit of both adolescent women and doctors.

Key words: *abortion, abortion drugs, adolescence.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δ. Κελλαρτζής Αντισύλληψη στην Εφηβεία. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία 2004, 16: 2, 231-237.
2. Jaskiewicz J, Mc Anarney. Pregnancy during Adolescence. Pediatrics in Review, 1994 15: 1, 32-38.
3. Religious Tolerance Org. Factors that increase or decrease the abortion rate. Religious Tolerance Org. 15/9/2008.
4. Risks of teen pregnancy. Paediatrics in Review. 1993, 14: 3, 116.
5. Dragoman M, Davis A. Abortion care for Adolescents. Clinical Obstetrics and Gynecology 2008: 51: 281-289.
6. Maitre S, Bouchard P, Spitz. Medical termination of pregnancy. N Eng J Med 2000, 342: 3, 946-951.
7. Τσαλίκης Τ, Σταματοπούλος Π, Κελλαρτζής Δ, Μανταλενάκης Σ. Εκτρώσεις α' τριμήνου σε ενδομυϊκή χορήγηση μεθυλωμένης PGE2 (Sulproston). Ανακοινώθηκε στο 10^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα 2-5 Μαΐου, 1985.
8. Stevens-Simon C. Providing effective Reproductive Health Care and Prescribing Contraceptive for Adolescents. Paediatrics in Review 1998, 19: 12, 409-417.
9. Rimsza M, Counselling the adolescent about Contraception. Paediatrics in Review 2003, 24: 5, 162-169.