

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ Ο
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ
ABORTIONS IN THE ADOLESCENCE AND
THE ROLE OF THE NURSE**



**ΔΡΙΒΗΛΑ ΑΝΔΡΙΑΝΑ
ΜΑΡΚΟΥ ΜΑΡΘΑ
ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ**

ΠΑΤΡΑ 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ - σελίδες

Ευχαριστίες.....	6
Πρόλογος.....	7
Εισαγωγή.....	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	9
1.2. ΤΑ ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	10
1.2.1. ΟΙ ΩΟΘΗΚΕΣ.....	11
1.2.2. ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ ή ΩΑΓΩΓΟΙ.....	12
1.2.3. ΜΗΤΡΑ.....	14
1.2.4. ΚΟΛΠΟΣ ή ΚΟΛΕΟΣ.....	16
1.3. ΤΑ ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	18
1.3.1. ΕΦΗΒΑΙΟ.....	18
1.3.2. ΜΙΚΡΑ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΛΗ.....	19
1.3.3. ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ.....	19
1.3.4. ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ.....	19
1.3.5. ΒΟΛΒΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΔΡΟΜΟΥ.....	20
1.3.6. ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΟΡΜΟΝΕΣ ΠΟΥ ΠΑΙΖΟΥΝ ΡΟΛΟ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ.....	21
2.1.1. ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΕΣ (Gn).....	22
2.1.2. ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΤΡΟΠΟΣ ΟΡΜΟΝΗ (FSH).....	22
2.1.3. ΩΧΡΙΝΟΤΡΟΠΟΣ ΟΡΜΟΝΗ (LH).....	23
2.1.4. ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗ (PRL).....	23
2.1.5. ΩΚΥΤΟΚΙΝΗ (ΟΧΥΤΟΣΙΝ).....	23
2.2. ΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ (ή ΦΥΛΕΤΙΚΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ ή ΟΡΜΟΝΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ) ΚΑΙ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΑΔΕΝΕΣ.....	24
2.2.1. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΙ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΑΔΕΝΕΣ-ΓΥΝΑΙΚΕΙΕΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ (ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ).....	24
2.3. ΚΑΤΑΜΗΝΙΟΣ ή ΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. ΣΥΝΟΥΣΙΑ (ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ).....	33
3.2. ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. ΕΦΗΒΕΙΑ.....	37
4.2. ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ.....	37
4.2.1. ΠΡΟΕΦΗΒΕΙΑ : 8-11 ΕΤΩΝ.....	37
4.2.2. 1 ^ο ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ, ΠΡΩΤΗ ΕΦΗΒΕΙΑ : 11-14 ΕΤΩΝ.....	38
4.2.3. 2 ^ο ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ, ΜΕΣΗ ΕΦΗΒΕΙΑ : 14-17 ΕΤΩΝ.....	39
4.2.4. 3 ^ο ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ, ΤΕΛΙΚΗ ΕΦΗΒΕΙΑ : 17-18 ΕΤΩΝ.....	40
4.2.5. ΜΕΤΕΦΙΒΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ : >18 ΕΤΩΝ.....	40
4.3. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	40
4.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. ΚΥΗΣΗ (ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ).....	43
5.2. ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....	44
5.2.1. ΜΗΤΡΑ.....	44
5.2.2. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ.....	45
5.2.3. ΑΥΞΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ.....	45
5.2.4. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ.....	46
5.2.5. ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	46
5.2.6. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	46
5.2.7. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	47
5.2.8. ΜΑΣΤΟΙ.....	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. ΕΚΤΡΩΣΗ.....	48
6.2. ΑΜΒΛΩΣΗ.....	48
6.3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ.....	49
6.4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ.....	50
6.4.1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΠΟΛΥ ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	50
6.4.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	50
6.4.3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1. ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	54
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΗ.....	60
8.2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	61
8.2.1. ΘΑΝΑΤΟΣ.....	61
8.2.2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	62
8.2.3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ, ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ.....	62
8.2.4. ΔΙΑΤΡΙΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	62
8.2.5. ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ.....	62
8.2.6. ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ.....	63
8.2.7. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ.....	63
8.2.8. ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΗΣΗ.....	63
8.2.9. ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ.....	63
8.2.10. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΣ.....	64
8.2.11. ΑΛΛΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ.....	64
8.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΗΣ.....	64
8.3.1. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD ή PAS).....	66
8.3.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ.....	66
8.3.3. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	67
8.3.4. ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ, ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ.....	67
8.3.5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΥΠΝΟΥ.....	68
8.3.6. ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ή ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ.....	68
8.3.7. ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ.....	68
8.3.8. ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ.....	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1. ΤΟ ΔΙΚΑΙΟ ΣΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ.....	70
----------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1. ΠΡΟΛΗΨΗ.....	73
10.1.1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ.....	73
10.1.2. ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ.....	75
10.1.3. ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΑΧΤΥΛΙΑΙ.....	76
10.1.4. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ.....	76
10.1.5. ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	76
10.1.6. ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	77
10.1.7. ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11.1. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	80
11.2. ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΑΓΩΓΗ ή ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΙΣΗ.....	81
<i>11.2.1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΙΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΟΥ.....</i>	<i>82</i>
<i>11.2.2. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΙΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΕΙΟ.....</i>	<i>84</i>
<i>11.2.3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΙΣΗ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ.....</i>	<i>85</i>
<i>11.2.4. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΙΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ.....</i>	<i>86</i>
Επίλογος.....	88
Περίληψη.....	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	90

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Επιθυμούμε να πούμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στους υπεύθυνους της πτυχιακής μας εργασίας Δετοράκη Ιωάννη και Στεφανόπουλο Νικόλαο για την άμεση συνεργασία, την υποστήριξη καθώς και τον πολύτιμο χρόνο που μας αφιέρωσαν.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ ακόμα στους φίλους και τις οικογένειες μας για την κατανόηση, την υπομονή και τη στήριξη σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της πτυχιακής εργασίας

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σεξουαλική ηθική είναι ένα σύνολο από αντιλήψεις, στάσεις και συμπεριφορές που αφορούν την εκδήλωση και την άσκηση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας. Οι όροι αυτοί αλλάζουν από κοινωνία σε κοινωνία και μεταβάλλονται στις διάφορες ιστορικές περιόδους. Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα είναι μια λειτουργία σαν όλες τις υπόλοιπες ανθρώπινες λειτουργίες που είναι απαραίτητες για ολοκληρωμένη σωματική, πνευματική εξέλιξη και ανάπτυξη.

Ο σημαντικός όρος που χαρακτηρίζει την ανθρώπινη σεξουαλικότητα είναι η άμεση συνάρτησή της με την αναπαραγωγικότητα. Από εκείνη τη χρονική στιγμή που διαπιστώθηκε εμπειρικά ο συσχετισμός του σεξ με την αναπαραγωγή αρχίζουν οι μεγάλες περιπέτειες για την ανθρώπινη σεξουαλικότητα. Όλοι ξέρουμε ότι οι νέοι γνωρίζουν το σεξ σε όλο και μικρότερη ηλικία. Οι ειδικοί συμφωνούν ότι αυτό δεν είναι ό,τι καλύτερο, καθώς στις πολύ νεαρές ηλικίες δεν υπάρχει η απαραίτητη ψυχική αλλά και σωματική ωριμότητα. Μερικοί προτείνουν ως λύση στο πρόβλημα την χρήση «επείγουσας αντισύλληψης» ώστε οι νέοι να κάνουν τους πειραματισμούς τους αποφεύγοντας τις «ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες». Άλλοι λένε ότι επιβάλλεται και η χρήση προφυλακτικού, μια και ελλοχεύουν διάφορα αφροδίσια νοσήματα. Όμως το θέμα είναι οπωσδήποτε πολύ ευρύτερο από την αποφυγή μιας ασθένειας ή/και μιας εγκυμοσύνης.

Σχετικά με το πότε είναι η κατάλληλη ηλικία για σεξ ή και τεκνοποιία, θέματα που παραδοσιακά συσχετίζονται οπωσδήποτε με τον θεσμό του γάμου, υπάρχει διάσταση απόψεων ακόμα και σε πολιτισμούς που αναπτύσσονται την ίδια χρονική στιγμή στην ίδια χώρα. Για παράδειγμα, στην αρχαία Σπάρτη υπήρχε πρόστιμο για το γάμο σε πολύ νεαρή ηλικία, καθώς θεωρούσαν ότι η κοπέλα που είναι μικρότερη από δεκαοκτώ ετών δεν είναι σε θέση να κυφορήσει χωρίς προβλήματα, και δεν πρόκειται να φέρει στον κόσμο τα γερά παιδιά που προσδοκούσε η πολιτεία. Από την άλλη, στην αρχαία Αθήνα πολλές φορές πάντρευαν τα κορίτσια σε τόσο μικρή ηλικία, που με σημερινά κριτήρια θα μπορούσαμε άνετα να χαρακτηρίσουμε τους γαμπρούς ως παιδεραστές.

Ακόμα, μερικές δεκαετίες πίσω, πολύ κοντά στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα, οι νέοι παντρεύονταν πολύ νωρίτερα από ότι σήμερα, συνήθεια που διατηρείται και σήμερα στη χώρα μας από τους Ρομά (τσιγγάνους). Παράλληλα όπως μας πληροφορούν νεότερες έρευνες, η καθυστέρηση της τεκνοποιίας αποτελεί πηγή ασθενειών και μειωμένης γονιμότητας τόσο για τις γυναίκες, όσο και για τους άντρες, που διαθέτουν κι αυτοί «βιολογικό ρολόι». Το ερώτημα είναι, αν οι έφηβοι-νέοι της δικιάς μας σύγχρονης εποχής, μια εποχής ακατάπαυστου βομβαρδισμού πληροφοριών κάθε είδους, παίρνουν την κατάλληλη αγωγή από κάθε παράγοντα της κοινωνίας (οικογένεια, σχολείο, κράτος κτλ.), ώστε το σεξ γι' αυτούς να αποτελεί ασφαλή απόλαυση και όχι επιβολή γονεϊκών τίτλων σε μικρές ηλικίες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ζούμε σε μια εποχή όπου θέματα όπως η σεξουαλική επαφή και η σεξουαλικότητα δεν θεωρούνται ταμπού. Παρατηρείται μια αλλαγή ως προς την αντιμετώπιση της σεξουαλικής πράξης. Η σεξουαλική πράξη δεν συνεπάγεται μόνο την αναπαραγωγή πλέον, αλλά και τρόπο ικανοποίησης. Καθημερινά, όχι μόνο ενήλικες, αλλά και ανήλικα παιδιά, έχουν τη δυνατότητα εύκολης πρόσβασης σε εικόνες σεξουαλικού περιεχομένου, από κάθε μέσω, όπως η τηλεόραση, ο έντυπος τύπος (περιοδικά κτλ.) και το ηλεκτρονικό διαδίκτυο. Η απενοχοποίηση της σεξουαλικής επαφής είναι πλέον γεγονός, πράγμα το οποίο δεν συνέβαινε παλαιότερα.

Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι η μείωση της ηλικίας έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων, χωρίς όμως αντίστοιχη σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Αυτό αποδεικνύεται από έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με το θέμα των εκτρώσεων από το Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας, καθώς η χώρα μας κατέχει την πρώτη θέση στις εκτρώσεις στην Ευρώπη και την τρίτη θέση στον κόσμο.

Σύμφωνα με όσα προανέφερα, καθώς επίσης και η ευαισθησία μου πάνω στο θέμα, με ώθησαν στην επιλογή του θέματος της πτυχιακής μου εργασίας: «Εκτρώσεις στην εφηβεία».

Η εργασία μας αποτελείται από 11 κεφάλαια στα οποία αναλύουμε το θέμα των αμβλώσεων στην εφηβεία και παράλληλα εξετάζουμε και το θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1



Εικόνα 1: Μάθημα ανατομίας (Rembrandt)

1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από διάφορα όργανα που, αν και έχουν το καθένα διαφορετική λειτουργία, συνεργάζονται στενά μεταξύ τους για να εξασφαλιστεί η αναπαραγωγική τους αποστολή. Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε δύο ομάδες, στα έσω τα οποία βρίσκονται μέσα στη πύελο και στα έξω γεννητικά όργανα που βρίσκονται έξω από την πύελο.

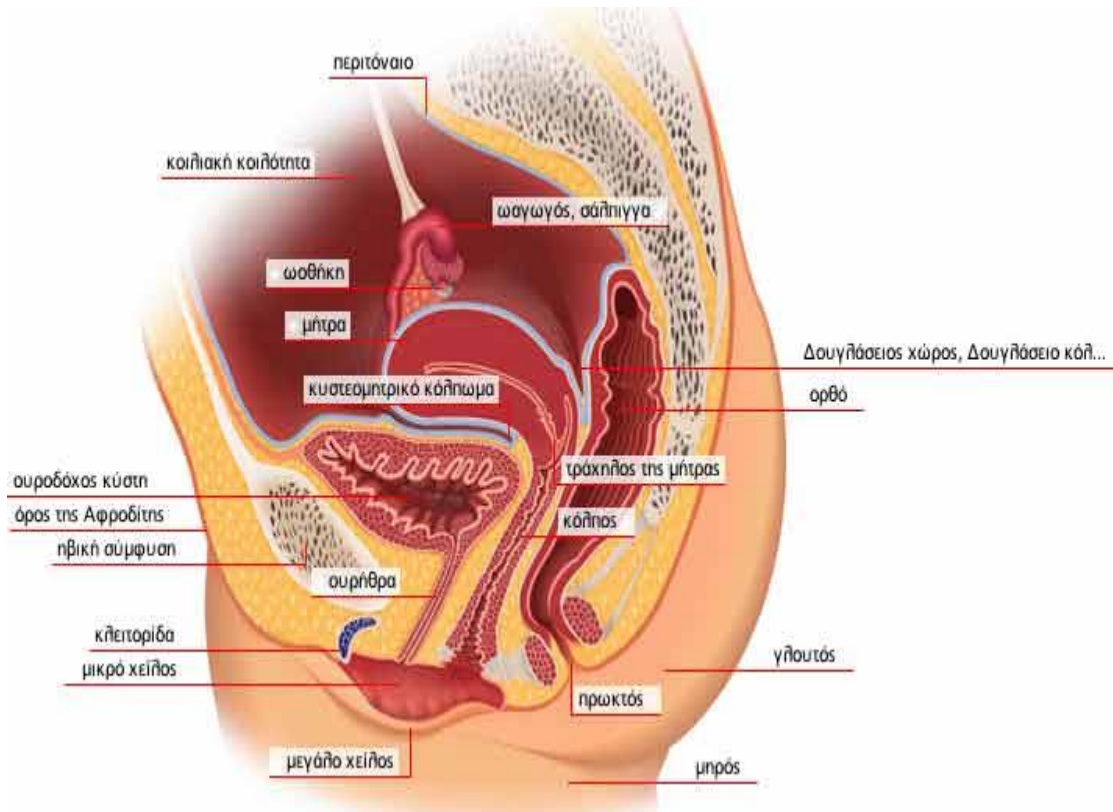
Τα έσω γεννητικά όργανα αποτελούνται από :

- α) τις δύο ωοθήκες
- β) τις δύο σάλπιγγες
- γ) τη μήτρα
- δ) και τον κόλπο (κολεό)

Τα έξω γεννητικά όργανα αποτελούνται από το αιδοίο. Το αιδοίο απαρτίζεται από τα εξής επιμέρους στοιχεία :

- α) το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης
- β) τα μεγάλα χείλη του αιδοίου
- γ) τα μικρά χείλη του αιδοίου (νύμφαι)
- δ) την κλειτορίδα
- ε) τον πρόδρομο του κόλπου
- στ) τους βολβούς του πρόδρομου
- η) τους αδένες του προδρόμου ή αδένες του Bartholini. (Κακλαμάνης Ν, 1998)

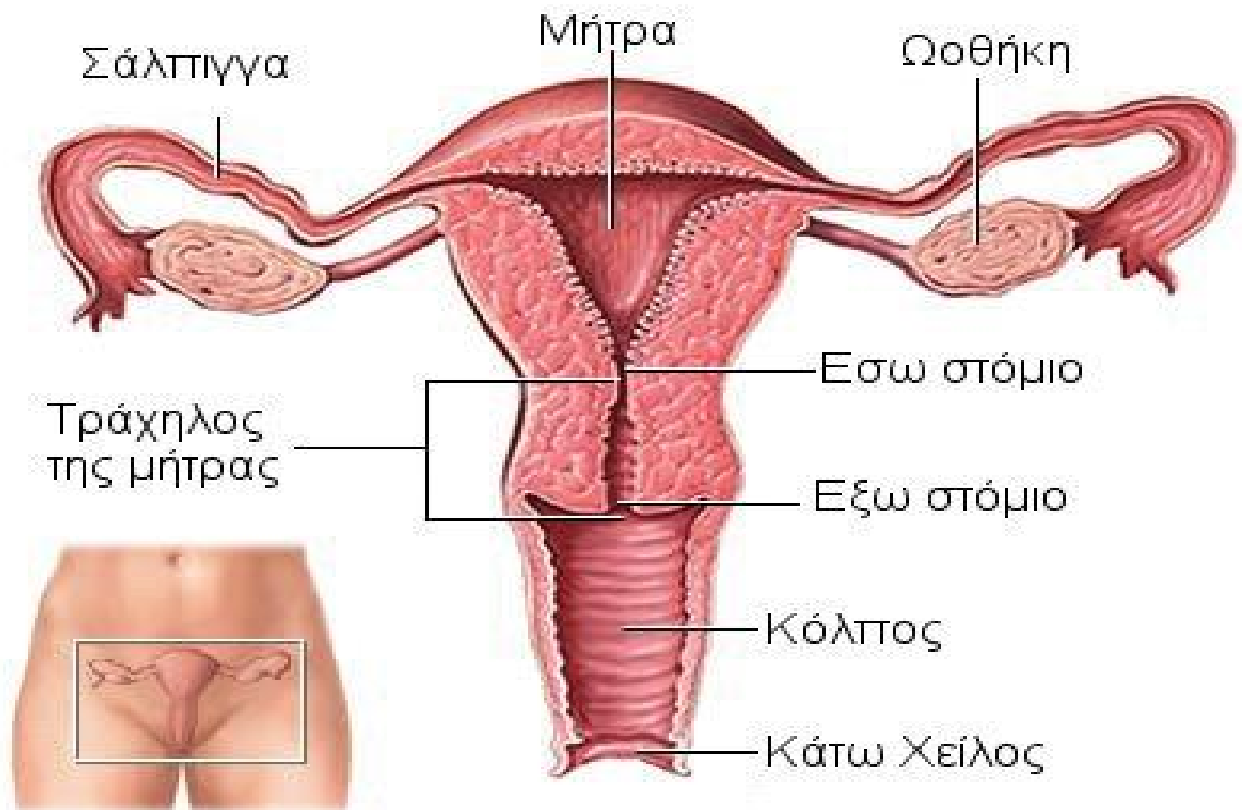
Σαν όριο ανάμεσα στα έξω και στα έσω γεννητικά όργανα χρησιμεύει ο παρθενικός υμένας.



Εικόνα 2: Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας (πλάγια όψη).

1.2. ΤΑ ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας βρίσκονται μέσα σε μια εγκάρσια πτυχή του περιτόναιου που εκτείνεται μεταξύ των δύο πλάγιων τοιχωμάτων της μικρής πυέλου και που λέγεται πλατύς σύνδεσμος. Ο πλατύς σύνδεσμος χωρίζεται από τη μήτρα σε δεξιό και αριστερό. Από το πίσω πέταλο κάθε πλατύ συνδέσμου κρέμεται, σε μια πτυχή του που λέγεται μεσσοθήκιο ή ωοθήκη.



Εικόνα 3: Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας.

1.2.1. ΟΙ ΩΟΘΗΚΕΣ

Οι ωοθήκες έχουν σχήμα και μέγεθος αμυγδαλού, μήκος 2,5 – 4cm, εύρος 2cm περίπου και πάχος 1,25cm. Το χρώμα τους είναι ερυθροφαιό μέχρι το πρόσθιο χείλος της όπου υπάρχει μια κυματοειδής γραμμή, η γραμμή του Farre, όπου το κυλινδρικό επιθήλιο της ωοθήκης μεταπίπτει στο πλακώδες του περιτοναίου, άρα οι επιφάνειες του είναι ανώμαλες και με προεξοχές. (Σαχίνη-Καρδάση Α, 2004)

Οι ωοθήκες αντιστοιχούν προς τους όρχεις του άνδρα, είναι δηλαδή οι γεννητικοί αδένες της γυναίκας. Είναι μεικτοί αδένες που παράγουν τα γυναικεία γεννητικά κύτταρα (ωάρια). Παράλληλα, είναι και ενδοκρινείς αδένες, που παράγουν ορμόνες, όπως οιστρογόνα από τα αναπτυσσόμενα ωοθηλάκια και προγεστερόνες από τα κύτταρα του ωχρού σωματίου. Αυτές οι ορμόνες εκκρίνονται στο αίμα για τη ρύθμιση του κύκλου. (Dupoux P, 2007)

Η ωοθήκη βρίσκεται μέσα στον ωοθηκικό βόθρο, ο οποίος οριοθετείται από πάνω και από μπρός, από την ομφαλική αρτηρία, πίσω δε από τη μηριαία αρτηρία και τον ουρητήρα. Στη θέση αυτή η ωοθήκη στηρίζεται : α) από το μεσωθηλάκιο, β) από τον κρεμαστήρα σύνδεσμο, και γ) από τον ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης.

α) Το μεσωθηλάκιο είναι πτυχή του περιτοναίου, που εξορμάται από το οπίσθιο πέταλο του πλατέως συνδέσμου και προσφύεται στο πρόσθιο χείλος της ωοθήκης. Με την έκφυση του μεσωθηλάκιου ο πλατύς σύνδεσμος διαιρείται σε δύο μοίρες, την άνω (μεσοσαλπύγγιο) και την κάτω (μεσομήτριο).

β) Ο κρεμαστήρας σύνδεσμος ξεκινά από τη λαγόνια περιτονία και καταφύεται στο άνω άκρο της ωοθήκης. Ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης ξεκινά από τον πυθμένα της μήτρας και καταφύεται στο κάτω άκρο της ωοθήκης. Περιέχει τα ωοθηκικά αγγεία και νεύρα.

γ) Ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης εκφύεται από την πλάγια γωνία του πυθμένα της μήτρας, φέρεται κάτω από το οπίσθιο πέταλο του πλατέος συνδέσμου, πίσω και παράλληλα με τον ισθμό των ωαγωγών και καταφύεται στον πόλο της ωοθήκης.

Κάθε ωοθήκη αγγειούται από την ωοθηκική αρτηρία, παρακλάδι της κοιλιακής αορτής και νευρώνεται από κλάδους του συμπαθητικού πλέγματος.

Η ωοθήκη παρουσιάζει σε διατομή τα εξής στρώματα :

εξωτερικά μια στοιβάδα βλαστικού επιθηλίου, τη φλοιώδη μοίρα, τη μυελώδη μοίρα, και στρώμα συνδετικού ιστού.

α) **Το βλαστικό επιθήλιο** είναι μονόστιβο κυβικό και παριστάνει το αρχέγονο περιτόναιο αυτής

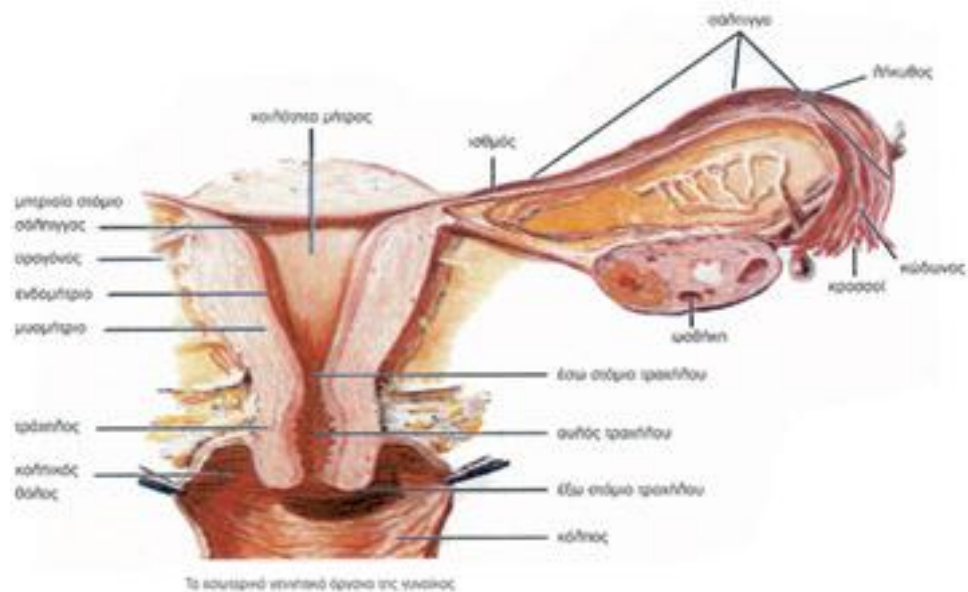
β) **Η φλοιώδης μοίρα** αποτελείται από συνδετικό στρώμα, μέσα στο οποίο βρίσκονται τα ωοθυλάκια και τα ωχρά σωματίδια. Κύριο συστατικό στοιχείο της φλοιώδους μοίρας είναι τα ωοθυλάκια. Κάθε ωοθυλάκιο περιέχει ένα ωάριο

γ) **Η μυελώδης μοίρα** της ωοθήκης αποτελείται από συνδετικό ιστό, αγγεία, νεύρα και πολλές ελαστικές ίνες.

δ) **Το στρώμα του συνδετικού ιστού** αποτελείται από δύο νεύρα και πολλές ελαστικές ίνες. Επίσης από δύο είδη κυττάρων, τα κοκκώδη και τα διάμεσα, τα οποία αποταμιεύουν θρεπτικές ουσίες από τα καταστρεφόμενα ώριμα ωοθυλάκια και τις μεταφέρουν στα άωρα ωοθυλάκια για τη διατροφή τους. (Αλέξανδρου Π. Σάββα, 2001)

1.2.2. ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ ή ΩΑΓΩΓΟΙ

Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δύο μυώδεις σωλήνες, μήκους 11-14 εκ. κλεισμένοι μέσα στο άνω χείλος του πλατέος συνδέσμου. Κάθε σάλπιγγα ενώνει τη μήτρα με την ωοθήκη, και ενώ το ένα άκρο της ξεκινά από τον πυθμένα της μήτρας, το άλλο απλά εφάπτεται με την ωοθήκη, γι' αυτό και χρησιμεύουν για την ένωση σπερματοζωαρίου και ωαρίου και για τη μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα.



Εικόνα 4: Η σάλπιγγα

Η κάθε σάλπιγγα έχει **δύο άκρα** : έσω ή μητριαίο και έξω ή κώδωνα, **δύο μοίρες** : την έσω ή ισθμό και την έξω ή λήκυθο και **δύο στόμια**: το έσω ή μητριαίο και το έξω ή κοιλιακό. Το έσω άνοιγμα της σάλπιγγας (μητριαίο) βρίσκεται μέσα στο τοίχωμα της μήτρας. Το έξω άνοιγμα (κώδων) αποτελεί συνέχεια της λήκυθου και φέρεται κατά μήκος του οπίσθιου χείλους και της έσω επιφάνειας της ωοθήκης. Είναι ανευρυσμένος σαν χωνί και σαν χαρακτηριστικό του έχει τους κροσσούς, οι οποίοι δημιουργούνται από σχήσιμο του τοιχώματος του προς τα έξω και είναι περίπου 12-15 λωρίδες. Ο μεγαλύτερος από αυτούς τους κροσσούς παραλαμβάνει το ωάριο για να το μεταφέρει στην ωοθήκη. Ο ισθμός του ωαγωγού αποτελεί και το στενότερο μέρος αυτού και εκτείνεται από τον πυθμένα της μήτρας μέχρι τον κάτω πόλο της ωοθήκης. Η λήκυθος είναι η πιο μακριά και η πιο φαρδιά μοίρα του ωαγωγού. Βρίσκεται στο πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου και περιλαμβάνει την ωοθήκη, σαν αγκύλη. Το έσω στόμιο της ωοθήκης (μητριαίο) είναι πολύ στενό με διάμετρο 0,5-1 χιλιοστόμετρο.

Το κοιλιακό στόμιο είναι πιο φαρδύ με διάμετρο 2 χιλιοστόμετρα, εκβάλλει στην περιτοναϊκή κοιλότητα και αποτελεί όριο ανάμεσα στη λήκυθο και στον κώδωνα. (Richard L. Drake, 1996)

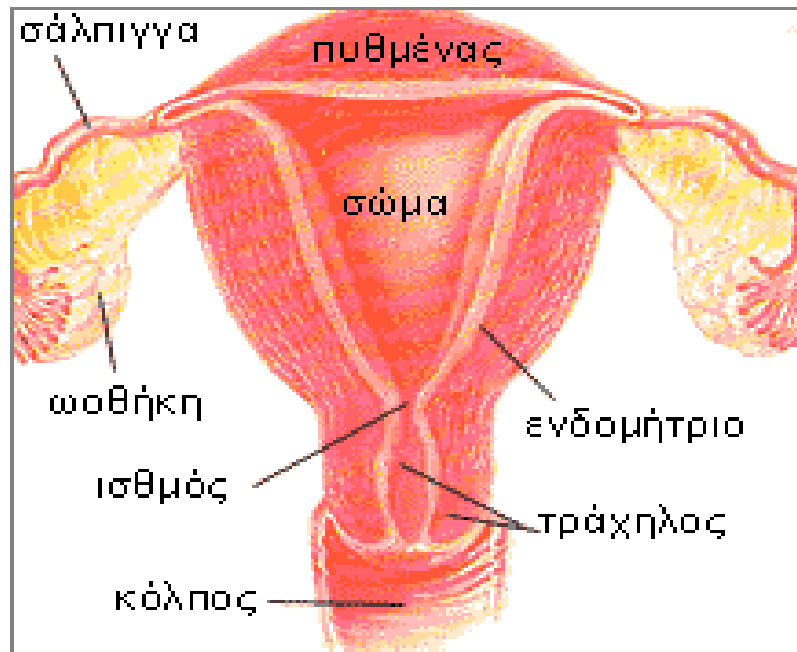
Το τοίχωμα της σάλπιγγας αποτελείται (από έξω προς τα μέσα) από:

α) ορογόνο χιτώνα, β) μυϊκό χιτώνα και γ) από βλεννογόνο.

Ο ορογόνο χιτώνας περιλαμβάνει τον ωαγωγό από παντού. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από δύο στιβάδες λείων μυϊκών ινών, την έξω επιμήκη και έσω κυκλότερη. Με τις περισταλτικές κινήσεις αυτού του χιτώνας το ωάριο μεταφέρεται προς τη μήτρα. Τέλος ο βλεννογόνος αποτελείται από επιθήλιο μονόστιβο κροσσωτό και χόριο. Με την δόνηση των κρόσσων προς τη μήτρα μεταφέρεται το ωάριο από την ωοθήκη μέσα στον ωαγωγό.

Οι αρτηρίες της σάλπιγγας εκφύονται από δύο τόξα, το μεσοσαλπιγγικό και υποσαλπιγγικό, τα δε νεύρα της από το μητροκοιλιακό και το ωοθηκικό πλέγμα. (Αλέξανδρου Π. Σάββα, 1985)

1.2.3. ΜΗΤΡΑ



Εικόνα 5: Η μήτρα

Η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο, που προήλθε από τη συνένωση των δύο πόρων του Müller, είναι το μεγαλύτερο από τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας, με παχιά τοιχώματα, χρησιμεύει για την έμμηνο ρύση και υποδέχεται το γονιμοποιημένο ωάριο, προασπίζει και τρέφει το κύημα μέχρι την πλήρη ανάπτυξη του, οπότε με εξωθήσεις προκαλεί την έξοδο του. Η μήτρα βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο, η θέση της είναι μεταξύ ουροδόχου κύστης (μπροστά), απευθυσμένου (πίσω), εντερικών ελικών (πάνω) και κόλπου(κάτω). Έχει απιοειδές σχήμα, μοιάζει με ανεστραμμένο αχλάδι, αποπλατυσμένο από μπρός προς τα πίσω, του οποίου η βάση στρέφεται προς τα πάνω και μπροστά, έχει μήκος 7,5 cm, πάχος 2,5 cm και ζυγίζει 45-60gr.

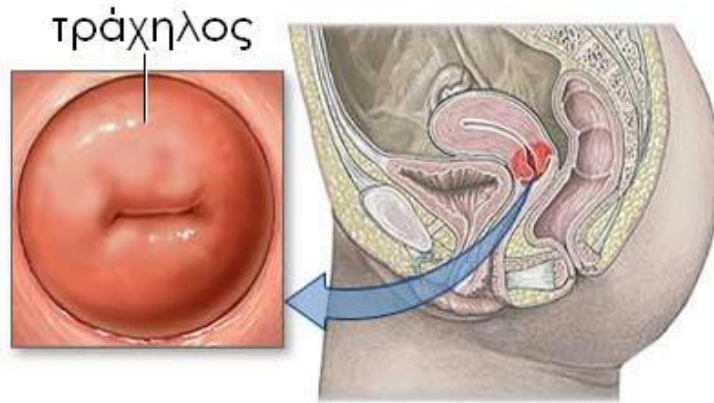
Η **μήτρα** διαιρείται σε τρία τμήματα : α) **στον πυθμένα**, το πάνω κυκλοτερές τμήμα, β) **στο σώμα**, το μέσο κύριο μέρος, και γ) **στον τράχηλο ή αυχένα**, το κατώτερο λεπτό μέρος, που χωρίζεται από το σώμα με τον ισθμό. Επίσης έχει δύο στόμια (έξω και έσω) και μία κοιλότητα.

Ο πυθμένας της μήτρας φέρεται προς τα άνω και προς τα μπρός και δεν υπερβαίνει το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης. Από το πυθμένα ξεκινά η μητριάια μοίρα της σάλπιγγας.

Το σώμα της μήτρας παρουσιάζει πρόσθια επιφάνεια (κυστική) και οπίσθια (εντερική). Στα πλάγια χείλη του σώματος προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι, ενώ κατά μήκος αυτών ανέρχεται δεξιά και αριστερά, η μητριάια αρτηρία.

Ο ισθμός της μήτρας αποτελεί και τη στενότερη μοίρα του σώματος, το άνω όριο του οποίου αντιστοιχεί στο έσω στόμιο της. Κατά την κύηση ανευρύνεται και περιλαμβάνεται στο σώμα της μήτρας.

Ο τράχηλος της μήτρας εμφανίζει μια ανώτερη μοίρα που αποτελεί συνέχεια του σώματος και μια κατώτερη που μπαίνει μέσα στο κόλπο (κολεό), υπερκολπικό (υπερκολεϊκό) και ενδοκολπικό (ενδοκολεϊκό) τμήμα.



Εικόνα 6: Ο τράχηλος της μήτρας

Το υπερκολπικό τμήμα του τραχήλου εμφανίζει δύο επιφάνειες, την πρόσθια και οπίσθια, και δύο πλάγια χείλη. Η οπίσθια επιφάνεια είναι βραχύτερη από την πρόσθια, γιατί ο κόλπος πίσω προσφύεται πιο ψηλά επάνω στο τράχηλο, ενώ επαλείφεται από το περιτόναιο του ευθυκολεϊκού κολπώματος, με το οποίο χωρίζεται από το απευθυσμένο. Η πρόσθια επιφάνεια έρχεται σε στενή σχέση με το πυθμένα της ουροδόχου κύστης, με τον οποίο συνάπτεται με χαλαρό συνδετικό ιστό (παραμήτριο). Τα πλάγια χείλη του υπερκολπικού τμήματος έρχονται σε στενή σχέση με τη βάση του πλατέως συνδέσμου, το παραμήτριο και το χιασμό της μητριάας αρτηρίας με τον ουρητήρα.

Το ενδοκολπικό τμήμα μπορεί να ψηλαφηθεί και γίνεται ορατό με μητροσκόπιο, καλύπτεται από το βλεννογόνο του κόλπου και εκβάλλει στον κόλπο με το έξω στόμιο της μήτρας. Το στόμιο αυτό φέρεται εγκάρσια και αφορίζεται από δύο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο. Τα χείλη αυτά στην παρθένο και στις άτοκες γυναίκες είναι λεία και ομαλά και ρόδινα, ενώ στις πολύτοκες έχουν ρωγμές.

Η μήτρα βρίσκεται στη μικρή πύελο, φυσιολογικά έχει πρόσθια κάμψη και οπίσθια κλίση και στηρίζεται στη θέση της κυρίως διά του κόλπου πάνω στο περίνεο. Επίσης στη **στήριξη της μήτρας** συμβάλλουν οι εξής σύνδεσμοι : 1)**οι πλατείς σύνδεσμοι** (δεξιός και αριστερός), 2)**οι ευθυμητρικοί** (ιερομητρικοί) σύνδεσμοι, 3)**το παραμήτριο** και 4)**οι στρογγυλοί σύνδεσμοι**.

Οι πλατείς σύνδεσμοι είναι πτυχές του περιτοναίου που εκτείνονται μεταξύ πλάγιου τοιχώματος της μικρής πυέλου και πλάγιου χείλους της μήτρας όπου μετατρέπονται στον ορογόνο χιτώνα της (περιμήτριο). Οι δύο πλατείς σύνδεσμοι αποτελούν μαζί με τη μήτρα ένα ενιαίο και συνεχές διάφραγμα, πού χωρίζει την ελάσσονα πύελο σε πρόσθια και οπίσθια μοίρα, από τις οποίες η μεν πρόσθια περιέχει την ουροδόχο κύστη, η δε οπίσθια το απευθυσμένο, το σιγμοειδές κόλον και εντερικές έλικες. Κάθε πλατύς σύνδεσμος

διαίρεται με το μεσωθήκιο σε δύο τμήματα, το άνω ή μεσοσαλίγγιο και το κάτω ή μεσομήτριο.

Οι ευθυμητρικοί σύνδεσμοι εκφύονται από το περίοστεο του ιερού οστού και καταφύονται στην οπίσθια επιφάνεια της μήτρας όπου και ενώνονται μεταξύ των με το σχηματισμό του μητριάιου ογκώματος. Η σύσταση τους είναι από συνδετικό ιστό, αγγεία και λείες μυϊκές ίνες που σχηματίζουν τον ευθυμητρικό μυ ο οποίος έλκει τον αυχένα της μήτρας προς τα πίσω.

Το παραμήτριο είναι χαλαρός συνδετικός ιστός, που γεμίζει τη βάση του πλατέος συνδέσμου και είναι πιο άφθονος γύρω από το τράχηλο της μήτρας. Στο παραμήτριο πορεύονται τα μητριάια αγγεία και νεύρα.

Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι (δεξιός και αριστερός), είναι δύο ταινιοειδείς σύνδεσμοι που εκφύονται από τον πυθμένα της μήτρας και καταφύονται στο δέρμα των μεγάλων χειλέων του αιδοίου. Οι σύνδεσμοι αυτοί αποτελούνται από συνδετικό ιστό, λείες μυϊκές ίνες και γραμμωτές μυϊκές ίνες (κρεμαστήρας μυς) και χρησιμεύουν για να συγκρατούν τη μήτρα προς τα μπρός.

Το τοίχωμα της μήτρας έχει πάχος 10-20 χιλιοστά και αποτελείται από τρεις χιτώνες:

α) **ορογόνο** (περιμήτριο)

β) **μυϊκό** (μυομήτριο)

γ) **βλεννογόνο** (ενδομήτριο).

Το περιμήτριο είναι συνέχεια του περιτοναίου και καλύπτει όλη σχεδόν τη μήτρα εκτός από την πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου. Με την ανάκαμψη του στην κύστη σχηματίζεται ο κυστεομητρικός χώρος (πρόσθιος Δουγλάσειος) και με την ανάκαμψη του στο έντερο ο ευθυμητρικός χώρος (οπίσθιος Δουγλάσειος).

Το μυομήτριο αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, ελαστικό συνδετικό ιστό και πολλά αγγεία. Παρουσιάζει τρεις στοιβάδες, την έξω ή υπορογόνο, τη μέση ή αγγειώδη και την έσω ή υποβλεννογόνο. Από τις στοιβάδες αυτές παχύτερη είναι η μέση, που περιέχει τα μεγάλα αγγειακά στελέχη της μήτρας και γι' αυτό λέγεται και αγγειώδης στοιβάδα. Οι στοιβάδες αυτές στον τράχηλο είναι πιο λεπτές και περιέχουν άφθονο συνδετικό ιστό, με αποτέλεσμα η σύσταση του τραχήλου να είναι σκληρή.

Το ενδομήτριο έρχεται σε άμεση επαφή με το μυομήτριο χωρίς να παρεμβάλλεται ο υποβλεννογόνιος χιτώνας. Ο βλεννογόνος του σώματος της μήτρας εμφανίζει επιθήλιο, μονόστιβο κροσσωτό και χόριο με άφθονα συνδετικά κύτταρα, που μεγαλώνουν κατά το προαιμορροϊκό στάδιο και περιέχουν άφθονο γλυκογόνο. Οι αδένες του ενδομητρίου είναι σωληνοειδείς και τα πυθμενικά τους τμήματα εισέρχονται στο μυομήτριο. Οι αδένες εκκρίνουν βλέννα και γλυκογόνο, ενώ τα πυθμενικά τους τμήματα φροντίζουν για την ανάπτυξη του βλεννογόνου της μήτρας, μετά από απόπτωσή του κατά την έμμηνο ρύση ή από τοκετό. Ο βλεννογόνος του τραχήλου είναι λεπτότερος και αποτελείται από επιθήλιο μονόστιβο ή δίστιχο κροσσωτό, χόριο και αδένες. (Μαυρικάκη Ε.,2001)

1.2.4.ΚΟΛΠΟΣ ή ΚΟΛΕΟΣ

Ο κόλπος είναι ένας πολύ ισχυρός ινομυώδης και διάτατος σωλήνας ο οποίος υποδέχεται το πέος κατά την συνουσία. Ο κόλπος φέρεται λοξά προς τα πάνω και πίσω σε γωνία 45 μοιρών περίπου. Βρίσκεται στη μέση γραμμή του περινέου και έχει μπροστά του την ουροδόχο

κύστη και την ουρήθρα και πίσω του το απευθυσμένο. Το κάτω στόμιο του εκβάλλει στον πρόδρομο του αιδοίου, από τον οποίο χωρίζεται με τον παρθενικό υμένα, ενώ το άνω στόμιο προσφύεται κυκλικά γύρω στον τράχηλο. Το μήκος του κόλπου, που ποικίλλει στα διάφορα άτομα, ανέρχεται στο μεν πρόσθιο τοίχωμα στα 7,5 cm στο δε οπίσθιο στα 8-9 cm. Το εύρος του είναι μικρότερο στις άτοκες (3-4cm) και μεγαλύτερο στις πολύτοκες (7cm).

Ο κολεός φέρεται λίγο λοξά, από τα πάνω και πίσω προς τα κάτω και μπρός. Ο κόλπος στηρίζεται στη θέση του από παρακείμενα όργανα με τα οποία συμφύεται. Στη σταθερή του όμως στήριξη συντελούν κυρίως οι μύες του πυελικού εδάφους (περινέου) και μάλιστα ο ανελκτήρας του πρωκτού, ο οποίος περιβάλλει και συγκρατεί τον κόλπο. Το τμήμα του κόλπου, που βρίσκεται πάνω από τον ανελκτήρα του πρωκτού στηρίζεται χαλαρά με τη βάση του πλατέος συνδέσμου και το παραμήτριο. Το τμήμα που βρίσκεται μέσα στον ανελκτήρα στηρίζεται καλά με τον τόνο του μυός, ο οποίος σε ευαίσθητα άτομα μπορεί να αυξηθεί τόσο ώστε η συνουσία να είναι αδύνατη. Τέλος, το τμήμα που βρίσκεται κάτω από τον ανελκτήρα έχει την καλύτερη στήριξη, από τους μύες του ουρογεννητικού τριγώνου.

Ο κόλπος διακρίνεται σε τρία τμήματα : στο άνω άκρο, στο μέσο ή σώμα και στο κάτω ή στόμιο.

Το άνω τμήμα προσφύεται κυκλικά στον τράχηλο της μήτρας και σχηματίζει με αυτόν τον θόλο, του οποίου διακρίνουμε πρόσθια, δύο πλάγιες και μία οπίσθια μοίρα. Ο πρόσθιος θόλος είναι αβαθής και βρίσκεται σε στενή σχέση με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης. Ο οπίσθιος θόλος είναι βαθύς και έρχεται σε στενή σχέση με τον πυθμένα του ευθυκολεϊκού κοιλώματος. Ενώ οι δύο πλάγιοι θόλοι έρχονται σε στενή σχέση με τη βάση του πλατέος συνδέσμου, το χιασμό της μητριαίας αρτηρίας με τον ουρητήρα και με το μητροκολεϊκό πλέγμα.

Το μέσο τμήμα (σώμα) παρουσιάζει πρόσθιο τοίχωμα, οπίσθιο τοίχωμα και δύο πλάγια χείλη. Το πρόσθιο τοίχωμα, στο πάνω μέρος του, συνδέεται με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης ενώ το κάτω μέρος του με το οπίσθιο τοίχωμα της ουρήθρας (ουρηθροκολεϊκό διάφραγμα). Το οπίσθιο τοίχωμα συνάπτεται με το απευθυσμένο. Τα πλάγια χείλη του κόλπου φέρουν μεγάλο αριθμό φλεβικών αναστομώνσεων, και έρχονται σε στενή σχέση με τη βάση του πλατέος συνδέσμου και τους μύες του περιίνεου.

Το κάτω τμήμα του κόλπου βρίσκεται στον πρόδρομο του κολεού στις παρθένους, αποφράσσεται με μια πτυχή του βλεννογόνου, τον παρθενικό υμένα, που σπάζει στην πρώτη συνουσία. Ο παρθενικός υμένας είναι ένα ινώδες πέταλο, με ελαστικές ίνες, του οποίου και οι δύο επιφάνειες καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ επίσης έχει αγγεία και νεύρα. Κατά τον τοκετό οι ρήξεις του υμένα γίνονται βαθύτερες, οι δε ουλές που απομένουν λέγονται μύρτα.

Η εσωτερική επιφάνεια του κόλπου εμφανίζει πολλές εγκάρσιες παχύνσεις που λέγονται κολεϊκές ρυτίδες, που εξαφανίζονται κατά τη γεροντική ηλικία. Οι ρυτίδες αυτές συγκλίνουν κατά τη μέση γραμμή του πρόσθιου και του οπίσθιου τοιχώματος του κόλπου και σχηματίζουν τον πρόσθιο και τον οπίσθιο στύλο. Ο πρόσθιος στύλος καταλήγει κάτω από το έξω στόμιο της ουρήθρας στο κολεϊκό φύμα.

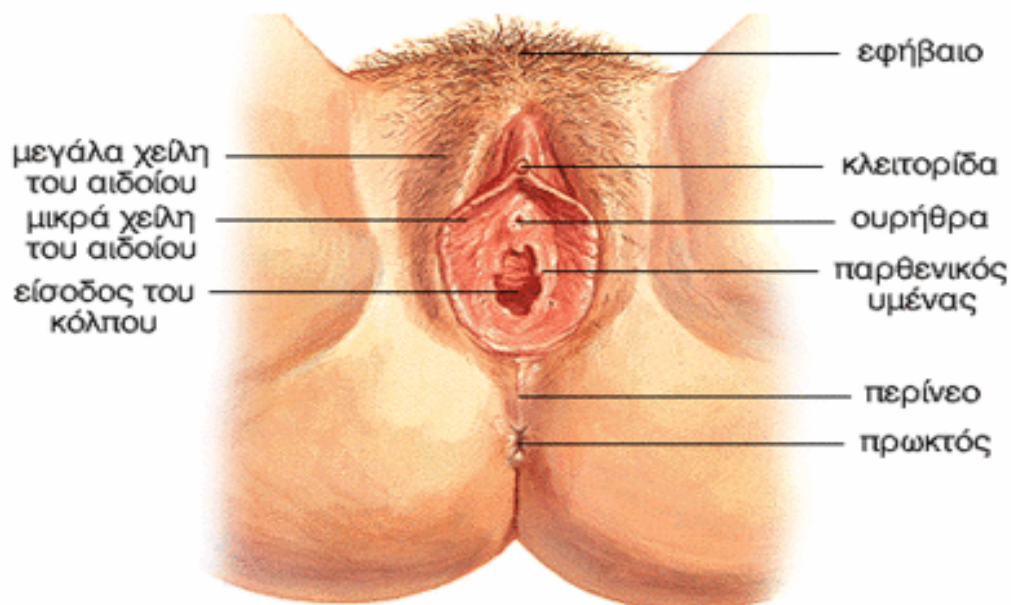
Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τρεις χιτώνες, τον ινώδη, το μυϊκό και το βλεννογόνο. Ο ινώδης αποτελείται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό και φλεβώδη πλέγματα. Ο μυϊκός αποτελείται από τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών, την έξω επιμήκη, τη μέση

κυκλότερη και την έσω επιμήκη. Ενώ ο βλεννογόνος αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και χόριο και καλύπτει το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου.

Τέλος, ο κόλπος αγγειώνεται από τη μητροκολεϊκή, τη μέση και την κάτω κολεϊκή αρτηρία και νευρούται από το μητροκολεϊκό πλέγμα. (Dyroux P,2007)

1.3. ΤΑ ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Το αιδοίο αποτελεί το σύνολο των έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας και είναι ένα σφηνοειδές έπαρμα ανάμεσα στις ρίζες των μηρών. Το αιδοίο όταν η γυναίκα είναι σε όρθια θέση δεν φαίνεται, εκτός από το εφηβαίο, το οποίο προέχει μπροστά από την ηβική σύμφυση. Τα αιδοίο εμφανίζει στο μέσο μια επιμήκη σχισμή, την αιδοοϊκή, η οποία οδηγεί σε ευρεία κατάδυση, τον πρόδρομο του κόλπου. (Κακλαμάνης Ν,1998)



Εικόνα 7: Τα έξω γεννητικά όργανα

1.3.1. ΕΦΗΒΑΙΟ

Το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης αποτελεί έπαρμα του δέρματος ακριβώς μπροστά από την ηβική σύμφυση. Έχει σχήμα αποστρογγυλεμένου τριγώνου με την βάση στραμμένη προς την

κοιλιά και την κορυφή προς τα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Καλύπτεται από δέρμα και έχει ως υπόθεμα υποδόριο λιπώδη συνδετικό ιστό. (Μαυρικάκη Ε.2001)

1.3.2. ΜΙΚΡΑ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΑ ΧΕΙΛΗ

Τα μεγάλα και τα μικρά χείλη του αιδοίου είναι συμμετρικές δερματικές πτυχές με μήκος τα μεγάλα 7-8cm και τα μικρά 3-4cm. Χωρίζονται μεταξύ τους με τις μεσοχειλικές αύλακες. Τα μεγάλα χείλη εξορμούνται από το εφηβαίο και φέρονται μέχρι το περίνεο. Συνδέονται μπροστά με τον πρόσθιο σύνδεσμο των μεγάλων χειλέων και πίσω με τον οπίσθιο, εις το ύψος του οπίσθιου συνδέσμου των μεγάλων χειλέων βρίσκεται ο χαλινός των μικρών χειλέων του αιδοίου και οι κοιλότητες του σκαφοειδούς βόθρου. Η μεταξύ των μεγάλων χειλέων σχισμή καλείται αιδοϊκή σχισμή. Το δέρμα τους έχει άφθονους ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και οσμηγόνους αδένες και έχει ως απόθεμα υποδόριο λιπώδη ιστό. Το εσωτερικό των μικρών χειλέων περικλείει τον πρόδρομο του κόλπου από τον οποίο τα μικρά χείλη χωρίζονται με τις νυμφουμένικες αύλακες. Τα μικρά χείλη έχουν όψη βλεννογόνου, διότι το δέρμα τους είναι άτριχο, εξέρυθρο και εφυγρό. Εξορμούνται από την κλειτορίδα και φέρονται μέχρι το κάτω χείλος του στομίου του κολεού. (Dupoux P,2007)

1.3.3. ΚΛΕΙΤΟΡΙΔΑ

Η κλειτορίδα αποτελεί στυτικό μόριο ανάλογο με το ανδρικό πέος. Βρίσκεται μεταξύ πρόσθιων άκρων των χειλέων. Έχει μήκος 5-6 εκατοστά και αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο. Ο σχηματισμός του σώματος της κλειτορίδας δημιουργείται από τα σκέλη της κλειτορίδας, τα οποία εκφύονται από τους ηβοϊσχιακούς κλάδους και ενώνονται μεταξύ τους στο ύψος της ηβικής σύμφυσης. Στο άκρο του σώματος σχηματίζεται η βάλανος, η οποία καλύπτεται από την πόσθη. Η κλειτορίδα έχει δύο σηραγγώδη σώματα τα οποία περιβάλλονται από μία ινώδη μεμβράνη η οποία φέρεται προς τα πάνω και προσφύεται στην ηβική σύμφυση σχηματίζοντας τον κρεμαστήρα σύνδεσμο. Η πόσθη και ο χαλινός της κλειτορίδας σχηματίζονται από τα δύο σκέλη στα οποία καταλήγουν προς τα πάνω τα μικρά χείλη του αιδοίου, τα πρόσθια σχηματίζουν την πόσθη και τα οπίσθια το χαλινό. Γύρω από την πόσθη υπάρχουν σμηγματογόνοι αδένες που εκκρίνουν το σμήγμα της κλειτορίδας.(Richard L. Drake)

1.3.4. ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Ο πρόδρομος του κόλπου είναι η περιοχή που περικλείεται από τα μικρά χείλη του αιδοίου. Εκτείνεται μεταξύ χαλινού της κλειτορίδας και σκαφοειδούς βόθρου και παρουσιάζει δύο πλάγια τοιχώματα και έναν πυθμένα ο οποίος διατιτραίνεται από το έξω στόμιο της ουρήθρας. Το στόμιο αυτό βρίσκεται 20 περίπου χιλιοστά κάτω από την κλειτορίδα ο δε χώρος μεταξύ αυτών των δύο στοιχείων ονομάζεται ουρηθραίος πρόδρομος ή ουρηθραίο πεδίο. Το ουρηθραίο πεδίο είναι τρίγωνο με βάση το στόμιο της ουρήθρας, κορυφή προς την κλειτορίδα και πλαγίως αφορίζεται από τις νυμφουμένικες αύλακες. Γύρω από το έξω

στόμιο της ουρήθρας εκβάλλουν οι παραουρηθραίοι αδένες εκ των οποίων οι δύο μεγαλύτεροι ονομάζονται αδένες του SKENE. (Κακλαμάνης Ν,1998)

1.3.5. ΒΟΛΒΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΔΡΟΜΟΥ

Οι βολβοί του πρόδρομου αποτελούν στυτικό όργανο ανάλογο με τον βολβό του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας στο ανδρικό πέος. Βρίσκονται στα πλάγια της εισόδου του κόλπου και έχουν σχήμα αμυγδάλου. Αποτελούνται από πλέγμα πολυπληθών αγγείων, ιδίως φλεβών, συνδετικό ιστό και λείες μυϊκές ίνες. Οι βολβοί περιβάλλονται εξωτερικά από τους βολβοσηραγγώδεις μύες. Κατά τη γενετήσια διέγερση οι βολβοί γεμίζουν από αίμα, διογκώνονται και έτσι στενεύουν το στόμιο του κόλπου. (Κακλαμάνης Ν,1998)

1.3.6.ΒΑΡΘΟΛΙΝΕΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Οι Bartholin's αδένες ή μείζονες αδένες του πρόδρομου είναι δύο και βρίσκονται μεταξύ κόλπου και βολβού του πρόδρομου. Ο εκφοριτικός πόρος κάθε Bartholin's αδένου εκβάλλει στο στόμιο του κόλπου μεταξύ παρθενικού υμένα (ή μύρτων) και της έσω επιφάνειας των μικρών χειλέων του αιδοίου. Οι αδένες αυτοί κατά τη συνουσία εκκρίνουν ένα υπόλευκο, βλενώδες έκκριμα που χρησιμεύει για να υγραίνει τον πρόδρομο του κόλπου, διευκολύνοντας έτσι την είσοδο του πέους. (Κακλαμάνης Ν,1998)

ΚΕΦΑΛΙΑΟ 2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

2.1. ΟΡΜΟΝΕΣ ΠΟΥ ΠΑΙΖΟΥΝ ΡΟΛΟ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ.

Η υπόφυση είναι ένα μικρό σωματίο (αδένας) στο μέγεθος μπιζελιού με βάρος περίπου από 0,5 ως 1 γραμμάρια και διάμετρο 1 περίπου cm. Βρίσκεται σε μια εσοχή της βάσης του κρανίου, το βόθρο της υπόφυσης. Το οστικό υπόβαθρο του βόθρου της υπόφυσης είναι το τούρκικο εφίπιο. Αποτελείται από δύο κυρίως λοβούς, τον πρόσθιο λοβό (ΠΛΥ) ή αδενούπόφυση και τον οπίσθιο λοβό (ΟΛΥ) ή νευροϋπόφυση. Μεταξύ των δύο αυτών λοβών παρεμβάλλεται μια μικρή ζώνη με σχετικά πτωχή αιμάτωση, ο διάμεσος λοβός, που σχεδόν δεν υπάρχει στον άνθρωπο. Όλες σχεδόν οι εκκρίσεις και των δύο λοβών της υπόφυσης βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο του υποθαλάμου, μιας περιοχής του εγκεφάλου που εποπτεύει τις λειτουργίες του αυτόνομου νευρικού συστήματος, είτε με ορμονικά είτε με νευρικά σήματα.

Ο πρόσθιος λοβός της υπόφυσης ιστολογικά αποτελείται από αδενοειδή (εκκριτικά) κύτταρα, τα οποία διακρίνονται σε χρωμόφιλα και χρωμόφοβα. Τα χρωμόφιλα με τη σειρά τους διακρίνονται σε οξύφιλα ή ιωσινόφιλα και σε βασεόφιλα. Τα εκκριτικά αυτά κύτταρα παράγουν ένα πλήθος ορμονών που ελέγχουν σημαντικές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος. Έτσι στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης έχουμε πέντε τύπους κυττάρων. Έναν τύπο κυττάρου για την κάθε μείζονα ορμόνη που παράγεται από τον αδένα :

- Ø Σωματότροπα – Ανθρώπιος αυξητική ορμόνη ή σωματότροπος (Somatotropine=STH ή Groth Hormone= GH) που προάγει τον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση των κυττάρων.
- Ø Θυρεοειδότροπα – Θυρεοειδότροπος ορμόνη ή θυρεοειδοτροπίνη (Thyroid-Stimulating Hormone=TSH) που διεγείρει τον θυρεοειδή αδένα για την παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών.
- Ø Γοναδότροπα – Γοναδοτροπίνες (Gonadotropine=Gn), οι οποίες είναι δύο:
 - Ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη (Follicle-Stimulating Hormone=FSH) που προάγει στη γυναίκα την ωρίμανση ωοθυλακίων, ενώ στον άνδρα προάγει την ωρίμανση σπερματοκυττάρων.
 - Ωχρινοποιητική ορμόνη (Luteinizing Hormone=LH) που στη γυναίκα προάγει την ωοθυλακιορηξία και την έκκριση οιστρογόνων από τις ωοθήκες, ενώ στον άνδρα προάγει την έκκριση τεστοστερόνης από τους όρχεις.
- Ø Λακτότροπα - Προλακτίνη (Prolactine=PRL) που προάγει την ανάπτυξη του μαστού για την παραγωγή γάλακτος από τους γαλακτοφόρους αδένες.
- Ø Κορτικοτρόπα – Φλοιότροπος ορμόνη ή κορτικοτροπίνη (Adrenocorticotropin Hormone=ACTH) που διεγείρει τη φλοιώδη μοίρα των επινεφριδίων για την παραγωγή

ορισμένων ορμονών, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν το μεταβολισμό της γλυκόζης, των πρωτεϊνών και των λιπών.

Ο οπίσθιος λοβός της υπόφυσης δεν παράγει ορμόνες αλλά σ' αυτόν αποθηκεύονται δύο ορμόνες που παράγονται στον υποθάλαμο :

- Ø Αντιδιουρητική ορμόνη (Antidiuretic Hormone=ADH), η οποία ελέγχει το ρυθμό αποβολής νερού με τα ούρα, και με αυτό τον τρόπο συμβάλλει στη ρύθμιση της συγκέντρωσης του νερού στα υγρά του σώματος.
- Ø Ωκυτοκίνη (Oxytocin), η οποία συμβάλλει στην παροχή του γάλακτος από τον μαζικό αδένα προς τη θηλή του μαστού κατά το θηλασμό και προκαλεί συσπάσεις στη μήτρα κατά τον τοκετό με αποτέλεσμα να συμβάλλει στην εξώθηση του εμβρύου. (Κανέλος Ε,1996)

2.1.1. ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΕΣ (Gn)

Οι γοναδοτροπίνες είναι ουσίες που υπεισέρχονται στην ανάπτυξη και τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων των δύο φύλων. Προκαλούν την ανάπτυξη της πρώιμης ήβης στον άνθρωπο και επιταχύνουν τη σεξουαλική δραστηριότητα των ενηλίκων. Πρόκειται για δύο διαφορετικές ορμόνες, οι οποίες χημικώς είναι γλυκοπρωτεΐνες, το ποσό όμως του υδατάνθρακα που είναι συνδεδεμένο με την πρωτεΐνη στο μόριο ποικίλλει σε σημαντικό βαθμό υπό διάφορες συνθήκες, γεγονός που είναι πιθανό να μεταβάλλει τη δραστηριότητα της ορμόνης. Οι δύο γοναδοτροπίνες είναι :

- Ø η ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη ή θυλακιοτροπίνη (Follicle Stimulating Hormone=FSH)
- Ø η ωχρινιοποιητική ορμόνη ή ωχρινότροπος (Luteinizing Hormone=LH).

Η δομή τους είναι παρόμοια. Αποτελούνται από δύο πρωτεϊνικές υπομονάδες την α και τη β. Η α-υπομονάδα είναι κοινή, ενώ η β-υπομονάδα διαφέρει και δίνει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στην ορμόνη.

Η έκκριση των γοναδοτροπινών ελέγχεται από ένα σύνθετο ρυθμιστικό κύκλωμα. Η GnRH (Gonadotropine Releasing Hormone) είναι μια εκλυτική ορμόνη του υποθαλάμου που αποτελείται από δέκα αμινοξέα και διεγείρει την έκκριση των δύο γοναδοτροπινών. Ενώ αντίθετα η ινχιμίνη, μία ορμόνη που παράγεται από τα κοκκώδη κύτταρα των ωοθυλακίων στις γυναίκες και από τα κύτταρα steroli στους άνδρες ασκεί ανασταλτική δράση μόνο στην FSH. Παράλληλα τα ανδρογόνα του αίματος στον άνδρα αναστέλλουν την παραγωγή και των δύο γοναδοτροπινών, ενώ τα οιστρογόνα του αίματος στη γυναίκα μπορούν είτε να αναστέλλουν, είτε να διεγείρουν τις γοναδοτροπίνες. (Σαχίνη-Καρδάση Α,2004)

2.1.2. ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΤΡΟΠΟΣ ΟΡΜΟΝΗ (FSH)

Στις γυναίκες η FSH προκαλεί την επιτάχυνση της αύξησης 6 ως 12 πρωτογενών ωοθυλακίων κάθε μήνα, διεγείροντας τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων της κοκκιώδους στοιβάδας. Επίσης, προάγει τη διαδικασία της αρωματοποίησης (δηλαδή της παραγωγής οιστροδιόλης από τα ανδρογόνα, που προέρχονται από τα κύτταρα της έσω θήκης των ωοθηκών). Η συγκέντρωση της FSH εμφανίζει τη μέγιστη τιμή της στο μέσο του κύκλου κατά την ωοθυλακιορρηξία. Τα επίπεδα FSH είναι χαμηλά προ της ήβης, ενώ μετά την εμμηνόπαυση υψηλά.

Στους άνδρες προάγει την σπερματογένεση στους όρχεις. Η FSH συνδέεται με ειδικούς υποδοχείς FSH, που βρίσκονται στα κύτταρα του Steroli, μέσα στα σπερματικά σωληνάρια. Έτσι προκαλείται η αύξηση αυτών των κυττάρων και η έκκριση απ' αυτά μιας πρωτεΐνης, της ABP (Androgen Binding Protein). Η πρωτεΐνη αυτή δεσμεύει την τεστοστερόνη, που είναι απαραίτητη για τη διαδικασία της σπερματογένεσης. (Μαλγαρινού Μ,2002)

2.1.3. ΩΧΡΙΝΟΤΡΟΠΟΣ ΟΡΜΟΝΗ (LH)

Και στα δύο φύλα η LH είναι απαραίτητη για τη σύνθεση ορμονών που τα διαφοροποιούν. Στις γυναίκες διεγείρει τις ωοθήκες προς παραγωγή ανδρογόνων από τα κύτταρα της έσω θήκης της ωοθήκης. Στη συνέχεια τα ανδρογόνα υφίσταται αρωματοποίηση και μετατρέπονται σε οιστρογόνα. Επίσης προκαλεί τη μετατροπή των κοκκιάδων κυττάρων σε κύτταρα του ωχρού σωματίου και από αυτή της τη λειτουργία η LH λαμβάνει και το όνομα της ως «ωχρινοποιητική» ορμόνη. Τέλος στον άνδρα διεγείρει τα κύτταρα Leydig των όρχεων, προς παραγωγή τεστοστερόνης. (Guyton A,2002)

2.1.4. ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗ (PRL)

Η προλακτίνη είναι πεπτίδιο λίγο υδατοδιαλυτό που συνδέεται κυρίως με τη γαλουχία. Η έκκριση της προλακτίνης ελέγχεται από τον υποθάλαμο, αυτός ο έλεγχος διαφέρει από τους άλλους σε ένα σημείο. Ο υποθάλαμος κυρίως διεγείρει την έκκριση όλων των άλλων ορμονών, αλλά κυρίως αναστέλλει την έκκριση προλακτίνης. Έτσι ο ανασταλτικός παράγων PIF (Prolactin Inhibing Factor) εδώ παίζει πρωτεύοντα ρόλο σε αντίθεση με άλλες ορμόνες. Ο PIF φυσιολογικά παράγεται σε αυξημένες ποσότητες άρα ο ρυθμός έκκρισης της PRL είναι μικρός. Κατά τη γαλουχία η παραγωγή του PIF αναστέλλεται επομένως έχουμε αυξημένα ποσά προλακτίνης στο αίμα κυρίως από την Πέμπτη εβδομάδα κύησης μέχρι τον τοκετό. Προς το τέλος της κύησης, τα αυξημένα ποσά προλακτίνης στο αίμα φτάνουν στο δεκαπλάσιο του κανονικού χωρίς όμως οι μαστοί να εκκρίνουν γάλα λόγω των οιστρογόνων και της προγεστερόνης που δρουν ανασταλτικά. Η προλακτίνη συνεπάγεται στην ανάπτυξη του αδένου του μαστού και την παραγωγή γάλακτος. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού οι ίδιες νευρικές ώσεις που αποστέλλονται από τη θυλή στον υποθάλαμο για να προκαλούν την έκκριση προλακτίνης, προκαλούν συγχρόνως και αναστολή της έκκρισης της εκλυτικής ορμόνης για τις γοναδοτροπίνες, με συνέπεια η γυναίκα να παραμένει στείρα. Τέλος, η υπερπαραγωγή PRL παθολογικά οφείλεται σε όγκους, υποθυρεοειδισμό, σε κατανάλωση μορφίνης ή ηρεμιστικών, σε αυτές τις περιπτώσεις παρατηρείται ανικανότητα στους άνδρες και στέρωση στις γυναίκες.(Guyton A.,1992)

2.1.5. ΩΚΥΤΟΚΙΝΗ (OXYTOCIN)

Ως ωκυτοκίνη χαρακτηρίζεται μια ουσία όταν προκαλεί συστολές της εγκύμονος μήτρας. Η ωκυτοκίνη χημικώς είναι ένα πεπτίδιο που αποτελείται από εννέα αμινοξέα. Είναι περισσότερο γνωστή για τη δράση της κατά τη διάρκεια του θηλασμού παρά για την επίδραση της στην έκθλιψη του γάλακτος. Η ορμόνη αυτή, προκαλεί έντονη διέγερση της

εγκύμονος μήτρας, ιδιαίτερα προς το τέλος της κύησης, γι' αυτό και πολλοί μαιευτήρες πιστεύουν ότι αυτή η ορμόνη είναι , τουλάχιστον κατά ένα μέρος, υπεύθυνη για την πραγματοποίηση του τοκετού. Επίσης, βοηθάει στη λοχεία με τις συσπάσεις που προκαλεί στη μήτρα, στην αποβολή των λοχειών και στην υποστροφή της μήτρας στο αρχικό της μέγεθος. Η ωκυτοκίνη διαδραματίζει ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη διεργασία της γαλουχίας. Τα νευρικά ερεθίσματα από τη διέγερση της θυλής του μαστού από το βρέφος μεταφέρονται στον εγκέφαλο και αποτελούν το ερέθισμα για την έκκριση της ωκυτοκίνης. Η ορμόνη μεταφέρεται μέσω της κυκλοφορίας του αίματος στους μαστούς, όπου και προκαλεί την έκθλιψη του γάλακτος από τις αδενοκυψέλες του μαστού προς τους γαλακτοφόρους πόρους κατά τρόπον ώστε το βρέφος να παραλαμβάνει το γάλα με το θηλασμό.

Σύμφωνα με μελέτες η ορμόνη αυτή παίζει πολλαπλούς ρόλους στη συναισθηματική ζωή των θηλαστικών. Εμπλέκεται στη δημιουργία συναισθηματικού δεσμού ανάμεσα στις μητέρες και στα παιδιά τους, μεταξύ ερωτικών συντρόφων και μεγαλώνει το αίσθημα της εμπιστοσύνης. Τέλος ωκυτοκίνη εκκρίνεται και στα δύο φύλα κατά τη διάρκεια του οργασμού. (Μαλγαρινού Μ,2002)

2.2. ΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ (ή ΦΥΛΕΤΙΚΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ ή ΟΡΜΟΝΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ) ΚΑΙ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΑΔΕΝΕΣ.

Οι γεννητικές ορμόνες παράγονται από τους γεννητικούς αδένες, οι οποίοι είναι οι όρχεις στους άνδρες και οι ωοθήκες στις γυναίκες. Οι ορμόνες αυτές είναι τα ανδρογόνα και τα οιστρογόνα και έχουν σχέση με την αναπαραγωγή. Η παραγωγή και έκκριση αυτών των ορμονών καθώς επίσης ο σχηματισμός και η ωρίμανση των σπερματοζωαρίων στον άνδρα και των ωαρίων στη γυναίκα βρίσκονται κάτω από την επίδραση των γοναδοτροπινών. Εδώ επισημαίνεται ότι και στα δύο φύλα υπάρχουν οι ίδιες ορμόνες αλλά σε διαφορετικές ποσότητες, αφού μικρά ποσά γυναικείων ορμονών παράγονται και στον άνδρα από τους όρχεις, ενώ στις γυναίκες μικρές ποσότητες ανδρογόνων παράγονται από το φλοιό των επινεφριδίων αλλά και από τις ωοθήκες. Τέλος, όλες οι γεννητικές ορμόνες ανήκουν στις στεροειδείς ορμόνες. (Μαλγαρινού Μ,2002)

2.2.1. ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΙ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΙ ΑΔΕΝΕΣ – ΓΥΝΑΙΚΕΙΕΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ (ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ)

Οι δύο ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας και διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην αναπαραγωγή. Βασική αναπαραγωγική μονάδα των ωοθηκών είναι το

ωοθυλάκιο, το οποίο αποτελείται από σχεδόν σφαιρικά συσσωμάτα κυττάρων. Τα ωοθυλάκια είναι υπεύθυνα για την παραγωγή γυναικείων γεννητικών ορμονών και για την ωογένεση συνήθως ενός λειτουργικού ωαρίου για γονιμοποίηση.

Κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής, η εξωτερική επιφάνεια της ωοθήκης καλύπτεται από βλαστικό επιθήλιο το οποίο εμβρυολογικά προέρχεται από το επιθήλιο των γεννητικών ταινιών. Στη διάρκεια ανάπτυξης του εμβρύου αρχέγονα ωοκύτταρα διαφοροποιούνται από το γεννητικό επιθήλιο και μεταναστεύουν μέσα στον ιστό του φλοιού της ωοθήκης. Στη συνέχεια γύρω από το κάθε ωοκύτταρο συναθροίζονται σε απλή στιβάδα ατρακτοειδή κύτταρα που προέρχονται από το στρώμα της ωοθήκης, τα οποία παίρνουν επιθηλιοειδή μορφή, με τη μετατροπή τους σε κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας. Το ωοκύτταρο, περιβαλλόμενο από απλή στιβάδα αυτών των κυττάρων αποτελεί το αρχέγονο ωοθυλάκιο. Οι ωοθήκες ενός θήλεος εμβρύου κατά τη 30ή εβδομάδα της κύησης περιέχουν 6 εκατομμύρια αρχέγονα ωοθυλάκια έτσι ώστε μέχρι το τέλος της να έχει απομείνει μόνο το 20% από αυτά, δηλαδή 1 εκατομμύριο περίπου και στις δύο ωοθήκες κατά τη γέννηση. Κατά την εφηβεία οι ωοθήκες περιέχουν 300.000-400.000 αρχέγονα ωοθυλάκια από τα οποία μόνο 400 θα φτάσουν σε ικανή ανάπτυξη ώστε να αποδώσουν το ωάριο τους ένα για κάθε μήνα, τα υπόλοιπα υφίσταται εκφύλιση και μετατρέπονται σε άτηρητα ωοθυλάκια.

Το ωοθυλάκιο περνά από διάφορες φάσεις μέχρι την πλήρη ωρίμανση του. Κατά τη γέννηση, το κάθε ωοθυλάκιο περιβάλλεται από ένα απλό στρώμα από κοκκιοκύτταρα, και το ωοκύτταρο, και ονομάζεται αρχέγονο ωοθυλάκιο. Κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας θεωρείται ότι τα κοκκιώδη κύτταρα παρέχουν θρέψη στο ωοκύτταρο, ενώ παράλληλα εκκρίνουν έναν ανασταλτικό παράγοντα ωρίμανσης των ωοκυττάρων, κάτω από την επίδραση του οποίου το ωοκύτταρο παραμένει στην αρχέγονη του κατάσταση. Λίγο μετά την ήβη, όταν οι γοναδοτροπίνες αρχίζουν να εκκρίνονται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης, οι ωοθήκες μαζί με ορισμένα από τα ωοθυλάκια που περιέχονται σ' αυτές, αρχίζουν να μεγαθύνονται. Σαν πρώτη αύξηση των ωοθυλακίων συνιστάται η μέτρια αύξηση της διαμέτρου του ωοκυττάρου στο διπλάσιο ως το τριπλάσιο. Δεύτερον παρατηρείται προσθήκη επιπλέον στιβάδων από κοκκιώδη κύτταρα, έτσι το ωοθυλάκιο μετατρέπεται σε πρωτογενές ωοθυλάκιο. Λίγες μέρες μετά την έναρξη της έμμηνης ρύσης, οι γοναδοτροπίνες επιταχύνουν την αύξηση 6 ως 12 πρωτογενών ωοθυλακίων κάθε μήνα. Αρχικά πολλαπλασιάζονται τα κοκκιώδη κύτταρα, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των στιβάδων αυτών των κυττάρων. Επιπροσθέτως, πολλά ατρακτοκύτταρα που αθροίζονται επίσης σε πολλές στοιβάδες έξω από τα κοκκιώδη κύτταρα, σχηματίζουν την θήκη του ωοθυλακίου, η οποία διαχωρίζεται σε δύο στρώματα : την έσω θήκη, όπου τα κύτταρα της αναπτύσσουν την ικανότητα για έκκριση στεροειδών ορμονών και έξω θήκη, η οποία είναι κάψα από συνδετικό ιστό και αποτελεί την κάψα του αναπτυσσόμενου ωοθυλακίου. Μετά από αυτή τη φάση του πολλαπλασιασμού και της αύξησης των κυττάρων, εκκρίνεται από τη μάζα των κοκκιωδών κυττάρων ένα ωοθυλακικό υγρό, το οποίο περιέχει σε υψηλή συγκέντρωση οιστρογόνο. Με τη συσσώρευση αυτού του υγρού, τα κοκκιώδη κύτταρα που αποτελούν την θήκη πολλαπλασιάζονται ακόμα ταχύτερα, ο ρυθμός έκκρισης επιταχύνεται και το καθένα από τα αυξανόμενα ωοθυλάκια μετατρέπεται σε σπηλαιώδες ωοθυλάκιο. Στη συνέχεια παρατηρείται μεγάλη αύξηση των σπηλαιωδών ωοθυλακίων, με αποτέλεσμα τη μεγέθυνση τους σε κυψελιδικά ωοθυλάκια. Μετά από χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας, η αύξηση των ωοθυλακίων εξακολουθεί, ένα από τα ωοθυλάκια μεγεθύνεται περισσότερο από τα άλλα, τα

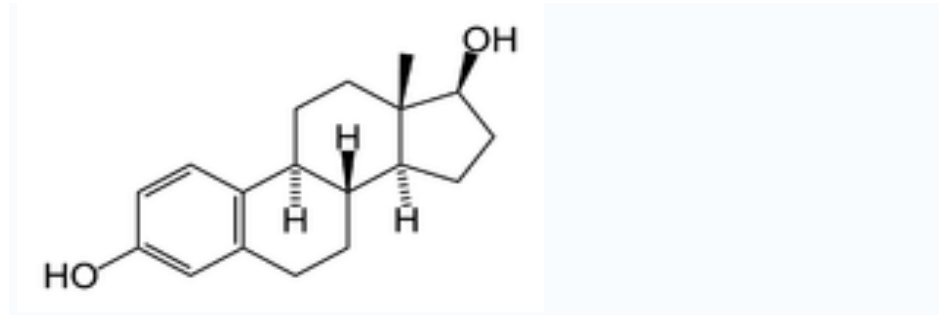
οποία αρχίζουν να υποστρέφονται και μετατρέπονται σε άτρητα ωοθυλάκια. Η διεργασία αυτή της ατρησίας είναι σημαντική γιατί επιτρέπει την αύξηση σε ένα μόνο από τα ωοθυλάκια, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί η ωορρηξία. Το ωοθυλάκιο αυτό φτάνει σε μέγεθος 1 ως 1,5 cm κατά το χρόνο της ωορρηξίας και ονομάζεται ώριμο ωοθυλάκιο. Το ώριμο ωοθυλάκιο απαρτίζεται από το ωοκύτταρο, το οποίο είναι τοποθετημένο έκκεντρα στον πόλο του ωοθυλακίου και το θυλακικό τοίχωμα, το οποίο αποτελείται από τα κοκκώδη κύτταρα, που παράγουν οιστρογόνα και ινχιμπίνη και τα κύτταρα της έσω θήκης, που παράγουν ανδρογόνα. Τέλος, μετά την ωοθυλακιορρηξία τα κοκκώδη κύτταρα της έσω θήκης σχηματίζουν το ωχρό σωμάτιο, που παράγει κυρίως προγεστερόνη.

Η παραγωγή των γυναικείων γεννητικών ορμονών βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του συστήματος Υποθάλαμος – Υπόφυση και είναι εξαιρετικά περίπλοκη. Η ορμόνη έκκρισης των γοναδοτροπινών είναι η GnRH, η οποία εκκρίνεται διακεκομμένα και σφυγμικά από τον υποθάλαμο, πιο συγκεκριμένα η έκκριση της GnRH πραγματοποιείται κατά ώσεις, η καθεμία από τις οποίες διαρκεί λίγα μόνο λεπτά. Η κατά ώσεις έκκριση της GnRH συνεπάγεται και την κατά ώσεις έκκριση της LH. Η FSH εκκρίνεται και αυτή κατά ώσεις, με τη διαφορά που στην FSH εκκρίνεται μια περισσότερο σημαντική μακροπρόθεσμη επίδραση, η οποία και διατηρείται για πολλές ώρες. Παράλληλα τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και η ινχιμπίνη ασκούν αρνητική ανατροφοδοτική επίδραση στην έκκριση των γοναδοτροπινών. Τα οιστρογόνα σε μικρά ποσά και η προγεστερόνη σε μεγάλα ποσά αναστέλλουν την έκκριση της FSH και της LH. Οι ανατροφοδοτικές αυτές επιδράσεις φαίνεται ότι εξασκούνται, κατά κύριο λόγο, κατευθείαν στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης, αλλά και σε μικρότερο βαθμό στον υποθάλαμο, και προκαλούν ελάττωση της έκκρισης της GnRH, κυρίως με τη μεταβολή της συχνότητας των σφυγμικών ώσεων έκκρισης της GnRH. Αρνητική ανατροφοδοτική επίδραση στις γοναδοτροπίνες ασκεί και η ινχιμπίνη, η οποία εκκρίνεται μαζί με τις στεροειδείς γεννητικές ορμόνες από το ωχρό σωμάτιο. Η ινχιμπίνη αναστέλλει την έκκριση της FSH και σε μικρότερο βαθμό της LH. Εκτός από την αρνητική ανατροφοδοτική επίδραση τα οιστρογόνα ασκούν και θετική ανατροφοδοτική επίδραση πριν από την ωορρηξία. Κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου (πριν από την ωορρηξία) παρατηρείται στην αρχή μία μικρή ελάττωση της έκκρισης των γοναδοτροπινών από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης και στη συνέχεια η αιφνίδια αύξηση της LH στο εξαπλάσιο ως το οκταπλάσιο, η δε έκκριση της FSH αυξάνεται περίπου στο διπλάσιο. (Guyton A.,1992)

ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ

Τα οιστρογόνα είναι μια ομάδα στεροειδών χημικών ουσιών, πρόκειται για φυλετικές ορμόνες που παίρνουν το όνομα τους από το ρόλο τους στον οιστρικό κύκλο. Το οιστρογόνα είναι η οιστροδιόλη, η οιστριόλη και η οιστρόνη. Το κύριο οιστρογόνο των ωοθηκών είναι η οιστροδιόλη, η οποία παράγεται από αρωματοποίηση της Δ4 Ανδροστενεδιόνης (Δ4Α). Η οιστροδιόλη μαζί με την προγεστερόνη που ανήκει στα προγεσταγόνα αποτελούν τις κύριες φυλετικές ορμόνες της γυναίκας. Τα άλλα οιστρογόνα, δηλαδή η οιστριόλη και η οιστρόνη, εμφανίζουν ασθενέστερη οιστρογονική δράση σε σχέση με την οιστραδιόλη. Η οιστροδιόλη μεταφέρεται στο πλάσμα συνδεδεμένη κυρίως με την πρωτεΐνη SHBG (Sex Hormone

Binding Globulin). Δραστικό είναι το ελεύθερο κλάσμα της ορμόνης, το οποίο βρίσκεται σε δυναμική ισορροπία με το συνδεδεμένο. Η οιστραδιόλη ασκεί τη δράση της στα όργανα-στόχους μετά από σύνδεση με τους αντίστοιχους οιστρογονικούς υποδοχείς. (Guyton A.,1992)



Εικόνα 8: Οιστραδιόλη

ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ ΣΤΑ ΠΡΩΤΕΥΟΝΤΑ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Η κύρια λειτουργία των οιστρογόνων είναι η ανάπτυξη και ωρίμανση του αναπαραγωγικού συστήματος στη γυναίκα, μέσω του πολλαπλασιασμού των κυττάρων και της αύξησης των ιστών του αναπαραγωγικού συστήματος, καθώς και άλλων ιστών που έχουν σχέση με τη λειτουργία της αναπαραγωγής.

- Επίδραση στη μήτρα και στα έξω γεννητικά όργανα. Κατά την ήβη το ποσό των οιστρογόνων που εκκρίνεται κάτω από την επίδραση των γοναδοτροπινών είναι 20πλάσιο από αυτό της παιδικής ηλικίας. Σε αυτό το χρονικό διάστημα τα οιστρογόνα προάγουν την ανάπτυξη της μήτρας και διεγείρουν την υπερπλασία του βλεννογόνου της. Μεγέθυνση εμφανίζουν επίσης και τα έξω γεννητικά όργανα, με εναπόθεση λίπους στο εφηβαίο και στα μεγάλα χείλη του αιδοίου, και μεγέθυνση των μικρών χειλέων του αιδοίου.
- Επίδραση στον κόλπο. Τα οιστρογόνα προκαλούν μεταβολές στο επιθήλιο του κόλπου από κυβοειδές σε πολύστιβο (πάχυνση βλεννογόνου), το οποίο είναι πολύ περισσότερο ανθεκτικό προς τη μηχανική κάκωση. Ενώ επίσης μειώνεται ο κίνδυνος λοίμωξης λόγω απόπτωσης γλυκονούχων κυττάρων, τα οποία κατά τη διάσπασή τους παράγουν γαλακτικό οξύ που ρίχνει το pH του κόλπου.
- Επίδραση στον τράχηλο της μήτρας. Μεταβάλλουν τη σύσταση της βλέννης του βύσματος και με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται η κίνηση των σπερματοζωαρίων.
- Επίδραση στο ενδομήτριο και στις σάλπιγγες (ωαγωγούς). Υπό την επίδραση των οιστρογόνων πραγματοποιείται αύξηση στο στρώμα του ενδομητρίου καθώς και μεγάλη ανάπτυξη στους αδένες του, οι οποίοι χρησιμοποιούνται αργότερα για τη θρέψη του εμφυτευμένου ωαρίου. Όμοια επίδραση από τα οιστρογόνα εξασκείται και στο βλεννογόνο των σαλπιγγών. Προκαλούν αύξηση του αδενικού ιστού και του

αριθμού των κροσσωτών επιθηλιακών κυττάρων που επενδύουν τον αυλό των σαλπγγών. Η δραστηριότητα των κρόσσων ενισχύεται με κινήσεις που πάντοτε κατευθύνονται προς την κατεύθυνση της μήτρας, έτσι υποβοηθείται η μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου προς τη μήτρα.

- Επίδραση στους μαστούς. Τα οιστρογόνα προκαλούν ανάπτυξη του στρωματικού ιστού των μαστών, του εκτεταμένου συστήματος των πόρων και εναπόθεση λίπους στους μαστούς. Δηλαδή, τα οιστρογόνα είναι υπεύθυνα για την έναρξη της αύξησης των μαστών και του μηχανισμού παραγωγής γάλακτος καθώς επίσης και για τη χαρακτηριστική εξωτερική εμφάνιση του στήθους στην ώριμη γυναίκα.
- Επίδραση στο σκελετό. Προκαλούν αύξηση της δραστηριότητας των οστεοβλαστών. Έτσι κατά την ήβη, ο ρυθμός αύξησης του σώματος επιταχύνεται για μερικά χρόνια. Εντούτοις τα οιστρογόνα εξασκούν και άλλη ισχυρή επίδραση στην αύξηση του σκελετού, επιταχύνουν τη σύνδεση των επιφύσεων με τις διαφύσεις των αυλοειδών οστών. Η επίδραση αυτή είναι ισχυρότερη στη γυναίκα από παρόμοια επίδραση της τεστοστερόνης στον άνδρα, με αποτέλεσμα η αύξηση του σώματος στη γυναίκα να αναστέλλεται νωρίτερα σε σύγκριση με τον άνδρα.
- Επίδραση στο μεταβολισμό και στην εναπόθεση του λίπους. Με τα οιστρογόνα προκαλείται ελαφρά αύξηση του μεταβολισμού σε σχέση με την αύξηση του μεταβολισμού που προκαλεί η τεστοστερόνη στους άνδρες. Επίσης προκαλούν εναπόθεση λίπους στον υποδόριο ιστό, στους μαστούς, στους γλουτούς και στους μηρούς κατά τρόπο χαρακτηριστικό στο γυναικείο σώμα.
- Επίδραση στην κατανομή τριχώματος. Αναπτύσσεται τρίχωμα στην περιοχή του εφηβαίου και στις μασχάλες μετά την ήβη.
- Επίδραση στο δέρμα. Τα οιστρογόνα καθιστούν το δέρμα μαλακό και απαλό με πλουσιότερη αγγείωση. Τα ανδρογόνα των επινεφριδίων τα οποία εκκρίνονται σε μεγαλύτερα ποσά μετά την ήβη, προκαλούν αυξημένη έκκριση ιδρώτα από τους ιδρωτοποιούς αδένες της μασχάλης, συχνά δε προκαλούν και την εμφάνιση ακμής.
- Επίδραση στην ισορροπία των ηλεκτρολυτών. Τα οιστρογόνα, όπως και η αλδοστερόνη και ορισμένες άλλες ορμόνες των επινεφριδίων, προκαλούν κατακράτηση νατρίου και νερού από τα ουροφόρα σωληνάρια των νεφρών.
- Επίδραση στην ωοθυλακιορρηξία. Με τα οιστρογόνα προάγεται η έκκριση της LRH μέσω της οποίας εκκρίνεται αυξημένη ποσότητα LH από την αδενούπόφυση και επέρχεται ωορρηξία.
- Επίδραση στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του θηλέος. Με την επίδραση των οιστρογόνων στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα συμμετέχουν στη διαμόρφωση της ψυχολογίας του θηλέος, δηλαδή σεξουαλική συμπεριφορά και ψυχικές αντιδράσεις. (Κανέλος Ε, 1996)

ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ

Η προγεστερόνη είναι μια στεροειδής ορμόνη που ανήκει στα προγεσταγόνα και είναι μια από τις κύριες φυλετικές ορμόνες. Παράγεται το δεύτερο μισό του έμμηνου κύκλου (χρονική ή εκκριτική φάση) από το ωχρό σωματίο της ωοθήκης, που σχηματίζεται από τα υπολείμματα του ραγέντος ωοθυλακίου (δηλαδή του ωοθυλακίου μετά την ωοθυλακιορρηξία), κάτω από την επίδραση της ωχρινοποιητικής ορμόνης LH του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης. Προγεστερόνη παράγεται σε μικρές ποσότητες και από το φλοιό των επινεφριδίων. (Κανέλος Ε,1996)

ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗΣ

Η προγεστερόνη προετοιμάζει τη μήτρα, προκειμένου να διευκολύνει την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στα τοιχώματα της κατά τις πρώτες ημέρες της εγκυμοσύνης.

- **Επίδραση στη μήτρα.** Το κύριο όργανο στόχος της προγεστερόνης είναι η μήτρα. Για να ασκήσει η προγεστερόνη τις δράσεις τις στο ενδομήτριο, θα πρέπει να προηγηθεί η επίδραση των οιστρογόνων στο πρώτο μισό του κύκλου. Αργότερα η επίδραση της τεστοστερόνης συνιστάται στην προαγωγή των εκκριτικών μεταβολών του ενδομητρίου, δηλαδή αύξηση του μεγέθους και των εκκρίσεων των αδένων, κατά το δεύτερο μισό του γεννητικού κύκλου στη γυναίκα. Με αυτό τον τρόπο προετοιμάζει τη μήτρα για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Εκτός από αυτή την επίδραση της, η προγεστερόνη περιορίζει τη συχνότητα συστολών της μήτρας, και με αυτόν τον τρόπο συμβάλλει στη παρακώλυση της αποβολής του εμφυτευμένου ωαρίου.
- **Επίδραση στις σάλπιγγες.** Μεταβάλλει την εκκριτική δραστηριότητα του βλεννογόνου των σαλπιγγών. Οι εκκρίσεις αυτές είναι απαραίτητες για τη θρέψη του γονιμοποιημένου και διαιρούμενου ωαρίου, κατά τη διαδρομή του μέσα από τη σάλπιγγα, πριν από την εμφύτευση του στο ενδομήτριο.
- **Επίδραση στον τράχηλο της μήτρας.** Μεταβάλλει τη σύσταση του βλεννώδους βύσματος στο τράχηλο, ελαττώνεται η βλέννα και γίνεται αδιαφανής, αποτρέποντας τη διέλευση των σπερματοζωαρίων.
- **Επίδραση στους μαστούς.** Προάγει την ανάπτυξη των λοβιδίων και των αδενοκυψελών των μαστών, δεν προκαλεί όμως έκκριση γάλακτος. Επίσης προκαλεί διόγκωση των μαστών.
- **Επίδραση στην ισορροπία των ηλεκτρολυτών.** Η προγεστερόνη προκαλεί αύξηση της απέκκρισης νατρίου και νερού από το σώμα. Αυτό οφείλεται στον ανταγωνισμό μεταξύ προγεστερόνης και αλδοστερόνης.
- **Επίδραση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.** Προάγει την αύξηση της θερμοκρασίας στο μέσο του κύκλου. Ενώ, παράλληλα είναι υπεύθυνη για τις ψυχολογικές μεταβολές που παρατηρούνται στο τέλος της εγκυμοσύνης και πριν από την έμμηνο ρύση. (Guyton Α.1992)

2.3. ΚΑΤΑΜΗΝΙΟΣ ή ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

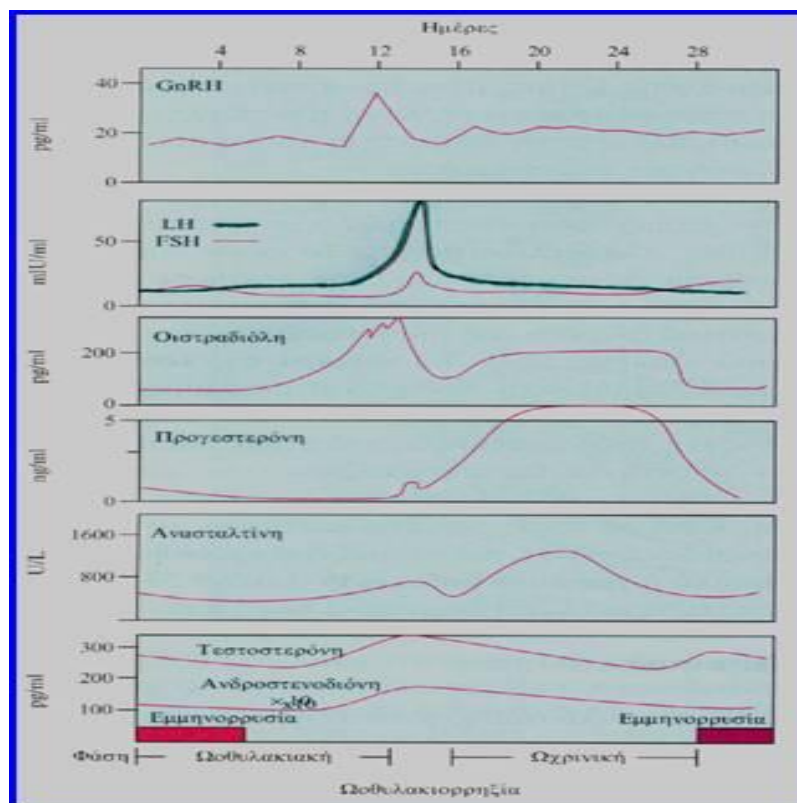
Κατά την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας (από την εμμηναρχή ως την εμμηνόπαυση) παρατηρείται μια κυκλική μεταβολή στις συγκεντρώσεις των ορμονών του φύλου (οιστρογόνων και προγεστερόνης) με αντίστοιχες δομικές μεταβολές του ενδομητρίου αλλά και άλλων γεννητικών οργάνων (καταμήνιος κύκλος ή εμμηνορρυσιακός κύκλος ή ενδομητρικός κύκλος) μέχρι να καταλήξει στην έμμηνο ρύση (απόπτωση του ενδομητρίου), αν δεν πραγματοποιηθεί εγκυμοσύνη . Η φυσιολογική αλληλουχία των φάσεων είναι : **εμμηνορρυσία, παραγωγική φάση** (πρώτο μισό του κύκλου), **ωοθυλακιορρηξία** (στο μέσο περίπου του κύκλου), **ωχρινική ή εκκριτική φάση** (δεύτερο μισό του κύκλου), **νέα εμμηνορρυσία** (αν δεν επιτευχθεί εγκυμοσύνη). Ο έμμηνος κύκλος συνήθως έχει διάρκεια 28 ημέρες. Μπορεί όμως φυσιολογικά να κυμαίνεται από 21 έως 35 ημέρες. Πρώτη ημέρα του κύκλου θεωρούμε την πρώτη ημέρα εμφάνισης της εμμήνου ρύσεως (περίοδος).

Στην αρχή του κάθε μηνιαίου κύκλου παρατηρείται απόπτωση του ενδομητρίου με την διεργασία της εμμήνου ρύσεως αν δεν πραγματοποιηθεί εγκυμοσύνη. Μετά την εμμηνορρυσία, μόνο ένα λεπτό στρώμα του ενδομητρίου παραμένει στη βάση του αρχικού ενδομητρίου, ενώ τα εναπομένοντα επιθηλιακά κύτταρα είναι αυτά του πυθμένα των αδένων και των κρυπτών του ενδομητρίου. Κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων όμως, που εκκρίνονται σε αυξημένα ποσά κατά την πρώτη φάση του ωοθυλακικού κύκλου, τα επιθηλιακά κύτταρα πολλαπλασιάζονται με ταχύ ρυθμό, με αποτέλεσμα την επαναεπιθηλίωση του ενδομητρίου μέσα σε 4 ως 7 ημέρες από την έναρξη της έμμηνης ρύσης. Παράλληλα μια ομάδα ωοθυλακίων που είχαν αρχίσει να αναπτύσσονται περίπου 70 ημέρες πριν, συνεχίζουν να ωριμάζουν με γρήγορο ρυθμό και κάτω από την επίδραση της FSH παράγουν οιστροδιόλη. Την 5^η με 7^η ημέρα ένα ωοθυλάκιο υπερτερεί από τα άλλα, τα οποία μετατρέπονται σε άτρητα (κυρίαρχο ωοθυλάκιο), συνεχίζει να ωριμάζει και παράγει μεγαλύτερα ποσά οιστροδιόλης. Την 13^η με 15^η ημέρα το κυρίαρχο ωοθυλάκιο είναι εντελώς ώριμο και παράγει υψηλά ποσά οιστροδιόλης (πρώτο μισό του κύκλου). Με τη δράση της οιστροδιόλης το ενδομήτριο αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό κατά πάχος και αυτό οφείλεται στον αυξανόμενο αριθμό των στρωματικών κυττάρων και την προοδευτική αύξηση των αδένων του ενδομητρίου, καθώς και των αγγείων του ενδομητρίου.

Η οιστροδιόλη εμφανίζει τη μέγιστη τιμή της κατά την ωοθυλακιορρηξία, ενώ αντίθετα η στάθμη της προγεστερόνης στο πρώτο μισό του έμμηνου κύκλου είναι μικρή. Όταν οι συγκεντρώσεις της οιστροδιόλης στο αίμα φτάσουν σε ένα κριτικό επίπεδο και παραμείνουν στα επίπεδα αυτά για περίπου 50 ώρες προκαλείται εκκριτική αιχμή της LH, η οποία είναι υπεύθυνη για την πρόκληση της ωοθυλακιορρηξίας, δηλαδή τη ρήξη του κυρίαρχου ωοθυλακίου και την απελευθέρωση του ωαρίου (μέσο του κύκλου). Κατά την περίοδο της ωοθυλακιορρηξίας, το πάχος του ενδομητρίου είναι 3 με 4 χιλιοστάμετρα, οι δε αδένες του και ιδιαίτερα αυτοί που βρίσκονται στη περιοχή του τραχήλου της μήτρας, εκκρίνουν μια λεπτή, γλοιώδη βλέννα. Οι χορδές αυτής της βλέννας προσανατολίζονται κατά μήκος του πόρου του τραχήλου και με αυτόν τον τρόπο υποβοηθούν τη μετακίνηση των σπερματοζωαρίων προς τη σωστή κατεύθυνση μέσα στην κοιλότητα της μήτρας.

Στο δεύτερο μισό του κύκλου, από το ραγέν ωοθυλάκιο σχηματίζεται το ωχρό σωματίο, το οποίο διεγείρεται από την LH και παράγει προγεστερόνη. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται ωχρινοποίηση. Το ωχρό σωματίο έχει διάρκεια ζωής 13 με 15 ημέρες, ανεξάρτητα από τη διάρκεια του κύκλου και αν δεν πραγματοποιηθεί σύλληψη το ωχρό σωματίο προοδευτικά εκφυλίζεται. Σε αυτή τη φάση σημαντικές αλλαγές πραγματοποιούνται και στο ενδομήτριο. Τα οιστρογόνα προκαλούν ελαφρά επιπρόσθετη αύξηση του αριθμού των κυττάρων του ενδομητρίου, ενώ η προγεστερόνη προκαλεί εκσεσημασμένη διόγκωση και ανάπτυξη των εκκριτικών κυττάρων, όπου και αθροίζεται περίσσεια εκκρίματος. Παρατηρείται αύξηση στο κυτταρόπλασμα των στρωματικών κυττάρων, όπου αυξάνονται τα αποθέματα λιπιδίων και του γλυκογόνου. Επίσης έχουμε αύξηση των σπειρών αδένων και της αιμάτωσης του ενδομητρίου, ανάλογα με την ανάπτυξη της εκκριτικής δραστηριότητας. Κατά το τέλος της εκκριτικής φάσης το πάχος του ενδομητρίου είναι 5 με 6 χιλιοστάμετρα. Το εκκριτικό ενδομήτριο αποτελεί το ιδανικό περιβάλλον για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου αφού τα εκκρίματα της μήτρας παρέχουν την κατάλληλη θρέψη στο γονιμοποιημένο ωάριο. Παράλληλα η τραχηλική βλέννα ελαττώνεται και γίνεται αδιαφανής, αποτρέποντας τη διέλευση των σπερματοζωαρίων.

Εάν δεν πραγματοποιηθεί σύλληψη, η στάθμη της οιστροδιόλης προοδευτικά μειώνεται. Προς το τέλος του κύκλου, το ενδομήτριο χάνει το τροφικό του ερέθισμα, δηλαδή την οιστροδιόλη. Παράλληλα, το ωχρό σωματίο εκφυλίζεται και τα επίπεδα της προγεστερόνης πέφτουν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την συρρίκνωση του στρώματος και των αδένων του ενδομητρίου και τελικά την εκφύλιση και την απόπτωση του ενδομητρίου (έμμηнос ρύση).



Εικόνα 8: Τα επίπεδα των ορμονών στο πλάσμα κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου.

Η έμμηνη ρύση προκαλείται από την απότομη ελάττωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, κατά το τέλος του μηνιαίου ωοθηκικού κύκλου. Λόγω της ελάττωσης της οιστροδιόλης και της προγεστερόνης πραγματοποιείται υποστροφή του ενδομητρίου στο 65% του προηγούμενου πάχους του. Παράλληλα τα ελικοειδή αγγεία που φέρονται προς τα επιθηλιακά στρώματα του ενδομητρίου υφίστανται αγγειοσπασμό. Ο αγγειοσπασμός μαζί με την ελάττωση των ορμονών προκαλούν την έναρξη της νέκρωσης του ενδομητρίου και ιδιαίτερα των αγγείων του αγγειώδους στρώματος. Με συνέπεια, αίμα να διαρρέει το αγγειώδες στρώμα και οι αιμορραγικές εστίες να επεκτείνονται για χρονικό διάστημα 24 ως 36 ωρών. Στη συνέχεια, τα νεκρωθέντα εξωτερικά στρώματα του ενδομητρίου αποχωρίζονται από τη μήτρα και 48 ώρες περίπου από την έναρξη της έμμηνης ρύσης, όλα τα επιφανειακά στρώματα του ενδομητρίου έχουν αποπέσει. Η μάζα του ιστού και του αίματος που βρίσκονται μέσα στην κοιλότητα του μυομητρίου, προκαλούν συστολές σε αυτό, με αποτέλεσμα την εκκένωση του. Κατά την εμμηνορρυσία αποβάλλονται 40 ml αίματος και 35ml ορώδους υγρού, παράλληλα μαζί τους απελευθερώνεται και ένας τεράστιος αριθμός λευκοκυττάρων, με αποτέλεσμα τη μεγάλη ανθεκτικότητα της μήτρας προς τη λοίμωξη κατά την εμμηνορρυσία.(Glayton G,2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. ΣΥΝΟΥΣΙΑ (ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ)



Εικόνα 9: Μελέτη συνουσίας από το Leonardo Da Vinci (1942).

Συνουσία, σεξ ή ερωτική συνεύρεση ονομάζεται η σεξουαλική πράξη μεταξύ ανθρώπων, ή άλλων μελών του [ζωικού](#) βασιλείου. Πρωταρχικός σκοπός της συνουσίας είναι η [αναπαραγωγή](#) για τη συνέχιση του είδους, αν και συχνά, κυρίως μεταξύ ανθρώπων, γίνεται μόνο για την ευχαρίστηση. Μετά από κατάλληλη προετοιμασία, προκαταρκτικό ερωτικό παιχνίδι που οδηγεί σε τόσο σε ψυχική όσο και σε τοπική γενετήσια διέγερση, η συνουσία γίνεται με την εισαγωγή του πέους στον κόλπο και στη συνέχεια με παλινδρομικές κινήσεις οι οποίες έχουν σαν αποτέλεσμα τον συνεχιζόμενο ερεθισμό και εν τέλει τον οργασμό.

Παραδοσιακά, η συνουσία αντιμετωπίζεται ως ο φυσιολογικός τρόπος κάθε σεξουαλικής επαφής ανάμεσα σε έναν άνδρα και μια γυναίκα. Παρόλα αυτά, στις μέρες μας ο όρος έχει διευρυνθεί και μπορεί να αναφέρεται σε διάφορες μορφές σεξουαλικής επαφής. Μερικές είναι:

η κολπική διείσδυση, η οποία αφορά στη διείσδυση του ανδρικού πέους στο γυναικείο κόλπο, το στοματικό σεξ που αφορά στη διέγερση των γεννητικών οργάνων του ενός συντρόφου με το στόμα του άλλου και

η πρωκτική διείσδυση που αφορά τη διείσδυση του πέους στον πρωκτό της συντρόφου. (Γκικόντες Ε.,2005)

3.2. ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ



Εικόνα11: Σπερματοζώαρια κατευθύνονται προς το ωάριο.

Αναπαραγωγή είναι η ικανότητα, που χαρακτηρίζει μόνο τους ζωντανούς οργανισμούς να παράγουν απογόνους. Η αναπαραγωγή είναι η βιολογική διαδικασία με την οποία παράγεται κάθε νέος οργανισμός. Η αναπαραγωγή είναι ένα θεμελιώδες χαρακτηριστικό της ζωής. Οι μέθοδοι αναπαραγωγής μπορούν να ομαδοποιηθούν στη σεξουαλική και στην χωρίς σεξουαλική επαφή αναπαραγωγή. Η αναπαραγωγή είναι μια πολύπλοκη διεργασία, η οποία επιτελείται από τα αναπαραγωγικά όργανα της γυναίκας και του άνδρα. (Monroy A,2007)

Γονιμοποίηση είναι η διαδικασία ένωσης του γενετικού κυττάρου του θήλεος, του ωαρίου, με το γενετικό κύτταρο του άρρενος, το σπερματοζώαριο, προκειμένου να δημιουργηθεί μια νέα ζωή, το έμβρυο. Η ένωση, δηλαδή του σπερματοζωαρίου, το οποίο περιέχει το μισό γενετικό υλικό, με το ωάριο, το οποίο περιέχει το υπόλοιπο άλλο μισό γενετικό υλικό με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένα ενιαίο κύτταρο (ζυγωτής) που θα περιέχει πια το σωστό αριθμό χρωμοσωμάτων, μια μίξη από τα γενετικά χαρακτηριστικά του πατέρα και της μητέρας. Από αυτό το κύτταρο αναπτύσσεται πια ο νέος οργανισμός.

Η γονιμοποίηση περιλαμβάνει δύο στάδια :

α) τη συγχώνευση δύο απλοειδών πυρήνων γεννητικών κυττάρων σ' έναν κοινό διπλοειδή πυρήνα, που περιέχει μέσα τους κληρονομικούς χαρακτήρες και των δύο γονέων, στους οποίους ανήκουν τα γεννητικά κύτταρα

β) την έναρξη της ανάπτυξης, με διαδοχικές διαιρέσεις, του κυττάρου.(Monroy A,2007)

Για να επιτευχθεί γονιμοποίηση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί συνουσία μέσα σε χρονικό διάστημα από μία μέρα πριν την ωορρηξία μέχρι το πολύ μία μέρα μετά την ωορρηξία. Το ωάριο παραμένει βιώσιμο και ικανό να γονιμοποιηθεί, μετά την έξοδο του από την ωοθήκη. Επομένως τα σπερματοζώαρια πρέπει να είναι διαθέσιμα νωρίς μετά την ωορρηξία για να είναι δυνατή η γονιμοποίηση. Εξάλλου, λίγα σπερματοζώαρια είναι δυνατόν να παραμένουν γόνιμα μέσα στο γεννητικό σωλήνα της γυναίκας για χρονικό διάστημα μέχρι και 48 ώρες. Έτσι, η περίοδος της γονιμότητας της γυναίκας στον κάθε κύκλο είναι βραχεία.(Κρεατσάς Γ.,2006)



Εικόνα 10: Σπερματοζώαρια

Τα σπερματοζώαρια, μετά την εκσπερμάτιση, βρίσκονται στον οπίσθιο θόλο του κόλπου της γυναίκας όπου και ενεργοποιούνται ξεκινώντας το ταξίδι τους προς την ανεύρεση του ωαρίου. Το ταξίδι αυτό περιλαμβάνει την είσοδο τους στον τράχηλο της μήτρας, απ' όπου και θα επιχειρούν κατά κύματα, την διέλευση τους από την μήτρα και την είσοδο τους στις σάλπιγγες. Εκεί, στο τελικό σχεδόν τμήμα των σαλπίγγων (λήκυθος), θα συναντηθούν με το προς γονιμοποίηση ωάριο, που έχει απελευθερωθεί από την ωοθήκη, τον γυναικείο γεννητικό αδέν. Το πλέον γρήγορο και ισχυρό σπερματοζώαριο ανάμεσα σε αρκετά εκατομμύρια, είναι αυτό, και μόνο αυτό, που θα εισχωρήσει μέσα στο ωάριο και θα σηματοδοτήσει την έναρξη όλων εκείνων των διαδικασιών που σκοπό έχουν την ανάπτυξη ενός νέου οργανισμού, του εμβρύου και τη δημιουργία μιας νέας ζωής.

Το ώριμο για γονιμοποίηση ωάριο παρουσιάζει ένα είδος χωνίου για την υποδοχή του σπερματοζωαρίου είτε μια μικρή κοίλανση, που λέγεται μικροπύλη, για να μπει μέσα το σπερματοζώαριο. Συνήθως μέσα στο ωάριο εισέρχεται μόνο η κεφαλή του σπερματοζωαρίου, ενώ η ουρά μένει έξω. Υπάρχει όμως και η πιθανότητα το σπερματοζώαριο να εισχωρήσει ολόκληρο και να αποχωριστεί την ουρά του αργότερα. Κατά γενικό κανόνα ένα μόνο σπερματοζώαριο εισχωρεί στο ωάριο και το γονιμοποιεί. Άρα ένα θα ενωθεί και με τον πυρήνα του ωαρίου. Το φαινόμενο αυτό λέγεται μονοσπερμία. Όταν τελικά το σπερματοζώαριο εισχωρήσει στο ωάριο, ολοκληρώνονται οι διαιρέσεις της ωρίμανσης. Ο πυρήνας του ωαρίου μετασχηματίζεται σε θηλυκό προπυρήνα, ενώ το κεφάλι του σπερματοζωαρίου, ύστερα από ορισμένες φυσιολογικές εξεργασίες, σχηματίζει τον αρσενικό προπυρήνα. Οι δύο προπυρήνες συνενώνονται. Εδώ τελειώνει η κυριότερη φάση της γονιμοποίησης, που λέγεται αμφιμειξία και προϊόν της είναι ο συμπυρήνας (συγκάρπιο).

Το γονιμοποιημένο πλέον ωάριο, ή εμβρυϊκό κύτταρο, παραμένει στη σάλπιγγα όπου έγινε η γονιμοποίηση, για 4-5 περίπου ημέρες, μέχρι να μετακινηθεί προς τη μήτρα όπου και θα εγκατασταθεί. Στη συνέχεια αυξάνεται με πολλαπλασιασμό και μετατρέπεται σε βλαστομερίδιο, μορίδιο, κύστη, βλαστίδιο ή βλαστικό κυστίδιο. Έτσι, σχηματίζονται η τροφοβλάστη και η εμβρυοβλάστη από τις οποίες με τη σειρά τους δημιουργούνται ο

πλακούντας, ο ομφάλιος λώρος, το αμνιακό υγρό και το έμβρυο.

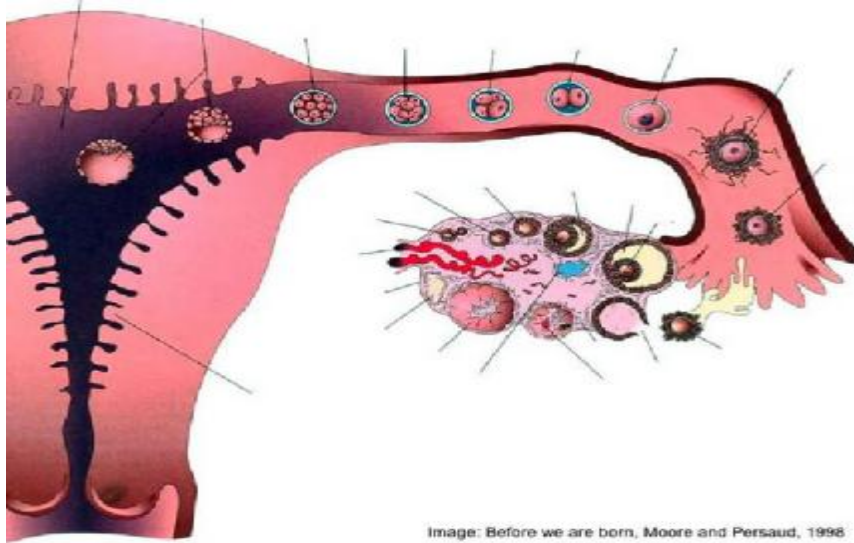


Image: Before we are born, Moore and Persaud, 1998

Εικόνα 11: Το ταξίδι του γονιμοποιημένου ωαρίου έως και την εγκατάστασή του στο ενδομήτριο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. ΕΦΗΒΕΙΑ

Με τον όρο εφηβεία εννοούμε την εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου που αρχίζει βιολογικά με τη σταδιακή εμφάνιση της ήβης και τελειώνει ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, την κατάκτηση της γνωσιακής λειτουργίας και την πολυπόθητη "ανεξαρτησία". Εφηβεία είναι η περίοδος της ζωής του ανθρώπου, που τοποθετείται χρονικά μεταξύ της παιδικής ηλικίας, την οποία συνεχίζει, και της ώριμης ζωής. Ο νέος άνθρωπος, που διανύει την περίοδο της εφηβικής ηλικίας, η οποία βρίσκεται μεταξύ παιδικής και της ώριμης ηλικίας ονομάζεται έφηβος. Στην εφηβεία ο άνθρωπος περνάει από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή. Το πέρασμα αυτό χαρακτηρίζεται από την ολοκλήρωση της σωματικής και ψυχικής ωριμότητας. Στα κορίτσια η εφηβεία αρχίζει λίγο νωρίτερα από ότι στα αγόρια, γύρω στο 12^ο έτος της ζωής τους και τελειώνει γύρω στο 18^ο, ενώ στα αγόρια αρχίζει γύρω στο 14^ο έτος και τελειώνει γύρω στο 20^ο. Βέβαια αυτά τα όρια που αφορούν την έναρξη και το τέλος της εφηβείας είναι σχετικά, διότι παρατηρούνται παραλλαγές και διαφοροποιήσεις ανάλογα με το γεωγραφικό περιβάλλον, τη φυλή, τον ατομικό τύπο και το κοινωνικό περίγυρο, π.χ. η εφηβεία στους λαούς γύρω από τον ισημερινό εμφανίζεται νωρίτερα, ενώ στους βόρειους λαούς αργότερα. Έτσι, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) θεωρεί εφηβεία το διάστημα από 10 έως 19 ετών, προκειμένου να περιλάβει πολιτισμικές και διακρατικές διαφορές, ενώ η Ευρωπαϊκή Ένωση επισήμως αναφέρεται στην εφηβεία από την ηλικία των 10 έως 18 ετών. Η εφηβεία διαρκεί 7-8 χρόνια περίπου. Ο έφηβος δεν είναι ούτε παιδί ούτε ώριμος άνθρωπος. (Βαγιέχο-Ναχέρα Α.)

4.2. ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

4.2.1. ΠΡΟΕΦΗΒΕΙΑ : 8-11 ΕΤΩΝ

Η ηλικία των 8-11 χρόνων και για τα δύο φύλα είναι το πρώτο και μεγάλο ξύπνημα της εφηβικής ηλικίας που έρχεται. Η προεφηβεία είναι ένα βήμα πριν την εφηβεία. Είναι η περίοδος που αρχίζει από το τέλος της παιδικής ηλικίας ως την ήβη, δηλαδή την εμφάνιση της λειτουργίας αναπαραγωγής. Το παιδί που βρίσκεται στο στάδιο αυτό, ονομάζεται προέφηβος ή πρόσηβος. Η προεφηβεία, ο προθάλαμος της εφηβείας, είναι η ηλικία της πρώτης μεγάλης εξόδου από το σπίτι. Βασική ανάγκη του προεφήβου είναι η σεξουαλική αναγνώριση, τα βαθύτερα νοήματα του «είμαι αγόρι, είμαι κορίτσι». Το κορίτσι σ' αυτή την ηλικία που το βιολογικό του ξύπνημα είναι πιο γρήγορο είναι πιο ώριμο από το αγόρι, που είναι πιο παιδί. (Ασκητής Θ.,1997)

4.2.2. 1^ο ΣΤΑΔΙΟ ΕΦΗΒΕΙΑΣ-ΠΡΩΤΗ ΕΦΗΒΕΙΑ : 11-14 ΕΤΩΝ

Σ' αυτή την ηλικία έχουμε τα δύο χαρακτηριστικά πρόσωπα : του παιδιού αλλά και του αρχόμενου άνδρα-γυναίκας. Από μελέτες που έχουν γίνει, είναι γνωστό ότι σ' αυτή την ηλικία επέρχονται μεγάλες βιορυθμικές μεταβολές και στα δύο φύλα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου σκιαγραφούνται τα πρώτα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, όπως εσωστρέφεια, εξωστρέφεια αλλά και ο δείκτης της νοημοσύνης και των χαρισμάτων, που ένα παιδί μπορεί να διαθέτει (πίνακας 1). Επίσης, συνήθειες και τύποι συμπεριφοράς διαμορφώνονται σ' αυτό το στάδιο. Η ηλικία αυτή χαρακτηρίζεται από ομοφυλοφιλία αλλά και ταύτιση και αντιγραφή του ίδιου φύλου. Η σεξουαλική αφύπνιση στην πρώτη εφηβεία είναι γεγονός. Η σεξουαλική περιέργεια, η πονηριά, ο μυστικισμός, η αμηχανία, καθώς και η ανάγκη να μάθει περισσότερα κυριαρχούν στην ηλικία αυτή. Στο κορίτσι η ορμονική ενεργοποίηση είναι ξεκάθαρη με τον ερχομό της περιόδου και τη διαμόρφωση του σώματος της σε γυναικείο, μετά από την ανάπτυξη των μαστών και των γεννητικών της οργάνων. Για το αγόρι η ηλικία αυτή είναι μια άχαρη περίοδος, καθότι με τον ερχομό της σεξουαλικής του αφύπνισης, χάνει για λίγο την εικόνα του γυρίζει προς την παιδικότητα ή θέλει να εκτοξευθεί στον ανερχόμενο ανδρισμό του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ (11 ΜΕΧΡΙ 14 ΕΤΩΝ)

- Μεγάλη σωματική αύξηση και ανάπτυξη
- Τάση για απομάκρυνση από τους γονείς
- Προσκόλληση προς τους φίλους (κατά κανόνα του ίδιου φύλου)
- Ρομαντισμός
- Υπέρμετρη αφοσίωση σε πρόσωπα και ιδέες
- Συγκεκριμένη σκέψη
- Δυσκολία στην αποδοχή μεγάλων αλλαγών

4.2.3. 2^ο ΣΤΑΔΙΟ ΕΦΗΒΕΙΑΣ- ΜΕΣΗ ΕΦΗΒΕΙΑ :14-17 ΕΤΩΝ

Η ηλικία αυτή των 14 έως 17 χρόνων θεωρείται η καρδιά της εφηβείας. Η ηλικία αυτή σηματοδοτείται και για τα δύο φύλλα σαν το χωράφι που ότι «σπείρεις σ' αυτή τη περίοδο θα το θερίσεις με ανάλογους καρπούς στην ενήλικη ζωή». Στην ηλικία αυτή οι ουσιαστικές αλλαγές έχουν ήδη γίνει, όπως η γρήγορη σεξουαλική αφύπνιση και το ξαφνικό μέγλωμα. Υπάρχει όμως μια ουσιαστική διαφορά στα δύο φύλα αυτής της ηλικίας, το κορίτσι μεγαλώνει πιο γρήγορα από το αγόρι. Το κορίτσι ήδη από τα δώδεκα του έχει καταλάβει το πέρασμα στην ωρίμανση, ενώ στα 14 χρόνια της έχει σχηματιστεί το σώμα της και έχει αναπτυχθεί το βιολογικό της υπόστρωμα. Το αγόρι σ' αυτή την ηλικία αρχίζει να βλέπει το δικό του μέγλωμα, ενώ επίσης διεκδικεί και αναλύει με τρόπους και ρυθμούς που εναλλάσσονται μέσα του. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι έφηβοι χαρακτηρίζονται από παρορμητικότητα, ενθουσιασμό, εκδηλωτικότητα, δύναμη και αδυναμία, αμφισβήτηση και άρνηση του οικογενειακού μοντέλου, αναζήτηση και αντιγραφή του εξωτερικού περιβάλλοντος. Η μέση εφηβεία είναι η πρώτη περίοδος της μεγάλης κοινωνικοποίησης, της αντιγραφής και επιρροής του ιδίου φύλου, ενώ παράλληλα ο έφηβος προσπαθεί να ενταχθεί όλο και περισσότερο μέσα στην ομάδα (πίνακας 2). Τέλος, η ηλικία αυτή χαρακτηρίζεται από την σεξουαλικότητα και των δύο φύλων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΣΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ (14 ΜΕΧΡΙ 16 ΕΤΩΝ)

- Ενδιαφέρον για ετερόφυλες σχέσεις
- Σεξουαλικός πειραματισμός-κύρος ανάμεσα στους φίλους
- Πάθος και αδεξιότητες
- Ικανότητα για αφηρημένη σκέψη (**abstract thinking**)
- Κρίνει, αναλύει, συγκρίνει, συνθέτει και οραματίζεται το μέλλον και το ρόλο του σ' αυτό, λαμβάνοντας υπόψη τις εμπειρίες του παρόντος και του παρελθόντος
- Εκρήξεις οργής και εναλλαγή ευφορίας & καταθλιπτικών συμπτωμάτων

4.2.4. 3^ο ΣΤΑΔΙΟ ΕΦΗΒΕΙΑΣ- ΤΕΛΙΚΗ ΕΦΗΒΕΙΑ : 17-18 ΕΤΩΝ

Σ' αυτή τη περίοδο ο έφηβος, φυσιολογικά βλέπει μπροστά του την ενηλικίωση και την αυτονομία του, ενώ επίσης προετοιμάζει τις δυνάμεις του για το δικό του αύριο. Και για τα δύο φύλα στην ηλικία των 17-19 χρόνων κυριαρχεί ένα βασικό πράγμα, το πέρασμα στην ανδρική και γυναικεία φιγούρα. Την περίοδο αυτή την χαρακτηρίζουν οι συναισθηματικές μεταπτώσεις καθώς επίσης και η έντονη σεξουαλικότητα(πίνακας 3). Οι έφηβοι σ' αυτό το στάδιο της εφηβείας, έχουν ξεκαθαρίσει τα σεξουαλικά τους μοντέλα, αναπτύσσουν ερωτικές διεκδικήσεις, δημιουργούν σχέσεις και περνούν μέσα από την «πρώτη φορά». Σημαντικό ρόλο παίζουν οι φίλοι, οι οποίοι ασκούν μεγάλη επιρροή, ιδιαίτερα σε περιόδους εσωτερικής αμφισβήτησης. Το κορίτσι στην ηλικία αυτή είναι πλέον γυναίκα, ενώ το αγόρι είναι «ανώριμα ώριμο».

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΕΛΙΚΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ (17 ΜΕΧΡΙ 18 ΕΤΩΝ)

- Ολοκληρωμένη αφηρημένη σκέψη
- Σαφής επιβράδυνση της σωματικής ανάπτυξης
- Εξοικείωση με το σώμα
- Περαιτέρω ανάπτυξη του ιδεαλισμού
- Σταδιακή σύγκλιση με τις απόψεις των γονιών
- Σοβαρότερες ποιοτικά σεξουαλικές σχέσεις

4.2.5. ΜΕΤΕΦΗΒΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ : >18 ΕΤΩΝ

Η ηλικία των 18 ετών σηματοδοτεί το τέλος της εφηβείας και την αρχή της ενηλικίωσης. Βέβαια το τέλος της εφηβείας και το πέρασμα στην ενηλικίωση διαφέρει από άτομο σε άτομο. Υπάρχουν όμως και άνθρωποι, οι οποίοι αρνούνται να μεγαλώσουν και καθηλώνουν τον εαυτό τους στην εφηβεία. Αυτή η περίοδος της ζωής μας χαρακτηρίζεται από το πέρασμα στην ενηλικίωση, όπου ως ενήλικές πλέον πρέπει να πάρουμε τη ζωή στα χέρια μας, να αναλάβουμε τις ευθύνες μας να ανεξαρτητοποιηθούμε χρηματικά αλλά και συναισθηματικά. (Ιωαννίδης Ι.,1996)

4.3. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η είσοδος του παιδιού στην εφηβική ηλικία σημαδεύεται από ορισμένες βασικές βιολογικές και ψυχικές αλλαγές. Η σπουδαιότερη από τις βιολογικές αλλαγές είναι η ωρίμανση των γεννητικών του οργάνων, η ενεργοποίηση του σεξουαλικού του ενστίκτου και η απόκτηση της ικανότητας της αναπαραγωγής. Με τον όρο «ΗΒΗ» σηματοδοτείται η έναρξη της

ενήλικης σεξουαλικής ζωής, καθώς και της πλήρους λειτουργίας των γεννητικών οργάνων. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι οι γεννητικοί αδένες αδρανούν μέχρι τη στιγμή αυτή, απλά η λειτουργία τους ήταν υποτυπώδης και αντιστοιχούσε σε ένα στάδιο προετοιμασίας. Στο θήλυ και στο άρρεν η παιδική υπόφυση έχει τη δυνατότητα για πλήρη λειτουργία εφόσον δεχθεί το κατάλληλο ερέθισμα, και για λόγους που δεν έχουν γίνει ακόμα κατανοητοί, ο υποθάλαμος δεν εκκρίνει επαρκείς ποσότητες GnRH κατά τη παιδική ηλικία. Από πειράματα προκύπτει ότι ο υποθάλαμος είναι απόλυτα ικανός να εκκρίνει αυτή την ορμόνη, λείπει όμως το κατάλληλο ερέθισμα από κάποια άλλη περιοχή του εγκεφάλου για να προκληθεί η έκκριση. Έτσι σήμερα πιστεύεται ότι η έναρξη της ήβης προκαλείται από κάποια διεργασία ωρίμανσης, που επιτελείται σε κάποια άλλη περιοχή του εγκεφάλου, πιθανώς κάπου μέσα στο μεταχιακό σύστημα.

Τα γεννητικά όργανα στην ήβη αλλάζουν μορφή. Στον άνδρα αυξάνει το μέγεθος των όρχεων και του όσχεου και αναπτύσσεται το πέος. Στη γυναίκα αναπτύσσονται τα μικρά και τα μεγάλα χείλη, μεγαλώνει η μήτρα και οι σάλπιγγες ολοκληρώνουν την ανάπτυξη τους. Επίσης κατά την ήβη στον άνδρα, έχουμε την εμφάνιση των πρώτων ώριμων σπερματοζωαρίων στο σπερματικό υγρό, ενώ στη γυναίκα την ωρίμανση του πρώτου ωοθυλακίου της ωοθήκης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της πρώτης περιόδου.

Εκτός όμως από τις αλλαγές στα γεννητικά όργανα, κατά την εφηβεία, έχουμε και εμφάνιση των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου. Και στα δύο φύλα έχουμε την εμφάνιση και την κατανομή τριχοφυΐας σε διάφορα μέρη του σώματος. Στα κορίτσια, εμφανίζεται τριχοφυΐα στο εφηβαίο (τριγωνικό σχήμα με βάση προς τα επάνω) αλλά και στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Στα αγόρια, τριχοφυΐα αναπτύσσεται στο εφηβαίο (ραμβοειδές σχήμα που η κορυφή του φτάνει στον ομφαλό), στο όσχεο και στις βουβωνικές χώρες, ενώ η τριχοφυΐα στη μασχάλη είναι περισσότερη στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια. Επίσης, στα αγόρια αναπτύσσεται πολύ ο λάρυγγας και μακραίνουν οι φωνητικές χορδές.

Έτσι η φωνή τους αποκτά βαθύτερο τόνο, ενώ τα κορίτσια έχουν υψηλότερο τόνο, λόγω του ότι οι φωνητικές χορδές κονταίνουν. Στους άνδρες αναπτύσσονται περισσότερο τα οστά και οι μύες, ενώ η κατανομή του λίπους είναι μεγαλύτερη στον αυχένα και στην οσφυϊκή χώρα και έτσι σχηματίζεται το αντρικός σωματότυπος. Στις γυναίκες, έχουμε διαφορετική κατανομή λίπους απ' ό,τι στους άνδρες, πάχος του λιπώδους στρώματος αυξάνεται στους γλουτούς, στην έσω επιφάνεια των γονάτων και στην περιοχή γύρω από τους μαστούς, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται καμπύλες και η κλασική γυναικεία σιλουέτα. Τέλος, και στα δύο φύλα, αλλά πιο πολύ στα αγόρια, οι σμηγματογόνοι αδένες αυξάνονται και προκαλούνται αλλεπάλληλες εκθύσεις ακμής, στο πρόσωπο, τη ράχη και το θώρακα. (Sherlock S.,2007)

4.4. ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί η σημαντικότερη περίοδος της ανθρώπινης έκφρασης. Είναι η ηλικία της σύγκρουσης και της αμφισβήτησης, της άρνησης και της αντίδρασης, της παρόρμησης και της αντίθεσης του ενθουσιασμού και της απογοήτευσης, το γέμισμα και η ανάπτυξη του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του ατόμου.

Κατά την εφηβεία γίνεται το πέρασμα στην αυτονομία, αρχίζουμε να ωριμάζουμε και προετοιμάζουμε το αύριο. Σ' αυτή την περίοδο μεγάλη είναι η ανάγκη της αναζήτησης και διερευνήσεων του εαυτού μας, καθώς και του σκοπού της ζωής μας.

Όταν μπαίνει ένα παιδί στην εφηβεία, οι παρέες αποκτούν πολύ μεγαλύτερη σημασία από ό,τι κατά την παιδική ηλικία. Σε αυτή τη φάση οι γονείς δεν χάνουν το ρόλο τους και συνεχίζουν να ασκούν επιρροή στον έφηβο. Αρκεί να ξέρουν να χειριστούν τον έφηβο σωστά, να τον καθοδηγούν και να σέβονται την προσωπική του ζωή.

Στην εφηβεία ερχόμαστε σιγά σιγά μπροστά στη σκληρή πραγματικότητα, στην ανάγκη της επιβίωσης, του σωστού και του λάθους δρόμου που καλούμαστε να περάσουμε. (Τζουμάκα-Μπακούλα Χ.2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. ΚΥΗΣΗ (ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ)

Εάν επέλθει γονιμοποίηση ωαρίου, ακολουθεί μία σειρά γεγονότων, που στο σύνολό τους αποκαλούνται κύηση ή εγκυμοσύνη, και το γονιμοποιημένο ωάριο τελικά αναπτύσσεται σε τελειόμηνο έμβρυο. Η εγκυμοσύνη είναι μία περίοδος της ζωής της γυναίκας κατά την οποία ένα γονιμοποιημένο ωάριο αναπτύσσεται σε οργανισμό έξι περίπου δεκατομμυρίων κυττάρων, το έμβρυο. Αυτή η χρονική περίοδος διαρκεί περίπου 280 ημέρες ή 40 εβδομάδες. (Κρεατσάς Γ.,2006)

Οι εμβρυολόγοι χρονολογούν τις αλλαγές σε ημέρες ή εβδομάδες από τη γονιμοποίηση . Οι κλινικοί μαιευτήρες, χρησιμοποιούν ως δείκτη ανάπτυξης την ημερομηνία της τελευταίας εμμήνου ρύσεως, που συνήθως λαμβάνει χώρα δύο εβδομάδες πριν την γονιμοποίηση, και αναφέρονται σε εβδομάδες κύησης.

Οι ανατομικές και φυσιολογικές μεταβολές που δημιουργούνται κατά τη πρόοδο της φυσιολογικής εγκυμοσύνης είναι πολλές. Οι μεταβολές στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι δραματικές, ιδιαίτερα στη μήτρα, το μέγεθος της οποίας αυξάνει από τα 7 εκ. στα 35 εκ. στο τέλος της εγκυμοσύνης. Σχεδόν όλα όμως τα συστήματα και τα όργανα της γυναίκας παρουσιάζουν μεγαλύτερες ή μικρότερες λειτουργικές μεταβολές. Αλλαγές παρουσιάζουν το καρδιαγγειακό και λεμφικό σύστημα, το αναπνευστικό σύστημα, ο μεταβολισμός, το γαστρεντερικό σύστημα, οι μαστοί, το ουροποιητικό σύστημα, το δέρμα και το αίμα. Οι μεταβολές αυτές είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη του κυήματος και την πρόοδο της εγκυμοσύνης καθώς και για την επιβίωση του νεογνού. (Κρεατσάς Γ.,2006)

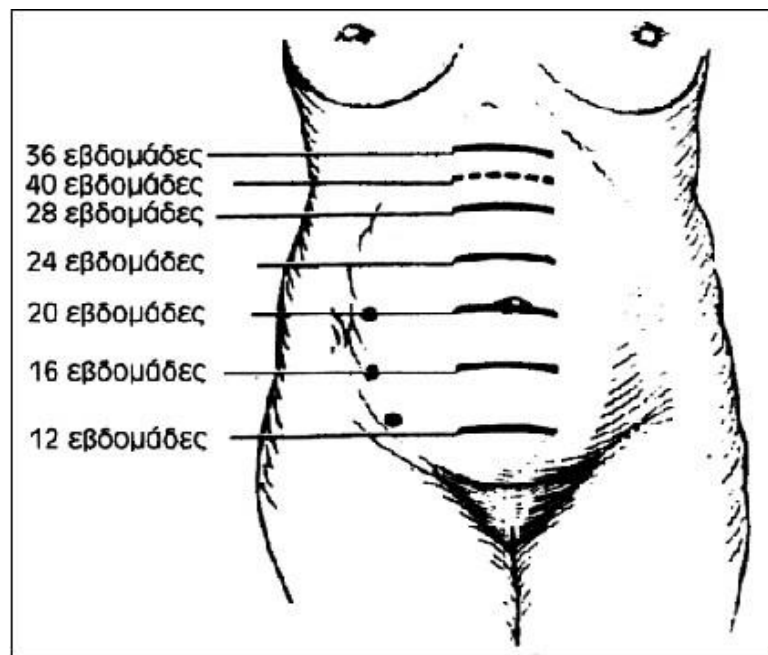
Το έμβρυο που μεγαλώνει μέσα στη μήτρα, σε συνδυασμό με τον πλακούντα δημιουργεί μια ενιαία μονάδα, την εμβρυοπλακουντιακή μονάδα. Αυτή η μονάδα προκαλεί σημαντικές μεταβολές στις φυσιολογικές λειτουργίες της μητέρας. Ο πλακούντας είναι υπεύθυνος, για την παροχή οξυγόνου, τη διατροφή καθώς και για την εκκριτική λειτουργία του εμβρύου. Επομένως υπάρχουν διαφορές μεταξύ ενδομήτριας και εξωμήτριας ζωής του εμβρύου και αυτές οφείλονται στο ρόλο του πλακούντα. Το έμβρυο θα χρειαστεί να προσαρμόσει τις λειτουργίες του σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό. (Huffman J.2007)

Η εγκυμοσύνη χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα, εννοώντας με αυτό τη συστηματική παρακολούθηση της γυναίκας και του αναπτυσσόμενου εμβρύου, σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σήμερα διαθέτουμε πληθώρα εργαστηριακών εξετάσεων για την έγκαιρη διάγνωση της κακής ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου και γενικά τον έλεγχο της ενδομήτριας κατάστασής του. Με αυτόν τον τρόπο έγκαιρα ανακαλύπτονται προϋπάρχουσες, οι οποίες δεν έχουν συμπτώματα ή πολύ συχνά πρωτοεμφανιζόμενες παθολογικές καταστάσεις , που μπορεί άμεσα να επηρεάσουν την ομαλή πορεία της εγκυμοσύνης και τη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου.

5.2. ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

5.2.1. Η ΜΗΤΡΑ

Οι μεγαλύτερες αλλαγές, όπως είναι αναμενόμενο, αφορούν την εγκυμονούσα μήτρα, προκειμένου να καταστεί δυνατή η εγκατάσταση και ανάπτυξη του εμβρύου, αλλά και η εξώθηση του κατά τη διάρκεια του τοκετού. Το μέγεθος της μήτρας αυξάνεται σταδιακά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.



Εικόνα 14: Το ύψος του πυθμένα της μήτρας κατά τη διάρκεια της κύησης.

Η αύξηση του μεγέθους της οφείλεται στη σημαντική αύξηση του αριθμού των μυϊκών ινών, των αιμοφόρων αγγείων, των νεύρων και των λεμφαγγείων του τοιχώματός της. Η κάθε μυϊκή ίνα αυξάνεται 5 με 10 φορές, σημαντική είναι όμως η αύξηση των αιμοφόρων και λεμφικών αγγείων. Το σχήμα της μήτρας τις πρώτες εβδομάδες παραμένει αμετάβλητο. Τη 14^η εβδομάδα έχει σχήμα πεπλατυσμένου σφαιροειδούς ενώ παράλληλα μαλακώνει. Ο ισθμός της μήτρας μακραίνει αφού το έμβρυο χρειάζεται περισσότερο χώρο, τεντώνει και εκπτώσσεται για να δημιουργήσει έναν κυπελλοειδή σχηματισμό. Ο ινώδης τράχηλος αντιστέκεται στην έκπτυξη αυτή, ενώ παράλληλα γίνεται πιο μαλακός και αποκτά ένα προστατευτικό βύσμα από βλέννα στη κοιλότητα του. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το τοίχωμα της μήτρας τεντώνει και λεπταίνει, από το αυξημένο κύημα και από το υγρό που το περιβάλλει. Στο τέλος της εγκυμοσύνης είναι ένας μεγάλος ελαστικός κύλινδρος με λεπτό τοίχωμα, μήκους 30 εκατοστών και βάρους 1.200 γραμμαρίων. Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης η μήτρα ανεβαίνει επάνω από τη λεκάνη και γεμίζει την κοιλιακή χώρα. Προς

το τέλος της εγκυμοσύνης έχει ψηλά το κέντρο βάρους της και πέφτει προς τα εμπρός και δεξιά, επειδή το μεγαλύτερο μέρος του παχέος εντέρου βρίσκεται δεξιά. Επίσης πιέζει το διάφραγμα και ωθεί τα άλλα όργανα στο πλάι. (Huffman J.,2007)

5.2.2. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Μετά την γονιμοποίηση απαιτούνται 3 με 4 μέρες για τη μεταφορά του ωαρίου μέσα από τον ωαγωγό στη κοιλότητα της μήτρας. Κατά τη μεταφορά του ωαρίου μέσα από τη σάλπιγγα πραγματοποιούνται διαιρέσεις στο κύτταρο, το οποίο πριν την είσοδο του στη μήτρα αποτελείται από 100 περίπου κύτταρα και ονομάζεται βλαστοκύστη. Η εμφύτευση πραγματοποιείται φυσιολογικά περίπου την έβδομη μέρα μετά την ωορρηξία. Επομένως μετά την είσοδο στη μήτρα, η βλαστοκύστη παραμένει στη κοιλότητα της μήτρας για άλλες 2 με 4 μέρες πριν την εμφύτευση της στο ενδομήτριο. Σε αυτό το χρονικό διάστημα η βλαστοκύστη τρέφεται με εκκρίματα του ενδομητρίου, που ονομάζονται «γάλα της μήτρας». Η εμφύτευση της βλαστοκύστης πραγματοποιείται με την ενέργεια των κυττάρων της τροφοβλάστης, που αναπτύσσονται στην επιφάνεια της βλαστοκύστης.

Πριν την εμφύτευση του ωαρίου στο ενδομήτριο, η προγεστερόνη που εκκρίνεται στο δεύτερο μισό του γεννητικού κύκλου έχει προετοιμάσει τα στρωματικά κύτταρα με παραπάνω ποσά γλυκογόνου, πρωτεϊνών, λιπιδίων αλλά και μεταλλικών στοιχείων, απαραίτητα για την ανάπτυξη του κυήματος. Μετά την εμφύτευση του κυήματος στο ενδομήτριο, η προγεστερόνη που συνεχίζει να εκκρίνεται, προκαλεί ακόμα μεγαλύτερη εναποθήκευση θρεπτικών στοιχείων. Τα κύτταρα αυτά ονομάζονται φθαρτογενή κύτταρα, η δε ολική μάζα αυτών των κυττάρων ονομάζεται φθαρτός υμένας. Με την εισβολή των κυττάρων της τροφοβλάστης στο φθαρτό υμένα, τα εναποθηκευμένα θρεπτικά στοιχεία χρησιμοποιούνται από το έμβρυο για την κατάλληλη αύξηση και ανάπτυξη.

Η τροφοβλάστη παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του πλακούντα. Υπερπλασία της τροφοβλάστης πάνω από το τμήμα, που είναι απέναντι από το έμβρυο, αποτελεί τμήμα της διαδικασίας εμφύτευσης και βοηθάει στη κάλυψη του βλαστιδίου. Καθώς οι χορδές της τροφοβλάστης προσφύονται στη μήτρα, αιμοφόρα τριχοειδή αναπτύσσονται μέσα σ' αυτές τις χορδές από το αγγειακό σύστημα του εμβρύου, και κατά τη 16^η μέρα μετά την γονιμοποίηση εμφανίζεται ροή αίματος μέσα στα αγγεία. Παράλληλα γύρω από τις χορδές της τροφοβλάστης δημιουργούνται αιματικοί κόλποι που προέρχονται από τη κυκλοφορία της μητέρας.

Τα κύτταρα της τροφοβλάστης αποδίδουν περισσότερες προβολές, οι οποίες αποτελούν τις λάχνες του πλακούντα και μέσα σ' αυτές αναπτύσσονται τριχοειδή του εμβρύου. Έτσι σιγά σιγά δημιουργείται ο πλακούντας, οποίος μετά από λίγες εβδομάδες είναι εξολοκλήρου υπεύθυνος για τη διατροφή του εμβρύου αλλά και όχι μόνο. (Huffman J.,2007)

5.2.3. ΑΥΞΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Η μέση αύξηση της σωματικού βάρους κατά την εγκυμοσύνη είναι περίπου 11kg, το μεγαλύτερο μέρος αυτού προστίθεται στα δύο τελευταία τρίμηνα. Από αυτό τα 3,2kg είναι το βάρος του εμβρύου και το 1,8kg είναι το αμνιακό υγρό, ο πλακούντας και οι υμένες του

εμβρύου. Η μήτρα αυξάνει κατά 900 γραμμάρια, το ίδιο και οι μαστοί, ενώ τα υπόλοιπα 4,2kg αντιστοιχούν σε πραγματική αύξηση του βάρους του σώματος (περίσσεια υγρού και εναπόθεση λίπους). (Guyton A.,1992)

5.2.4. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Ο βασικός μεταβολισμός της εγκύου αυξάνεται κατά 15% περίπου κατά το δεύτερο μισό της κύησης. Αυτό συμβαίνει λόγω αυξημένης έκκρισης διαφόρων ορμονών, όπως η θυροξίνη, οι ορμόνες του φλοιού των επινεφριδίων και οι γεννητικές ορμόνες. Με αποτέλεσμα συχνά η έγκυος να έχει το αίσθημα της υπερθέρμανσης, αλλά και να καταναλώνει μεγαλύτερα ποσά τροφής για τη μυϊκή της δραστηριότητα εξαιτίας αύξησης του σωματικού βάρους. (Huffman J.,2007)

5.2.5. ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουμε ταχεία αύξηση του κατά λεπτού όγκου αίματος, η οποία παρουσιάζεται μεταξύ 9^{ης} και 14^{ης} εβδομάδας. Κατά τη περίοδο μεταξύ 28ης και 30^{ης} εβδομάδας κύησης, η καρδιά εκτελεί έργο που είναι κατά 25 με 30% μεγαλύτερο από πριν από την εγκυμοσύνη, λόγω βαρύτερου φορτίου. Πριν όμως από το τοκετό πραγματοποιείται ελάττωση του καρδιακού έργου. Σημαντική είναι και η μεταβολή που πραγματοποιείται στη θέση της καρδιάς, εξαιτίας της αύξησης του όγκου της μήτρας, η οποία ανυψώνει το διάφραγμα, επομένως απωθεί και την καρδιά προς τα επάνω, αριστερά και λίγο προς τα εμπρός. Βέβαια οι μεταβολές αυτές διαφέρουν από άτομο σε άτομο. (Huffman J.,2007)

5.2.6. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Κατά τη διάρκεια της κύησης η ποσότητα του εισπνεόμενου και εκπνεόμενου αέρα αυξάνεται σταδιακά. Αυτό συμβαίνει λόγω αύξησης του βασικού μεταβολισμού, καθώς και του αυξημένου σωματικού βάρους. Παράλληλα, η αύξηση του μεγέθους της μήτρας ασκεί πίεση στο διάφραγμα, με αποτέλεσμα τον περιορισμό των αναπνευστικών κινήσεων του διαφράγματος. Επομένως, η συχνότητα των αναπνευστικών κινήσεων αυξάνεται για την εξασφάλιση του απαιτούμενου αερισμού των πνευμόνων. (Huffman J.,2007)

5.2.7. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Σημαντικές είναι και οι μεταβολές που συμβαίνουν και στο ουροποιητικό σύστημα. Στην αρχή της εγκυμοσύνης η μήτρα βρίσκεται πάνω από την ουροδόχο κύστη και την πιέζει. Αργότερα όταν η μήτρα μεγαλώνει και ανεβαίνει προς τα επάνω, η ουροδόχος κύστη ωθείται προς τα εμπρός και έλκεται προς τα επάνω, ενώ η ουρήθρα τεντώνεται και παραμορφώνεται. Ο ρυθμός της παραγωγής των ούρων στην εγκυμονούσα είναι ελαφρά αυξημένος, εξαιτίας της αύξησης κατά 50%, της επαναρόφησης του νατρίου, του χλωρίου και του νερού από τα ουροφόρα σωληνάκια. Επίσης αυξημένος έως και 50%, είναι και ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης. (Guyton A.,1992)

5.2.8.ΜΑΣΤΟΙ

Το αίσθημα που έχουν στους μαστούς οι εγκυμονούσες είναι μια έξαρση ενόχλησης και το αίσθημα της πληρότητας. Καθώς η εγκυμοσύνη προχωρεί, οι μαστοί μεγαλώνουν, ενώ η περιοχή γύρω από την άλω αποκτά έντονο χρώμα. Επίσης, οι υποδόριες φλέβες γίνονται μεγαλύτερες και προεξέχουν. Αυτό συμβαίνει διότι οι ωοθηκικές ορμόνες προετοιμάζουν το μαστό για να δεχθεί τη δράση της προλακτίνης (υπεύθυνη για την έκκριση του γάλακτος από τους μαστούς). (Guyton A.1992)



Εικόνα 15: Βρέφος 8 εβδομάδων



Εικόνα 16: Βρέφος 6 μηνών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6



Εικόνα 17: Έμβρυο, μέσα από τη μήτρα κρατάει το δάκτυλο του γιατρού.

6.1. ΕΚΤΡΩΣΗ

Είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης και η εκβολή του κήματος που προκαλείται για θεραπευτικούς σκοπούς, συνήθως όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας ή έχουν διαπιστωθεί σοβαρές ανωμαλίες στο έμβρυο. Σήμερα δεν γίνεται διάκριση μεταξύ έκτρωσης και άμβλωσης, η οποία πραγματοποιείται με σκοπό, να αποφευχθεί η απόκτηση ενός ανεπιθύμητου παιδιού. (Ανδρέοπουλος Κ.,2007)

6.2. ΑΜΒΛΩΣΗ

Είναι η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης με θανάτωση του κήματος, προτού αυτό καταστεί βιώσιμο (τέλος της 28ης εβδομάδας της κύησης), χωρίς ιατρική ένδειξη και άσχετα από το αν έχει γίνει σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής ή με εξωιατρικά μέσα. Στην παλαιότερη βιβλιογραφία η άμβλωση διακρίνεται από τις δύο συναφείς τις έννοιες την αποβολή (αυτόματη διακοπή της κύησης από ενδογενή αίτια) και την έκτρωση (διακοπή της κύησης, που γίνεται με ιατρική ένδειξη).

Κάτω από την επίδραση όμως της ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας, η οποία χρησιμοποιεί έναν όρο με κάποιο επιθετικό προσδιορισμό, δεν γίνεται πλέον διάκριση μεταξύ άμβλωσης και

έκτρωσης, ενώ η αποβολή διατηρεί ως ένα βαθμό την αρχική της έννοια. (Παπασπηλιόπουλος Π.,2007)

6.3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΤΡΩΣΗΣ

Η ολοκληρωμένη ιατρική αντιμετώπιση της γυναίκας που έχει αποφασίσει να διακόψει την εγκυμοσύνη της διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαφύλαξη της υγείας της. Διακρίνεται σε αντιμετώπιση «πριν» και «μετά» την επέμβαση και επιβάλλεται να περιλαμβάνει τους ακόλουθους τομείς:



Εικόνα 18 : Ομάδα χειρουργείου κατά τη διάρκεια επέμβασης.

A. Πριν από την επέμβαση

- Û Βεβαιότητα της γυναίκας για την επιλογή της.
- Û Εξέταση αίματος. Γίνεται για την ανεύρεση της ομάδας αίματος και τυχόν μολύνσεων από ιούς, όπως HIV, ηπατίτιδας.
- Û Υπέρηχος. Γίνεται για τον ακριβή προσδιορισμό της ηλικίας της κύησης.
- Û Παπ τεστ.
- Û Χορήγηση αντιβιοτικών για την πρόληψη φλεγμονών του γενετικού συστήματος.

B. Μετά την επέμβαση

- Û Ψυχολογική υποστήριξη.
- Û Προφύλαξη για την ασθένεια ρέζους. Γι' αυτόν το σκοπό χορηγείται συνήθως προληπτικά ορός anti-D.
- Û Λεπτομερής ενημέρωση για τις δυνατότητες αντισύλληψης. Αν η διακοπή της κύησης έγινε μέσα στο α' τρίμηνο, η χορήγηση αντισυλληπτικού χαπιού ξεκινά τη μέρα της επέμβασης. Την ίδια μέρα και αμέσως μετά την άμβλωση μπορεί να τοποθετηθεί και το ενδομήτριο σπινάλι.(Creinin MD.,2001)

6.4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

6.4.1.ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΠΟΛΥ ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ

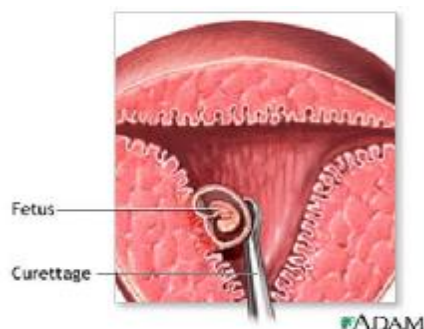
Μέθοδοι διακοπής της εγκυμοσύνης σε πολύ πρώιμο στάδιο, αμέσως μετά τη γονιμοποίηση και πριν την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στο ενδομήτριο. Παρ' ότι αυτές οι μέθοδοι δεν προκαλούν την αφαίρεση του εμβρύου από την μήτρα (διότι το γονιμοποιημένο ωάριο δεν έχει ακόμα εμφυτευθεί εκεί), πρέπει να συμπεριληφθούν στις μεθόδους έκτρωσης, διότι προξενούν την διακοπή της νέας ζωής του γονιμοποιημένου ωαρίου και την αποβολή του. Συνεπώς, πρέπει να θεωρηθεί εσφαλμένος και ο όρος "επείγουσα αντισύλληψη" που συνήθως χρησιμοποιείται για το χάπι της επόμενης ημέρας, εφ' όσον δεν πρόκειται για αντισύλληψη.

Λεβο-νοργεστρέλη (το χάπι της επόμενης μέρας) (πρώτες 48 ώρες) : Το 'χάπι της επόμενης ημέρας', με την εμπορική ονομασία Norlevo, είναι ένα ορμονικό παρασκεύασμα με βάση τη λεβο-νοργεστρέλη που είναι ορμόνη η λήψη της οποίας καθιστά μη πρόσφορο το ενδομήτριο στην εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Και έτσι αποφεύγεται η σύλληψη, υπό την προϋπόθεση να ληφθεί μέσα σε χρονικό διάστημα 48 ωρών από την πιθανή σύλληψη.

Ενδομήτριο σπείραμα (σπιράλ) (πρώτες 48 ώρες) : Είναι συνθετικό και τοποθετείται στην μήτρα όπου και παραμένει μόνιμα. Έχει διάρκεια ζωής, ανάλογα με τον τύπο 1-5 έτη. Πολλοί νομίζουν ότι είναι ένα κοινό αντισυλληπτικό, όμως δεν εμποδίζει την σύλληψη αλλά, όπως και το χάπι της επόμενης ημέρας, εμποδίζει την εμφύτευση του ήδη γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα.(Creinin MD.,2001)

6.4.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ.

Απόξεση με αναρρόφηση [D&C] (από 6 έως 16 εβδομάδες) : Ένας σωλήνας μεγάλης αναρροφητικής ικανότητας εισάγεται μέσω του τραχήλου στη μήτρα. Το αγέννητο παιδί σχίζεται σε κομμάτια από την ισχύ της αναρρόφησης. Τα μέρη του κομματιασμένου εμβρύου και ο πλακούντας αναρροφώνται σε ένα δοχείο. Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας.



Εικόνα 12: Έκτρωση με απόξεση

Mifepristone (από 5 έως 7 εβδομάδες) : Η χημική ουσία αυτή, γνωστή και ως RU-486, προκαλεί τον θάνατο του εμβρύου παρεμβαίνοντας στη λειτουργία του πλακούντα και προκαλώντας τη λιμοκτονία του εμβρύου. Στη συνέχεια χρησιμοποιείται το φάρμακο Prostaglandin για την αποβολή του εμβρύου. Αυτή η μέθοδος πραγματοποιείται εντός αρκετών ημερών. Στις περισσότερες περιπτώσεις προκαλείται στη γυναίκα έντονη αιμορραγία τουλάχιστον για εννέα ημέρες, αλλά μερικές γυναίκες αιμορραγούν περισσότερο από τέσσερις εβδομάδες. Το Mifepristone μόλις έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ. Οι μακροπρόθεσμες παρενέργειες δεν είναι ακόμα γνωστές.

Methotrexate (από 5 έως 9 εβδομάδες) : Αν και δεν είναι εγκεκριμένο από την FDA (στις ΗΠΑ) γι' αυτή τη χρήση, μια ένεση με methotrexate θανατώνει το αγέννητο παιδί παρεμβαίνοντας στη διαδικασία ανάπτυξης (διαίρεση των κυττάρων). Μερικές ημέρες μετά, η γυναίκα λαμβάνει με υπόθετα το φάρμακο Prostaglandin (misoprostol) για να αποβάλει το έμβρυο. Η έκτρωση γίνεται στο σπίτι. Απαιτούνται τρεις επισκέψεις σε γιατρό για την ολοκλήρωση της όλης διαδικασίας. (Κουμαντάκης Ε., 1989)



Εικόνα 13: Έμβρυο ηλικίας 11 εβδομάδων που έχει απομακρυνθεί από την ενδομήτρια κοιλότητα με έκτρωση.

6.4.3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΣΤΑΔΙΟ

Εμβρυοτομή [D&E] (από 13 έως 20 εβδομάδες) : Ο τράχηλος διαστέλλεται. Με τη χρήση κατάλληλης λαβίδας, ο "γιατρός" που εκτελεί την έκτρωση κομματιάζει το παιδί και το σύρει έξω, μέλος προς μέλος. Το παιδί επανασυναρμολογείται για να εξασφαλιστεί ότι δεν έχουν παραμείνει στη μήτρα κομμάτια του εμβρύου. Πιθανές επιπλοκές είναι η μόλυνση, η ρήξη του τραχήλου και η διάτρηση της μήτρας.

Prostaglandin (από 16 έως 38 εβδομάδες) : Το χημικό αυτό, που καλείται επίσης misoprostol, προκαλεί πρώιμους πόνους και τοκετό, και διατίθεται υπό μορφή υπόθετων ή ενέσεων. Οι γεννήσεις ζωντανών βρεφών είναι συνήθεις. Πιθανοί κίνδυνοι: σπασμοί, έμετος και ανακοπή καρδιάς.

Ένεση με Digoxin (από 20 έως 32 εβδομάδες) : Το θανατηφόρο αυτό χημικό εγχέεται με ένεση κατ' ευθείαν στην καρδιά του βρέφους. Ακολουθεί πρόκληση τοκετού με το prostaglandin.



Εικόνα 14: Βρέφος νεκρό μετά από έκτρωση.

Έκτρωση με άλας (από 16 έως 32+ εβδομάδες) : Μια μακριά βελόνα εισάγεται στην κοιλιά της γυναίκας και εγχέεται ένα διάλυμα άλατος στο αμνιακό υγρό. Το άλας δηλητηριάζει το παιδί, καίγοντας τους πνεύμονες και το δέρμα του. Εντός 24 ωρών γεννάται ένα νεκρό βρέφος. Η μέθοδος αυτή δεν χρησιμοποιείται πολύ συχνά για έκτρωση λόγω των σοβαρών κινδύνων υγείας που υφίστανται για τη γυναίκα.



Εικόνα 15: Βρέφος νεκρό μετά από έκτρωση με άλας.

Υστεροτομή (από 24 έως 38 εβδομάδες) : Όπως συμβαίνει με την καισαρική τομή, γίνεται μια τομή στην κοιλιά της γυναίκας. Το βρέφος στη συνέχεια αφήνεται να πεθάνει από παραμέληση. Αυτή η επέμβαση έχει τους ίδιους κινδύνους για την υγεία όπως και η καισαρική τομή.

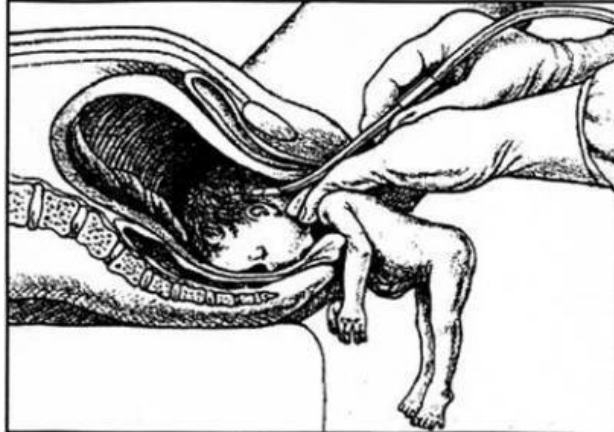


Εικόνα 16: Βρέφος νεκρό μετά από έκτρωση με τη μέθοδο της υστεροτομής.

D&X (από 20 έως 32+ εβδομάδες) : Είναι επίσης γνωστή ως "έκτρωση μερικής γέννησης" ("partial-birth abortion"). Πρόκειται για μια επικίνδυνη μέθοδο έκτρωσης που

χρησιμοποιείται στα τελευταία στάδια της έκτρωσης και έχει χαρακτηριστεί ως "κακή ιατρική" από την Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association). Η επέμβαση συνίσταται στο τράβηγμα του βρέφους ώστε να εξέλθουν πρώτα τα πόδια του βρέφους στο κανάλι εξόδου, ενώ το κεφάλι παραμένει στη μήτρα. Αυτός που εκτελεί την έκτρωση ανοίγει μια οπή στο πίσω μέρος του κρανίου για να αφαιρέσει τον εγκέφαλο με ένα καθετήρα αναρρόφησης. Το κεφάλι συρρικνώνεται και έτσι καθίσταται δυνατή η έξοδος ολόκληρου του παιδιού.(Creinin MD,2001)

Late Second and Third Trimester Partial Birth Abortion



The surgeon pulls the fetus into the breech position. He forces scissors into the skull, removes them and inserts a suction catheter through which he suctions out the skull contents.

Εικόνα 17: Έκτρωση με τη μέθοδο της μερικής γέννησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1. ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ



Εικόνα 18: Έφηβη μητέρα "The child mother"

Η εφηβεία είναι η ηλικία εκείνη στην οποία ο άνθρωπος περνάει από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή. Το πέρασμα αυτό χαρακτηρίζεται από την ολοκλήρωση της σωματικής και ψυχικής ωριμότητας. Η ωριμότητα του γεννητικού συστήματος που αποτελεί μέρος της σωματικής ωριμότητας εκδηλώνεται στην έφηβη γυναίκα με την εμφάνιση της εμμηνου ρήσεως που κατά κανόνα συνοδεύεται και από την έναρξη ιδιαίτερου σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Αυτή την περίοδο με τα παραπάνω χαρακτηριστικά ξεκινάνε τις σεξουαλικές τους εμπειρίες οι έφηβες.

Η εφηβεία, είναι η εύκολη ηλικία των ανοιχτών σεξουαλικών προκλήσεων, η έφηβη νιώθοντας ότι αρχίζει να αρέσει έντονα, μεθάει από τα καλέσματα όχι μόνο των αγοριών αλλά και ανδρών μεγαλύτερης ηλικίας, που τους προκαλεί τον πόθο, αγνοώντας τον κίνδυνο που μπορεί να κρύβεται πίσω απ' όλα αυτά. Με αποτέλεσμα πολλές φορές να φτάνει γρήγορα στο κρεβάτι κάποιου που τη ζαλίζει με πολλές εικόνες, λόγια, υποσχέσεις, για να καταλήξει λίγο αργότερα στα χέρια και στο «ξέστρο» κάποιου γυναικολόγου, στην καλύτερη

περίπτωση στο μαιευτήριο. Συνήθως οι έφηβες που πρόκειται να υποβληθούν σε έκτρωση, το κάνουν κρυφά από τους γονείς τους και τις περισσότερες φορές χωρίς τη συγκατάθεση του υποψήφιου πατέρα.

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας, η Ελλάδα σε εκτρώσεις είναι 1η στην Ευρώπη και 3η στον κόσμο. Στη χώρα μας γίνονται ετησίως 250.000 εκτρώσεις, αριθμός υπερδιπλάσιος των γεννήσεων. Οι ειδικοί υποπτεύονται ωστόσο ότι τα περιστατικά ξεπερνούν τα 500.000. Ενώ 40.000 εκτρώσεις κάθε χρόνο στην Ελλάδα αποφασίζονται από κορίτσια κάτω των 18 ετών, 1 στα 4 κορίτσια ηλικίας 14 έως 17 ετών έχει κάνει έκτρωση, σύμφωνα με έρευνα του Αρεταίειου Νοσοκομείου και 1 στις 2 έφηβες που κάνουν έκτρωση δεν έχει ενημερώσει ούτε τη μητέρα της. Το 10% των γυναικών που υφίστανται τέτοιου είδους επεμβάσεις είναι εφηβικής ηλικίας.

Ακόμα πιο ανατριχιαστικά στην Ελλάδα είναι τα νούμερα που αναφέρονται σε εκτρώσεις σε ηλικία 13-15 ετών. Η μία στις τέσσερις Ελληνίδες στα 14 χρόνια της ζωής της έχει περάσει την εμπειρία της παρεμβατικής απόξεσης (1995). Ενώ επίσης από τη συμπλήρωση του ιστορικού των εφήβων, που προσήλθαν για εξέταση στο Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα», ενδεικτικά για τον ελλαδικό χώρο, οι εκτρώσεις για κορίτσια 14 – 19 ετών για το έτος 1975 αντιπροσώπευαν ένα ποσοστό 28,8%, ενώ το 1989 αυτό αυξήθηκε σε > 35%. Για το ίδιο θέμα, ανατρέχοντας σε επίσημα στατιστικά στοιχεία από τη γείτονά μας Ιταλία, το ποσοστό των κοριτσιών κάτω των 20 ετών που ζήτησαν εκούσια διακοπή της κύησης για τα έτη 1979 – 1986, αντιπροσώπευε περίπου μόλις το 8% του συνόλου. Στις Η.Π.Α., το 39 % των κύσεων στην εφηβεία καταλήγουν σε έκτρωση ενώ το 1/3 όλων των εκτρώσεων αφορά νεαρά κορίτσια κάτω των 20 ετών. Στην Ισπανία το ποσοστό των εκτρώσεων ανάμεσα στις έφηβες ηλικίας κάτω των 19 ετών ήταν 4,29 ανά 1000 έφηβες το 1990, το οποίο αυξήθηκε σε 5,52 ανά 1000 το 1997. Στην συγκεκριμένη χώρα το 1997 πραγματοποιήθηκαν 7189 εκτρώσεις σε ηλικία κάτω των 19 ετών. (Μπατάκης Χ.)

Ένα από τα κυριότερα αίτια των κύσεων στην εφηβεία αλλά και των εκτρώσεων είναι η πρόωρη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων που κατά κανόνα συνοδεύεται από άγνοια και ελλιπή γνώση καθώς και παραπληροφόρηση των νέων για τη σεξουαλική επαφή αλλά και για θέματα λειτουργίας και προστασίας της υγείας του γεννητικού τους συστήματος. Νέα έρευνα που διεξήχθη στη Βρετανία άφησε άφωνους τους ειδικούς μπροστά στο μέγεθος της άγνοιας που οδηγεί μια μεγάλη μερίδα νέων σε μη ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά.

Οκτώ λοιπόν στους δέκα εφήβους έχουν την πρώτη τους επαφή είτε μεθυσμένοι είτε υπό πίεση είχε χωρίς μέτρα αντισύλληψης. Κατά την έρευνα, που πραγματοποιήθηκε από την Κοινοπραξία για τη Μελέτη της Εφηβείας σε **3.000** μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης **15-18** ετών, προέκυψαν επίσης τα εξής:

- Ø Στην πρώτη σεξουαλική επαφή του **39%**, ο ένας από τους δύο συντρόφους προχώρησε στην ολοκλήρωση της σχέσης χωρίς να το επιθυμεί ιδιαίτερα.
- Ø Σχεδόν ένας στους τρεις έκαναν έρωτα για πρώτη φορά για «αρνητικούς λόγους», όπως π.χ. για να ευχαριστήσουν τον άλλο ή για να «μη μείνουν πίσω» σε σύγκριση με τους φίλους τους.
- Ø Το 58% των κοριτσιών και το 39% των αγοριών είχαν τουλάχιστον μία σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό.

- Ø Το 51% των κοριτσιών και το 37% των αγοριών είχαν συχνές σεξουαλικές επαφές χωρίς προστασία.
- Ø Δύο στους πέντε εύχονται να είχαν περιμένει περισσότερο προτού προχωρήσουν.
- Ø Μόνο 20% όταν κάνουν σεξ για πρώτη φορά χρησιμοποιούν προφυλακτικό, έχουν σταθερή σχέση ή προχωρούν όταν αισθάνονται ότι είναι η κατάλληλη στιγμή.

Τα αποτελέσματα προβληματίζουν την κυβέρνηση της Βρετανίας όπου οι εφηβικές εγκυμοσύνες παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό στη δυτική Ευρώπη και όπου πολλά αφροδίσια νοσήματα, όπως χλαμύδια, προσβάλλουν την ηλικιακή ομάδα 16-19 ετών. Όπως επισημαίνει στον «Ομπσέρβερ» η Άννα Μαρτίνεζ του Φόρουμ Σεξουαλικής Αγωγής, «τα στοιχεία δείχνουν ότι οι νέοι έχουν μεγάλη άγνοια γύρω από το σεξ και ότι πάρα πολλοί εμπλέκονται σε σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου προτού προλάβουν να ενημερωθούν για σημαντικά ζητήματα, όπως το πώς να αντιστέκονται στις πιέσεις που δέχονται από συντρόφους, φίλους και μέσα μαζικής επικοινωνίας, τα σχολεία, οι γονείς και οι ειδικοί δεν παρέχουν επαρκή πληροφόρηση και στήριξη στα παιδιά, και ουσιαστικά τα αφήνουν εκτεθειμένα».(Bancrft J,1990)

Ένα πολύ ενδιαφέρον στοιχείο της μελέτης είναι ότι για πρώτη φορά καταγράφεται το πώς η σεξουαλική συμπεριφορά και οι εμπειρίες διαφέρουν μεταξύ εθνοτικών ομάδων. Ενώ το 80% του συνόλου των εφήβων που μετείχαν στο δείγμα δεν είχαν την πρώτη φορά που έκαναν σεξ ιδιαίτερες θεωρητικές ή πρακτικές γνώσεις, το ποσοστό αυτό φτάνει στο 93% για τα αγόρια αφρό-καραϊβικής καταγωγής. Επίσης το 32% των αγοριών αφρικανικής καταγωγής δεν χρησιμοποίησαν αντισυλληπτικά μέτρα στην πρώτη τους επαφή έναντι 10% των λευκών και 18% του συνόλου των ερωτηθέντων. Πολλοί έφηβοι από εθνοτικές μειονότητες γνώριζαν ελάχιστα για την πρόληψη αφροδίσιων νοσημάτων ή την αναγνώριση των συμπτωμάτων τους, ενώ τα νεαρά αγόρια με καταγωγή από την Καραϊβική είχαν τη μεγαλύτερη τάση για μη ασφαλές σεξ. Κατά τον Μπράιαν Τεϊσέιρα, διευθυντή ενός προγράμματος σεξουαλικής υγείας στο δυτικό Λονδίνο, πολλοί νέοι των μειονοτήτων βρίσκονται σε σύγχυση όσον αφορά το σεξ γιατί από τη μια οι γονείς τους έχουν συχνά παραδοσιακές απόψεις κι από την άλλη το θέμα συζητείται ανοιχτά στο σχολείο και στις παρέες. Όταν σε μια τέτοια περίπτωση λείπει η σεξουαλική αγωγή, ευνοείται η ανεύθυνη συμπεριφορά.

Η παραπάνω έρευνα μας δείχνει με στοιχεία πόσο μεγάλη είναι η άγνοια των περισσότερων εφήβων πάνω στο θέμα της σεξουαλικής τους επαφής και για τους περισσότερους της «πρώτης φοράς». Επίσης σημαντικό είναι να κατανοήσουμε ότι η εφηβεία είναι μια πολύ ευαίσθητη ηλικία, όπου οι περισσότεροι έφηβοι και κυρίως τα κορίτσια, επηρεασμένα από το κοινωνικό τους περίγυρο, ολοκληρώνονται σεξουαλικά. Η έφηβη διακρίνεται από μία αστάθεια του χαρακτήρα της. Η σεξουαλικότητα της συχνά είναι ακανόνιστη, απρόβλεπτη και όχι συχνή. Η έφηβη συνήθως επιθυμεί υποσυνείδητα πολλές φορές όμως και συνειδητά να δοκιμάσει την δυνατότητα της αναπαραγωγικής της λειτουργίας και δεν χάνει την ευκαιρία να υπογραμμίζει το δικαίωμα της στην εμπειρία. Είναι σημαντικό να την καταλάβουμε, να την σεβαστούμε και να μην την καταδικάσουμε, στις αποφάσεις της. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι το κορίτσι λειτουργεί, φθάνοντας στη πρώτη του φορά, κυρίως συναισθηματικά και όχι σαρκικά, όπως αντίστοιχα λειτουργεί το αγόρι. Η βιολογική της ωρίμανση, η σεξουαλική της ταυτότητα επιτρέπουν τη σωματική αφύπνιση και την ερωτική

διάθεση, να προετοιμάζουν τη νεαρή κοπέλα για την «πρώτη της φορά», με βάση πάντα το συναίσθημα της τρυφερότητας. (Βαγιέχο-Ναχέρα Α., 1997)

Παρ' όλα αυτά από μελέτες που έγιναν στη χώρα μας από τον διευθυντή του Ινστιτούτου Σεξολογίας, Θάνο Ασκητή και τους συνεργάτες του στη χρονική περίοδο 1989-1990, βγαίνουν τα εξής συμπεράσματα :

- Ø Η γυναίκα την πρώτη φορά που συνευρίσκεται με άντρα συμμετέχει με σαφή άγνοια, φόβο και πολλές φορές πίεση ψυχολογική, εκβιαστικά, χωρίς η ίδια να είναι έτοιμη να λειτουργήσει με την ψυχή και το σώμα της.
- Ø Φαίνεται να μπαίνει στην ερωτική διαδικασία μέσα από την ανάγκη της για δική της προσφορά προς τον άνδρα, ο οποίος την πιέζει και την απειλεί, γιατί διαφορετικά θα «πάει με άλλη».
- Ø Η μία στις δύο γυναίκες οδηγείται την πρώτη φορά ευκαιριακά και παρορμητικά, κάτω από συνθήκες που μετά την οδηγούν στην ενοχή, την απογοήτευση, ενώ η ίδια έχει θυμό και νιώθει μετανιωμένη γι' αυτό που έκανε.
- Ø Σχεδόν στην πλειονότητα οδηγείται στη συνουσία ταυτισμένη με τον άνδρα, που τον θεωρεί επιλεγμένο να συνεχίσει τη ζωή της (συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας).
- Ø Το μεγαλύτερο ποσοστό δεν παίρνει προφυλακτικά μέτρα για πιθανή εγκυμοσύνη.
- Ø Ένα σημαντικό ποσοστό οδηγείται σε συνθήκες βιασμού υπό καθεστώς άγνοιας αλλά και εξ αιτίας της προκλητικότητας του ερωτικού παιχνιδιού.
- Ø Η συνήθης ηλικία της πρώτης φοράς για την ελληνική πραγματικότητα φαίνεται να είναι το φάσμα 17 με 20 χρόνων, ενώ θεωρείται σημαντικό το ποσοστό, περίπου 25%, που ξεκινάει τη σεξουαλική του ζωή στα 14 με 17.

Όπως φαίνεται από τις παραπάνω έρευνες η έκτρωση αποτελεί ένα πρόβλημα για τις γυναίκες όλων των ηλικιών σε όλο τον κόσμο, ιδιαίτερο όμως πρόβλημα αποτελεί για την εφηβική ηλικία στην οποία η διαδικασία ωριμότητας του γεννητικού συστήματος δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμα και η σωματική και ψυχική ανάπτυξη ευρίσκονται σε εξέλιξη.

Εκτός από την άγνοια που διακατέχει τους εφήβους για τη σεξουαλική πράξη μία άλλη πολύ βασική αιτία για τη τεχνητή διακοπή της κύησης στην εφηβεία είναι η αποτυχία της αντισυλληπτικής μεθόδου. Πιο συγκεκριμένα οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούν οι έφηβοι είναι:

- Ø το προφυλακτικό
- Ø η διακεκομμένη συνουσία
- Ø το αντισυλληπτικό χάπι
- Ø κολπικό διάφραγμα και σπερματοκτόνα ενθέματα
- Ø ορμονική αντισύλληψη μετά τη συνουσία (χάπι της επόμενης μέρας).

Οι έφηβοι μπορεί να έχουν ελλιπή γνώση του ή μπορεί να φοβούνται να αναζητήσουν πληροφορίες σχετικές με τα μέτρα προφυλάξεις κατά τη σεξουαλική επαφή είτε από τον γιατρό τους, είτε από τους γονείς τους. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στις Η.Π.Α. το 2002 από το National Surveys of Family Growth :

- έφηβες ηλικίας 15-19 που ήταν σεξουαλικά ενεργές και δεν είχαν σκοπό τους την αναπαραγωγή, χρησιμοποιούσαν προφυλακτικά σε ποσοστό 18%, σε αντίθεση με γυναίκες ηλικίας 20-44 που χρησιμοποιούσαν προφυλακτικά σε ποσοστό 10,7%.

- Το 80% των εφηβικών εγκυμοσύνων είναι ανεπιθύμητες. Οι περισσότερες από τις μισές εγκυμονούσες δεν χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτική μέθοδο, ενώ οι υπόλοιπες ήταν λόγω ασυνέπειας (ξέχασε μια δόση αντισυλληπτικού) ή λανθασμένης χρήσης του προφυλακτικού.
- Το 23% σεξουαλικά ενεργών έφηβων γυναικών, παραδέχθηκε ότι έχει κάνει σεξ τουλάχιστον μία φορά χωρίς προφυλακτικό (Seventeen magazine 1996).
- Το 70% υποστήριξε ότι ντρεπόταν να αγοράσει προφυλακτικό ή να ζητήσει πληροφορίες από το γιατρό της για τις μεθόδους αντισύλληψης.
- Τα ποσοστά αποτυχίας των αντισυλληπτικών μεθόδων, είναι υψηλότερα για τους εφήβους, ιδιαίτερα τους φτωχούς, από ποσοστά μεγαλύτερων ηλικιών που τα χρησιμοποιούν.(Θεοδωρακόπουλος Λ.2009)

Οι έφηβοι που χρησιμοποιούν προφυλάξεις κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής πρέπει να γνωρίζουν ότι όλες οι αντισυλληπτικές μέθοδοι έχουν ένα μικρό ποσοστό αποτυχίας. Για παράδειγμα τα προφυλακτικά, που αποτελούν και την πιο συχνή και διαδεδομένη μέθοδο αντισύλληψης, λόγω του ότι είναι πιο φθηνά και παράλληλα προστατεύουν και από τα αφροδίσια νοσήματα, έχουν ένα ποσοστό επιτυχίας γύρω στο 97%. Η διακεκομμένη συνουσία είναι η μέθοδος που ίσως έχει το μεγαλύτερο ποσοστό αποτυχίας, εξαιτίας του ότι, ποσότητα σπέρματος ικανή να γονιμοποιήσει το ωάριο μπορεί να υπάρχει και στα προεκσπερματικά υγρά, ενώ παράλληλα ο έφηβος πρέπει να γνωρίζει πότε ακριβώς θα διακόψει τη συνουσία. Το αντισυλληπτικό χάπι αποτελεί την ασφαλέστερη μέθοδο πάντα όμως όταν χορηγείται σε καθημερινή βάση. Το κολπικό διάφραγμα χρησιμοποιείται σχεδόν πάντα μαζί με σπερματοκτόνα ενθέματα, ενώ παράλληλα συνιστάται η χρήση προφυλακτικού, επομένως εμφανίζει ένα μεγάλο ποσοστό αποτυχίας σε περίπτωση που δεν χρησιμοποιηθούν όλα μαζί. Τέλος, αν καμία από τις παραπάνω αντισυλληπτικές μεθόδους δεν έχει χρησιμοποιηθεί και υπάρχει η υπόνοια ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, τότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί το χάπι της επόμενης μέρας, το οποίο πρέπει να ληφθεί μέσα σε 72 ώρες από το τέλος της συνουσίας, για να έχει επιτυχία. Επομένως οι έφηβοι πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τις μεθόδους αντισύλληψης και να γνωρίζουν να τις χρησιμοποιούν σωστά, διότι στην αντίθετη περίπτωση, ο κίνδυνος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης είναι πολύ κοντά.(Θεοδωρακόπουλος Λ.,2009)

Άλλοι πολύ σημαντικοί λόγοι που οδηγούν στη διακοπή της κύησης είναι το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και η μη αποδοχή από την κοινωνία ενός παιδιού από άγαμη μητέρα. Όταν μια έφηβη ηλικίας 14-19 ετών μένει έγκυος έρχεται αντιμέτωπη με μία πληθώρα προβλημάτων, πρέπει να αντιμετωπίσει, καταρχήν τον ίδιο της τον εαυτό, όπου η ίδια αρχίζει να κρίνει καθώς και την κρίση της οικογένειάς της. Επίσης η έφηβη πρέπει να αντιμετωπίσει τα κοινωνικά σχόλια και πιο συγκεκριμένα τον κοινωνικό στιγματισμό, διότι θα είναι μία άγαμη μητέρα σε μικρή ηλικία, πράγμα το οποίο ειδικά η ελληνική κοινωνία δεν δέχεται εύκολα. Επίσης η έφηβη δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να μεγαλώσει μόνη της το παιδί, επειδή όπως είναι φυσιολογικό, σ' αυτή την ηλικία δεν έχει δικό της εισόδημα. Μία έφηβη ή νέα, χωρίς εισοδήματα και χωρίς την ηθική αλλά και την οικονομική στήριξη του συντρόφου, της οικογένειας ή άλλων φίλων και συγγενών, πέρα από τα υπόλοιπα προβλήματα, δεν είναι σε θέση να ανταπεξέλθει ούτε στις οικονομικές ανάγκες που

συνεπάγεται η απόκτηση ενός παιδιού. Οι οικονομικές απαιτήσεις ξεκινούν από την περίοδο της εγκυμοσύνης και μεγαλώνουν (γέννα, ιατρική περίθαλψη, σίτιση, ανατροφή, κ.α.).

Η ανεπιθύμητη κύηση στην εφηβεία είναι μια κατάσταση που ωθεί την έφηβη στο να επιλέξει ανάμεσα σ' ένα πρόωρο γάμο, με συνήθως φυσική συνέχεια την παραπέρα διακοπή των σπουδών της, και στην διακοπή της εγκυμοσύνης. Το ενδεχόμενο της απόκτησης παιδιού χωρίς γάμο είναι σπάνιο και δεν συμβαίνει συχνά. Από μελέτες προκύπτει ότι στις Η.Π.Α περισσότερο από ένα εκατομμύριο το χρόνο εφήβων κοριτσιών μένει έγκυος, ενώ στην Γαλλία τρεις χιλιάδες κυήσεις το χρόνο αφορούν κορίτσια ηλικίας κάτω των 19 ετών. Στην Ελλάδα από στοιχεία της Ε.Σ.Υ την περίοδο 1996-97 είχαμε 4.500 γεννήσεις ζώντων παιδιών από μητέρες ηλικίας κάτω των 19 ετών.

Τέλος, πολλοί σοβαροί λόγοι που οδηγούν μία γυναίκα στο να τερματίσει την εγκυμοσύνη της, οι οποίοι δημιουργούν παράλληλα τεράστια ηθικά διλήμματα, τόσο στην ίδια όσο και σε πολλές μερίδες ανθρώπων οι οποίοι εμπλέκονται, είναι όταν υπάρχουν προβλήματα υγείας στο έμβρυο ή ακόμη και στη γυναίκα (είτε σωματικά, είτε ψυχολογικά). Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι ίδιοι οι γιατροί πολλές φορές προτείνουν την έκτρωση. Όταν υπάρχει πρόβλημα υγείας της μητέρας ή του εμβρύου, που μπορεί όμως να επηρεάζει και τη μητέρα, οι γιατροί προχωρούν στη λεγόμενη «θεραπευτική έκτρωση». Ηθικό δίλημμα προκύπτει ακόμη και όταν η μητέρα ή και οι δύο γονείς είναι ανίκανοι και ακατάλληλοι να μεγαλώσουν ένα παιδί, είτε γιατί είναι χρήστες τοξικών ουσιών, είτε έχουν ψυχιατρικά ή ψυχολογικά προβλήματα, είτε γιατί πάσχουν από κάποια σωματική ή διανοητική αναπηρία, ή άλλη σοβαρή ασθένεια, ακόμη και όταν η εγκυμοσύνη έχει προκύψει από αιμομιξία. Αλή μία περίπτωση που προκαλεί ηθικό δίλημμα είναι όταν το παιδί προέρχεται από βιασμό. Στις περιπτώσεις βιασμών, οι μητέρες δεν είναι σε ψυχολογική θέση να φέρουν εις πέρας μία εγκυμοσύνη και στη συνέχεια να μεγαλώνουν ένα παιδί αποτέλεσμα μιας τόσο δυσάρεστης και τραυματικής εμπειρίας. (Θεοδωρακόπουλος Λ., 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1. ΕΠΙΠΛΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ ΣΤΗ ΕΦΗΒΗ

Οι επιπλοκές κατά την εφαρμογή της μεθόδου πρόκλησης της τεχνητής έκτρωσης αλλά και μετά από αυτήν είναι πολλές. Όλες οι επιπλοκές της έκτρωσης είναι εξαιρετικά σοβαρές και μπορούν να προκαλέσουν ακόμη και το θάνατο. Πολλές έφηβες που βρίσκονται στη δυσάρεστη θέση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, προχωρούν στην έκτρωση μη γνωρίζοντας τους κινδύνους που μπορεί να κρύβει. Μάλιστα πολλές φορές οι εκτρώσεις πραγματοποιούνται σε παράνομα ιατρεία από άπειρους ιατρούς, λόγω του ότι η έφηβη δεν το έχει αναφέρει στους γονείς της, με αποτέλεσμα να μην έχει την οικονομική άνεση ή την κοινωνική ασφάλιση, που είναι απαραίτητη για να γίνει η έκτρωση σε μαιευτήριο ή σε κάποιο ιδιωτικό ιατρείο που τηρεί όλες τις προδιαγραφές. Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την έκτρωση θα υποφέρει από άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το ένα πέμπτο περίπου (2%) θεωρούνται απειλητικές για τη ζωή. Πιο συγκεκριμένα, οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια εφαρμογής της επέμβασης είναι :

- ανακοπή κατά την εφαρμογή της γενικής αναισθησίας.
- αλλεργικές αντιδράσεις από το τοπικό αναλγητικό φάρμακο
- αλλεργικές αντιδράσεις από το γενικό αναισθητικό φάρμακο
- τοξικές αντιδράσεις από το γενικό και τοπικό αναισθητικό φάρμακο
- φαρμακολογικές ανεπιθύμητες ενέργειες από το ενδοαμνιακά χορηγούμενο φάρμακο
- βρογχόσπασμος κατά τη γενική αναισθησία
- διάτρηση της μήτρας κατά τη διαστολή του τραχηλικού στομίου
- διάτρηση της μήτρας με το ξέστρο ή το ρύγχος αναρρόφησης
- κακώσεις στην ουροδόχο κύστη , το έντερο και τον ουρητήρα
- ρήξεις του τραχήλου της μήτρας
- μεγάλη αιμορραγία
- υπερνατριαιμία και μόλυνση
- ενδοκρανιακές θρομβώσεις
- διάχυτη ενδαγγειακή πήξη
- χοριομνιονίτιδα
- καταπληξία
- διάφορες ιατρογενείς επιπλοκές

Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές :

- κατακράτηση στην ενδομητρική κοιλότητα διαφόρων τμημάτων του κυήματος
- αιμορραγία
- φλεγμονή του ενδομητρίου και των εξαρτημάτων
- ενδοτραχηλίτιδα
- έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις
- περιτονίτιδα
- σηψαιμία (Legge J.1985)

8.2. ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η έκτρωση ενέχει πολλούς κινδύνους για την σωματική υγεία, που γίνονται πιο σύνθετοι για περισσότερες από μία εκτρώσεις και για εκτρώσεις που γίνονται στα τελευταία στάδια της κύησης. Πολλές γυναίκες μπορεί να υποστούν βλάβες στο αναπαραγωγικό τους σύστημα χωρίς να το διαπιστώσουν και μόνο μετά από χρόνια να ανακαλύψουν ότι είναι στείρες ή κάτι ακόμα χειρότερο. Οι νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών, που αντιστοιχούν στο 30% του συνόλου των εκτρώσεων, υπόκεινται επίσης σε πολύ μεγαλύτερους κινδύνους εμφάνισης πολλών επιπλοκών από την έκτρωση. Αυτό ισχύει τόσο για τις άμεσες επιπλοκές όσο και για τις μακροπρόθεσμες αναπαραγωγικές βλάβες. Η έκτρωση μπορεί να κάνει τις επόμενες κυήσεις περισσότερο επικίνδυνες, συντελώντας έτσι στην αύξηση της θνησιμότητας των μητέρων κατά τις επιθυμητές κυήσεις. Κάθε γυναίκα που σκέπτεται την έκτρωση θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν την πιθανότητα να υποστεί βλάβες στην υγεία της. Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση αντιμετωπίζουν σοβαρούς κινδύνους:

- ✓ Διάτρηση της μήτρας
- ✓ Ρήξη τραχήλου
- ✓ Εμφάνιση προδρομικού πλακούντα
- ✓ Μελλοντική εξωμήτρια κύηση
- ✓ Ενδομητρίτιδα
- ✓ Ενδοτραχηλίτιδα
- ✓ Πυελική φλεγμονή
- ✓ Δευτεροπαθή αμηνόρροια ή στειρώση
- ✓ Ενδομήτριες συμφύσεις
- ✓ Ανεπάρκεια εσωτερικού τραχηλικού στομίου
- ✓ Αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα
- ✓ Καθ' ἑξιν αποβολές
- ✓ Πρώιμους τοκετούς
- ✓ θάνατος (Επιπτώσεις των εκτρώσεων στην υγεία της γυναίκας2001,)

8.2.1.ΘΑΝΑΤΟΣ

Οι κύριες αιτίες των θανάτων που οφείλονται στην έκτρωση είναι η αιμορραγία, η μόλυνση, η εμβολή, η αναισθησία και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες κυήσεις. Η νόμιμη έκτρωση αναφέρεται ως η πέμπτη σε έκταση αιτία θανάτου για τις μητέρες στις ΗΠΑ, παρ' όλο που είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι θάνατοι εξαιτίας των εκτρώσεων αναφέρονται ως θάνατοι που οφείλονται δήθεν σε άλλα αίτια.

8.2.2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μελέτες έδειξαν ότι ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού διπλασιάζεται για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στην πρώτη εγκυμοσύνη και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες εκτρώσεις. Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού, για τις γυναίκες που κάνουν έκτρωση στην πρώτη εγκυμοσύνη τους αυξάνεται, ενώ σχεδόν διπλασιάζεται μετά από έκτρωση εντός του πρώτου τριμήνου και πολλαπλασιάζεται με δύο ή περισσότερες εκτρώσεις. Ένα τυπικό κορίτσι 15 ετών στην Αμερική έχει πιθανότητα 10% να εμφανίσει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της. Εάν μείνει έγκυος κάτω από την ηλικία των 20 και κρατήσει το παιδί, ο κίνδυνος μειώνεται στο 7,5%. Αν όμως κάνει έκτρωση, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται στο 15% (υποθέτοντας ότι θα αποκτήσει ένα τουλάχιστον παιδί μέχρι την ηλικία των 30). Εάν εξαιτίας της έκτρωσης υποστεί στειρώση ή/και για άλλους λόγους δεν έχει στο μέλλον κύηση, ο κίνδυνος αυξάνει στο **30%**.

8.2.3.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ, ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ.

Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μία έκτρωση αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας 2,3 φορές μεγαλύτερο απ' ότι οι γυναίκες που δεν έχουν κάνει έκτρωση, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δύο ή περισσότερες εκτρώσεις αντιμετωπίζουν κίνδυνο 4,92 φορές μεγαλύτερο. Παρόμοια αυξημένοι κίνδυνοι εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες και στο ήπαρ έχουν επίσης συσχετιστεί με την μία και τις περισσότερες της μίας εκτρώσεις. Αυτοί οι αυξημένοι αριθμοί κρουσμάτων καρκίνου στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση προφανώς σχετίζονται με την ανώμαλη διακοπή των ορμονικών αλλαγών που συνοδεύουν την κύηση και τις ζημιές που προκαλούνται στο τράχηλο και δεν θεραπεύονται.

8.2.4. ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ένα ποσοστό 2 έως 3% των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση μπορεί να έχει υποστεί διάτρηση μήτρας, ωστόσο οι περισσότερες βλάβες παραμένουν απαρατήρητες (χωρίς διάγνωση) και δεν τυγχάνουν θεραπείας εκτός αν πραγματοποιηθεί λαπαροσκόπηση. Ο κίνδυνος διάτρησης της μήτρας αυξάνεται για τις γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει και για εκείνες που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία την ώρα της έκτρωσης. Η διάτρηση μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στις επόμενες κυήσεις και να εξελιχθεί σε προβλήματα που απαιτούν αφαίρεση μήτρας, κάτι που μπορεί με τη σειρά του να προκαλέσει μια σειρά άλλων βλαβών και επιπλοκών, μία από τις οποίες είναι η οστεοπόρωση.

8.2.5. ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Σημαντικές ρήξεις του τραχήλου που απαιτούν ράμματα και συμβαίνουν σε τουλάχιστον 1% των εκτρώσεων που πραγματοποιούνται εντός του πρώτου τριμήνου. Μικρότερες ρήξεις, ή μικροκατάγματα, που κανονικά δεν τυγχάνουν θεραπείας, μπορούν επίσης μακροπρόθεσμα

να οδηγήσουν σε αναπαραγωγικές βλάβες. Η λανθάνουσα βλάβη του τραχήλου μετά από μια έκτρωση μπορεί να προκαλέσει μεταγενέστερα ανικανότητα λειτουργίας του τραχήλου, πρώιμο τοκετό και επιπλοκές στη διάρκεια των ωδίνων του τοκετού. Ο κίνδυνος βλάβης του τραχήλου είναι μεγαλύτερος στις νέες κάτω των 20 ετών, στις εκτρώσεις του δευτέρου τριμήνου και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες αυτοί που εκτελούν τις εκτρώσεις δεν χρησιμοποιούν λαμινάρια για τη διαστολή της μήτρας.

8.2.6. ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΟΣ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

Η έκτρωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προδρομικού πλακούντος στις επόμενες κύσεις από 7 έως 15 φορές. Ο προδρομικός πλακούντας είναι μια κατάσταση απειλητική τόσο για τη μητέρα όσο και για την κύηση που επιθυμεί. Η ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα λόγω διάτρησης της μήτρας αυξάνει τον κίνδυνο παραμόρφωσης του εμβρύου, περιγεννητικού θανάτου, και ακατάσχετης αιμορραγίας κατά τον τοκετό.

8.2.7. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΙΣ ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ

Η έκτρωση σχετίζεται με βλάβη στον τράχηλο και τη μήτρα που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο πρώιμου τοκετού, εμφάνισης επιπλοκών κατά τον τοκετό και ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα στις επόμενες κύσεις. Αυτά τα είδη αναπαραγωγικών επιπλοκών είναι οι κύριες αιτίες γεννήσεων παιδιών με προβλήματα.

8.2.8. ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΗΣΗ

Η έκτρωση σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με αυξημένο κίνδυνο μελλοντικών εξωμητρίων κύσεων. Αυτές, με τη σειρά τους, είναι απειλητικές για τη ζωή και μπορούν να προκαλέσουν μειωμένη γονιμότητα.

8.2.9. ΠΥΕΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ

Πυελική φλεγμονή είναι μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο εξωμητρίου κύσεως και μειωμένη γονιμότητα. Από τις ασθενείς που πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια κατά τον χρόνο της έκτρωσης, το 23% θα εκδηλώσει πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων. Μελέτες έχουν δείξει ότι από 20 έως 27% των ασθενών που επιδιώκουν την έκτρωση πάσχουν από μόλυνση από χλαμύδια. Περίπου το 5% των ασθενών που δεν έχουν μολυνθεί από χλαμύδια εκδηλώνουν πυελική φλεγμονή εντός 4 εβδομάδων μετά από μια έκτρωση πρώτου τριμήνου. Είναι συνεπώς λογικό να αναμένεται από τους γιατρούς που εκτελούν εκτρώσεις να ερευνούν και να θεραπεύουν τέτοιες μολύνσεις πριν από μια στείρωση.

8.2.10. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΣ

Η ενδομητρίτις είναι κίνδυνος για όλες τις γυναίκες μετά από έκτρωση, ιδιαίτερα όμως για τις νέες κάτω των 20 ετών, οι οποίες έχουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ενδομητρίτιδα μετά από μια έκτρωση, απ' ότι οι γυναίκες 20-29 ετών.

8.2.11. ΑΛΛΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Περισσότερο του 58% του συνόλου των γυναικών αισθάνθηκε έντονο ή πολύ έντονο πόνο κατά την άμβλωση. Μεταξύ των γυναικών που δεν είχαν στο παρελθόν γεννήσει με συμπλήρωση του κύκλου της κύησης, το ποσοστό αυτό ήταν 61,4%.

Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αμβλώσεις υπόκεινται σε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό **HIV** κατά **172%**, και οι ερευνητές είναι **99%** βέβαιοι γι' αυτό το φαινόμενο.(Επιπτώσεις των εκτρώσεων στην υγεία της γυναίκας,2001)

8.3.ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΗΣ

Η τεχνητή διακοπή της κύησης, εκτός από τους κινδύνους που κρύβει για τη σωματική υγεία της έφηβης, κρύβει και αντίστοιχα πολλούς για τη ψυχική της υγεία. Τα συναισθήματα που νιώθει η έφηβη είναι πολλά, έντονα, ενώ επίσης μπορεί να τα νιώθει για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την έκτρωση. Η έφηβη νιώθει ενοχή για την επέμβαση επειδή χρειάζεται να λάβει μια απόφαση επιβαρυντική τόσο για την ίδια, όσο και για τη νέα ζωή. Το μέγεθος των ενοχών επηρεάζεται βέβαια και από το κοινωνικό της περίγυρο (οικογένεια, φίλους, σχολείο), αλλά και από τις ηθικές αρχές, με τις οποίες έχει γαλουχηθεί. Η νέα κοπέλα κρίνει τον εαυτό της για το λάθος της, ενώ παράλληλα έρχεται αντιμέτωπη και με την κρίση του κοινωνικού της περιγύρου. Τις περισσότερες φορές απογοητεύεται από τα πρόσωπα του περιβάλλοντός της. Αυτά, όσο και αν συμπάσχουν και την υποστηρίζουν, δεν μπορούν να κατανοήσουν την ένταση και το βάθος των αρνητικών συναισθημάτων που προκύπτουν από την εμπειρία της έκτρωσης. Η απογοήτευση εστιάζεται ιδίως στο πρόσωπο του ερωτικού συντρόφου, ο οποίος, παρόλο που είναι συνυπεύθυνος για την εγκυμοσύνη, δεν υφίσταται τις επιπτώσεις. Έντονη είναι επίσης η ενδοψυχική σύγκρουση. Η έφηβος διερωτάται εάν η απόφαση που πάρθηκε ήταν η σωστή, ακόμη και αν αντικειμενικά δεν υπάρχει άλλη λύση. Αυτή είναι σχεδόν αναπόφευκτο, ειδικά σε αυτή την ηλικία, που τα άτομα διαμορφώνουν άποψη για τη ζωή, τη γέννηση και τον θάνατο, και που τείνουν να σκέπτονται ρομαντικά και να ζητούν τις καλύτερες λύσεις, σε όλα τα θέματα. Όλα αυτά τα συναισθήματα είναι πολύ δυνατά και μπορούν να προκαλέσουν ποικίλες και χρόνιες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες χρήζουν

ψυχιατρικής περίθαλψης, ενώ υπάρχει περίπτωση να ωθήσουν την έφηβη έως και την αυτοκτονία αν δεν διαγνωσθούν γρήγορα.

Σε μια μελέτη που αφορούσε γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση μόλις πριν 8 εβδομάδες, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 44% παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% ένιωθε μετάνοια για την πράξη και το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή του οικογενειακού γιατρού. Μια μελέτη ανασκόπησης 5 ετών σε δύο Καναδικές περιφέρειες διαπίστωσε σημαντικά μεγαλύτερη χρήση ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών από τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε έκτρωση. Το πιο σημαντικό εύρημα ήταν ότι το 25% των γυναικών που είχαν κάνει έκτρωση επισκέπτεται ψυχίατρο σε σύγκριση με το 3% της ομάδας ελέγχου (γυναικών χωρίς έκτρωση). Πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση καταπνίγουν την ψυχική τους διαταραχή προκειμένου να την ξεπεράσουν, τα καταπνιγμένα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχοσωματικές ασθένειες και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλους τομείς της ζωής. Σαν αποτέλεσμα, μερικοί ειδικοί αναφέρουν ότι η ψυχική διαταραχή που καταπνίγεται μετά από μια έκτρωση είναι η αιτία ασθενείας πολλών αρρώστων γυναικών, παρ' όλο που οι ασθενείς έφθασαν σε αυτούς αναζητώντας θεραπεία για φαινομενικά άσχετα προβλήματα. Μελέτες έχουν αποκαλύψει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία στις γυναικών και ιδιαίτερα των νέων γυναικών που υποβάλλονται σε έκτρωση, σε βαθμό που οι ειδικοί έχουν εντάξει τα συμπτώματα σε ειδική κατηγορία της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, το «μετεκτροτικό σύνδρομο»:

- Ø 44% παρουσιάζουν νευρικές διαταραχές
- Ø 36% διαταραχές ύπνου
- Ø 30% - 50% προβλήματα στη σεξουαλική ζωή
- Ø 25% Επισκέπτονται ψυχίατρο - 60% αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, το 28% από αυτές επιχειρεί αυτοκτονία
- Ø Προβλήματα σχετικά με παιδιά που γεννούν μελλοντικά: αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, εξασθένηση των μητρικών δεσμών, αυξημένες πιθανότητες κακοποίησης και κατάληξης τού ζευγαριού στο χωρισμό ή το διαζύγιο.(Lee E.,2003)

Εικόνα 19: Γυναίκα σε απόγνωση



8.3.1. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD ή PAS)

Η PTSD (post-traumatic stress disorder – PTSD) είναι μια ψυχολογική ανωμαλία που προξενείται από τραυματική εμπειρία η οποία επικρατεί όλων των αμυντικών μηχανισμών ενός Προσώπου και οδηγεί σε έντονο φόβο, συναισθήματα αδιεξόδου, παγίδευσης ή απώλειας ελέγχου. Ο κίνδυνος που υπάρχει ώστε μια εμπειρία να είναι τραυματική αυξάνεται όταν το γεγονός που γίνεται αίτιο του τραύματος επάγει απειλές σωματικής βλάβης, σεξουαλικής βίας ή την μαρτυρία/συμμετοχή σε βίαιο θάνατο. Η PTSD εμφανίζεται όταν το τραυματικό συμβάν προκαλεί την υπερδιέγερση των αμυντικών μηχανισμών "φυγής ή πάλης". Αυτή η υπερδιέγερση κάνει αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς να αποδιοργανωθούν, να αποκοπούν από τις παρούσες συνθήκες και να αποκτήσουν μια δική τους υπόσταση με αποτέλεσμα μη φυσιολογική συμπεριφορά και σημαντικές διαταραχές της προσωπικότητας. Ως παράδειγμα αυτής της αποκοπής των νοητικών λειτουργιών, ορισμένα θύματα της PTSD μπορεί να αισθανθούν έντονα συναισθήματα αλλά χωρίς καθαρή ανάμνηση του γεγονότος, άλλα μπορεί να θυμούνται κάθε λεπτομέρεια χωρίς όμως έντονα συναισθήματα, άλλα μπορεί να αναβιώνουν τόσο το συμβάν όσο και τα συναισθήματα σε ξαφνικές (παρεισδυτικές) και πνικτικές εμπειρίες αναδρομής. Όταν το αίτιο του άγχους που οδηγεί στην PTSD είναι η έκτρωση, συνήθως αναφέρεται από τους ειδικούς ως Μετεκτροτικό Σύνδρομο (Post-Abortion Syndrome - PAS). Τα κύρια συμπτώματα της PTSD ταξινομούνται γενικά σε τρεις κατηγορίες: υπερδιέγερση, παρείσδυση και συστολή.

- Υπερδιέγερση : είναι ένα χαρακτηριστικό χρονίως και ανωμάλως διεγερμένων αμυντικών μηχανισμών "φυγής ή πάλης". Το πρόσωπο μοιάζει να βρίσκεται σε διαρκή συναγερμό για την απειλή κινδύνου.
- Παρείσδυση : είναι η εμπειρία του τραυματικού συμβάντος σε ανεπιθύμητο και απροσδόκητο χρόνο.
- Συστολή : είναι το μούδιασμα των συναισθηματικών δυνάμεων, ή η ανάπτυξη τρόπων συμπεριφοράς τέτοιων, ώστε να αποφεύγονται ερεθίσματα που σχετίζονται με το τραύμα. Είναι συμπεριφορά διαφυγής, προσπάθεια άρνησης και αποφυγής αρνητικών συναισθημάτων, ή ανθρώπων, τόπων, πραγμάτων που επιδεινώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με το τραύμα. (Lee E.,2003)

8.3.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ

Το 30 έως 50% των γυναικών που έχουν υποστεί έκτρωση αναφέρουν προβλήματα στη σεξουαλική ζωή, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, τα οποία αρχίζουν αμέσως μετά την έκτρωση. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα από τα εξής: έλλειψη της αίσθησης απόλαυσης κατά την σεξουαλική επαφή, αυξημένος πόνος, αποστροφή προς το σεξ και/ή τους άνδρες γενικότερα, ή αλλαγή πολλών συντρόφων.

8.3.3. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Είναι σύνηθες το φαινόμενο στις γυναίκες που κάνουν έκτρωση να πέφτουν σε κατάθλιψη. Ιδιαίτερα στην ηλικία της εφηβείας, όπου τα άτομα νιώθουν ικανά να αντιμετωπίσουν κάθε κατάσταση και να «κατακτήσουν» τον κόσμο, η πίεση που υφίσταται η έφηβος, και η αδυναμία της να αποφύγει τόσο την έκτρωση όσο και την ίδια τη σύλληψη, την κάνουν να νιώθει ανήμπορη να ελέγξει τις καταστάσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να οδηγηθεί η έφηβος σε καταθλιπτικές αντιδράσεις. Περίπου το 60% των γυναικών που αισθάνονται επιπτώσεις από την έκτρωση που έκαναν, αναφέρουν ιδεασμό αυτοκτονίας, ενώ το 28% των γυναικών αυτών επιχειρούν και την ίδια την αυτοκτονία, από τις οποίες οι μισές την επιχειρούν περισσότερες από μία φορές. Οι προσπάθειες αυτοκτονίας φαίνεται να επικρατούν περισσότερο στις νέες γυναίκες κάτω των 20 ετών.



Εικόνα 20: Έφηβη σκέφτεται να κάνει απόπειρα αυτοκτονίας.

8.3.4. ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ, ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Το μετεκτρωτικό άγχος συνδέεται με αύξηση του καπνίσματος. Οι γυναίκες που κάνουν έκτρωση έχουν διπλάσιες πιθανότητες να γίνουν μανιώδεις καπνίστριες και υπόκεινται στους αντίστοιχους κινδύνους για την υγεία. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν το κάπνισμα στη διάρκεια των επόμενων επιθυμητών κυήσεων, οπότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου των νεογνών ή συγγενών ανωμαλιών. Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με διπλάσιο κίνδυνο χρήσης οινόπνευματος από τις γυναίκες. Σε περίπτωση που η έκτρωση οδηγήσει στη χρήση οινόπνευματων, τότε μπορεί να εκδηλωθεί βίαιη συμπεριφορά ή να προκύψουν διαζύγιο ή χωρισμός, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και απόλυση από την εργασία. Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με τη μελλοντική χρήση ναρκωτικών. Επιπλέον του ψυχοκοινωνικού κόστους που

συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης από HIV/AIDS, εμφάνισης συγγενών δυσπλασιών και προβληματικής συμπεριφοράς.

8.3.5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΥΠΝΟΥ

Ορισμένες γυναίκες, μετά την έκτρωση αντιμετωπίζουν διαταραχές στη διατροφή, όπως είναι η κραιπάλη, η βουλιμία και η νευρική ανορεξία. Περισσότερες όμως γυναίκες αντιμετωπίζουν διαταραχές στον ύπνο, με κυρίαρχη από αυτές την αϋπνία, ενώ παράλληλα μπορεί να κατακλύζονται και από τρομερούς εφιάλτες, συνήθως συσχετιζόμενους με την εμπειρία της έκτρωσης.

8.3.6. ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ή ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η έκτρωση συνδέεται σημαντικά με αυξημένη κατάθλιψη, βίαιη συμπεριφορά, χρήση οινόπνευματος και ναρκωτικών, υποκατάστατες κυήσεις και μείωση των μητρικών δεσμών με τα παιδιά που γεννώνται μελλοντικά. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την κακοποίηση των παιδιών και φαίνονται να επιβεβαιώνουν μεμονωμένες κλινικές εκτιμήσεις που συνδέουν το μετεκτροτικό τραύμα με την μελλοντική κακοποίηση παιδιών.

8.3.7. ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Πολλές γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έκτρωση αποκτούν δυσκολία στην ανάπτυξη μακρών δεσμών με ένα άνδρα. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αντιδράσεις που σχετίζονται με την έκτρωση, όπως είναι η μικρότερη αυτοεκτίμηση, η αυξημένη έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άνδρες, προβλήματα στη σεξουαλική συμπεριφορά, αυξημένη κατάθλιψη, αγωνία και άστατος θυμός.

8.3.8. ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Οι γυναίκες που έχουν κάνει μία έκτρωση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προβούν σε νέες εκτρώσεις στο μέλλον. Συγκεκριμένα, έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν μια τρέχουσα κύηση από εκείνες που δεν έχουν ιστορικό έκτρωσης. Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος σχετίζεται με την παλαιότερη έκτρωση λόγω μειωμένης αυτοεκτίμησης, συνειδητής ή υποσυνείδητης επιθυμίας υποκατάστατης κύσεως και αυξημένης σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την έκτρωση. Οι επόμενες εκτρώσεις μπορούν να γίνουν λόγω αλληλοσυγκρουόμενων επιθυμιών κύησης ή απόκτησης παιδιού και πιέσεων για έκτρωση, όπως είναι η εγκατάλειψη από τον νέο άνδρα. Αναφέρεται επίσης η χρήση των πολλαπλών

εκτρώσεων ως μέθοδος αυτοτιμωρίας. Το 45% περίπου του συνόλου των εκτρώσεων αφορά γυναίκες που έχουν ήδη κάνει έκτρωση. Ο κίνδυνος κατάληξης σε κύκλο πολλαπλών εκτρώσεων θα πρέπει να αναφέρεται σε μια γυναίκα που σκέπτεται να κάνει την πρώτη έκτρωση. Επιπλέον, επειδή οι γυναίκες που έχουν κάνει περισσότερες από μία εκτρώσεις υπόκεινται σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, αυτοί οι αυξημένοι κίνδυνοι πρέπει να συζητηθούν προσεκτικά με τις γυναίκες που επιζητούν την έκτρωση. (Mannion M., 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1. ΤΟ ΔΙΚΑΙΟ ΣΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ

Το 1974 ιδρύθηκε η "Παγκόσμια Ομοσπονδία των Ιατρών που σέβονται την ανθρώπινη ζωή" και επανέλαβε τη διακήρυξη της Γενεύης συμπληρώνοντας ότι "το αγέννητο παιδί είναι βιολογικά από την αρχή ακόμα της σύλληψης μια εντελώς ξεχωριστή από τη μητέρα ανθρώπινη ύπαρξη, που αναπτύσσει τη δική του προσωπικότητα τόσο από πνευματική όσο και από φυσική άποψη". Η ομοσπονδία υποστηρίζει ότι "το δικαίωμα της ζωής, που είναι θεμελιώδες και κατηγορηματικό για κάθε άτομο δεν εξαρτάται από το στάδιο ανάπτυξης, την πνευματική ή τη φυσική κατάσταση, τις περιστάσεις ή την εξέλιξη της κοινωνίας". Αποδέχεται επίσης τη διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα ανθρώπινα δικαιώματα, που αναφέρει ειδικότερα ως προς τα δικαιώματα του παιδιού ότι "το παιδί για λόγους φυσικής και διανοητικής ανωριμότητας, έχει ανάγκη ειδικής προστασίας και φροντίδας, περιλαμβανόμενης και της αρμόζουσας νομικής προστασίας, πριν και μετά τη γέννηση.

Οι αμβλώσεις είναι νόμιμες ή νόμιμες με περιορισμούς σε 65 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Σε πολλές χώρες, ιδιαίτερα σε κράτη με συντηρητικές ή βαθιά θρησκευόμενες κοινωνίες, η άμβλωση είναι απαγορευμένη για οποιονδήποτε λόγο. Ακόμη και στην Ευρώπη, υπάρχουν χώρες όπως η Ιρλανδία, η Μάλτα και η Πορτογαλία, όπου οι αμβλώσεις θεωρούνται εγκληματική πράξη και απαγορεύονται διαπαντός ή υπόκεινται σε τόσο αυστηρούς περιορισμούς, ώστε ουσιαστικά να μην είναι εφικτή η πραγματοποίησή τους. Οι περισσότερες από αυτές τις χώρες βρίσκονται στην Ευρώπη, την πρώην Σοβιετική Ένωση και τη Βόρειο Αμερική. Μέχρι το 1978 ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας απαγόρευε την άμβλωση με ελάχιστες εξαιρέσεις. Στην Ελλάδα οι αμβλώσεις νομιμοποιήθηκαν το 1986, παρά την αντίθεση της Εκκλησίας και ένα μέρος της κοινής γνώμης. Στην Ελλάδα, η διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης μέχρι τη 12^η εβδομάδα κυήσεως, νομοθετικά κατοχυρωμένη σήμερα, απαιτεί για τη συναινούσα έφηβη γραπτή συγκατάθεση ενός από τους δύο γονείς ή του ατόμου που την επιμελείται. Απαραίτητος είναι ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος και η αναισθησιολογική εξέταση πριν από την επέμβαση. Γι' αυτήν, η οποία είναι ολιγόλεπτης διάρκειας, απαιτείται κατάλληλος εξοπλισμός και πρέπει να γίνεται σε καλά οργανωμένα Κέντρα. (Γιαννοπούλου Α..2005)

3 Ιουλίου 1986

Νόμος: Υπ'αρ. 1609 Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις

Άρθρο1

1. Η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι

υποχρέωση της πολιτείας.

2. Με υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων, ρυθμίζονται θέματα που αφορούν :

- A) την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης,
- B) την περίθαλψη της γυναίκας, σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές λειτουργίας των μονάδων αυτών, το χρόνο αποχής της γυναίκας από την εργασία και ό,τι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της και
- Γ) τον τρόπο της προγεννητικής διάγνωσης στην περίπτωση β της παραγράφου 4 του άρθρου 304 του Ποινικού κώδικα.

3. Οι δαπάνες που απαιτούνται για την εφαρμογή των προηγούμενων παραγράφων καλύπτονται σύμφωνα με την νομοθεσία για τις κοινωνικές ασφαλίσεις και με όσα ειδικότερα ορισθούν από την υπουργική απόφαση της υπουργικής παραγράφου.

Άρθρο 2

Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με την συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα –γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- A) Δεν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης
- B) Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικού ελέγχου διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από 24 εβδομάδες.
- Γ) Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική διαβεβαίωση και του κατά περίπτωση γιατρού.

Δ) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας, ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί 19 εβδομάδες εγκυμοσύνης.

E) Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης».

Άρθρο 3

Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης

1) Όποιος χωρίς της συναίνεσης της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της τιμωρείται με κάθειρξη.

2α. Όποιος με την συναίνεση της εγκύου διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σ' αυτή μέσα για την διακοπή της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών.

2β. Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαρεία πάθηση του σώματος ή της διάνοιας, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστο δύο ετών και αν προκληθεί ο θάνατός της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη.

3. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος.

Άρθρο 4

Όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310

Άρθρο 5

(Τροποποίηση του Άρθρου 305)

Διαφήμιση μέσων τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης.

Όποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει ή διαφημίζει έστω και συγκαλυμμένα, φάρμακα ή άλλα αντικείμενα ή τρόπους ως κατάλληλους να προκαλέσουν τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την εκτέλεση ή την υποβοήθηση διακοπής της εγκυμοσύνης τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο έτη.

Δεν είναι άδικη πράξη η ενημέρωση ή η υγειονομική διαφώτιση σχετικά με την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που γίνεται από τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς και η ενημέρωση γιατρών ή προσώπων που νόμιμα διακινούν μέσα τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και οι σχετικές δημοσιεύσεις σε ειδικά ιατρικά ή φαρμακευτικά περιοδικά.

Με το άρθρο 1, παράγραφος 1, ο νόμος αναγνωρίζει ότι η μέριμνα για την προστασία της γυναίκας και την περίθαλψη σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της πολιτείας. Με το άρθρο 2 του νέου νόμου η άμβλωση δεν θεωρείται άδικη πράξη, όταν διενεργείται μέχρι τη 12η εβδομάδα, με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο, με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα. Μέχρι τη 19η εβδομάδα η διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρέπεται όταν αυτή "είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί" ενώ επιτρέπεται μέχρι και τις 24 εβδομάδες, εάν "έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού". Η διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρέπεται επίσης, εάν "υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της" που βεβαιώνεται εγγράφως από τον κατά περίπτωση αρμόδιο γιατρό. "Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης". Με το άρθρο 3 του νόμου 1609/1986 η διακοπή της εγκυμοσύνης θεωρείται άδικη πράξη όταν γίνεται ανεπίτρεπτα από την ίδια την έγκυο ή και με τη συναίνεση της από άλλο πρόσωπο. Οι ποινές που προβλέπονται είναι βαρύτερες, εάν "προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου ή αν προκλήθηκε ο θάνατος της" καθώς και "σε όποιον επενεργεί παράνομα ή χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη με αποτέλεσμα να προκληθεί ο θάνατος, βαριά βλάβη του εμβρύου ή βαριά πάθηση του σώματος και της διάνοιας του νεογνού". Στις περιπτώσεις αυτές η άμβλωση στην Ελλάδα αποτελεί εγκληματική πράξη που υπόκειται στις συνέπειες του ποινικού νόμου. Συμπερασματικά, το πνεύμα του νόμου είναι η προστασία του αγέννητου προσώπου (του εμβρύου δηλαδή), παρέχοντας όμως ταυτόχρονα το δικαίωμα στη γυναίκα να αποφασίζει για την εγκυμοσύνη της. Με τους παραπάνω νόμους ο νομοθέτης στοχεύει στη ποινική προστασία της ανθρώπινης ζωής κατά τη γένεσή της, αλλά και στη μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας, σε περιπτώσεις που η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης κρίνεται θεμιτή. Επίσης προστατεύεται και η ακεραιότητα, σωματική και ψυχική, του εμβρύου, που θα επιζήσει μιας απόπειρας παράνομης διακοπής της εγκυμοσύνης. (Γιαννοπούλου Α.,2005)



shutterstock · 22625143

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Εικόνα 21: Όχι στο σεξ χωρίς προφύλαξη.

10.1. ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι διάφορες μέθοδοι αντισύλληψης αποτέλεσαν από τους αρχαίους χρόνους αντικείμενο έρευνας. Είναι γνωστό ότι ο Σωράνος ο Εφέσιος, αναφέρει φάρμακα που είναι εκτρωτικά και αντισυλληπτικά "περί φθορίων και ατοκίων". Επίσης, και στην αρχαία Αίγυπτο τοποθετούσαν ειδικά χαλίκια στις μήτρες των καμήλων για να μη μείνουν έγκυες κατά τη διάρκεια των μακροχρόνιων ταξιδιών στην έρημο.

Η αντισύλληψη αποτελεί για κάθε ζευγάρι μια διαδικασία αναγκαία για το σωστό προγραμματισμό της οικογένειας που επιθυμεί να αποκτήσει. Η σημασία της γίνεται ακόμη μεγαλύτερη όταν έχει να κάνει με έναν έφηβο, ο οποίος βρίσκεται στην αρχή της σεξουαλικής του ζωής και μπορεί να οδηγηθεί σε μια εγκυμοσύνη. Μία εγκυμοσύνη η οποία θα καταλήξει σε μία έκτρωση, σε έναν αναγκαστικό γάμο ή σε ένα παιδί εκτός γάμου και εκτός οικογένειας. Η αντισύλληψη και ειδικότερα κατά τη διάρκεια της εφηβείας όπου το νεαρό κορίτσι δέχεται ποικίλες ψυχοσωματικές αλλαγές χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Πρέπει στην κάθε νεαρή κοπέλα να βρίσκεται και να χορηγείται ο καταλληλότερος ορμονικός συνδυασμός για αντισύλληψη. Οι μέθοδοι αντισύλληψης διακρίνονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: τις μεθόδους φραγμού (ανδρικό και γυναικείο προφυλακτικό, διάφραγμα, κολπικοί σπόγγοι και σπερματοκτόνα κολπικά επιθέματα), τα αντισυλληπτικά χάπια, τα ενδομήτρια σπειράματα και τις μόνιμες μεθόδους αντισύλληψης. (Χρυσικόπουλος Α,1992)

10.1.1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ :

ΑΝΔΡΙΚΟ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟ

Τα προφυλακτικά, τα οποία ανήκουν στις μεθόδους φραγμού, έχουν ποσοστό επιτυχίας γύρω στο 97%, όταν γίνεται σωστή χρήση, ενώ το ποσοστό πέφτει στο 79 – 86% σε αντίθετη

περίπτωση. Αντίθετα, προσοχή χρειάζεται γιατί το υλικό (latex) από το οποίο είναι φτιαγμένα μπορεί να προκαλέσει αλλεργίες. Το γυναικείο προφυλακτικό είναι ένας μαλακός «σωλήνας» από πολουρεθάνιο ή latex μήκους περίπου 15 εκατοστών, το οποίο τοποθετείται στον κόλπο πριν από την επαφή και παρέχει την ίδια αντισυλληπτική ασφάλεια με τις άλλες κολπικές μεθόδους αντισύλληψης. Τόσο το αντρικό όσο και το γυναικείο προφυλακτικό, εκτός από την αντισύλληψη που προσφέρουν, προφυλάσσουν αποτελεσματικά και από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς και από τον ιό του AIDS.



εικόνα 29 : προφυλακτικά διαφόρων χρωμάτων

ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ

Μοιάζει με καπάκι από λεπτό ελαστικό. Τοποθετείται πριν από τη σεξουαλική πράξη στον γυναικείο κόλπο και εμποδίζει τα σπερματοζωάρια να περάσουν στην κοιλότητα της μήτρας. Μπορεί να συνοδεύεται και από σπερματοκτόνο αλοιφή (που καταστρέφει τα σπερματοζωάρια). Δεν ενοχλεί καθόλου τη γυναίκα ή τον άνδρα, ενώ πρέπει να παραμένει στον κόλπο τουλάχιστον 8 ώρες μετά τη συνουσία.

ΣΠΕΡΜΑΤΟΚΤΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Πρόκειται για χημικές ουσίες, συνήθως nonoxynol-9 ή Octoxynol, οι οποίες προκαλούν ακινητοποίηση ή καταστροφή των σπερματοζωαρίων. Κυκλοφορούν με μορφή σπρέι, αφρού, ζέλης, κολπικών υποθέτων ή κολπικών πεσών. Τοποθετούνται λίγα λεπτά πριν από την επαφή και καλύπτουν το τοίχωμα των κολπικών θόλων και τον τράχηλο. Τα σπερματοκτόνα θεωρούνται μέθοδος ασφαλής, αλλά με αρκετά υψηλό ποσοστό αποτυχίας. Ανεπιθύμητες ενέργειες είναι αίσθηση καύσου ή αλλεργία στις ουσίες που περιέχονται στο σκεύασμα. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σε συνδυασμό με άλλες αντισυλληπτικές μεθόδους όπως με το προφυλακτικό ή το διάφραγμα για αύξηση της αντισυλληπτικής προστασίας. Τοποθετούνται στον κόλπο ένα τέταρτο έως μια ώρα πριν από την επαφή και αδρανοποιούν τα σπερματοζωάρια. (Τζιγγούνης Β.,1990)

ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΣΠΟΓΓΟΣ

Ο κολπικός σπόγγος είναι ένα μικρό στρογγυλό σφουγγάρι (κατασκευασμένο από πολουρεθάνη), εμποτισμένο με σπερματοκτόνο ουσία, που τοποθετείται στον γυναικείο κόλπο μερικά δευτερόλεπτα πριν τη συνουσία και χαρίζει προστασία για 12 ώρες. Το πλεονέκτημα του κολπικού σπόγγου είναι ότι εκτός από αντισύλληψη παρέχει και προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Αυτό έχει αποδειχθεί από πολλές μελέτες, αλλά το επιβεβαιώνουν και οι in vitro έρευνες που γίνονται αυτή τη στιγμή και στην Β Γυναικολογική και Μαιευτική Κλινική του Αρεταίειου Νοσοκομείου.(Χλιαουτάκης Ι,1992)

10.1.2 ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ :

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΟ ΧΑΠΙ

Ιδιαίτερα διαδεδομένη στις μέρες μας είναι η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, στα οποία έχουν επιτευχθεί σημαντικές βελτιώσεις. Όπως επισημαίνει ο καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Γ. Κρεατσάς «Το σημερινό εξελιγμένο αντισυλληπτικό χάπι, περιέχει ελάχιστη δόση ορμονών (οιστρογόνα και προγεστερόνη). Επίσης, εξασφαλίζει ασφάλεια σχεδόν 100%. Επιπλέον, έχει και ευεργετικές επιδράσεις. Προστατεύει π.χ. από τον καρκίνο των ωοθηκών και του ενδομητρίου, βελτιώνει τα συμπτώματα δυσμηνόρροιας και ακόμα, δρα προστατευτικά στην εξωμήτριο κύηση και στις καλοήθεις παθήσεις του μαστού». Τα αντισυλληπτικά χάπια είναι φαρμακευτικά σκευάσματα που περιέχουν ορμόνες, όπως αυτές που στην πραγματικότητα κυκλοφορούν στο αίμα της γυναίκας και οι οποίες ουσιαστικά καθορίζουν το γυναικείο φύλο. Οι ορμόνες αυτές είναι είτε οιστρογόνα είτε προγεσταγόνα. Ο μηχανισμός με τον οποίο δρα η ορμονική αντισύλληψη είναι ο εξής: επίδραση των ορμονών του χαπιού στην εκλυτική ορμόνη των γοναδοτροπινών του υποθαλάμου (GnRH) μειώνοντας τα επίπεδά της και κατ' επέκταση μείωση των υποφυσιακών ορμονών FSH, LH. Επίσης, προκαλεί αλλαγή στη δομή του ενδομητρίου, μείωση γλυκογόνου, μείωση της κινητικότητας των σαλπίνγων και καθιστά την τραχηλική βλέννα εχθρική προς τα σπερματοζωάρια. Τέλος, ένα πολύ σημαντικό μειονέκτημα των αντισυλληπτικών χαπιών είναι ότι δεν προσφέρουν καμία προστασία απέναντι στη μετάδοση μεταδιδόμενων νοσημάτων.(Τζιγγούνης Β.1990)



shutterstock · 11026174

Εικόνες 22 και 30 : Αντισυλληπτικά χάπια



10.1.3. ΚΟΛΠΙΚΟ ΔΑΚΤΥΛΙΔΙ

Το κολπικό δακτυλίδι είναι μια εύκαμπτη μαλακή στεφάνη από σιλικόνη που τοποθετείται εύκολα από κάθε γυναίκα στον κόλπο της, απελευθερώνοντας σε σταθερές ποσότητες τις ορμόνες που περικλείει. Το δακτυλίδι, παραμένει στον κόλπο για τρεις εβδομάδες, αποσύρετε για μια εβδομάδα (κατά την οποία εμφανίζεται η έμμηνος ρύση) και στη συνέχεια ανατοποθετείται.(Τζιγγούνης Β.,1992)

10.1.4. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑ ή ΣΠΙΡΑΛ

Το σπιδάλ κατασκευάζεται από πλαστική συνήθως ύλη, στην οποία περιτυλίσσεται ένα πολύ μικρό χάλκινο σύρμα. Τοποθετείται μέσα στη μήτρα από το γυναικολόγο ενώ αλλαγή πρέπει να γίνεται μέχρι και κάθε τρία χρόνια. Περιέχει προγεστερόνη, που διαχέεται ανάμεσα στους μικροπόρους , δημιουργώντας αντίδραση στο βλεννογόνο της μήτρας και στην εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στο ενδομήτριο. Μειονέκτημα του είναι ότι πρέπει να χρησιμοποιείται από γυναίκες που έχουν κάνει τουλάχιστον μία γέννα, επειδή μπορεί να δημιουργήσει μολύνσεις.(Κουμαντάκης Ε.,1989)

10.1.5. ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ :

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΕΑ ΚΑΙ ΑΝΔΡΙΚΗ ΣΤΕΙΡΩΣΗ

Γυναικεία στείρωση: Η στειροποίηση στην γυναίκα συνίσταται σε διακοπή της διαβατότητας των σαλπίνγων με διάφορες μεθόδους, όπως περιίδεση με ράμμα, περιίδεση και εκτομή του τμήματος που έχει περιβρογχιωθεί, καυτηρίαση και διατομή, τοποθέτηση σφικτήρα ή τοποθέτηση δακτυλίου. Το ποσοστό αποτυχίας της μεθόδου κυμαίνεται από 0,2% έως 0,4% και οφείλεται στην μη σωστή τοποθέτηση του δακτυλίου ή του σφικτήρα ή σε επανασηραγοποίηση της σάλπιγγας. Η επέμβαση δεν επηρεάζει την ωοθηκική λειτουργία.

Ανδρική στειρώση: Η στειροποίηση στον άνδρα συνίσταται σε περίδεση και διατομή των σπερματικών πόρων. Επειδή μπορεί να παραμένουν σπερματοζώαρια στην εκφορητική οδό για μερικές εβδομάδες, θα πρέπει να εφαρμόζεται επιπρόσθετη αντισυλληπτική μέθοδος έως ότου εγκατασταθεί ασπερμία. Και οι δύο μέθοδοι συνιστώνται μόνο σε περιπτώσεις που το ζευγάρι δεν θέλει να αποκτήσει παιδιά. (Serfaty D.1997)

10.1.6. ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ :

Υπάρχουν κι άλλες αντισυλληπτικές μέθοδοι που είναι πολύ διαδεδομένες στο εξωτερικό, αλλά ελάχιστα γνωστές στην χώρα μας. Στην Ελλάδα προς το παρόν τουλάχιστον δεν διατίθενται στα φαρμακεία.

ΑΝΤΙΣΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ

Πρόκειται, για συμπυκνωμένη ποσότητα ορμόνης, με σχήμα και μέγεθος έξι σπιρτόξυλων, που τοποθετούνται κάτω από το δέρμα στο εσωτερικό μέρος του μπράτσου ή στην κοιλιά. Η δράση της ορμόνης διαρκεί για 3-9 μήνες, απελευθερώνεται αργά, εμποδίζοντας την κύηση.

ΕΝΕΣΙΜΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ

Πρόκειται για ενέσεις που περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη . Η ένεση γίνεται μια φορά το μήνα και το ποσοστό προστασίας είναι αυτό που ισχύει για όλες τις άλλες αντισυλληπτικές μεθόδους δηλαδή της τάξεως του 98%-100%.

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ

Μέθοδος αντισύλληψης που εφαρμόζεται με τη χρήση αυτοκόλλητων τσιρότων. Τα τσιρότα τοποθετούνται σε κάποιο σημείο του δέρματος, συνήθως στο μπράτσο ή στον μηρό στο οποίο και απελευθερώνουν τις ίδιες ορμόνες με ένα αντισυλληπτικό χάπι, σε μικρότερη όμως ποσότητα. Μέχρι στιγμής διατίθενται στις ΗΠΑ και σε ορισμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



Εικόνα 29: Κοπέλα έχει κολλήσει το αντισυλληπτικό αυτοκόλλητο στη πλάτη της.

ΤΟ ΧΑΠΙ ΤΩΝ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΕΠΟΧΩΝ

Το χάπι αυτό έχει ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό, επιτρέπει στις γυναίκες να έχουν έμμηνο ρύση μια φορά κάθε τρεις μήνες (μόνο 4 φορές το χρόνο) ενώ περιέχει όπως και τα κλασικά αντισυλληπτικά οιστρογόνα και προγεστερόνη. Το νέο αυτό αντισυλληπτικό χάπι, έχει δημιουργήσει έντονο διάλογο μεταξύ των ειδικών που στην πλειοψηφία τους διατηρούν ακόμα επιφυλάξεις για τη χορήγησή του. Κυκλοφορεί ήδη στην Αμερική και σύντομα θα βρίσκεται και στα φαρμακεία των χωρών της Ε.Ε.



Εικόνα 30: Χάπια

10.1.7. ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ :

ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΣΥΝΟΥΣΙΑ

Θεωρείται η παλαιότερη φυσική αντισυλληπτική μέθοδος και είναι ευρέως διαδεδομένη, ακόμη και σήμερα, ιδίως σε ορισμένες χώρες. Στην διακοπτόμενη συνουσία το πέος εξάγεται από τον κόλπο λίγο πριν από την εκσπερμάτωση. Η μέθοδος αυτή έχει υψηλά ποσοστά αποτυχίας επειδή εκτός από τη αποτυχία της έγκαιρης εξαγωγής του πέους από τον κόλπο υπάρχει πάντοτε η πιθανότητα ύπαρξης σπερματοζωαρίων στο υγρό που εξέρχεται από την ουρήθρα πριν από την εκσπερμάτωση. Η μέθοδος θεωρείται ασφαλής, αν και πιστεύεται ότι μπορεί να επηρεάσει ψυχολογικά το ζευγάρι, ιδίως την γυναίκα ακόμη δε να προκαλέσει

άσηπτη οπίσθια παραμητρίτιδα λόγω της μη ολοκλήρωσης όλων των φάσεων της σεξουαλικής διέγερσης.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΡΥΘΜΟΥ

Η μέθοδος του ρυθμού ή του φυσικού οικογενειακού προγραμματισμού συνίσταται στην αποφυγή ελεύθερης σεξουαλικής επαφής κατά τις γόνιμες ημέρες του κύκλου. Δεδομένου ότι το ωάριο μπορεί να γονιμοποιηθεί όχι αργότερα από 24-48 ώρες μετά την ωοθυλακιορρηξία και ότι κινητά σπερματοζώαρια μπορεί να ανευρεθούν στην ενδομήτρια κοιλότητα ή στις σάλπιγγες μέχρι και 60 ώρες μετά την εκσπερμάτιση, το χρονικό διάστημα 4 ημέρες πριν από την ωοθυλακιορρηξία μέχρι και 3-4 ημέρες μετά θεωρείται γόνιμη περίοδος. Η ωοθυλακιορρηξία συμβαίνει περί την 14η ημέρα πριν από την αναμενόμενη εμμηνορρουσία. Η γόνιμη περίοδος μπορεί να προσδιορισθεί με υπολογισμό της ημέρας της ωοθυλακιορρηξίας βάσει της διάρκειας του κύκλου (μέθοδος του ημερολογίου), με ημερήσια καταγραφή της θερμοκρασίας του σώματος και την αναγνώριση της ανόδου κατά 0,2-0,4 Κελσίου, μετά την ωοθυλακιορρηξία (μέθοδος της θερμομέτρησης), με έλεγχο των αλλαγών της τραχηλικής βλέννης στις διάφορες φάσεις του κύκλου (μέθοδος τραχηλικής βλέννης) ή με συνδυασμό και των τριών μεθόδων. Η γόνιμη περίοδος μπορεί επίσης να υπολογισθεί με ανίχνευση στα ούρα της εκκριτικής αιχμής της LH, η μέθοδος όμως είναι οικονομικά ασύμφορη και δεν χρησιμοποιείται ως αντισυλληπτική μέθοδος. Η μέθοδος του ρυθμού έχει υψηλά ποσοστά αποτυχίας, ιδιαίτερα σε γυναίκες με ασταθή κύκλο. (Μαρκαντώνης Ι.,2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11.1. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Από το 1986 έως σήμερα έχουν αλλάξει πολλά. Οι νέοι πιστεύουν ότι γνωρίζουν τα πάντα. Οι γονείς έχουν πολλές φορές τη διάθεση να βοηθήσουν τα παιδιά τους, αλλά η έλλειψη γνώσεων τους δημιουργεί ανασφάλεια, ενώ η πολιτεία, μέχρι σήμερα δεν έχει αναλάβει κάποια συστηματική προσπάθεια για την ενημέρωση των νέων σε θέματα αγωγής υγείας. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη λοιπόν, στην εφηβεία είναι μια κατάσταση που πρέπει και μπορεί να προληφθεί και η πρόληψη θα γίνει μόνο με τη σωστή ενημέρωση του εφήβου που αποτελεί μέρος της κοινοτικής νοσηλευτικής παρέμβασης. Η σωστή ενημέρωση του εφήβου από τον υπεύθυνο νοσηλευτή γίνεται:

- Εκπαίδευση και ενημέρωση γονέων και επίτευξη συνεργασίας γονέων και σχολείων, η ενημέρωση του παιδιού πρέπει να ξεκινά από το σπίτι του.
- Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο σχολείο.
- Διάλογος με το νέο (Οικογενειακος προγραμματισμος
- Μέσα Μαζικής ενημέρωσης (Ραδιόφωνο, Τηλεόραση, Περιοδικά, Εφημερίδες).

Η σωστή ενημέρωση του εφήβου, γίνεται για πρόληψη ανεπιθύμητων κυήσεων και δυσάρεστων καταστάσεων, που καλύτερα είναι να προλαμβάνονται, παρά να θεραπεύονται.

Το ανημέρωτο παιδί εύκολα παρασύρεται από τον μεγαλύτερο «φίλο», το ακατάλληλο για την ηλικία του περιοδικό, βιβλίο ή ταινία, με αποτέλεσμα να οδηγείται σε πράξεις που έχουν δυσάρεστα ψυχικά ή σωματικά επακόλουθα. Αντίθετα το παιδί που έχει σταδιακά ενημερωθεί πάνω σε θέματα γενετήσιας αγωγής έχει διαμορφώσει ολοκληρωμένη γνώμη για το σεξ και δύσκολα μπορεί να παρασυρθεί ή τουλάχιστον αν «κάνει κάτι» έχει επίγνωση της κατάστασης και των επιπλοκών. Παράλληλα το ίδιο ενημερωμένο παιδί δρα ως φορέας ενημέρωσης για τους συνομηλίκους του, προτρέποντας τους να ενημερωθούν για τα θέματα της σεξουαλικής αγωγής. Η ανάγκη επομένως για επιμόρφωση ή τουλάχιστον ενημέρωση των εφήβων πάνω σε θέματα γενετήσιας αγωγής είναι επιβεβλημένη, αλλά και υποχρέωση του κράτους της οικογένειας αλλά και των επαγγελματιών υγείας(νοσηλευτές ,ιατροί κ.λ.π). Οι έφηβοι από την πλευρά τους επιθυμούν διακαώς να λύσουν έγκαιρα τις απορίες τους όσον αφορά τα θέματα « επαφών» με το άλλο φύλο. Μέσα από τη σεξουαλική

διαπαιδαγώγηση που λαμβάνουν οι έφηβοι αντιλαμβάνονται την ανάγκη να αγαπούν και να αγαπιούνται, μαθαίνουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους καθώς και να σέβονται τα δικαιώματα των άλλων. Έχοντας την κατάλληλη αγωγή οι έφηβοι σέβονται τον εαυτό τους και τους άλλους, γίνονται υπεύθυνα άτομα στην κοινωνία και αποφεύγουν οξύτητες που βλάπτουν τους ίδιους αλλά και τους συνανθρώπους τους.

Ο ρόλος των νοσηλευτών συνίσταται στην αναθεώρηση της στάσης τους, έτσι ώστε να μπορούν να προσεγγίσουν ευκολότερα τους νέους, να καταλάβουν τα προβλήματα και τις αδυναμίες τους και στη συνέχεια να είναι σε θέση να τους μεταδώσουν τα στοιχεία της γενετήσιας αγωγής. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές πρέπει να έχουν την ικανότητα να πλησιάζουν τους νέους με φιλικό τρόπο, κερδίζοντας την εμπιστοσύνη τους, και να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για να διδάξουν και να απαντήσουν σε ερωτήσεις πάνω σε διάφορα θέματα, όπως για την ανάπτυξη του εφήβου, τις σεξουαλικές επαφές, τον αυνανισμό, την ομοφυλοφιλία, την αντισύλληψη, την αναπαραγωγή, την έκτρωση, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τα ναρκωτικά κ.α. Νοσηλευτές γονείς, παιδαγωγοί, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί και σπουδαστές εκπαιδεύονται μέσω ειδικών προγραμμάτων για να μπορούν να διδάξουν στους νέους το μάθημα της γενετήσιας αγωγής.

Στον έφηβο δεν αρκεί να γνωρίσει μόνο τον εαυτό του. Χρειάζεται παράλληλα να γνωρίσει το άλλο φύλο και συγκεκριμένα τις διαφορές και τις ομοιότητες που έχει με αυτό. Στο αγόρι, οι ανάγκες για φυσική έκφραση της σεξουαλικής του δραστηριότητας, στην εφηβεία είναι εντονότερες από το κορίτσι. Στο κορίτσι, ο ρομαντισμός και η επιθυμία για έκφραση της προσωπικής του ομορφιάς προσκρούει πολλές φορές πάνω στο «εγώ» του αγοριού. Οι τάσεις αυτές αγοριών και κοριτσιών εκδηλώνονται περισσότερο όταν οι νέοι βρίσκονται μαζί σε μεγάλες παρέες, παρά όταν είναι μόνοι τους. Πολλά επομένως προβλήματα και απορίες ως προς τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων προκύπτουν όταν οι έφηβοι βρίσκονται μαζί και συζητούν θέματα γύρω από το σεξ.

Στην ξεχωριστή αντίληψη που έχει κάθε έφηβος για το σεξ συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό η οικογένεια, και αυτό γιατί οι γονείς κατά κανόνα θέλουν τα παιδιά τους να μεγαλώσουν σύμφωνα με τα δικά τους πρότυπα. Για να υπάρχει συνεπώς ομοιομορφία στην εκπαίδευση και σωστή αντίληψη σχετικά με τα θέματα της γενετήσιας αγωγής, η εκπαίδευση πρέπει να αρχίζει από τους μεγαλύτερους, οι οποίοι στην συνέχεια θα είναι σε θέση να διδάξουν του νέους. (Μαρκαντώνης Ι.,2007)

11.2. ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΑΓΩΓΗ ή ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΙΣΗ

Η γενετήσια αγωγή αναφέρεται στις αρχές σύμφωνα με τις οποίες πραγματοποιείται η ενημέρωση του παιδιού ή εφήβου πάνω σε θέματα των γεννητικών λειτουργιών και η διαφώτιση του σχετικά με τη στάση που πρέπει να τηρείται όσον αφορά τις παρορμήσεις του γενετήσιου ενστίκτου. Οι σχέσεις των φύλων αναφέρονται και ως σεξουαλική

διαπαιδαγώγηση. Η λέξη «σεξουαλισμός» είναι λατινική (sexualismus) αλλά ο όρος που έχει επικρατήσει διεθνώς είναι sex, έτσι ώστε η ίδια η λέξη καθώς και τα παράγωγα της να καλύπτουν θέματα που αναφέρονται στις γενετήσιες σχέσεις. Στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πέρα από τις βιολογικές και ιατρικές διαστάσεις πρέπει να εξετάζονται και οι πολιτιστικές και ψυχολογικές παράμετροι. Με βάση αυτό οι στόχοι της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης μπορούν να είναι οι κατωτέρω:

- Ø Απόκτηση τεκμηριωμένης γνώσης (Δηλαδή επιστημονική προσέγγιση των θεμάτων της σεξουαλικότητας πέρα από μύθους, προκαταλήψεις προσωπικές εμπειρίες κλπ) και διασαφήνιση των σεξουαλικών μας αξιών. Κατάκτηση μετά από αυτό προσωπικής τεκμηριωμένης συνειδητής στάσης στις συγκρουόμενες απόψεις (θρησκεία , οικογένεια, φίλοι, ΜΜΕ κλπ) για θέματα σεξουαλικότητας, όπως γάμος, αυνανισμός, μονογαμικότητα, ομοφυλοφιλία κλπ.
- Ø Διαμόρφωση θετικής αντίληψης του εαυτού μας για το σεξ, δηλαδή ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης μας και ως εκ τούτου βελτίωση της ανθρώπινης επικοινωνίας, έτσι ώστε να μπορούμε να συζητάμε ανοιχτά για σεξουαλικά θέματα (συζήτηση μεταξύ εραστών ή γονέων και παιδιού).
- Ø Αναγνώριση των αρνητικών σημείων στις σχέσεις μας, (εκμετάλλευση του ενός συντρόφου από τον άλλο, τα ψέματα στη σχέση, η υπερβολική εξάρτηση του ενός ή και των δύο συντρόφων, η ζήλια).
- Ø Έλεγχος γονιμότητας (αντισύλληψη , προγενετικός έλεγχος, αντιμετώπιση δυσκολιών στη σύλληψη κλπ).
- Ø Αποφυγή των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (έρπης, γλαμύδια, κονδυλώματα, ηπατίτιδα, AIDS κλπ)
- Ø Κατανόηση και αντιμετώπιση προβλημάτων σεξουαλικής ανταπόκρισης (σεξουαλικά προβλήματα όπως ανοργασμία , έλλειψη στύσης , πρόωρη εκσπερμάτωση κλπ) (Κρεατσάς Γ.,2003)

11.2.1. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΙΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΙΟΥ

Το κύριο βάρος της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης πρέπει να το επωμίζονται οι γονείς, οι καλούμενοι «φυσικοί παιδαγωγοί». Αυτοί φέρνουν την βασική ευθύνη του σημαντικού παιδευτικού έργου της. Καλούνται να απαντήσουν στα πρώτα ερωτήματα του παιδιού που αφορούν σε συνήθη θέματα της σωματικής τους ανάπτυξης, των ανατομικών διαφορών των φύλων ή σημαντικών γεγονότων της ζωής, όπως είναι η γέννηση. Είναι η κρίσιμη στιγμή , συνήθως της προσχολικής περιόδου, κατά την οποία το παιδί αρχίζει να εκδηλώνει έντονο

ενδιαφέρον για το σώμα του και τα συναφή με αυτό ζητήματα, και να διατυπώνει τα πρώτα σεξουαλικής φύσεως ερωτήματα. Τότε οι γονείς θα πρέπει να απαντήσουν οπωσδήποτε και μάλιστα θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι επαρκώς, ώστε να απαντήσουν ειλικρινά και εύστοχα. Οι συνήθεις υπεκφυγές εκ μέρους των γονέων στα ερωτήματα αυτά αποτελούν μεγάλα παιδαγωγικά σφάλματα με περαιτέρω οδυνηρές συνέπειες. Επομένως η συμβολή της οικογένειας στην αγωγή του νέου ανθρώπου και ιδιαίτερα στην σεξουαλική του διαπαιδαγώγηση έχει μεγάλη σημασία. Οι γονείς λοιπόν θα πρέπει να αρχίσουν υπεύθυνο και σοβαρό διάλογο με τα παιδιά τους. Ο πατέρας και η μητέρα θα πρέπει να οργανώσουν στο οικογενειακό περιβάλλον μια συμβουλευτική καθοδηγητική προσπάθεια. Εάν δεν αναλάβουν αυτή την πρωτοβουλία οι γονείς, το παιδί θα αναζητήσει απαντήσεις στα βασανιστικά του ερωτήματα έξω από την οικογένεια, στην ομάδα των συνομηλίκων, στους φίλους, στα ποικίλα έντυπα, στη τηλεόραση, σε άλλες πηγές πληροφόρησης, που τις χαρακτηρίζει το παθολογικό στοιχείο της εποχής μας.

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στη σημερινή οικογένεια πρέπει να οργανώνεται και να πραγματοποιείται σε δύο φάσεις :

Στην πρώτη φάση θα πρέπει να γίνεται υπεύθυνη ενημέρωση και καθοδήγηση κάθε νέου ζευγαριού σε θέματα που σχετίζονται με την οικογενειακή και σεξουαλική ζωή, με την ψυχική υγιεινή της οικογένειας, τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, τους παιδαγωγικούς ρόλους των γονέων. Η συμβουλευτική αυτή προσπάθεια θα έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των νέων συζύγων και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας, δηλαδή τη δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων για σωστή οικογενειακή ζωή. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατόν, σε μια ατμόσφαιρα ιερότητας, αλληλοσεβασμού, αγάπης και τρυφερότητας, να επιτευχθεί η πραγματική προσέγγιση και κοινωνία των δύο φύλων. Το παιδί μετέχει σ' αυτή την συναισθηματική έξαρση, ηρεμεί και παρατηρεί την ιδανική αυτή έκφραση κοινωνίας των δύο φύλων. Έτσι, μέσα σ' αυτό το κλίμα ενεργοποιείται η πιο αποτελεσματική παιδευτική λειτουργία της οικογένειας, η οποία δεν βασίζεται στο παιδευτικό λόγο, αλλά είναι κυρίως βίωμα και τρόπος ζωής. Με αυτό το τρόπο το παιδί προσεγγίζει και μαθαίνει τους κοινωνικούς ρόλους των φύλων, που με τρόπο βιωματικό και ως επί το πλείστον ασυνείδητα προβάλλουν οι γονείς του. Παρατηρεί τη συμπεριφορά τους, όπως αυτή εκδηλώνεται σε επίπεδο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό και ταυτιζόμενο με το γονέα του ιδίου φύλου ή με πρόσωπα του αντίθετου φύλου, διαμορφώνει βαθμιαία τη σεξουαλικότητά του. Κατά την περίοδο της παιδικής ηλικίας των τέκνων τους, οι γονείς πρέπει να διαδραματίζουν σωστά τον ανδρικό και τον γυναικείο ρόλο τους, ως προς την συμπεριφορά, την ομιλία, την έκφραση, την όλη στάση τους, τις μεταξύ τους σχέσεις, προβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στα παιδιά τους, σωστή και ολοκληρωμένη εικόνα ανδρισμού ή θηλυκότητας, χωρίς κάποιο χαρακτηριστικό διαφορούμενο. Ιδιαίτερη όμως προσοχή χρειάζεται κατά την εφηβεία, που ολοκληρώνεται η ανάπτυξη των πρωτευόντων και δευτερευόντων σεξουαλικών γνωρισμάτων του ατόμου, δηλαδή συντελείται η εξέλιξη του φύλου του. Τότε είναι απαραίτητη η κατάλληλη ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση, ώστε να ολοκληρωθεί η διαφοροποίηση των φύλων. Ο νέος ή η νέα θα κατορθώσει έτσι, μέσα από το ανδρικό ή αντίστοιχα το γυναικείο πρότυπο των γονέων, να αυτοκαθοριστεί όσο το δυνατόν καλύτερα ως άνδρας ή γυναίκα, αντιμετωπίζοντας με επιτυχία τα μεγάλα προβλήματα της περιόδου εκείνης, δηλαδή την αποδοχή του φύλου και την αναζήτηση της ταυτότητας του.

Στη δεύτερη φάση θα πρέπει να οργανώνεται και να πραγματοποιείται, σε επίπεδο συμβουλευτικό και καθοδηγητικό, το κύριο έργο της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης του νέου ανθρώπου. Οι νέοι γονείς, θα πρέπει να αρχίσουν να μελετούν συστηματικά τα θέματα που αφορούν την ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του νέου ανθρώπου και την αγωγή του, ώστε να είναι ικανοί να απαντούν εύστοχα στα ερωτήματα των παιδιών τους, αλλά και κατάλληλα προετοιμασμένοι για την εφαρμογή ενός προγράμματος συμβουλευτικής υποστήριξης των νέων σε θέματα σεξουαλικής ζωής και συμπεριφοράς. Με αυτό τον τρόπο θα είναι σε θέση να τα βοηθήσουν αποτελεσματικά, κυρίως κατά την κρίση της εφηβείας, ώστε να μπορέσουν να αυτοκαθοριστούν με επιτυχία ως άνδρες ή γυναίκες κατά τη δύσκολη αναπτυξιακή τους πορεία. Η σεξουαλική τους συμβουλευτική δεν πρέπει να περιέχει ασαφές ή διφορούμενο στοιχείο, δεν πρέπει επίσης να ενθαρρύνει την αρνητική στάση απέναντι στο άλλο φύλο. Ο φόβος ή η περιφρόνηση του αντίθετου φύλου συντελούν πολλές φορές στην ενίσχυση ομοφυλοφιλικών τάσεων. Οι γονείς, απεναντίας, θα πρέπει με κατάλληλα παιδαγωγικά μέσα να διευκολύνουν, από πολύ νωρίς μάλιστα, τη συνάντηση και γνωριμία των δύο φύλων, η οποία διαλύει τις επιφυλάξεις και τον ετερόφυλο φόβο.

Επειδή η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να αρχίζει, αλλά και να ολοκληρώνεται, στην οικογένεια. Οι γονείς είναι αυτοί, που θα αντιμετωπίσουν τα πρώτα αυτά αγωνιώδη ερωτήματα του νέου ανθρώπου αναφορικά με τον κύκλο της ζωής του. Μπορεί τις περισσότερες φορές να μειονεκτεί σε ορθολογική οργάνωση και επιστημονική τεκμηρίωση, εντούτοις είναι μοναδική σε αποτελεσματικότητα, επειδή κατευθύνεται από την αλάνθαστη ψυχοπαιδαγωγική διαίσθηση και ευαισθησία των γονέων. Αξιοποιώντας λοιπόν αυτή τη φυσική λειτουργία της οικογένειας, οι σημερινοί γονείς, που όπως έχουμε διαπιστώσει, εκδηλώνουν πραγματικό ενδιαφέρον για θέματα παιδείας της οικογένειας, ας αρχίσουν από τις μικρές ηλικίες τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Θα πρέπει, για το σκοπό αυτό να ζητήσουν τη βοήθεια μορφωτικών παραγόντων, όπως οι σχολές γονέων και να ενισχύσουν την εμπειρία τους με την απαραίτητη επιστημονική γνώση, ανατρέχοντας στα κατάλληλα βιβλία. Επίσης, θα πρέπει να οργανώσουν προσωπικό σύστημα συμβουλευτικής μεθοδολογίας, το οποίο φυσικά να αντιστοιχεί προς το πνευματικό και οικονομικό επίπεδο της οικογένειας. (Κρουσταλάκης Γ.,1995)

11.2.2. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΕΙΟ

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ως συμβουλευτική διαδικασία, στην οικογένεια και το σχολείο, μπορεί να συντελέσει σημαντικά στην ωρίμανση της προσωπικότητας του νέου ανθρώπου. Σε πολλές περιπτώσεις, η σεξουαλική συμβουλευτική είναι μορφή προληπτικής αγωγής, ενώ σε άλλες πάλι αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση. Η σεξουαλική αγωγή του παρελθόντος είχε επηρεάσει αρνητικά τον ψυχισμό και πολλές φορές την βιολογική υπόσταση πολλών ευαίσθητων νέων ανθρώπων. Η άγνοια και η στρεβλή ενημέρωση δημιούργησαν περιπτώσεις σεξουαλικής ψυχρότητας, ψυχικές τάσεις απομόνωσης και επιθετικότητας, συναισθηματικές καταστάσεις ντροπής και ενοχής με περαιτέρω επιπτώσεις στην κοινωνικοποίηση και στις σχέσεις μεταξύ των φύλων αλλά και στις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Πολλές φορές πάλι η έλλειψη σεξουαλικής καθοδήγησης, σε νέους με κάποιες

λανθάνουσες βιολογικές ή συναισθηματικές προδιαθέσεις, διευκόλυνε την διολίσθηση τους προς μια γενετήσια συμπεριφορά με αποκλίνουσες εκδηλώσεις.



Εικόνα 31: Παιδιά μαζί με τους γονείς τους στο σχολείο

Το σχολείο μπορεί να παίξει τον πλέον καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της σεξουαλικής αγωγής. Το νηπιαγωγείο ή οι πρώτες τάξεις του δημοτικού αποτελούν την πρώτη οργανωμένη κοινωνία για κάθε παιδί μετά την οικογένεια. Στην κοινωνία αυτή θα αναπτύξει σχέσεις συνεργασίας και συναγωνισμού με άλλα παιδιά, μέσα σε μια ομάδα που δεν αισθάνεται ότι είναι το «κέντρο» της, όπως συμβαίνει συνήθως με την οικογένειά του. Οι εμπειρίες και οι γνώσεις του έχουν τη σφραγίδα της αυθεντίας και της σοβαρότητας και η σχολική του ζωή είναι το κύριο έργο του. Το σχολείο θα μπορούσε να αναπτύξει ηθικές και αισθητικές αξίες που θα αποτελούσαν την καλύτερη άμυνα απέναντι στην πλύση εγκεφάλου που μας κάνουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και ψυχαγωγίας. Και τέλος το σχολείο θα μπορούσε να βοηθήσει στην ανάπτυξη ολοκληρωμένης προσωπικότητας και ανθρωπίνων σχέσεων βασισμένων στον αμοιβαίο σεβασμό. (Κιντής Γ.,1995)

11.2.3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Μέχρι στιγμής ο ρόλος των Μ.Μ.Ε. στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων ανθρώπων είναι καθαρά αρνητικός. Οι νέοι βομβαρδίζονται από τα Μ.Μ.Ε. με περιοδικά, διαφημίσεις, πόστερ, τηλεοπτικές εκπομπές, χολιγουντιανές παραγωγές αλλά πλέον και μέσω του διαδικτύου από έντονα σεξουαλικά ερεθίσματα. Γεγονός είναι ότι οι έφηβοι σήμερα είναι πολύ περισσότερο ενεργοί σεξουαλικά σε σύγκριση με τις προηγούμενες γενεές, και μερίδιο ευθύνης σε αυτό έχουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει το γεγονός ότι τα Μ.Μ.Ε. μας επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό και πόσο μάλλον έναν έφηβο, δίνοντας λανθασμένα πρότυπα σεξουαλικής συμπεριφοράς και πρότυπα ζωής.

Ο ρόλος όμως των μέσων μαζικής ενημέρωσης θα μπορούσε να είναι εκπαιδευτικός πάνω στο θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης:

- Εκπομπές στη τηλεόραση με ειδικούς πάνω στο θέμα
- Ενημέρωση μέσω των ειδήσεων
- Άρθρα σε περιοδικά και εφημερίδες
- Ενημερωτικές εκπομπές στο ραδιόφωνο
- Ενημέρωση μέσα από το διαδίκτυο.

11.2.4. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΪΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Όπως είναι γνωστό η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν έχει γίνει ακόμα κομμάτι της Ελληνικής κοινωνίας. Έχει ήδη επέλθει η στιγμή που πρέπει να θέσουμε επί τάπητος το ζήτημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, κινούμενοι από τους προβληματισμούς που θέτουν οι έφηβοι, οι νέοι αλλά και οι γονείς και ας μην παραβλέπουμε το γεγονός ότι η σημαντικότητα της αγωγής αυτής συμβάλλει στην ανάλογη σεξουαλική συμπεριφορά και ζωή όλων.

Έτσι και με βάση τα στοιχεία που θέσαμε παραπάνω είναι αναγκαίο να γίνεται συμβουλευτική γονέων από ειδικούς καθώς και συντονισμός γονέων–σχολείου στην αντιμετώπιση του παιδιού. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των παιδιών σημαίνει πρώτα σεξουαλική ωριμότητα των γονέων τους, την οποία και θα εκλάβουν από την ενημέρωση των ίδιων οι οποίοι τις περισσότερες φορές δε γνωρίζουν το σώμα τους και τα συναισθήματά τους

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να γίνεται στο σχολείο μόνο από άτομα με ειδικές γνώσεις. Πρέπει να γίνονται ομιλίες και ομαδικές συζητήσεις μέσα στην τάξη με θέμα ότι αφορά τη σχέση των δύο φύλων στο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο.

Η ενημέρωση είναι απαραίτητο να δίδεται από τη μικρή ηλικία έτι ώστε να εκλείψει η άγνοια και οι λανθασμένες γνώσεις. Ας διδαχθεί η σεξουαλική αγωγή στα ελληνικά σχολεία για να έχουμε σαν συνέπεια λιγότερους βιασμούς, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, κακοποιήσεις παιδιών, αιμομιξίες και ψυχρότητες. Είναι αναγκαίο να εδραιωθεί η εμπιστοσύνη σχολείου – γονέων – παιδιών και να συνδέεται η ενημέρωση με τον συναισθηματισμό του ατόμου.

Στα προγράμματα αυτά, θα πρέπει να εφαρμόζονται τα θέματα που θα περιέχονται σ' αυτά, εστιάζοντας στα μηνύματα των φύλων, τις εικόνες των σωμάτων, τους οικογενειακούς ρόλους, τη στοργή και την οικειότητα και τη μάθηση περί των σεξουαλικών επαφών και των συνεπειών τους.

Σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι να βοηθήσει τους νέους, να επικοινωνούν πιο ουσιαστικά με τους γονείς τους, να αντιστέκονται στην πίεση των συναδέλφων και στα μηνύματα των μέσων επικοινωνίας σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά, να καθυστερήσουν να έχουν την πρώτη επαφή και να τους προετοιμάσει στην χρήση της αντισύλληψης όταν θα γίνουν σεξουαλικά ενεργοί.

Υπάρχουν και άλλες ευρύτερες επιδιώξεις των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία. Μια από αυτές τις επιδιώξεις είναι να βοηθήσει τους νέους να αντισταθούν στη σεξουαλική εκμετάλλευση από άλλους και να τους απαλλάξει από την ανάγκη σεξουαλικής εκμετάλλευσης άλλων, με την απόκτηση αυτοπεποίθησης αναφορικά με τη σεξουαλική διάσταση της ζωής τους.

Επιδιώκεται να τους ετοιμάσει για μακροχρόνιες σχέσεις μέσα από δραστηριότητες μαθήσεων πάνω στην επικοινωνία και στην έννοια της αγάπης. Άλλη επιδίωξη είναι να τους βοηθήσει να δεχτούν και να σεβαστούν την επιλογή τρόπου σεξουαλικής ζωής άλλων που είναι διαφορετικές από τις δικές τους. Μια ακόμα επιδίωξη είναι να βοηθήσει τους μαθητές να παίρνουν υπεύθυνες αποφάσεις σε σχέση με τα σεξουαλικά θέματα.

Επίσης στο πρόγραμμα σεξουαλικής αγωγής θα βοηθούσε η συλλογή στοιχείων για τη σεξουαλική δραστηριότητα και τις ανησυχίες των νέων από διάφορες κρατικές υπηρεσίες και κοινοτικές οργανώσεις όπως τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Αυτές οι υπηρεσίες και οργανώσεις μπορεί να διαθέτουν πληροφορίες πάνω σε ποσοστά εγκυμοσύνης, ποσοστά αμβλώσεων, νόσους μεταδιδόμενους με τη σεξουαλική επαφή καθώς και άλλες συναφείς στατιστικές.

Να δημιουργηθεί ένας φάκελος με ειδήσεις και άρθρα περιοδικών που να θεμελιώνουν τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Να περιληφθούν στο φάκελο αυτό έτοιμες απαντήσεις και ερωτήσεις που συχνά τίθενται σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά από τα παιδιά. (Μαρκαντώνης Ι.,2007)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η σεξουαλική ανάπτυξη και αγωγή είναι ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα η οικογένεια, το σχολείο, και οι ίδιοι οι έφηβοι, γι' αυτό και οι υπεύθυνοι φορείς, γονείς, εκπαιδευτικοί και κοινωνία, πρέπει να αποδώσουν μεγάλη σημασία στο να δοθεί σωστή σεξουαλική αγωγή! Διαπιστώνεται ωστόσο ότι, τόσο η οικογένεια όσο και το σχολείο, αλλά και η κοινωνία δεν διαθέτουν σε επαρκή βαθμό τις απαραίτητες προϋποθέσεις (σχετική πληροφόρηση και ανάλογο παιδαγωγικό κλίμα), για να προσφέρουν σωστή σεξουαλική αγωγή, ενώ οι ίδιοι οι έφηβοι κρίνουν ότι δεν γνωρίζουν αυτά που χρειάζονται να ξέρουν για το θέμα αυτό σε ικανοποιητικό βαθμό. Τέλος, οι σκοποί και το περιεχόμενο της σεξουαλικής αγωγής δεν πρέπει να περιορίζεται απλώς στην ενημέρωση των παιδιών και των νέων για τα θέματα του σεξ, σε μια περιορισμένη και ξερή δηλαδή γνώση για τη γενετήσια ορμή, την ισοτιμία των φύλων και τις προφυλάξεις από τις δυσμενείς συνέπειες της αλόγιστης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Παράλληλα πρέπει να επιδιώκεται η κατανόηση του βαθύτερου νοήματος που υπάρχει στη μοναδική ομορφιά και δημιουργία του ετερόφυλου έρωτα, καθώς και η καλλιέργεια στάσεων, αξιών και αρχών που περισώζουν και εξυψώνουν αυτή τη μεγάλη και ευαίσθητη περιοχή της ανθρώπινης ψυχοβιολογικής και κοινωνικής ζωής του ανθρώπου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εκτρωση είναι η διακοπή της εγκυμοσύνης και η εκβολή του κυήματος που προκαλείται για θεραπευτικούς σκοπούς, συνήθως όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας ή έχουν διαπιστωθεί σοβαρές ανωμαλίες στο έμβρυο, ενώ άμβλωση είναι η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης με θανάτωση του κυήματος, προτού αυτό καταστεί βιώσιμο (τέλος της 28ης εβδομάδας της κύησης), χωρίς ιατρική ένδειξη και άσχετα από το αν έχει γίνει σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής ή με εξωιατρικά μέσα. Σήμερα όμως δεν γίνεται διάκριση μεταξύ έκτρωσης και άμβλωσης, η οποία πραγματοποιείται με σκοπό, να αποφευχθεί η απόκτηση ενός ανεπιθύμητου παιδιού. Μερικές από τις μεθόδους των εκτρώσεων είναι η απόξεση με αναρρόφηση, εμβρυοτομή, υστεροτομή κ.τ.λ. καθώς η κατάλληλη μέθοδος επιλέγεται σύμφωνα με το στάδιο της εγκυμοσύνης. Οι επιπτώσεις αυτών των μεθόδων στις γυναίκες και κυρίως στις έφηβες είναι πολυάριθμες συνάμα σοβαρές, κάποιες από αυτές είναι ρήξη τραχήλου, μόλυνση, διάτρηση μήτρας, αιμοραγία, στείρωση, καρκίνος τραχήλου, οωθηκών καθώς και ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, χρήση ουσιών και αυτοκτονία. Οι αμβλώσεις είναι νόμιμες ή νόμιμες με περιορισμούς σε 65 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Σε πολλές χώρες, ιδιαίτερα σε κράτη με συντηρητικές ή βαθιά θρησκευόμενες κοινωνίες, η άμβλωση είναι απαγορευμένη για οποιονδήποτε λόγο. Ακόμη και στην Ευρώπη, υπάρχουν χώρες όπως η Ιρλανδία, η Μάλτα και η Πορτογαλία, όπου οι αμβλώσεις θεωρούνται εγκληματική πράξη και απαγορεύονται διαπαντός ή υπόκεινται σε τόσο αυστηρούς περιορισμούς, ώστε ουσιαστικά να μην είναι εφικτή η πραγματοποίησή τους. Οι περισσότερες από αυτές τις χώρες βρίσκονται στην Ευρώπη, την πρώην Σοβιετική Ένωση και τη Βόρειο Αμερική. Στην χώρα μας οι αμβλώσεις νομιμοποιήθηκαν το 1986, παρά την αντίθεση της Εκκλησίας και ένα μέρος της κοινής γνώμης. Οι ανεπιθύμητές εγκυμοσύνες στην εφηβεία πρέπει να προληφθούν και η πρόληψη γίνεται μόνο με τη σωστή ενημέρωση των εφήβων. Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη κατεχει και ο νοσηλευτής ο οποίος, στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής, μπορεί να προσφέρει σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγιση, όσον αφορά τους μεθόδους αντισύλληψης, τον οικογενειακό προγραμματισμό καθώς επίσης και τις επιπτώσεις των εκτρώσεων στην σωματική αλλά και στην ψυχική υγεία των εφήβων. Τέλος, η σωστή ενημέρωση όλων είναι εξίσου σημαντική για πρόληψη ανεπιθύμητων κυήσεων και δυσάρεστων καταστάσεων, που καλύτερα είναι να προλαμβάνονται, παρά να θεραπεύονται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Αλέξανδρου Π. Σάββα, Επίτομη Ανατομική του ανθρώπου και Άτλας. Τ 1^{ος}. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αφών Κυριακίδη, **1985:413-439**

Ανδρεόπουλος Κ. Στο: Έκτρωση, ΠΑΠΥΡΟΣ LAROUSSE BRITANNICA, τόμος **19**, εκδοτικός οργανισμός ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα **2007;14**

Ασκητής Θ. Η σεξουαλική αφύπνιση της εφηβείας. 4^η έκδοση. Αθήνα, εκδόσεις ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, **1997: 9-90**

Βαγιέχο-Ναχέρα Α. Εφηβεία, η άγρια ηλικία. εκδόσεις ΕΝΑΛΙΟΣ, **1997: 13-167**

Γιαννοπούλου Α. Διλήμματα και προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική. 6^η έκδοση. Αθήνα, εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ. **2005:161-177**

Ιωαννίδης Ι. Παιδαγωγική Ψυχολογία, Τ 2^{ος}. Αθήνα, εκδόσεις «κορφή», **1996:201-217**

Κακλαμάνης Ν, Καμμάς Α. Η ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ. Αθήνα, εκδόσεις M-EDITION, **1998:525-544**

Κανέλος Ε, Λυμπέρη Μ. Φυσιολογία 2. 2η έκδοση. Αθήνα, Δεύτερη εκδόσεις Λύχνος, **1996:149-166,202-213**

Κιντής Γ. Σεξουαλική αγωγή στην Ελλάδα, Διαφυλικές σχέσεις. Τ 1^{ος}. Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, **1995:360-371**

Κουμαντάκης Ε. Έκτρωση και αντισύλληψη στην εφηβεία, Πρακτικά 1^{ου} σεμιναρίου Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού **1-114 1989**, Αθήνα

Κρεατσάς Γ. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Αθήνα, εκδόσεις Εντοπία, **1992**

Κρεατσάς Γ. Σεξουαλική αγωγή και οι σχέσεις των δύο φύλων. Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, **2003:1-200**

Κρουσταλάκης Γ. Γονείς και παιδιά μπροστά στην ερωτική σχέση, Διαφυλικές σχέσεις. Τ 1^{ος}. Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, **1995:402-414**

Μαλγαρινού Μ, Κωνσταντινίδου Φ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. 20^η έκδοση. Τ 1^{ος}. Μέρος 1^ο. Αθήνα, εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, **2002:330-331**

Μαρκαντώνης Ι. Στο: Αγωγή, ΠΑΠΥΡΟΣ **LAROUSSE BRITANNICA**, τόμος 2, εκδοτικός οργανισμός ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 2007;127-144

Μαυρικάκη Ε. άτλας ανατομίας. Αθήνα, Εκδόσεις ΠΑΤΑΚΗ, 2001:74-83

Παπασπηλιόπουλος Π. Στο: Άμβλωση, ΠΑΠΥΡΟΣ **LAROUSSE BRITANNICA**, τόμος 6, εκδοτικός οργανισμός ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 2007;69

Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Νοσηλευτικές διαδικασίες. 2η έκδοση. Τ 2^{ος}. Αθήνα, εκδόσεις ΒΗΤΑ **medical arts**, 2004:427-428

Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Νοσηλευτικές διαδικασίες, 2η έκδοση. Τ 3^{ος}. Αθήνα, εκδόσεις ΒΗΤΑ **medical arts**, 2004:1-2

Τζιγγούνης Β. Φαρμακολογία ορμονικής αντισύλληψης. Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο, Σεξουαλική Δραστηριότητα-**AIDS** Αντισύλληψη 50 1990, Αθήνα.

Χλιαουτάκης Ι. Αντισυλληπτική συμπεριφορά και έκτρωση στους εφήβους του Δήμου Αθηναίων, Σεμινάριο Οικογενειακού Προγραμματισμού 125-127 1992, Αθήνα.

Χρυσικόπουλος Α. Ορμονική Αντισύλληψη στην Εφηβεία. Πρακτικά Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού 137-139 1992, Αθήνα.

Arey L. Στο: Εμβρυολογία του ανθρώπου, γονιμοποίηση, ΠΑΠΥΡΟΣ **LAROUSSE BRITANNICA**, τόμος 19, εκδοτικός οργανισμός ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 2007;341-345

Bancrft J, Machover Reinisch J. Adolescence and Puberty. Oxford University Press, 1990:237-254

Creinin MD, et al. Medical management of abortion. American Journal of Obstetrics and Gynecology Practice Bulletin 2001;184(26):1-13

Dupoux P, Harrison R. Στο: Το γεννητικό σύστημα του ανθρώπου, ΠΑΠΥΡΟΣ **LAROUSSE BRITANNICA**, τόμος 13, εκδοτικός οργανισμός ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 2007;515-519

Glayton G. Στο: Έμμηνη ρύση, ΠΑΠΥΡΟΣ **LAROUSSE BRITANNICA**, τόμος 19, εκδοτικός οργανισμός ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 2007;369-371

Guyton A. ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ, 8^η έκδοση. Τ 3^{ος}. Αθήνα, εκδόσεις ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, 1992:1062,1087,1117,1163-1178,1182-1202,1212

Huffman J. Στο: Εγκυμοσύνη, ΠΑΠΥΡΟΣ LAROUSSE BRITANNICA, τόμος 18, εκδοτικός οργανισμός ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 2007;390-398

Larousse. Στο: Εφηβεία, ΠΑΠΥΡΟΣ LAROUSSE BRITANNICA, τόμος 21, εκδοτικός οργανισμός ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 2007;368-367

Mannion M. Post-Abortion Aftermath, a comprehensive consideration. Sheed & Ward, 1994:1-44, 119-126

Monroy A, Philippot J, Tetry A. Στο: φαινόμενα της γονιμοποίησης, ΠΑΠΥΡΟΣ LAROUSSE BRITANNICA, τόμος 15, εκδοτικός οργανισμός ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 2007;433-436

Lee E. Abortion, motherhood, and mental health. New York, Sheed & Ward, 2003:218-225

Legge J. Abortion Policy. An evaluation of the consequences for Maternal and Infant Health. New York, Albany, 1985:34-75

Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam W. M. Mitchell, «GRAY'S Ανατομία», Τόμος 1, ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, (σελ. 410-444)

Serfaty D. Oral contraceptive, compliance during Adolescence. Vol. 816, N.Y. Annals of the NY Academy of Sciences. 1997:422-423

Sherlock S. Στο: Ήβη, ΠΑΠΥΡΟΣ LAROUSSE BRITANNICA, τόμος 22, εκδοτικός οργανισμός ΠΑΠΥΡΟΣ, Αθήνα 2007;139-140

Spitz IM, et al. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the U.S. New England Journal of Medicine 1998; 338 (18): 1241-1247.

<http://panacea.med.uoa.gr> Κρεατσάς Γ. Στο: Κυήση, Γονιμοποίηση, , Αθήνα 2006

<http://www.americanpregnancy.org> Pymar C, Greinin MD. In: Alternatives to mifepristone regimens for medical abortion, 2000

<http://www.iatronet.gr> Γκικόντες Ε. Στο: Σεξουαλική επαφή, , Αθήνα 2005;78

<http://www.iatrikionline.gr> Τζουμάκα-Μπακούλα Χ. Στο: Ψυχοκοινωνικές και βιολογικές ιδιαιτερότητες του εφήβου, 2008

<http://www.kolonaki-press.com> Μπατάκης Χ. Στο: Εκτρώσεις στην εφηβεία, Θεοδωρακόπουλος Λ. Στο: Έρευνα σοκ για τις εκτρώσεις 2009

<http://www.iatrikionline.gr> Κελλαρτζής Δ. Στο: Αντισύλληψη στην εφηβεία, 2004

<http://www.unborn.gr> Επιπτώσεις των εκτρώσεων στην υγεία της γυναίκας, 2001

Εικόνες:

1. **εικόνα1** <http://bloqs.ucls.uchicago.edu/apmh/art-lectures/>
2. **εικόνες2,6**http://gym_kalamp.drasch.gr/SexoualikaMetadidomenaNosimata.htm
3. **εικόνες3,4**<http://www.eugonia.com/gr/content.php>
4. **εικόνα5**<http://www.femme.gr>
5. **εικόνα7**<http://www.pestola.gr/img1/testosterone-gym-molecules>
6. **εικόνες8,10,εικόνα εξωφύλλου** “mothers of the world”
<http://www.el.wikipedia.org/wiki>
7. **εικόνες9,13,14** <http://www.panacea.med.uoa.gr>
8. **εικόνες11,27,28,29,30,31** <http://www.shutterstock.com>
9. **εικόνα12**<http://www.irg.gr/LinkClick>
εικόνες15,21,22,23,24<http://www.lifesitenews.com/abortiontypes>
10. **εικόνες16,17,18**<http://www.ligery.pblogs.gr>
11. **εικόνα19**<http://fitness-heaven.blogspot.com>
12. **εικόνα20**<http://www.tobemon.org/entry/abortions>
13. **εικόνα25**<http://living..the-environmetalist.org>