ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διέυθυνση Προγράμματος: Καθηγητής Νικόλαος

«ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ»

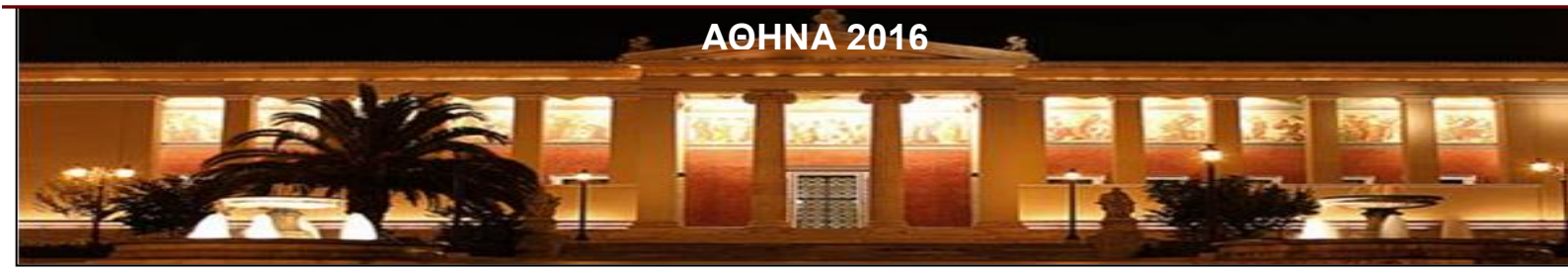
Μεταπτυχιακή εργασία

Πηνελόπη Κωνσταντινίδου

Γ΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν»

Διευθυντής: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

ΑΘΗΝΑ 2016



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Γ΄ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ -ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Π. Γ. Ν «Αττικόν»

Διευθυντής Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

«ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ»

Μεταπτυχιακή εργασία

Πηνελόπη Κωνσταντινίδου

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

ΑΘΗΝΑ 2016

Αφιερωμένη

στον σύζυγό μου Ιωάννη Αυγέρη

στα παιδιά μου Χρήστο και Αντιγόνη

& στη φίλη μου κα Άννα Γλυνού

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη της Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής, το Διευθυντή Καθηγητή κο Νικόλαο Παπαντωνίου, για την ευκαιρία που μου έδωσαν να παρακολουθήσω ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα, που ανταποκρίνεται πλήρως στα επιστημονικά μου ενδιαφέροντα.

Επίσης, νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω ξεχωριστά τους διδάσκοντες και τους υπεύθυνους του Π.Μ.Σ. «Παθολογία της Κύησης», γιατί με καθοδήγησαν και με βοήθησαν να προσεγγίσω την επιστήμη που αγαπώ τόσο πολύ, την Μαιευτική. Με την φοίτησή μου στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, μου δόθηκε η ευκαιρία να προσθέσω και να εμπλουτίσω την κλινική μου εμπειρία με επιστημονικά δεδομένα και γνώσεις, που βασίζονται σε όλες τις τελευταίες εξελίξεις στον τομέα της Μαιευτικής.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Γραμματικάκη Ιωάννη, Επιμελητή Α΄ της Γ΄ Μαιευτικής – Γυναικολογικής, Π.Γ.Ν « Αττικό », που με την αμέριστη βοήθεια, τον ένθερμο ζήλο και καθοδήγησή του κατόρθωσα να φτάσω στο τέρμα της μεταπτυχιακής μου εκπαίδευσης .

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Γ΄ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Π. Γ.Ν «Αττικόν»

Διευθυντής :Καθηγητής Ν. Παπαντωνίου

«ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ»

Μεταπτυχιακή εργασία Π. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Βιογραφικό σελ. 17

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή σελ. 25

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{ο} ΕΦΗΒΕΙΑ

1.1 Ιστορική ανασκόπηση σελ.26

1.2 Ορισμός Εφηβείας σελ.27

1.3 Προεφηβεία σελ.32

1.3.1 Προεφηβική ηλικία σελ. 32

1.4 Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου σελ. 33

1. 4.1 Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου αρρένων σελ. 33

1.4.2 Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου θηλέων σελ. 37

1. 5. Εμμηναρχή και εφηβεία σελ. 38

1.6. Εμμηνορυσιακός κύκλος σελ. 38

1.6.1. Έμμηνος ρύση σελ. 40

1.6.2. Νευροφυτικός κύκλος σελ. 40

1.7. Κοινά χαρακτηριστικά σελ. 40

1.8 Κοινωνική ανάπτυξη σελ. 41

1.9 Ψυχολογική-συναισθηματική ανάπτυξη σελ. 44

1.10 Ήβη σελ. 46

1.10.1 Διαφορά ήβης-εφηβείας σελ. 49

1.10.2 Πρώιμη ήβη σελ. 50

1.10.3 Καθυστερημένη ήβη σελ. 51

2. Ανατομία γεννητικού συστήματος σελ. 52

2.1 Ανατομία γεννητικού συστήματος άρρενος σελ. 52

2.2 Ανατομία γεννητικού συστήματος θήλεος σελ. 57

2.3 Μαστός σελ. 82

3. Λειτουργία γεννητικών οργάνων σελ. 84

3.1 Ενδοκρινείς αδένες σελ. 85

3.1.1 Υποθάλαμος σελ. 86

3.1.2 Υπόφυση σελ. 90

3.2. Φυσιολογία του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-γονάδες σελ. 93

3.2.1 Αληθής ή εξαρτώμενη της GnRH πρώιμη ήβη σελ. 93

3.2.2 Ιδιοπαθής πρώιμη ήβη σελ. 95

3.2.3 Ψευδής ή ανεξάρτητη της GnRH πρώιμη ήβη σελ. 96

4. Εφηβική ιατρική σελ. 97

4.1 Παιδίατρος ή άλλος ειδικός; σελ. 98

4.2 Πρώτη γυναικολογική εξέταση σελ. 99

4.3 Ενδοσκοπικές και απεικονιστικές μέθοδοι σελ. 99

ΣΚΟΠΟΣ-ΥΛΙΚΟ σελ. 103

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. Εγκυμοσύνη στην εφηβεία σελ. 107

5.1 Αίτια σελ. 108

5.2 Συχνότητα σελ. 108

5.3 Σχέδιο φροντίδας εφήβου κατά την κύηση σελ. 112

5.3.1 Διαταραχές διατροφής σελ. 119

5.3.2 Άσκηση σελ. 123

5.4 Κλινική εικόνα σελ. 125

5.5 Ιατρικοί κίνδυνοι σελ. 126

5.5.1 Υπερτασικές διαταραχές σελ. 130

5.5.2 Αποκόλληση πλακούντα σελ. 134

5.5.3 Δυσαναλογία πυέλου σελ. 136

5.5.4 Αναιμία σελ. 136

5.5.5 Πρόωρος τοκετός σελ. 139

5.5.6 Χρωμοσωμικές ανωμαλίες 140

5.5.7 Υπολειπόμενη ανάπτυξη σελ. 142

6. Τοκετός σελ. 143

6.1 Θηλασμός σελ. 144

6.2 Λοχεία σελ. 145

6.3 Επιπλοκές σελ. 145

6.4 Συνέπειες τραυματισμού σελ. 149

6.4.1 Παραλλαγές θέσης και πρόπτωση μήτρας σελ. 149

6.4.2 Συρίγγια σελ. 150

6.4.3 Κυστεοκήλη-ορθοκήλη σελ. 151

7. Φαρμακευτική παρέμβαση σελ.

8. Οικογενειακός προγραμματισμός Αντισύλληψη σελ. 153

8.1. Μέθοδοι αντισύλληψης στην εφηβεία σελ. 161

8.2. Επιλογή σωστής μεθόδου σελ. 169

8.3. Αντισύλληψη εφήβων με ειδικά προβλήματα σελ. 170

9. Σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα σελ. 171

10. Αντιμετώπιση σελ. 175

11. Φροντίδα μετά τον τοκετό σελ. 176

12. Σεξουαλική κακοποίηση σελ. 178

13. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σελ. 182

14. Γονείς και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σελ. 187

15. Τεχνητή αποβολή σελ. 187

16. Ψυχολογική διερεύνηση σελ. 194

16.1. Εξελικτική θεώρηση του φαινομένου σελ. 194

16.2. Ψυχοδυναμική θεώρηση σελ. 195

17. Επιλογές σελ. 196

18. Μετάβαση στη γονεϊκότητα σελ. 198

19. Συμπεράσματα σελ. 201

21. Summary σελ. 203

22. Βιβλιογραφία σελ. 205

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ονοματεπώνυμο: Κωνσταντινίδου του Λουκά Πηνελόπη

Διεύθυνση: Μπίμπιζα 47, Ίλιον 13122, Αθήνα

Τηλέφωνο: 2130375616, 6943056103

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: popikon68@gmail.com

Ημερομηνία γέννησης: 02/06/1968

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος, 2 παιδιά

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Ιούνιος 1986 1ο Λύκειο Ν. Ηρακλείου 18,5 'Λίαν Καλώς'

Ιούνιος 1985 Πτυχίο Αγγλικής γλώσσας First Certificate in English Επίπεδο LOWER, Grade 'C'

Μάρτιος 1992 Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας & Πρόνοιας του ΤΕΙ Αθήνας Τμήμα Μαιευτικής, βαθμός πτυχίου 6.99 «Λίαν Καλώς»

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Π.Μ.Σ. Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. (2016- παρόν)
« ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Απρίλιος 2012 (ΠτυχίοΗ/Υ) ECDL Progress Certificate

ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Νοέμβριος 1992 Εγγεγραμμένο Μέλος Συλλόγου Μαιών - Μαιευτών Αθηνών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

1993-1997 Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Υπεύθυνη εξωτερικού γυναικολογικού ιατρείου

Τμήμα επειγόντων περιστατικών

1997 Μαιευτήριο Ιασώ

Τμήμα λεχωίδων

1998-1999 ΠΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο», σύμβαση εργασίας ΙΔΟΧ

Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική

ΤΕΠ-ΤΕΙ

1999-2000 Ιδιωτικό Μαιευτήριο «Νίκη»

Τμήμα αιθούσης τοκετών

Τμήμα λεχωίδων

2001-2002 «Αρεταίειο», σύμβαση εργασίας ΙΔΟΧ

Γυναικολογικό χειρουργικό τμήμα

Τμήμα λεχωίδων

ΤΕΠ

2007-σήμερα ΚΠΠΑ «Η Μητέρα» Μονάδα Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας Αττικής (Ν.Π.Δ.Δ)

Παρακολούθηση και αντιμετώπιση κυήσεων υψηλού κινδύνου με κοινωνικά προβλήματα , & ψυχικά διαταραγμένων εγκύων, του Ιδρύματος.

Προγεννητικός Έλεγχος Εγκύων.

Μαιευτική Παρακολούθηση Επιτόκων & Λεχωίδων

Οικογενειακός προγραμματισμός

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ–ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΕΙΣ

25-09-2013 Βεβαίωση παρακολούθησης της Ημερίδας «Παιδική Προστασία-Υιοθεσία-Αναδοχή»

11-12-2013 Βεβαίωση παρακολούθησης της Ημερίδας «Προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού»

13-12-2013 Απόφαση παρακολούθησης Εφορείας Αρεταίειου Νοσοκομείου του Τμήματος Προγεννητικού Ελέγχου και Γυναικολογικής Υπερηχοτομογραφίας επί 6μηνο

29-03-2014 Πιστοποιητικό συμμετοχής στο «1ο Συμπόσιο Αντιπαραθέσεων στη Μαιευτική»

10-05-2014 Πιστοποιητικό συμμετοχής στην «11η Ημερίδα Ενδοκρινολογίας της Γυναίκας με θέμα Σακχαρώδης Διαβήτης και Κύηση»

21-07-2014 Βεβαίωση παρακολούθησης στο «32ο Κλινικό Σεμινάριο Εμβρυομητρικής Ιατρικής»

28-08-2014 Certificate of attendance «9th Congress on Women's Health & Disease»

18-09-2014 Πιστοποιητικό συμμετοχής στο «13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών»

18-11-2014 Βεβαίωση συμμετοχής Διάλεξης «Είναι μονόδρομος η Μαιευτική Υστερεκτομή στην αιμορραγία της υστεροτοκίας;»

22-11-2014 Βεβαίωση παρακολούθησης εργασιών στο «42ο Σεμινάριο ALSO»

06-12-2014 Βεβαίωση παρακολούθησης της Ημερίδας «Ιογενείς Περιγεννητικές Λοιμώξεις»

12-12-2014 Βεβαίωση συμμετοχής στο «2ο Κύκλο Κλινικών Σεμιναρίων Εμβρυομητρικής Ιατρικής»

16-12-2014 Βεβαίωση συμμετοχής Στρογγυλής Τραπέζης «Αποτυχία στην εξωσωματική γονιμοποίηση»

11-03-2015 Βεβαίωση συμμετοχής Διαλέξεων του G. Visser με θέματα:

«Optimal Fetal Growth and IUGR»

«Update on tocolutics and antenatal corticosteroids»

18-04-2015 Βεβαίωση παρακολούθησης στο Εργαστήριο «Ο Μητρικός Θηλασμός στην πράξη»

13-06-2015 Βεβαίωση παρακολούθησης στο «41ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο»

03-10-2015 Βεβαίωση παρακολούθησης στο «1^{ο} Θεωρητικό και Πρακτικό Σεμινάριο Γυναικολογικής Υπερηχοτομογραφίας»

17-10-2015 Βεβαίωση παρακολούθησης στο «7^{ο} Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού»

18-10-2015 Πιστοποιητικό συμμετοχής στο «18^{ο} Πανελλήνιο Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής»

21-11-2015 Βεβαίωση παρακολούθησης στην 11^{η} Διακλινική Ημερίδα «Προβλήματα 04-12-2015 Πιστοποιητικό Θεωρητικής και Πρακτικής Εκπαίδευσης στο «21^{ο} Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού»

16-12-2015 Πιστοποιητικό Θεωρητικής Επάρκειας Υπερήχων 3^{ου} Τριμήνου Κύησης

30-01-2016 Βεβαίωση παρακολούθησης «2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Υπερηχοτομογραφίας Περιγεννητικής Ιατρικής»

στη Μαιευτική και Γυναικολογία»

20-02-2016 Βεβαίωση παρακολούθησης Επιστημονικής Ημερίδας «Προγεννητικός έλεγχος πρώτου τριμήνου: νεότερα δεδομένα»

02-04-2016 Πιστοποιητικό συμμετοχής στην Ημερίδα «Αιμορραγία μετά τον τοκετό»

08-04-2016 Πιστοποιητικό συμμετοχής στο «3^{ο} Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Ψυχοπροφυλακτικής Εταιρείας»

ΕΡΓΑΣΙΕΣ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ

Η εξέλιξη της κατανομής των ενδομήτριων θανάτων (Stillbirths) κατά βάρος του εμβρύου στην Ελλάδα (1980-2012)

Η εξέλιξη των πρόωρων γεννήσεων στην Ελλάδα ως προς το βαθμό της προωρότητας (1991-2010)

Έρωτας-Εφηβεία-Πρώτη Σεξουαλική Επαφή 2015

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ

Αθλητισμός Εθελοντικό Μέλος του Αθλητικού Συλλόγου Πάλης Άνω Λιοσίων

Εθελοντισμός

Εθελοντικό Μέλος Παροχής Υπηρεσιών, μαθημάτων ανώδυνου τοκετού και οικογενειακού προγραμματισμού του Συλλόγου «Αγκαλιά»

Εθελοντικό Μέλος του Κοινωνικού Ιατρείου Ιλίου

Κωνσταντινίδου Λ. Πηνελόπη Μαία

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εφηβεία, γέφυρα μεταξύ της παιδικής ζωής και της ενηλικίωσης. Αρχίζει βιολογικά με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει ψυχολογικά με την τελική οργάνωση της σεξουαλικότητας.

Η εξελικτική ψυχολογία μας λέει ότι σ' αυτή την περίοδο ο έφηβος πρέπει να πετύχει και να αποκρυσταλλώσει την ταυτότητα του φύλου του. Να αναπτύξει τη σεξουαλική του θέση, μέσα από την επικοινωνία με το άλλο φύλο.

Στην εποχή μας, περίπου 1 στους 3 εφήβους κάτω των 18 ετών ξεκινά να έχει σεξουαλική δραστηριότητα. Το σεξ αποτελεί ακόμα θέμα ταμπού στην πλειονότητα των ελληνικών οικογενειών και επιπλέον δεν υπάρχει ουσιαστική σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα πλαίσια του οικογενειακού και σχολικού περιβάλλοντος. Το αποτέλεσμα είναι το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων να μην χρησιμοποιεί καμιά ή να χρησιμοποιεί αναποτελεσματικές και ελλιπής μεθόδους αντισύλληψης, τις οποίες έχουν ακούσει από μη έγκυρες πηγές. Έτσι, προκύπτουν πολλές απρογραμμάτιστες και κυρίως ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, με το μεγαλύτερο ποσοστό εξ αυτών μάλιστα να σημειώνεται εντός έξι μηνών από την έναρξη των σεξουαλικών επαφών.

Η εφηβική κύηση είναι κύηση υψηλού κινδύνου με επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας και του παιδιού και υψηλά ποσοστά αυτόματης αποβολής, ενώ περίπου μισές από αυτές τις εγκυμοσύνες καταλήγουν σε άμβλωση, με αρνητικά αποτελέσματα για τη μελλοντική γονιμότητα των εφήβων και σημαντικές αρνητικές επιδράσεις στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη.

Αρχικά, στο γενικό μέρος της διπλωματικής εργασίας γίνεται μελέτη των σωματικών, πνευματικών και ψυχολογικών μεταβολών που συμβαίνουν στην εφηβική ηλικία. Στη συνέχεια, στο ειδικό μέρος αναφέρονται τα αίτια που προκαλούν μια εγκυμοσύνη στην εφηβεία όπως επίσης οι επιπτώσεις, οι κίνδυνοι και οι επιπλοκές που κρύβονται. Έπειτα, ακολουθεί η αναφορά όπου μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να καταλήξει σε έκτρωση και πόσο απαραίτητη είναι η ενημέρωση στους εφήβους για την αντισύλληψη και για τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα.

Στόχος είναι να εμβαθύνουμε στους τρόπους με τους οποίους μπορεί να δοθεί βοήθεια στους νέους ως προς την πρόληψη ανεπιθύμητων καταστάσεων, να τους δοθούν κατευθυντήριες γραμμές και στήριξη στην αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων.

1.1 Ιστορική ανασκόπηση

Ενδιαφέρον για την εφηβική ηλικία έχει εκδηλωθεί σε όλες τις εποχές.

Ο Ξενοφών στο έργο του, Κύρου Παιδεία διακήρυσσε πως «Δοκεί γαρ αύτη η ηλικία μάλιστα επιμελείας δείσθαι». (Ξενοφών ,Κύρου Παιδεία, Α, ǁ, 9)

Ο Πλάτων τόνιζε πως «η γνώση της φύσης και των αναγκών των παιδευομένων διευκολύνει το έργο της αγωγής». (Κ. Μάνος, 2.000)

Εικόνα 1.Κ. Μάνος, 2.000

Δεδομένου ότι ο Σωκράτης ενδιαφέρθηκε για την ηθική και πνευματική ανάπτυξη των νέων, ο Πλάτων τον θεωρούσε «της εφηβικής ηλικίας διδάσκαλον». ((Κ. Μάνος, 2.000)

Ο Αριστοτέλης στο έργο του «Περί της ψυχής» διερεύνησε την ψυχοσύνθεση των νέων και στο έργο του «Αι περί τα ζώα ιστορίαι» αναφέρθηκε στη σωματική εξέλιξη του εφήβου και οι παρατηρήσεις μάλιστα αυτές ισχύουν σε γενικές γραμμές μέχρι και σήμερα. ((Κ. Μάνος, 2000)

Το ενδιαφέρον συνεχίστηκε στα νεότερα χρόνια από τους διαφωτιστές. ((Κ. Μάνος, 2000)

Στη Γερμανία ο Preyer το 1882, μελέτησε την παιδική ψυχή και ο Spranger δημοσίευσε το έργο «Η ψυχολογία της εφηβικής ηλικίας», με ελληνική μετάφραση του καθηγητή Ν. Λούβαρη. Σημαντικές εργασίες στην Αγγλία έγιναν από το Burt και στη Γαλλία από τον P.Mendousse. (Κ. Μάνος, 2000)

Αλλά το επιστημονικό ενδιαφέρον για τους εφήβους εκδηλώθηκε κυρίως στις αρχές του 20ου αιώνα από τον Stanley Hall, που κατά τα λεγόμενά του «Την εφηβική ηλικία θεώρησα σαν ένα από τα πιο μαγευτικά θέματα για μελέτη. Καμιά ηλικία δεν αξίζει να

τύχει τόσης προσοχής, όσο η εφηβική». Στο βιβλίο που δημοσίευσε το 1904 «Η εφηβεία», αναφέρει τις φυσιολογικές και γενετικές μεταβολές στην εφηβεία, ένα έργο που για πολλές δεκαετίες αποτέλεσε βασική πηγή στο θέμα της ανάπτυξης των εφήβων. (Κ. Μάνος, 2000)

Η πρώτη γυναικολογική μονάδα παίδων και εφήβων ιδρύθηκε στην Πράγα το 1940 υπό την εποπτεία του γυναικολόγου R. Peter, ενώ ακολούθησαν συγγράμματα στην Ιταλία από τον G. Schauffler το 1958, στο Βερολίνο των Peter και Vesely το 1968 και στη Μ. Βρετανία από τον Sir John Dewhurst με τίτλο Practical Pediatric and Adolescent Gynecology. (Γ. Κρεατσάς, εκδόσεις Πασχαλίδη, 2001).

Στην Ελλάδα η καθαρά επιστημονική έρευνα άρχισε το 1923 από τον καθηγητή Γ.Σακελάριο. (Γ. Κρεατσάς, εκδόσεις Πασχαλίδη, 2001).

Το 1977 ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας από τον καθηγητή κο Διονύσιο Κασκαρέλη, με υποστήριξη του καθηγητού κου Διονυσίου Αραβαντινού, θυγατρική της Διεθνούς Εταιρείας International Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology. (Γ. Κρεατσάς, εκδόσεις Πασχαλίδη, 2001).

Το 1981 ιδρύθηκε το πρώτο Ιατρείο Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας στην Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. (Γ. Κρεατσάς, εκδόσεις Πασχαλίδη, 2001).

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

«Μακάρι να κοιμούνταν και να ξυπνούσαν όταν θα είχαν πια ενηλικιωθεί» Σαίξπηρ.

Η εφηβεία είναι η περίοδος της αύξησης και της ανάπτυξης του ατόμου, κατά την οποία συμβαίνουν σημαντικές μεταβολές στο σώμα, στη συμπεριφορά και στον ψυχισμό του. Αυτές μεταμορφώνουν το ανώριμο παιδί σε άτομο ώριμο και ικανό για αναπαραγωγή. Διαρκεί 7-8 χρόνια και η έλευσή της προαναγγέλλεται από τις βιολογικές και σωματικές αλλαγές της ήβης (γεγονός συνηθισμένο, αλλά όχι απαραίτητο).

Εφηβεία είναι ένα στάδιο ψυχοσυναισθηματικών αλλαγών, μεταξύ παιδικής και ενήλικης ζωής. Αποτελεί τη μεταβατική περίοδο, κατά την οποία το σώμα μεταμορφώνεται και αναπτύσσεται με έντονους ρυθμούς, με διάρκεια 8 χρόνια περίπου.

Ο Drever χαρακτηρίζει ως εφηβική ηλικία τη χρονική περίοδο από την έναρξη της ήβης μέχρι την ενηλικίωση (Drever J., A dictionary of Psychology, Middlesex, England, 1965).

Ο JERSILD χρησιμοποιεί τον όρο εφηβεία για να χαρακτηρίσει την περίοδο εκείνη κατά την οποία το εξελισσόμενο άτομο πραγματοποιεί τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ώριμη. Χρονολογικά δεν μπορεί να ορισθεί ακριβώς. Αρχίζει πάντως με τα σημεία της ήβης και τελειώνει με τη σεξουαλική ωρίμανση, με το πέρας της αύξησης σε ύψος και με την πνευματική ωρίμανση(JERSILD Arthur, The Psychology of Adolescence, second ed, Toronto-Ontario, 1963).

Ανάλογες είναι οι απόψεις των Ανδρέα Μιχαηλίδη-Νουάρου και Ν. Μελανίτη. Κατά την άποψη του πρώτου συνήθως η έννοια εφηβική ηλικία ορίζεται σαν μια πορεία, με πολλές φάσεις, κατά τις οποίες ο έφηβος αναπτύσσεται και προσαρμόζεται στις νέες –εξωτερικά και εσωτερικά- συνθήκες της ζωής του. Πρόκειται για μεταβατική ηλικία που αρχίζει εκεί όπου τελειώνει η παιδική και σταματά εκεί που αρχίζει η ζωή του ενήλικου. Ολόκληρη η προσωπικότητα του παιδιού αναδιοργανώνεται από ψυχολογική άποψη και ξαναρχίζει σε νέες αυτή τη φορά βάσεις. Γι’ αυτό θεωρείται και είναι, κρίσιμη ηλικία. Ο δεύτερος ορίζει πως εφηβική ηλικία είναι η περίοδος εκείνη του ανθρώπινου βίου, η οποία ευρίσκεται μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ωρίμου ζωής. Κατ’ ακολουθίαν, «ο έφηβος ούτε παις είναι ούτε ώριμος άνθρωπος, αλλά ον το οποίο παρουσιάζει πολλά ίδια σωματικά και ψυχικά γνωρίσματα, εκ των οποίων όμως τινά υπενθυμίζουν την παιδικήν και άλλα την ώριμον ηλικίαν». (Κ. Μάνος, 2000)

Η εφηβεία είναι μια φάση γρήγορης ανάπτυξης του νεαρού ατόμου κατά την οποία συντελείται κοσμογονία, στον μικρόκοσμο του σώματος του και του εσωτερικού του κόσμου, με επιπτώσεις στο περιβάλλον του. Μέσα σ αυτή το παιδί πρέπει να κάνει υποχρεωτικά τη μετάβαση από την παιδική στην ενήλικη ζωή από τη σχεδόν πλήρη εξάρτηση από τους γονείς του, στη σχετικά πλήρη εξάρτηση από τον εαυτό του για τη φροντίδα της ζωής του. (Γ. Κρεατσάς, 2.003)

Μια ωραία περιγραφή της εφηβείας γίνεται σε με μια ιστορία όπου στον έφηβο ήρωα έχει δοθεί ένας μαγικός σκούφος με ένα πετράδι στην κορυφή. Κάθε φορά που αυτός αγγίζει το πετράδι ο κόσμος γύρω του από γνωστός γίνεται διαφορετικός, ανακαλύπτει πράγματα που δεν είχε ξαναδεί και δίνει νέο νόημα και αξία σε οικεία γεγονότα και καταστάσεις. Παρόμοια εμπειρία μας μεταφέρουν συχνά οι έφηβοι και οι γονείς τους μια και η μετάβαση από την παιδική στην ενήλικη ζωή χαρακτηρίζεται από δραστικές αλλαγές. Το παιδί της έκτης δημοτικού έχει φτάσει στην κορυφή της παιδικής ηλικίας έχει αναπτύξει

σημαντικά τις σωματικές και διανοητικές του ικανότητες η διάθεσή του είναι σταθερή και γενικά ευχάριστη, απολαμβάνει τη συντροφιά των γονιών ου τους οποίους και θαυμάζει. Είναι κοινωνικό προσαρμοσμένο στο περιβάλλον και ευχαριστιέται μα παίζει με τους φίλους του. Σε αυτή την ηλικία η παιδική προσωπικότητα φτάνει στην τελείωση της και είναι ιδιαίτερα απολαυστική για το παιδί . Με την εφηβεία το οικείο της παιδικότητας αλλάζει. (Γ. Κρεατσάς, 2.003)

Όπως κάθε μεταβατική περίοδος έτσι και η εφηβεία δεν έχει αυστηρά καθορισμένα όρια ή καθορισμένο ρόλο να διαδραματίσει, εφόσον αυτό εξαρτάται από το τι είδους ενήλικες έχει ανάγκη να δημιουργήσει η κοινωνία στην οποία ανήκει ο έφηβος. Παραδοσιακά τις διαδικασίες της μετάβασης τις όριζε η κοινότητα μέσα στην οποία ζούσε ο έφηβος και η οποία έπαιρνε και την ευθύνη χωρίς την απαραίτητη συγκατάθεση του για να τον ανακηρύξει ενήλικο και να του αναθέσει ρόλους των μεγάλων. Σε ορισμένες ιστορικές κοινότητες, η εφηβεία ήταν απλά μια τελετή κατά την οποία το παιδί περνούσε στις τάξεις των ενηλίκων μέσα από βραχύχρονες τελετουργικές διαδικασίες. Ακόμη και σήμερα σε πολλές χώρες όπου η προστασία των παιδιών δεν είναι αρκετά ανεπτυγμένη και οι ανάγκες επιβίωσης του ατόμου ή και της κοινότητας είναι τεράστιες, δεν υπάρχει εφηβεία. Οι έφηβοι χρησιμοποιούνται στην εργασία σαν εργατικό δυναμικό στις μάχες στις επαναστάσεις σαν πολεμιστές γίνονται αντικείμενο πλουτισμού από εμπόρους εθιστικών ουσιών σια σεξουαλικών απολαύσεων και έτσι η ευκαιρία για τη μεταβατική φάση της εφηβείας χάνεται. (Γ. Κρεατσάς, 2.003

) Η εφηβεία στο δυτικό κόσμο αναγνωρίστηκε μόνο τα τελευταία 100 χρόνια ως διακριτή αναπτυξιακή φάση. Στη σύγχρονη κοινωνία στην εφηβεία τα όρια δεν είναι σαφή. Σε αυτό συμβάλλει η μεγάλη διάρκεια του χρόνου σπουδών, η οποία αποσκοπεί στην απόκτηση προσόντων που θα επιτρέψουν στον έφηβο να αποκατασταθεί επαγγελματικά, πολύ σημαντικό στις μέρες μας, μέσα στο φάσμα της ανεργίας που επικρατεί και η αστικοποίησή του που δεν επιτρέπει το πέρασμα γρήγορα στην ενήλικη ζωή. (Γ. Κρεατσάς, 2.003

) Με τη διάρκεια που υφίσταται δεν είναι περίεργο ότι και οι γονείς και οι έφηβοι συχνά δεν είναι σίγουροι για το ποιο είναι το αναμενόμενο, ποιο το επιτρεπτό και σε ποια ηλικία. (Κρεατσάς, 2.003)

Α΄ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	
1. Νηπιακή ηλικία	από τη γέννηση ώς το 2ο έτος
2. Πρώτη παιδική ηλικία	από το 2ο ως το 5ο έτος
3. Μέση παιδική ηλικία	από 6-10 (κορίτσια)
	από 6-11 (αγόρια)
Β΄ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	
1. Προεφηβική ηλικία ή προχωρημένη παιδική ηλικία[4]	από 11-12 (κορίτσια)
	από 12-13 (αγόρια)
2. Πρώτη εφηβική ηλικία	από 13-14 (κορίτσια)
	από 14-15 (αγόρια)
3. Μέση εφηβική ηλικία	από 15-17 (κορίτσια)
	από 16-18 (αγόρια)
4. Προχωρημένη εφηβική ηλικία	από 18-20 (κορίτσια)
	από 19-20 (αγόρια)
Γ΄ ΩΡΙΜΗ ΗΛΙΚΙΑ	
1. Πρώτη ανδρική ή γυναικεία ηλικία	από 21-34
2. Μέση ανδρική ή γυναικεία ηλικία	από 35-49
3. Προχωρημένη ανδρική ή γυναικεία ηλικία	από 50-64
Δ΄ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	
1. Πρώτη γεροντική ηλικία	από 65-74
2. Προχωρημένη γεροντική ηλικία	από τα 75 ως το θάνατο

(17,3)

Η Hurlock υποδιαιρεί την εφηβεία σε πρώιμη εφηβική ηλικία (early adolescence), από 13-16 για τα κορίτσια κι από 14-17 για τα αγόρια και σε όψιμη εφηβική ηλικία (late adolescence), από 17-20 για τα κορίτσια κι από 18-20 για τα αγόρια.

Με συγκερασμό των απόψεων των Cole και Hall και της Hurlock παίρνομε τον παρακάτω πίνακα, που, κατά τη γνώμη μας, προσδιορίζει καλύτερα τα όρια των ηλικιών:

4. Οι Cole και Hall φαίνεται πως τοποθετούν το στάδιο αυτό ως πρώτο της εφηβικής ηλικίας και όχι ως τέταρτο της παιδικής, επειδή πολλά άτομα των 11-13 ετών έχουν περάσει στην ήβη ή βρίσκονται στα πρόθυρα.

Πάντως «αυστηρή διάκριση των ορίων των διαφόρων ηλικιών δε γίνεται κι από διαπρεπείς ψυχολόγους. Για τον Debesse, λ.χ., η ηλικία των 14 ετών άλλοτε χαρακτηρίζεται ως προεφηβική κι άλλοτε ως πρώτη εφηβική» (67α, 17).

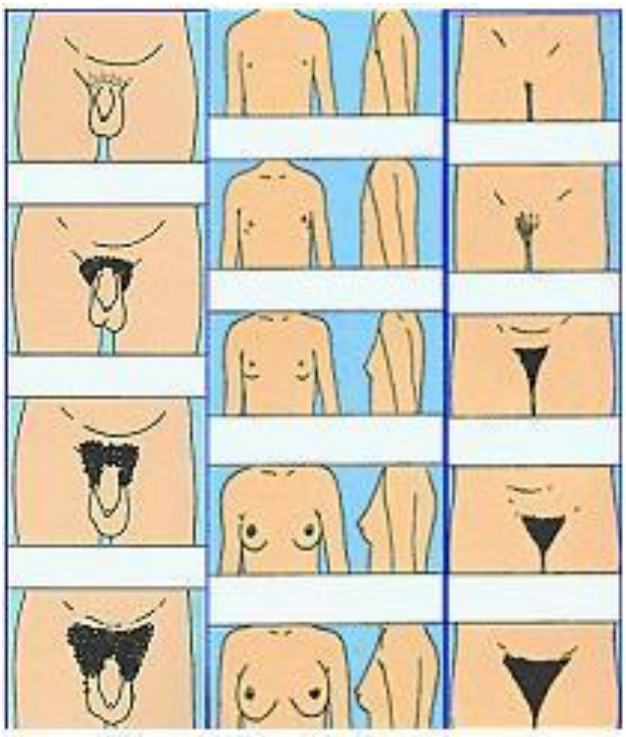
Εικόνα 2. Κ. Μάνος 2.000

Η εφηβεία αρχίζει με την ήβη, για μεν τα κορίτσια στην ηλικία 11 με 13 ετών για δε τα αγόρια 12 - 14 ετών και φτάνει μέχρι τα 18 τους χρόνια.

Ο έφηβος δεν είναι ούτε παιδί, ούτε ενήλικας. Είναι το παιδί που με την ωρίμανση γίνεται ενήλικας μέσα από αλλαγές και δυσκολίες, τόσο για το ίδιο όσο και για τους γύρω του. Η

συμπεριφορά του κατακλύζεται από κυκλοθυμία, έντονα συναισθήματα, ανασφάλεια, ευαισθητοποίηση, στοιχεία που ταράζουν και αναστατώνουν την ψυχολογία του. Για πρώτη φορά έρχεται η αμφισβήτηση των γονέων και η στροφή προς τους συνομήλικους μέσα από μια προσπάθεια εδραίωσης της ανεξαρτησίας .

Είναι μια περίοδος κρίσεων και ανισορροπίας εξαιτίας αφενός των αλλαγών που συντελούνται στη φυσιολογία του σώματος και των ψυχολογικών του συνεπειών και αφετέρου, εξαιτίας της ανάγκης των νέων να πάρουν την τύχη τους στα χέρια τους. Αυτό που διαφέρει από έφηβο σε έφηβο, είναι το εύρος, η ένταση και οι μορφές της κρίσης καθώς και η λύση που δίνεται. (Κ. Μάνος, 2.000)



Εικόνα 3 Αλλαγές της εφηβικής ανάπτυξης F. Netter, 2.004

Η εφηβεία μπορεί να διαιρεθεί σε τρεις περιόδους, καθεμιά από τις οποίες έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά:

• πρώιμη εφηβεία από 10-13 ετών,

• μέση εφηβεία από 14-17 ετών,

• όψιμη εφηβεία >17 ετών.

Γενικά η εφηβεία είναι μια ψυχολογικά φορτισμένη περίοδος στην οποία πρέπει να δίνεται έμφαση στα προειδοποιητικά σημάδια, όπως τα έντονα προβλήματα συγκέντρωσης, η απότομη πρόσληψη ή απώλεια βάρους, η μελαγχολία, οι αϋπνίες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, στοιχεία που ενδέχεται να μαρτυρούν την ύπαρξη κάποιου βαθύτερου προβλήματος. Μεγάλη είναι η σημασία της ανάπτυξης των συναισθημάτων και του ενδιαφέροντος για το σεξ .Μέσα από την αύξηση των επιπέδων της libido έρχεται στην τρυφερή καρδιά των εφήβων το πρώτο ερωτικό καρδιοχτύπι .

1.3 ΠΡΟΕΦΗΒΕΙΑ

Εικόνα 4. Ιστοσελίδα Pubmed

Μετά τη γέννηση του θήλεος, το πρώτο έτος της ζωής και σε όλη τη μετέπειτα παιδική ηλικία, η υπόφυση αρχίζει μια υποτυπώδη χαμηλών επιπέδων λειτουργία, εκκρίνοντας μικρές ποσότητες γοναδοτροπινών, με αποτέλεσμα την ατελή ωρίμανση των πρωτογενών ωοθυλακίων. Από το 1.000.000 ωοθυλακίων που υπάρχουν κατά τη γέννηση στις ωοθήκες, 700.000 μετατρέπονται σε άτρητα μέχρι την εφηβεία, και τα υπόλοιπα 300.000, εξακολουθούν να υπάρχουν, ενώ βαθμιαία μειώνονται μέχρι την εμμηνόπαυση

1.3.1 ΠΡΟΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η προεφηβεία, καταλαμβάνει το χρονικό διάστημα από το 7°-9° έτος της ζωής του θήλεος. Κατά τη φάση αυτή ενεργοποιείται ο υποθαλαμο-υποφυσιακός άξονας, όπου αρχίζει η έκκριση των εκλυτικών ορμονών που δρουν στον υποθάλαμο (Realising Hormones – R.H.), διεγείροντας τα βασεόφιλα κύτταρά του, προκαλώντας την έκκριση των γοναδοτροπινών από την υπόφυση, δηλαδή της FSH, LH. Με τη σειρά τους η θυλακιοτρόπος και η ωχρινοτρόπος ορμόνη δρουν στις ωοθήκες, όπου προκαλείται η

ωρίμανση μερικών ωοθυλακίων. Αυτά τα ωοθυλάκια θα εκκρίνουν τις ωοθηκικές στεροειδείς ορμόνες, με τελικό στόχο τα γεννητικά όργανα. Ενώ η έκκριση αυτή είναι περιορισμένη και σαφώς δεν προκαλεί την ωρίμανση του ενδομητρίου, οδηγεί στην ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου.

Πίνακας 15.4 Κλινικός φαινότυπος ανάλογος του αιτίου της πρώιμης σεξουαλικής ωρίμανσης

Διαταραχή	Φαινότυπος
• Πρώιμη θηλαρχή	Μεμονωμένη διόγκωση μαστών
• Πρώιμη αδρεναρχή	Μεμονωμένη εμφάνιση τρίχωσης εφηβαίου/μασχαλών
• GnRH-εξαρτώμενη πρώιμη ήβη	Πλήρης εμφάνιση σημείων εφηβείας (πάντα του αντίστοιχου φύλου)
Ιδιοπαθής	
Διαταραχές ΚΝΣ	
Δευτεροπαθής σε περιφερική ΠΗ	
• Μη GnRH-εξαρτώμενη πρώιμη ήβη	Εμφάνιση σημείων εφηβείας (του αντίστοιχου ή αντίθετου φύλου)
Επινεφριδιακής αιτιολογίας	
Ανεπάρκεια 21-υδροξυλάσης	Αντίθετου φύλου (αρρενοποίηση θηλέων)
Ανεπάρκεια 11-υδροξυλάσης	Αντίθετου φύλου (αρρενοποίηση θηλέων)
Όγκοι	Ιδίου ή αντίθετου φύλου
Γονάδες	
Σύνδρομο McCune-Albright	Ιδίου φύλου
Όγκοι	Ιδίου ή αντίθετου φύλου
Σ. αυξημένης αρωματοποίησης	Ιδίου φύλου
Υποθυρεοειδισμός	Ιδίου φύλου
Εξωγενής - Πολυπαραγοντική	Ιδίου ή αντίθετου φύλου

Πίνακας 1. Κρεατσάς Γ. 2003

1.4 ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ

Τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, η παραγωγή των ορμονών οδηγεί σε σημαντικές αλλαγές. Η ανάπτυξη των μαστών εμφανίζεται πρώτη ενώ ακολουθούν η τρίχωση του εφηβαίου και κατόπιν της μασχάλης και τέλος η εμμηνορυσία. Σαφώς ως προς τη σειρά υπάρχει διαφοροποίηση ως προς τις ερευνητικές μελέτες. Έτσι κατά τον Dewhurst σε σύνολο 531 κοριτσιών σχολικής ηλικίας σε ποσοστό 26% η ανάπτυξη της τριχοφυΐας προηγείται των μαστών, η εμμηναρχή της τρίχωσης της μασχάλης σε ποσοστό 38% και της τρίχωσης του εφηβαίου σε ποσοστό 8%.

Τα στάδια της εφηβικής ανάπτυξης είναι πέντε, όπου το πρώτο σημαίνει την προεφηβική και το πέμπτο την πλήρη ανάπτυξη τύπου ενηλίκου.

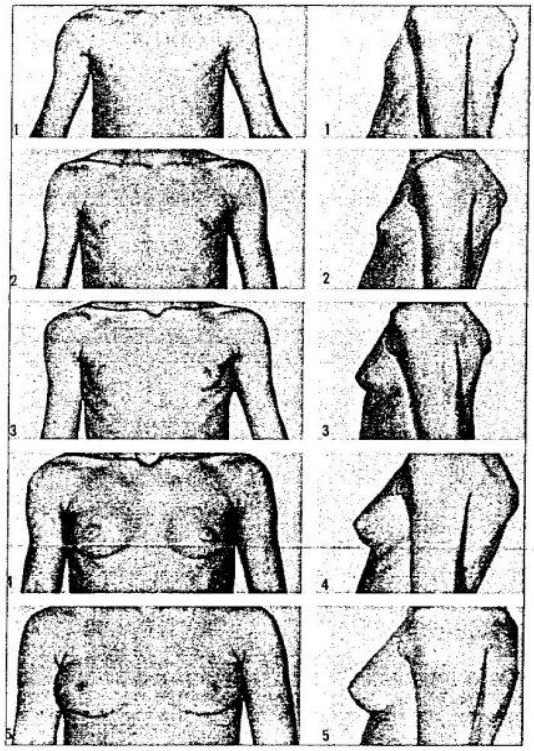
1.4.1 ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΘΗΛΕΩΝ

Για τα κορίτσια η εμφάνιση των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου, όπως είναι η τρίχωση του εφηβαίου και η ανάπτυξη του στήθους, έχουν επίσης μεγάλη ψυχολογική σημασία (γιατί τα κυρίως γεννητικά όργανα είναι εσωτερικά και δεν φαίνονται), καθώς αποτελούν πρόσφορα εξωτερικά κριτήρια θηλυκότητας.

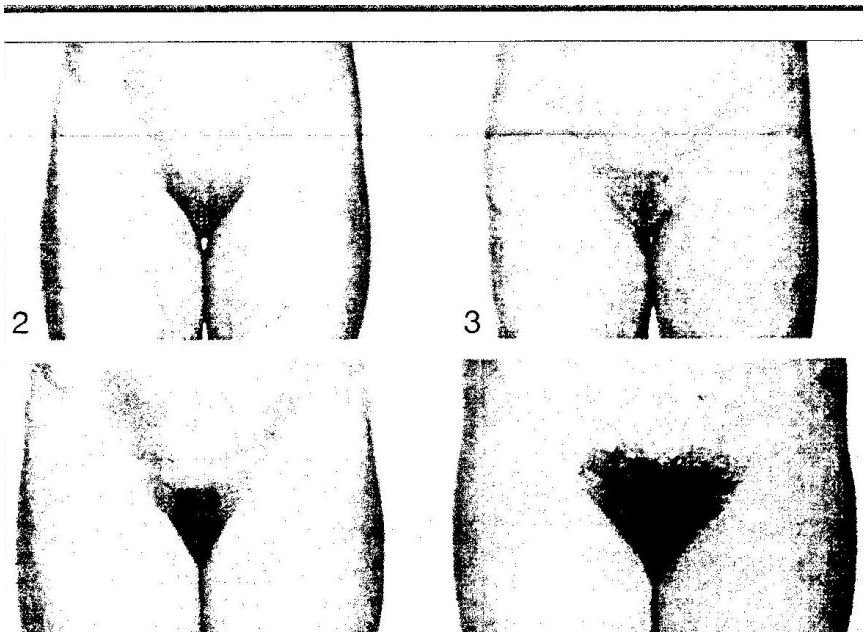
Εικόνα 5.Γ.Κρεατσάς 2.003

Στάδιο	Μαστός	Ηλικία	Εφήβαιο	Ηλικία
1	Παρουσία θηλών, μόνο σαν μικρό έπαρμα.	0-8.9,5*	Απουσία τρίχωσης, μπορεί να υπάρχει μόνο το χνούδι.	0-9,27
2	Μικρή διόγκωση του μαστού και της θηλής και μεγέθυνση της διαμέτρου της θηλαίας άλω.	11,15*	Αραιά ανάπτυξη μακριών τριχών στο εφήβαιο και τα χείλη.	11,69*
3	Παραπέρα μεγέθυνση μαστού και άλω, χωρίς να υπάρχουν σαφή όρια μεταξύ τους.	12,15*	Τραχεία, σκοτεινού χρώματος, αραιά τρίχωση, επεκτεινόμενη προς τα πάνω και στη μέση γραμμή του εφήβαιου.	12,36*
4	Προεξοχή άλω και θηλής, σαν δεύτερο έπαρμα, πάνω στο σχηματισμένο ήδη μαστό.	13,11*	Τρίχωση, όπως στην ενήλικη γυναίκα, που εντοπίζεται όμως μόνο στην ηβική σύμφυση. Δεν υπάρχει τρίχωση στους μηρούς ή τις βουβωνικές περιοχές.	12,95*
5	Στάδιο ώριμου μαστού, πλήρης σχηματισμός της θηλής.	15,33*	Τρίχωση, όπως στην ενήλικη γυναίκα, με επέκταση εκατέρωθεν στη βουβωνική περιοχή και τους μηρούς σε σχήμα τριγώνου.	14,11*

Από τους Marshall και Tanner, τροποποιημένος[3]. * Μέση ηλικία.



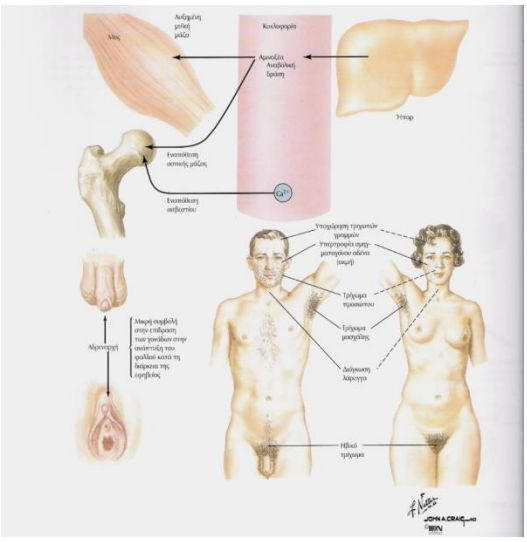
Εικόνα 9.2. Ανάπτυξη του μαστού σε 5 στάδια, κατά Marshall και Tanner[3].



Εικόνα 6. Ανάπτυξη του εφηβαίου. Γ Κρεατσάς 2.003

Για τον προσδιορισμό του ΣΕΑ ενός κοριτσιού αξιολογούμε τα χαρακτηριστικά της τρίχωσης του εφηβαίου, το σχήμα και το περίγραμμα του στήθους. Στα αγόρια το ΣΕΑ καθορίζεται από τις αλλαγές των έξω γεννητικών οργάνων, καθώς και από την ποσότητα και τον τύπο της τρίχωσης του εφηβαίου.

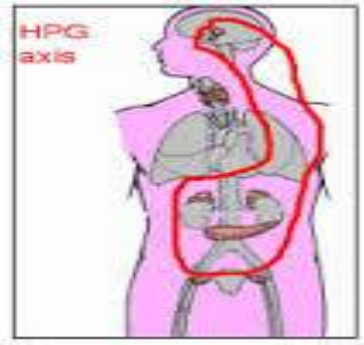
Στην Ελλάδα διαπιστώθηκε ότι σε πλήθος 1533 κοριτσιών στην ηλικία των 8 ετών η τρίχωση του εφηβαίου υπάρχει σε ποσοστό 28,5% και στην ηλικία των 10 ετών της μασχάλης σε ποσοστό 34%. Στις ηλικίες 8-9 ετών η ανάπτυξη των μαστών βρέθηκε σε ποσοστό 8,6% και 27,5% αντιστοίχως, ενώ τέλος η παρουσία της εμμήνου ρύσεως πραγματοποιήθηκε στην ηλικία 11-13 ετών σε ποσοστό 84,7%. Επειδή οι μεταβολές των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου στα κορίτσια -δηλαδή των μαστών και της τρίχωσης του εφηβαίου- και των έξω γεννητικών οργάνων στα αγόρια, ακολουθούν συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα, ανάλογα με το επίπεδο της ανάπτυξής τους, μπορεί να γίνει ταξινόμηση των εφήβων σε διάφορα στάδια, που αποκαλούνται στάδια εφηβικής ανάπτυξης (ΣΕΑ) ή σεξουαλικής ωρίμασης. Η σειρά είναι ίδια στους εφήβους των ΣΕΑ, αλλά ο χρόνος έναρξης, η ταχύτητα με την οποία γίνονται οι αλλαγές και ο χρόνος κατά τον οποίο ολοκληρώνονται παρουσιάζει διαφοροποίηση από έφηβο σε έφηβο. Οι έρευνες δείχνουν ότι ο χρόνος αυτών των αλλαγών έχει μεγάλη σημασία, γιατί επηρεάζει σημαντικά την προσαρμογή των εφήβων στην κοινωνία.



Εικόνα7. F. Netter 2.004 Δράση ανδογόνων επινεφριδίων

Όσο αφορά τα κορίτσια, η ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου αφορά:

- Κατά 2/3 την ανάπτυξη των μαστών
- Την τριχοφυΐα του εφηβαίου, το τριχωτό χνούδι στο πρόσωπο και την τρίχωση στις μασχάλες και στα άνω και κάτω άκρα
- Την εναπόθεση λίπους στο δέρμα και τους γλουτούς
- Τη μικρή αλλαγή ως προς το βράγχος της φωνής
- Την ανάπτυξη των ιδρωτοποιών και σμηγματογόνων αδένων
- Την ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων, με την έναρξη παραγωγής ωαρίων



Εικόνα 8. Φ. Χανιώτης 2.009

Πριν από την ήβη ο μαζικός αδένας αποτελείται μόνο από πόρους όπου στο τοίχωμά τους βρίσκονται επιθηλιακά κύτταρα, τα οποία στην ήβη υπό την επίδραση

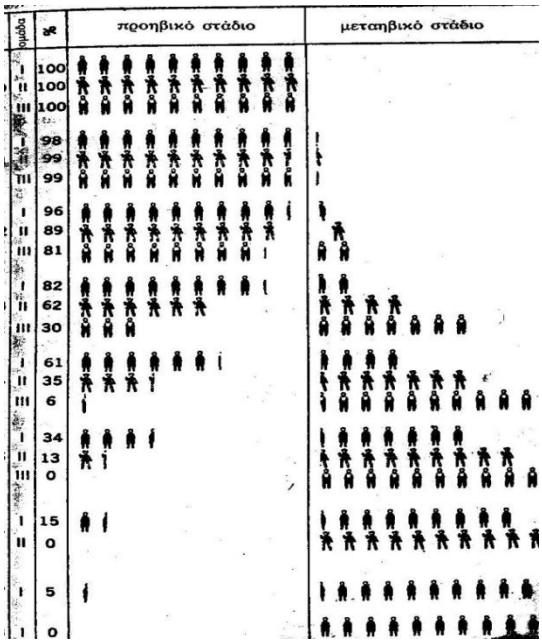
οιστρογόνων πολλαπλασιάζονται ραγδαία όπως και ο συνδετικός ιστός. Τα οιστρογόνα ευθύνονται και για την εναπόθεση λιπώδους ιστού, όπως και για την ανάπτυξη της θηλής. (Κρεατσάς Γ, εκδόσεις Πασχαλίδη, 2001)

Η τρίχωση του εφηβαίου αρχίζει από τα χείλη του αιδοίου ενώ κατά την έναρξη της εμμήνου ρύσεως η κάλυψη είναι πυκνή ιδιαίτερα στην περιοχή της ηβικής σύμφυσης. (Κρεατσάς Γ, εκδόσεις Πασχαλίδη, 2001)

1.4.1 ΕΦΗΒΕΙΑ ΣΤΑ ΑΓΟΡΙΑ

Στα αγόρια έχει μεγάλη ψυχολογική σημασία, η αύξηση του μεγέθους των γεννητικών οργάνων, γιατί είναι εξωτερικά και επιδέχονται σύγκριση μεταξύ των συνομηλίκων, αποτελώντας συχνά πηγή άγχους και ανησυχίας τόσο για τον ίδιο τον έφηβο όσο και για τους γονείς του, καθώς κατά την επικρατούσα αντίληψη το μέγεθός είναι δηλωτικό της αρρενωπότητας, της ελκυστικότητας και της σεξουαλικής δραστηριότητας

Εξαιτίας της παραγωγής τεστοστερόνης, κατά την ενδοκρινή λειτουργία των όρχεων, παρατηρείται η ανάπτυξη των εξής:



Εικόνα 9. Κ. Μάνος 2.000

- Αύξηση του μεγέθους του λάρυγγα και διαμόρφωση του σχήματός του με αποτέλεσμα τη μεταβολή της χροιάς της φωνής (παραγωγή χαρακτηριστικής ανδρικής φωνής), η οποία γίνεται πιο βαριά και βραχνή
- Αύξηση της σύνθεσης πρωτεϊνών, με την επίδραση στο μεταβολισμό, με αποτέλεσμα την αύξηση της μυικής μάζας και κατ' επέκταση αύξηση του βάρους και του ύψους
- Αύξηση του πάχους του δέρματος με εμφάνιση της ακμής και ανάπτυξη-διέγερση των σμηγματογόνων και ιδρωτοποιών αδένων.
- Ανάπτυξη τριχοφυΐας στα γεννητικά όργανα, στις μασχάλες, στο στήθος, και στα άνω και κάτω άκρα. Υπό κληρονομικής προδιάθεσης η τεστοστερόνη είναι που προκαλεί την ανδρική αλωπεκία.
- Έναρξη έλξης προς το αντίθετο φύλο, με αύξηση της σεξουαλικής διάθεσης
- Μεταβολή της ψυχοσύνθεσης με αύξηση της επιθετικότητας και της ενεργητικότητας

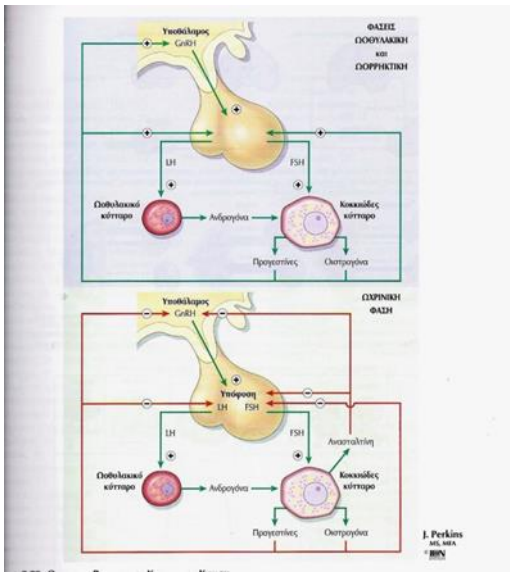
1.5 ΕΜΜΗΝΑΡΧΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ ΘΗΛΕΩΝ

Ήδη από την ήβη εκκρίνονται μικρές και σχετικά σταθερές ποσότητες οιστρογόνων, παρουσιάζοντας μια σημαντική αύξηση μεταξύ της ηλικίας των 8-11 ετών. Στη Βόρεια Αμερική η εμμηναρχή εμφανίζεται περίπου σε ηλικία 13 ετών. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

1.6 ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Κατά τους πρώτους κύκλους εμφάνισης της εμμήνου ρύσεως, παρατηρείται μια αστάθεια ως προς το χρόνο επανεμφάνισης, την ποσότητα ροής, τη διάρκεια. Έτσι οι πρώτες περίοδοι είναι ακανόνιστες, απρόβλεπτες, ανώδυνες και ανωοθυλακιορρηκτικές. Η κατάσταση αποκαθίσταται με την επαρκή έκκριση ποσότητας οιστρογόνων και τη δημιουργία του ώριμου ωαρίου. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Μέσα από μια πολύπλοκη διαδικασία όπου παίρνουν μέρος πολλοί παράγοντες με κυριότερη τη συμμετοχή του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-γονάδες όπως και του



Εικόνα 10. **F. Netter 2.004**

ενδομητρίου, ξεκινά η έμμηνος ρύση, μετά από αποτυχία της γονιμοποίησης του ωαρίου. Ο εμμηνορυσιακός κύκλος είναι το διάστημα από την έναρξη της εμμήνου ρύσεως μέχρι την έναρξη της επόμενης. Ο κύκλος χωρίζεται σε δύο φάσεις: την παραγωγική και την εκκριτική. (Π. Γεωργακόπουλος, εκδόσεις Παρισιάνου, 1989)

Κατά την παραγωγική φάση, έχουμε το διάστημα από την πρώτη μέρα του κύκλου μέχρι την ωοθυλακιορρηξία, που συμβαίνει περίπου στη μέση, την επίδραση των οιστρογόνων. Τα οιστρογόνα προκαλούν ανάπλαση του κατεστραμμένου από την τελευταία έμμηνο ρύση ενδομητρίου από το επιθήλιο των αδένων, πάχυνση της λειτουργικής στιβάδας του ενδομητρίου και επιμήκυνση των αδένων του. (Π. Γεωργακόπουλος, εκδόσεις Παρισιάνου, 1989)

Η εκκριτική φάση ξεκινά με την ωοθυλακιορρηξία και διαρκεί μέχρι την έναρξη της επόμενης εμμηνορρυσίας. Χαρακτηρίζεται από την έκκριση της προγεστερόνης, η οποία δρα στο προετοιμασμένο κατά την παραγωγική φάση υπό την δράση των οιστρογόνων ενδομήτριο και προκαλεί την αύξηση του μήκους των αδένων του που παίρνουν πια ελικοειδή μορφή και γεμίζουν με έκκριμα πλούσιο σε γλυκογόνο. (Π. Γεωργακόπουλος, εκδόσεις Παρισιάνου, 1989)

Η επίδραση των ορμονών επιφέρει αλλαγές και σε άλλους ιστούς και όργανα, όπως στους μαστούς οι οποίοι διογκώνονται υπό τη δράση των οιστρογόνων και στο κολπικό επιθήλιο

η μορφολογία των κυττάρων του οποίου αλλάζει ανάλογα με την ορμονική επίδραση και επομένως με τη φάση του κύκλου. Όταν αυτό δε συμβαίνει ακολουθεί η έμμηνος ρύση. (Γεωργακόπουλος, εκδόσεις Παρισιάνου, 1989)

1.6.1 Η ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ

Η έμμηνος ρύση είναι το αποτέλεσμα της απόπτωσης του υπερτροφικού ενδομητρίου παραμένοντας μόνο η βασική στιβάδα, 15 ημέρες μετά την έναρξη της ωχρινικής φάσης, με την αναστολή των οιστρογόνων και την πτώση της προγεστερόνης, γύρω στην 28^{η} μέρα του κύκλου. Η διάρκεια της εμμήνου ρύσεως είναι 2-5 ημέρες, με την αποβολή 50-60 κ. εκ. εκκρίματος, αποτελούμενο κυρίως από αίμα, βλέννη, επιθήλια, τμήματα αδένων, γλυκογόνο και άλλα στοιχεία. (Π. Γεωργακόπουλος, εκδόσεις Παρισιάνου, 1989).

1.6.2 ΝΕΥΡΟΦΥΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Οι ορμονικές αλλαγές επιδρούν στο νευροφυτικό σύστημα των γυναικών, ο οποίος διαφοροποιείται σύμφωνα με τον εμμηνορυσιακό κύκλο, γεγονός που σημαίνει ότι τα οιστρογόνα αυξάνουν τον τόνο του παρασυμπαθητικού, ενώ η προγεστερόνη δρα συμπαθητικομιμητικά, προκαλώντας νευροψυχική αστάθεια. (Π. Γεωργακόπουλος, εκδόσεις Παρισιάνου, 1989).

1.7 ΚΟΙΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Εκτός από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των δύο φύλων υπάρχουν και κοινά χαρακτηριστικά τα οποία συνοψίζονται στα εξής:

- Τα εφηβικά βιώματα και ο εφηβικός έρωτας χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερη ένταση
- Ο έφηβος έχει την εντύπωση ότι η πρώτη φορά είναι και η τελευταία
- Ο έφηβος δεν μπορεί να φανταστεί ότι θα αγαπήσει άλλον άνθρωπο
- Μια πιθανή απόρριψη μπορεί να οδηγήσει σε απελπισία
- Η πρώτη ερωτική σχέση των εφήβων, δεν εκφράζει απαραίτητα και τον πρώτο έρωτα με ολοκληρωμένες ή μη σεξουαλικές επαφές. Περικλείει όμως πάντα το ερωτικό στοιχείο
- Αν έρθει η ερωτική απογοήτευση, θα πρέπει ο έφηβος να είναι προετοιμασμένος γιατί οι αντιδράσεις του είναι ακραίες. Πρέπει να

αντιμετωπιστεί όπως κάθε άλλη αποτυχία της ζωής με όπλο το κουράγιο και βοήθεια και στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον.

1.8 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Η κοινωνική ανάπτυξη στον άνθρωπο αρχίζει με την παιδική ηλικία και ολοκληρώνεται προς το τέλος της εφηβικής ή και αργότερα. Κατά τη γέννησή του ο άνθρωπος δεν είναι ούτε κοινωνικός ούτε αντικοινωνικός. Έχει την προδιάθεση για κοινωνικοποίηση, η οποία πραγματοποιείται μέσα από τις επιδράσεις που δέχεται το άτομο μέσα στην κοινωνία στην οποία ζει. (Κ. Μάνος, 2.000)

Όταν λέμε κοινωνική ανάπτυξη εννοούμε τη συμμόρφωση με ότι η κοινωνία θεωρεί ορθό και εξυπηρετικό για τη λειτουργικότητά της. Πρόκειται δηλαδή για ένα είδος προσαρμογής στις κοινωνικές προσδοκίες και τα ομαδικά πρότυπα που υφίστανται. Κοινωνικοποίηση είναι η εκμάθηση της συμπεριφοράς για να γίνει αποδεκτό το άτομο από την κοινωνία στην οποία ζει. Το άτομο που εντάσσεται σε μια κοινωνία, και δεν μπορεί να κάνει αλλιώς γιατί τότε κατά τον Αριστοτέλη, θα είναι είτε θηρίο είτε Θεός, περιορίζει την ελευθερία του, γιατί αν αφεθεί εντελώς ελεύθερο τότε θα στερήσει την ελευθερία των άλλων ατόμων. (Κ. Μάνος, 2.000)

Σύμφωνα με τον Eric Erikson τα στάδια κοινωνικοποίησης είναι τα εξής:

1. Το στάδιο της εμπιστοσύνης, όπου το παιδί δέχεται στοργή, αγάπη και ικανοποίηση των αναγκών του, αλλιώς γίνεται δύσπιστο με αίσθημα ανασφάλειας
2. Το στάδιο της αυτονομίας, το πρωκτικό κατά τον Freud, όπου διδάσκονται οι καλοί τρόποι χρήσης της τουαλέτας, αναπτύσσοντας την αυτονομία.
3. Το στάδιο της πρωτοβουλίας, όπου γίνεται η εκμάθηση της ανεξαρτησίας.
4. Το στάδιο της φιλοπονίας, όπου χαρακτηρίζεται από δημιουργικότητα.
5. Το στάδιο της ταυτότητας, κατά την εφηβεία.
6. Το στάδιο της οικειότητας, με το περιβάλλον και τους γύρω του.
7. Το στάδιο της ακεραιότητας ή ολοκλήρωσης του εγώ, όπου ο έφηβος έχει αποδεχθεί τον εαυτό του και έχει ολοκληρώσει την ωρίμανσή του. (Κ. Μάνος, 2.000)

Όσο αφορά την κοινωνική ανάπτυξη των εφήβων έχουμε τις εξής διαπιστώσεις:

-Τα αγόρια που ωριμάζουν νωρίτερα γίνονται αρχηγοί στις εφηβικές παρέες, συμμετέχουν σε πολλές σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες, νικούν εύκολα σε αθλητικούς αγώνες και γίνονται περισσότερο γνωστά λόγω των επιτευγμάτων τους. Η αυξημένη δημοτικότητα και οι επιτυχίες τους αυξάνουν την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμησή τους.

-Τα αγόρια που ωριμάζουν αργότερα είναι περισσότερο ανασφαλή, ανήσυχα, συνεσταλμένα, ενοχλητικά και λιγότερο ώριμα. Γνωρίζουν ότι βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, γιατί συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους προχωρημένους συνομηλίκους και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησής τους.

-Τα κορίτσια που ωριμάζουν νωρίτερα δεν δέχονται με ευχαρίστηση την πρώιμη ωρίμασή τους, γιατί δεν ξέρουν πώς να τη διαχειριστούν. Ανακαλύπτουν ότι γίνονται αντικείμενα ερωτικής επιθυμίας και αναστατώνονται ψυχικά. Οι έρευνες δείχνουν ότι έχουν περισσότερο αρνητική εικόνα για το σώμα τους, φτωχότερη απόδοση στο σχολείο και λιγότερη αυτοπεποίθηση. Τελικά όμως η πρώιμη ωρίμαση αποτελεί σαφές πλεονέκτημα για το μέλλον αυτών των κοριτσιών.

-Τα κορίτσια που ωριμάζουν αργότερα έχουν λιγότερα προβλήματα σε αυτό το στάδιο της ζωής τους, γιατί βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο ανάπτυξης με τα πιο πολλά αγόρια.

Μεταξύ των δύο φύλων υπάρχουν και κάποιες διαφορές στην ανάπτυξη της σεξουαλικότητας:

• Για τα αγόρια η περίοδος της πρώιμης εφηβείας, μεταξύ 11 και 14 χρόνων ,η οποία δεν έχει μεγάλη χάρη, το αγόρι είναι ανώριμο. Στην ηλικία αυτή το ενδιαφέρον για το σεξ αυξάνεται και κυρίαρχη σεξουαλική συμπεριφορά είναι ο αυνανισμός. Οι πρώιμοι έφηβοι καμιά φορά αυνανίζονται ομαδικά, αλλά αυτό δεν πρέπει να θεωρείται απαραίτητα ως σημάδι ομοφυλοφιλίας. Το ίδιο ισχύει και για το ομοφυλόφιλο παιχνίδι που παρατηρείται στην ηλικία αυτή. Στη μέση εφηβεία ο αυνανισμός είναι έντονος. Οι πρώτες προσεγγίσεις με το άλλο φύλο είναι αδέξιες και η αδεξιότητα συνδυάζεται με επιθετικότητα. Η τρυφερότητα είναι γνώρισμα της όψιμης εφηβείας. Στα αγόρια αρέσει περισσότερο η αναζήτηση σεξουαλικών περιπετειών με διάφορες συντρόφους, αντιμετωπίζουν το σεξ ως κάτι εφήμερο και είναι περισσότερο ενεργά σεξουαλικά σε σχέση με τα κορίτσια.

• Ορόσημο της σεξουαλικής αφύπνισης των κοριτσιών είναι ο ερχομός της περιόδου μεταξύ 11 και 13 χρόνων. Στα κορίτσια που βρίσκονται στο στάδιο της πρώιμης εφηβείας

κυριαρχούν η σεξουαλική περιέργεια, η πονηριά, η μυστικοπάθεια, η αμηχανία και η ανάγκη να μάθουν περισσότερα. Τα κορίτσια σε αυτή τη χρονική περίοδο της ζωής τους ερωτεύονται εύκολα τραγουδιστές, ηθοποιούς, τηλεπαρουσιαστές, αθλητές, τους καθηγητές τους ή και άλλα πρόσωπα του κοινωνικού περιβάλλοντος που έχουν δημοτικότητα. Στη μέση εφηβεία τα κορίτσια ερωτοτροπούν και ερωτεύονται με πάθος, αλλάζουν μέσα από τα φλερτ τα 9 αγόρια, μιμούνται εύκολα τη συμπεριφορά της φίλης τους, ακολουθούν τη μόδα, φοράνε ρούχα που τονίζουν την ομορφιά τους και ξεσηκώνουν το οικογενειακό περιβάλλον εναντίον τους με την τονισμένη σεξουαλικά εμφάνισή τους. Στην όψιμη εφηβεία το κορίτσι είναι πια ώριμη γυναίκα. Σε αντίθεση με τα αγόρια, στα κορίτσια αρέσει περισσότερο η αναζήτηση μιας ρομαντικής σχέσης με ένα μόνο σύντροφο και καταλήγουν στη σεξουαλική επαφή μετά από μακροχρόνια σχέση.

Μια σημαντική επισήμανση επίσης είναι ότι, επειδή οι έφηβοι αγωνίζονται για:

- Να συμβιβαστούν με τη νέα εικόνα του σώματός τους
- Να διαμορφώσουν την οριστική εικόνα του εαυτού τους
- Να αντιμετωπίσουν τις νέες απαιτήσεις
- Να τοποθετηθούν στις νέες προσδοκίες της κοινωνίας
- Να αναγνωρίσουν τις προσωπικές τους επιθυμίες
- Να δημιουργήσουν σχέσεις και με τα δύο φύλα
- Να προετοιμαστούν για τις προσωπικές τους προοπτικές

Είναι σημαντικό να γνωρίζουν ότι:

- Πρέπει να έχουν υπομονή για την ωρίμανσή τους ώστε να έχουν μια υπεύθυνη σεξουαλική ζωή
- Να έχουν σεξουαλική επαφή όταν το επιθυμούν οι ίδιοι
- Σε μια σχέση, που περιλαμβάνεται η σεξουαλική επαφή, υπάρχουν συνήθως πολύπλοκα συναισθήματα
- Η σεξουαλική επαφή μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
- Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής μπορεί να μεταδοθούν τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα, αν δε ληφθούν οι κατάλληλες προφυλάξεις.

1.9 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

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

1. Συγκεχυμένα ευχάριστα ή δυσάρεστα, οργανικά κυρίως συναισθήματα
2. Αμυντικά συναισθήματα
3. Επιθετικά συναισθήματα
4. Κοινωνικά συναισθήματα
5. Διάφορα κυρίως ανώτερα συναισθήματα (Κ. Μάνος, 2.000)

Βασικές αιτίες του πλούσιου συναισθηματισμού των εφήβων αποτελούν οι φυσιολογικές μεταβολές, κυρίως του ενδοκρινικού συστήματος, καθώς και τα πολλά ερεθίσματα που δέχεται ο έφηβος από το κοινωνικό περιβάλλον. Βασική παρατήρηση είναι ότι όσο πιο απλά είναι τα ερεθίσματα, όπως συμβαίνει στα πλαίσια της επαρχίας, μακριά από την αγχώδη ζωή των μεγαλουπόλεων, τόσο πιο ισορροπημένη και ήρεμη είναι η συναισθηματική ζωή των εφήβων, με επίδραση από την ιδιοσυγκρασία τους και την απασχόλησή τους –σχολική ή επαγγελματική. (Κ. Μάνος, 2.000)

«Είναι γνωστό» όπως γράφει ο Debesse, ότι οι νέοι και των δύο φύλων συγκινούνται ευχερέστερα από ότι τα παιδιά των δέκα ετών. Μια λέξη, ένας υπαινιγμός, μια χειρονομία, αρκούν να διεγείρουν πολλές φορές ολόκληρη θύελλα. Κοκκινίζουν για το τίποτε, προ παντός, όταν σχετίζεται με το γενετήσιο τομέα. Τα κορίτσια παρουσιάζουν σπασμωδικές κρίσεις του γέλωτα ή θορυβώδεις λυγμούς. Όταν επέρχεται αυτή η κρίση, διαταράσσει όχι μόνο τις πράξεις και τις χειρονομίες, αλλά παραλύει και τη διανοητική δραστηριότητα, συχνή παρατήρηση κατά το τρακ των εξετάσεων. (Κ. Μάνος, 2.000)

Προς το τέλος της εφηβείας οι συχνές και έντονες αψιθυμικές καταστάσεις, αποτέλεσμα της ορμονικής λειτουργίας και του νευροφυτικού συστήματος, περιστέλλονται γιατί έχει πλέον ενισχυθεί η βούληση και η ικανότητα της αυτοκριτικής, πλησιάζοντας έτσι τη συναισθηματική ωρίμανση. (Κ. Μάνος, 2.000)

Αντίθετα κάποιοι έφηβοι παρουσιάζονται λιγότεροι αυθόρμητοι και εκδηλωτικοί λόγω της ανασταλτικής παρεμβολής της διανόησης και των κοινωνικών επιρροών, με γνωρίσματα

πάθους και βιαιότητας, όπως φαίνεται στις εκδηλώσεις αγάπης ή αποστροφής. Η εξήγηση αποδίδεται στην εξέλιξη του σεξουαλικού ενστίκτου και στη διερεύνηση του κοινωνικού τους ορίζοντα. (Κ. Μάνος, 2.000)

Προς το τέλος της εφηβείας παρατηρείται συναισθηματική ένταση από τρία βασικά προβλήματα που τους απασχολούν, η ανεξαρτησία τους, οι σχέσεις τους με το άλλο φύλο και η επαγγελματική τους αποκατάσταση. (Κ. Μάνος, 2.000)

Ο Kierkeggard λέει συγκεκριμένα:

«Η αγωνία (ανησυχία) σου αυτή θα μεγαλώνει καθώς θα προσπαθείς , γιατί θ' ανοίγονται μπροστά σου δυνατότητες κι όπως θα' σαι ελεύθερος να διαλέγεις θα φοβάσαι για σφαλερή εκλογή, θ' αγωνιάς για ενδεχόμενη αποτυχία. Όσο πιο ελεύθερος θα' σαι, τόσο πιο πολύ θ' αγωνιάς…. Αυτή όμως η αγωνία σου θ' αποβεί γόνιμη εμπειρία και πηγή δημιουργικής δράσης». (Κ. Μάνος, 2.000)

Σήμερα πιστεύεται πως ο υποθάλαμος με το φλοιό του εγκεφάλου και το αυτόνομο νευρικό σύστημα σχετίζονται άμεσα με τις συναισθηματικές εμπειρίες του ατόμου.

Τα συναισθήματα στο σύνολό τους χαρακτηρίζονται ως ανώτερα που προέρχονται από ψυχικές καταστάσεις ή κατώτερα από οργανικές κατά τον Ribot. (Κ. Μάνος, 2.000)

Σύμφωνα με την άποψη του Debesse οι συναισθηματικές εκδηλώσεις κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι δύο η φιλία και ο έρωτας, ενώ υπάρχουν και ο θυμός, η στοργή, η αγάπη, η λύπη, ο φόβος, η νοσταλγία, η μελαγχολία, η ζήλεια κλπ. (Κ. Μάνος, 2.000)

Αγάπη είναι η ευχάριστη συγκίνηση και ικανοποίηση που νοιώθει ένα άτομο για κάποιο άλλο άτομο. Περιοριζόμενη σε πρόσωπα η αγάπη εκφράζεται με τον πιο ικανοποιητικό τρόπο από τον Απόστολο Παύλο στην Α΄ επιστολή προς Κορινθίους: «η αγάπη είναι μακρόθυμη, είναι γεμάτη από ευμένεια, η αγάπη δεν είναι ζηλότυπη, δεν είναι υπερήφανη, δεν κάνει ασχήμιες, δε ζητεί το συμφέρον της δεν ερεθίζεται, δεν λογαριάζει το κακό, δε χαίρει για το κακό, αλλά συγχαίρει στην αλήθεια, όλα τα ανέχεται, όλα τα πιστεύει, ελπίζει για το κάθε τι, υπομένει το κάθε τι». Από το πρίσμα αυτό το άτομο που αγαπιέται νιώθει ασφάλεια και ηρεμία, ενώ κατά τον Goldfard, η αγάπη και η στοργή δημιουργούν ισορροπημένους και δημιουργικούς ανθρώπους, ενώ η στέρησή τους δημιουργεί ανθρώπους που υστερούν σε πνευματικότητα και συναισθηματισμό. (Κ. Μάνος, 2.000)

Έρωτας είναι ένα παρόμοιο συναίσθημα με τη φιλία αλλά που αναπτύσσεται σε ετερόφυλα άτομα. Τόσο η φιλία όσο και ο έρωτας κατά τον Debesse, έχουν ως θεμέλιο την αγάπη, μια αψιθυμία άλογης υπερβολικής στοργής, με τη διαφορά ότι στον έρωτα συνυπάρχει το γενετήσιο ένστικτο. Σύμφωνα με την άποψη του ίδιου, για να γεννηθεί ο έρωτας πρέπει πρώτα να υπάρξει οργανική παρόρμηση, με αρμονική συμφωνία του γενετήσιου ενστίκτου και της αγάπης, ώστε να επιτραπεί η εκδήλωση του έρωτα. Τέλος ο νέος ή η νέα θα αναμείνει το τέλος της βιοψυχολογικής εξέλιξης και θα εισέλθει στη γενετήσια συναισθηματική ζωή του ενήλικου. (Κ. Μάνος, 1997).

1.10 ΗΒΗ

Η ήβη είναι η περίοδος του λεγόμενου αυξητικού άλματος -δηλαδή της μεγάλης και απότομης αύξησης του ύψους και του βάρους του σώματος- και της σεξουαλικής ωρίμασης. Διαρκεί 2-4 χρόνια και συνοδεύει πάντοτε την εφηβεία (Κ. Μάνος, 1997).

Ήβη είναι η περίοδος της ζωής , κατά την οποία έχουμε την πλήρη ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων. Είναι το στάδιο, των βιολογικών αλλαγών, που μεσολαβεί ανάμεσα στην παιδική ηλικία και την βιολογική ωριμότητα του ενήλικα. Πρόκειται για ένα εγκεφαλικό εξελικτικό φαινόμενο που αναφέρεται στην ωρίμανση του υποθάλαμου και κατά συνέπεια του άξονα υποθάλαμος- υπόφυση- γονάδες. Έχει αρχαία προέλευση και σημαίνει την ηλικία κατά την οποία ο άνθρωπος είναι έτοιμος για την διαδικασία της αναπαραγωγής και της ενηλικίωσης. Περιγράφει τις ορμονικές αλλαγές που γίνονται, ώστε να εμφανιστούν τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου με διάρκεια 2 - 4 χρόνια.

Κατά τον Buhler η ήβη αποτελεί αρνητική φάση της ζωής του ανθρώπου είτε γιατί το άτομο παίρνει αρνητική στάση προς τη ζωή είτε γιατί χάνει κάποιες καλές ιδιότητες που είχε. (Κ. Μάνος, 1997).

Ως προς το χρόνο εμφάνισης της ήβης η Hurlock από έρευνες γράφει ότι το 50%των κοριτσιών με κριτήριο την έμμηνο ρύση ωριμάζουν κατά το 13° έτος ενώ το 50% των αγοριών κατά το 14°-$15,5^{o}$.

Οι Cole και Hall από έρευνα εφήβων στις ΗΠΑ παρουσίασαν τα αποτελέσματα στους πίνακες 3 και4. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα κορίτσια ωριμάζουν 2 περίπου χρόνια νωρίτερα από τα αγόρια. Έτσι με μια κοινή παρατήρηση το κορίτσι των 13 ετών μοιάζει με νέα κυρία ενώ το αγόρι των 13 ετών είναι ακόμη παιδί. (Κ. Μάνος, 1997).

Σε μια μελέτη 100 ετών στη Νορβηγία ενώ το 1840 η εμμηναρχή συνέβαινε στα 17 έτη, το 1940 στα 13. Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα ερευνών σε Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Δανία, Γερμανία, Ιαπωνία και ΗΠΑ.

Στην Ελλάδα η Μαλασπίνα το 1935 παρουσίασε τον πίνακα.

Περιοχές	**12^{ο} έτος**	**13^{ο} έτος**	**14^{ο} έτος**	**15^{ο} έτος**
Ήπειρος	9%	17,9%	42,3%	19,2%
Μακεδονία	13,4%	44,6%	29,5%	8,9%
Θεσσαλία	14%	37%	19%	12%
Επτάνησα	31,1%	23,3%	28,9%	7,9%
Κύπρος	23,7%	27,5%	23,7%	12,5%
Περιοχές	12^{ο} έτος	13^{ο} έτος	14^{ο} έτος	15^{ο} έτος
Κρήτη	18,9%	38,9%	33,2%	4,2%
Δωδεκάνησα	16,5%	27,1%	16,5%	7%
Νησιά Αιγαίου	17,8%	29,1%	26%	11,2%
Πελοπόννησος	12,7%	28,3%	36,2%	12,9%

Πίνακας 2. (Κ. Μάνος, 1997).

Ο Χωρέμης το 1966 γράφει ότι η εκσπερμάτωση στα αγόρια εμφανίζεται στα 14.

Ο Μαρκαντώνης παρουσίασε την ήβη στα αγόρια και την εμμηναρχή στα κορίτσια εντός και εκτός του Ελλαδικού χώρου.

Ηλικία	**Κορίτσια**	**Αγόρια**
8	0,01	0,47
9	0,22	0,43
10	0,73	0,86
11	4,56	2,01
12	18,59	8,22
13	37,09	13,18
14	26,53	21,45

15	8,14	20,69
16	2,47	17,89
17	1,03	8,06
18	0,29	4,61
19	0,11	1,03
20	0,08	0,26
21	0,00	0,17
22	0,01	0,00

Τόπος	**12° έτος**	**13ο έτος**	**14° έτος**
Ελλάδα	18,7	36,8	27,0
Β. Ευρώπη	15,8	40,5	21,5
Αφρική	22,9	45,6	14,1

Πίνακας 3(Κ. Μάνος, 1997)..

Γενικά η έναρξη της εμμήνου ρύσεως και η εκσπερμάτωση επηρεάζεται από τη φυλή, το κλίμα, το περιβάλλον (ορεινή ή πεδινή περιοχή, παραθαλάσσια ή ηπειρωτική), την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, το πολιτιστικό και πολιτισμικό επίπεδο.

1.10.1 ΔΙΑΦΟΡΑ ΗΒΗΣ-ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Δεν πρέπει να γίνεται σύγχυση μεταξύ ήβης και εφηβείας. Η ήβη αποτελεί βιολογικό φαινόμενο που αναφέρεται στις φυσιολογικές σωματικές μεταβολές στο ενδιάμεσο της προεφηβικής και πρώτης εφηβικής ηλικίας, ενώ η εφηβεία καλύπτει και τις βιολογικές και τις ψυχολογικές μεταβολές και ενώ ξεκινούν μαζί η εφηβεία συνεχίζεται και μετά την ολοκλήρωση της ήβης. (Κ. Μάνος, 2.000)

Τόσο οι βιολογικές όσο και οι ψυχολογικές μεταβολές δε συμβαίνουν ούτε στον ίδιο χρόνο ούτε με τον ίδιο ρυθμό σε όλους τους εφήβους εξαιτίας ατομικών και κοινωνικών διαφορών που υφίστανται. Στις πρωτόγονες φυλές ο έφηβος αναγνωρίζεται με την ικανότητα για αναπαραγωγή μέσα από ειδικές τελετές. Στις αναπτυγμένες σύγχρονες κοινωνίες η ωριμότητα του εφήβου κρίνεται με την ολοκλήρωση της σωματικής, πνευματικής, κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης. (Κ. Μάνος, 2.000)

1.10.2 ΠΡΩΙΜΗ ΗΒΗ

Ως πρώιμη χαρακτηρίζεται η ήβη όπου έχουμε την ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου πριν την ηλικία των 8 ετών. Στο γενικό πληθυσμό το ποσοστό ανέρχεται στο 2-3%. (Τρακάκης, μεταπτυχιακό)

Η πρώιμη ήβη διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες:

- Κεντρική ή αληθής η οποία είναι εξαρτώμενη από την GnRH
- Περιφερική ή ψευδής η οποία είναι μη εξαρτώμενη από την GnRH
- Μερική ή ατελής

Στην πρώτη κατηγορία τα αίτια είναι ιδιοπαθείς παράγοντες, ενδοκρανιακοί όγκοι, συγγενείς ανωμαλίες του ΚΝΣ, τραύματα κεφαλής, μεταλοιμώδη αίτια, κοκκιώματα, ακτινοβολία κεφαλής ή άλλα αίτια.(Γ. Κρεατσάς, Μ. Μαγιάκου, Γ. Χρούσος Α. Δάκου, 2001)

Στην δεύτερη κατηγορία τα αίτια είναι όγκοι ωοθήκης, κύστεις ωοθήκης, όγκοι επινεφριδίων, η λήψη οιστρογόνων ή ανδρογόνων, η συγγενής υπερπλασία επινεφριδίων ή η πρωτοπαθής αντίσταση στην κορτιζόλη. (Γ. Κρεατσάς, 2.001)

Στην τρίτη κατηγορία τα αίτια είναι πρώιμη αδρεναρχή, πρώιμη θηλαρχή ή πρώιμη εμμηναρχή. (Γ. Κρεατσάς, 2.001)

Η διάγνωση εξαρτάται κατά περίπτωση και γίνεται με ορμονικό προσδιορισμό, ακτινογραφία κρανίου, υπερηχοτομογραφία έσω γεννητικών οργάνων, ΗΕΓ, αξονική και μαγνητική τομογραφία, δοκιμασία δεξαμεθαζόνης, κολπικό επίχρισμα, λαπαροσκόπηση, δοκιμασία GnRH. (Γ. Κρεατσάς, 2.001)

Η θεραπεία εξαρτάται από τον αιτιολογικό παράγοντα και αφορά τη φαρμακευτική αγωγή ή τη χειρουργική αποκατάσταση. (Γ. Κρεατσάς, 2.001)

1.10.3 ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΗΒΗ

Καθυστέρηση ήβης θεωρείται

1) Για τα κορίτσια : αν δεν έχουν αύξηση στήθους στα 13 χρόνια ή έναρξη περιόδου στα 16χρόνια.

2) Για τα αγόρια αν δεν έχουν αύξηση των όρχεων στα 14 χρόνια.

Η Καθυστερημένη ήβη μπορεί να έχει οικογενειακό χαρακτήρα, να υπάρχουν γονείς εξαδέλφια, θείους θείες, με ίδια εικόνα. (Γ. Κρεατσάς, 2.001)

Αίτια καθυστερημένης ήβης:

Κάποια παιδιά είναι προκαθορισμένο να έχουν αργότερα την ήβη, χωρίς κανένα αίτιο. Είναι το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων, δεν οφείλεται σε παθολογικά αίτια, και δεν χρειάζεται θεραπεία. Κάποια στιγμή αυτόματα η ήβη τους θα αρχίσει και θα εξελιχθεί κανονικά.

Σύμφωνα με τον Κ. Δημόπουλο σε μετάφραση μεταπτυχιακής εργασίας του, η καθυστερημένη ήβη συνδέεται με συγγενή ανεπάρκεια λεπτίνης και ανεπάρκεια γοναδοτροφινών. Κατά την έναρξη της εφηβείας δεν παρατηρείται αύξηση της λεπτίνης, ενώ οι μεταβολές της λεπτίνης δε σχετίζονται με τις μεταβολές των γοναδοτροφινών.

Η ενδοκρινολόγος Α. Καϊμαρά Παπαθανασίου πιθανολογεί την παρουσία πολυμορφισμών γονιδίων στο γενικό πληθυσμό, ενώ πολυμορφισμός της LH-β αναφέρεται ότι σχετίζεται με την καθυστερημένη ήβη. Επίσης πιθανολογούνται κατά τις μελέτες της περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η έκθεση σε βιφαινύλια ή παράγωγα διοξίνης.

Άλλα αίτια: σύνδρομα δυσαπορρόφησης και φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου (κοιλιοκάκη, κολίτιδα, υποσιτισμός, διαταραχές λήψης τροφής, ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία). (Κατερίνα Σαριδάκη ενδοκρινολόγος).

Η καθυστερημένη ήβη χωρίζεται σε δυο κατηγορίες

- Ιδιοπαθής με καθυστέρηση ύψους και εφηβείας
- Δευτεροπαθής λειτουργική από χρόνια νοσήματα όπως νευρογενής ανορεξία, χρόνιο άσθμα, διαταραχές ΚΝΣ (συγγενείς ανωμαλίες), ενδοκρινικές (υπο-υπερθυρεοειδισμός), γαστρεντερικές (νόσος Crohn) , ογκολογικές (χημειοθεραπεία), αιματολογικές παθήσεις (β-θαλασσαιμία), λοιμώξεις, νεφρική ανεπάρκεια, υποσιτισμός, άγχος, έντονη άσκηση-πρωταθλητισμός.

Η διάγνωση περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, ατομικού και οικογενειακού, τον ορμονικό προσδιορισμό και τον καρυότυπο για την πιθανότητα συνδρόμου.

Η θεραπεία έγκειται στη φαρμακευτική αγωγή με εντατική παρακολούθηση της πορείας ανάπτυξης.

2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γεννητικό σύστημα χρησιμεύει για την αναπαραγωγή του ανθρώπου, δηλαδή για τη διαιώνισή του. Το σύστημα αυτό σαν σύνολο διακρίνεται στο γεννητικό σύστημα του άρρενος και στο γεννητικό σύστημα του θήλεος. Συνεπώς το κάθε σύστημα αποτελείται από διαφορετικά όργανα στον άνδρα και στη γυναίκα. Από τα όργανα αυτά γίνεται ο καθορισμός του φύλου, αποτελούν δε τα πρωτεύοντα μορφολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του φύλου. (Α. Καμμάς, 2.010)

2.1 ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΡΡΕΝΟΣ

Το γεννητικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από τα εξής ανατομικά στοιχεία:

1. Τους δύο όρχεις (γεννητικούς αδένες)
2. Την εκφορητικό οδό του σπέρματος, ήτοι:

I. Την επιδιδυμίδα

II. Το σπερματικό πόρο

III. Τη σπερματοδόχο κύστη

IV. Τον εκσπερματικό πόρο

3. Το πέος, το οποίο αποτελείται από:

I. Τα σηραγγώδη σώματα και,

II. Την ουρήθρα με τους αδένες της, δηλαδή το προστάτη αδένα και τους δύο αδένες του Cowper (βολβοουρηθραίους) (Α. Καμμά, 2010)

Οι όρχεις

Οι όρχεις είναι δύο ο δεξιός και ο αριστερός. Κατά την εμβρυική ζωή βρίσκονται μέσα στο κύτος της κοιλιάς αντίστοιχα και πλάγια στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Μέχρι όμως το χρονικό σημείο του τοκετού κατεβαίνουν μέσα από το βουβωνικό πόρο και τελικά εγκαθίστανται μέσα σε μια πτυχή του δέρματος, που λέγεται όσχεο και βρίσκεται κάτω από το πέος. (Α. Καμμά, 2010)

Οι όρχεις είναι αδένες μικτοί. Η έσω έκκρισή τους είναι οι ανδρικές γεννητικές ορμόνες και η έξω τα σπερματοζωάρια. Ο κάθε όρχις και η προσαρτημένη σ' αυτόν επιδιδυμίδα περιβάλλονται από έξω προς τα μέσα από τα εξής περιβλήματα:

- Το όσχεο
- Το δαρτό χιτώνα
- Την κρεμαστήρια περιτονία
- Τον έξω κρεμαστήρα μυ
- Τον κοινό ελυτροειδή χιτώνα και
- Τον ίδιο ελυτροειδή χιτώνα.

Στη θέση που βρίσκονται οι όρχεις μέσα στο όσχεο, κρέμονται από το σπερματικό τόνο (σπερματικός πόρος και αγγεία), συνήθως ο αριστερός χαμηλότερα του δεξιού. (Α. Καμμά, 2010)

Κάθε όρχις έχει μέγεθος καρυδιού και παρουσιάζει δύο άκρα (πόλους), τον άνω και τον κάτω, δύο επιφάνειες, την έσω και την έξω και δύο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο. Το βάρος κάθε όρχι είναι 15-20 γραμμ. (Α. Καμμά, 2010)

Εξωτερικά περιβάλλεται από ινώδη χιτώνα, συμπαγή που διακόπτεται μόνο στο σημείο εισόδου στο όργανο των αγγείων του, όπου σχηματίζεται μια διάτρητη περιοχή στο χιτώνα, τριγωνικού σχήματος, που λέγεται μεσαύλιο του όρχι ή ιγμόρειο σώμα. Από το ιγμόρειο σώμα εκπορεύονται ινώδη πέταλα, τα διαφραγμάτια του όρχι, τα οποία έχουν ακτινοειδή διάταξη και καταλήγουν πάλι περιφερικά στον ινώδη χιτώνα. (Α. Καμμά, 2010)

Έτσι σχηματίζονται στο εσωτερικό της ορχικής ουσίας διαμερίσματα, με την κορυφή στραμμένη στο ιγμόρειο σώμα, μέσα στα οποία βρίσκονται 250-300 ορχικά λόβια που αποτελούνται από σπερματικά σωληνάρια. (Α. Καμμά, 2010)

Σε κάθε λόβιο υπάρχουν 3-4 σπερματικά σωληνάρια, συνολικού μήκους 70-80 εκατοστά, τα οποία έχουν πορεία ελικοειδή (εσπειραμένα) στο μεγαλύτερο τμήμα τους, όσο δε πλησιάζουν προς το ιγμόρειο σώμα ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το ευθύ σπερματικό σωληνάριο που μπαίνει στο ιγμόρειο σώμα, αναστομώνεται με τα άλλα ευθέα και σχηματίζει το δίκτυο του Haller το οποίο αποτελεί εκφορητικό και αθροιστικό σχηματισμό του σπέρματος, η παραγωγή του οποίου γίνεται μέσα στα εσπειραμένα σπερματικά σωληνάρια. (Α. Καμμά, 2010)

Μεταξύ των σπερματικών σωληναρίων υπάρχει η διάμεση ουσία του όρχι που αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και τα διάμεσα ορχικά κύτταρα του Leyding τα οποία παράγουν τις ανδρικές γεννητικές ορμόνες (τεστοστερόνη). (Α. Καμμά, 2010)

Εκφορητική οδός

Η επιδιδυμίδα αποτελεί την αρχή της εκφορητικής οδού του σπέρματος. Έχει μήκος 5 εκ., σχήμα μηνοειδές και αποτελείται από κεφαλή, σώμα και ουρά. Η κεφαλή αποτελείται από 5-13 λόβια και συνδετικό ιστό. Τα λόβια αυτά έχουν σχήμα κώνου του οποίου η κορυφή αντιστοιχεί στο ιγμόρειο σώμα, όπου διαμέσου εκφορητικών σωληναρίων, συνδέονται με το δίκτυο του Haller. Τα σωληνάρια αυτά συνενώνονται και σχηματίζουν τον πόρο της επιδιδυμίδας, ο οποίος πορεύεται στο πίσω χείλος του όρχι μέσα σε ένα αυλάκι που λέγεται κόλπος της επιδιδυμίδας. Το σώμα και η ουρά της επιδιδυμίδας σχηματίζονται από τον πόρο της ο οποίος, εκτός από τη μεταφορά του σπέρματος, παράγει και έκκριμα που χρησιμεύει στη θρέψη των σπερματοζωαρίων. Η ουρά της επιδιδυμίδας μεταπίπτει τελικά στο σπερματικό πόρο. (Α. Καμμά, 2010)

Ο όρχις και η επιδιδυμίδα αιματώνονται από την έσω σπερματική αρτηρία ενώ οι φλέβες του όρχι, η έσω σπερματική και της επιδιδυμίδας, η επιδιδυμική, αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το σπερματικό πλέγμα. Όταν οι σπερματικές φλέβες διογκωθούν από στάση αίματος δημιουργείται κιρσοκήλη. (Α. Καμμά, 2010)

Ο σπερματικός πόρος είναι ινομυώδης σωλήνας, μήκους περίπου 40 εκ. ο οποίος ξεκινά από την ουρά της επιδιδυμίδας και καταλήγει στη βάση του προστάτη όπου αναστομώνεται με τη σπερματοδόχο κύστη και σχηματίζει τον εκσπερματικό πόρο. (Α. Καμμά, 2010)

Διακρίνουμε τις εξής πέντε μοίρες του οργάνου:

- Ορχική
- Τονική
- Βουβωνική
- Πυελική
- Κυστική

Η σπερματοδόχος κύστη βρίσκεται πάνω από τη βάση του προστάτη, πίσω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το απευθυσμένο. Σαν μόρφωμα συνιστά εκκόλπωμα του έξω τοιχώματος της σύστοιχης κυστικής μοίρας του σπερματικού πόρου (σπερματικής ληκύθου). (Α. Καμμά, 2010)

Παράγει έκκριμα υπεύθυνο για την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Η συμβολή του πόρου της με το σπερματοδόχο πόρο συνιστά τον εκσπερματιστικό πόρο. (Α. Καμμά, 2010)

Ο εκσπερματιστικός πόρος έχει μήκος 2 εκ και αποτελεί το τελικό τμήμα του εκφορητικού συστήματος του όρχι, το οποίο μέσα στην προστατική μάζα, εκβάλλει στην προστατική μοίρα της ουρήθρας. (Α. Καμμά, 2010)

Στη θέση που βρίσκεται ο όρχις κρέμεται από ένα σύνθετο μίσχο, το σπερματικό τόνο, ο οποίος ξεκινά από το κοιλιακό στόμιο του βουβωνικού πόρου (βουβωνική μοίρα) πορεύεται μέσα στο όσχεο (οσχεϊκή μοίρα) και καταλήγει στον άνω πόλο του όρχι. Ο σπερματικός τόνος είναι σύνθετο μόρφωμα στο οποίο περιλαμβάνονται αγγεία, νεύρα, λείες μυϊκές ίνες και έλυτρα. (Α. Καμμά, 2010)

Η ανδρική ουρήθρα παρουσιάζει τρεις μοίρες:

1. Την προστατική (3-4 εκ)
2. Την υμενώδη (1,5 εκ) και
3. Τη σηραγγώδη (17-20 εκ).

Η προστατική μοίρα περνά μέσα από τον προστάτη αδένα, ενώ η υμενώδης υποδιαιρείται σε δύο τμήματα, το τριγωνιαίο και το βολβικό. Τέλος η σηραγγώδης μοίρα που είναι και η μεγαλύτερη, αρχίζει από την είσοδο της ουρήθρας, στο σηραγγώδες σώμα της και φτάνει μέχρι τη βάλανο του πέους (έξω στόμιο). Το εσωτερικό της τοίχωμα καλύπτεται από πτυχές του βλεννογόνου, που εξαφανίζονται κατά τη διάρκεια της ούρησης, και φέρει σε όλη του την έκταση κρύπτες, τους ουρηθραίους κόλπους (σημεία εγκατάστασης του γονόκοκκου). Μεταξύ σηραγγώδους μοίρας και βολβικού τμήματος εκβάλλουν οι βολβοουρηθραίοι αδένες του Cowper. (Α. Καμμά, 2010)

Στη συνολική της πορεία η ανδρική ουρήθρα παρουσιάζει ακόμη δύο καμπές (περινεϊκή και ηβική) και τρία ανευρύσματα (σκαφοειδές, βολβικό και προστατικό).

Ο προστάτης αδένας είναι εξωκρινής αδένας που απαντάται μόνο στους άνδρες. Έχει σχήμα και μέγεθος κάστανου του οποίου η μεν βάση βρίσκεται κάτω ακριβώς από την ουροδόχο κύστη η δε κορυφή στο ουρογεννητικό τρίγωνο. Ο προστάτης περιβάλλεται ατελώς από την προστατική κάψα που σχηματίζεται από περιτονίες γειτονικών στοιχείων. (Α. Καμμά, 2010)

Μέσα στην προστατική μάζα περικλείονται η προστατική μοίρα της ουρήθρας, οι δύο εκσπερματικοί πόροι και πολλοί σωληνοκυψελωτοί αδένες που παράγουν έκκριμα για τη διέγερση της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων, το προστατικό υγρό. Το σπερματικό υγρό μαζί με τα σπερματοζωάρια και άλλα εκκρίματα από τον όρχι, την επιδιδυμίδα και τις σπερματοδόχες κύστεις, αποτελούν το σπέρμα, που διέρχεται σε κάθε εκσπερμάτιση από την ουρήθρα. (Α. Καμμά, 2010)

Οι βολβοουρηθραίοι αδένες (Cowper), που είναι δύο, ο δεξιός και ο αριστερός, βρίσκονται λίγο πιο πίσω από τη βολβική μοίρα της ουρήθρας. Ο εκφορητικός τους πόρος καταλήγει στην ουρήθρα, στην οποία και μεταφέρει το έκκριμα των αδένων αυτών, το οποίο μεταβάλλει το όξινο περιβάλλον της ουρήθρας –λόγω της ούρησης- σε αλκαλικό για την εκσπερμάτιση. (Α. Καμμά, 2010)

Το πέος

Το πέος είναι επίμηκες κυλινδρικό όργανο που σχηματίζεται από τα δύο δικά του σηραγγώδη σώματα και το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας. Εξωτερικά καλύπτεται από το δέρμα της πόσθης. Ένα τμήμα του –η ρίζα- βρίσκεται στην περινεϊκή χώρα, ενώ το υπόλοιπο –σώμα και βάλανος- είναι ελεύθερο. (Α. Καμμά, 2010)

Η βάλανος έχει σχήμα ατελούς κώνου, στην κορυφή του οποίου εκβάλλει το έξω στόμιο της ουρήθρας, ενώ η βάση του παρουσιάζει κυκλικό προέχον χείλος, τη στεφάνη της βαλάνου, πίσω από την οποία υπάρχει η στεφανιαία αύλακα. Η αύλακα αυτή στο κάτω μέρος της διακόπτεται από μια δερματική πτυχή, το χαλινό της ακροποσθίας, ο οποίος στα πλάγια δεξιά και αριστερά, φέρει τους δύο βόθρους τους χαλινού, που αποτελούν σημεία εμφάνισης μολυσματικών νόσων. (Α. Καμμά, 2010)

Κύριο σημείο του πέους είναι τα σηραγγώδη σώματά του, τα οποία αποτελούνται από αναστομωμένες αιμοφόρες σήραγγες, οι οποίες κατά τη στύση, γεμίζουν με αίμα. (Α. Καμμά, 2010)

Η νεύρωση του πέους γίνεται από νωτιαία και φυτικά νεύρα, ενώ η πόσθη νευρώνεται από το λαγονοβουβωνικό και το ραχιαίο νεύρο του πέους, από το οποίο νευρώνονται επίσης η ακροποσθία και το δέρμα της βαλάνου. Το ραχιαίο νεύρο του πέους αποτελεί τον τελικό κλάδο του αιδοϊϊκού νεύρου. (Α. Καμμά, 2010)

Τα σηραγγώδη σώματα του πέους νευρώνονται από συμπαθητικές ίνες –προστατικό πλέγμα- και παρασυμπαθητικές -3^{ο} και 4^{ο} ιερό νεύρο. (Α. Καμμά, 2010)

Το νευρικό κέντρο της στύσης βρίσκεται στον τελικό κώνο του νωτιαίου μυελού. (Α. Καμμά, 2010)

2.2. ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΘΗΛΕΟΣ

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

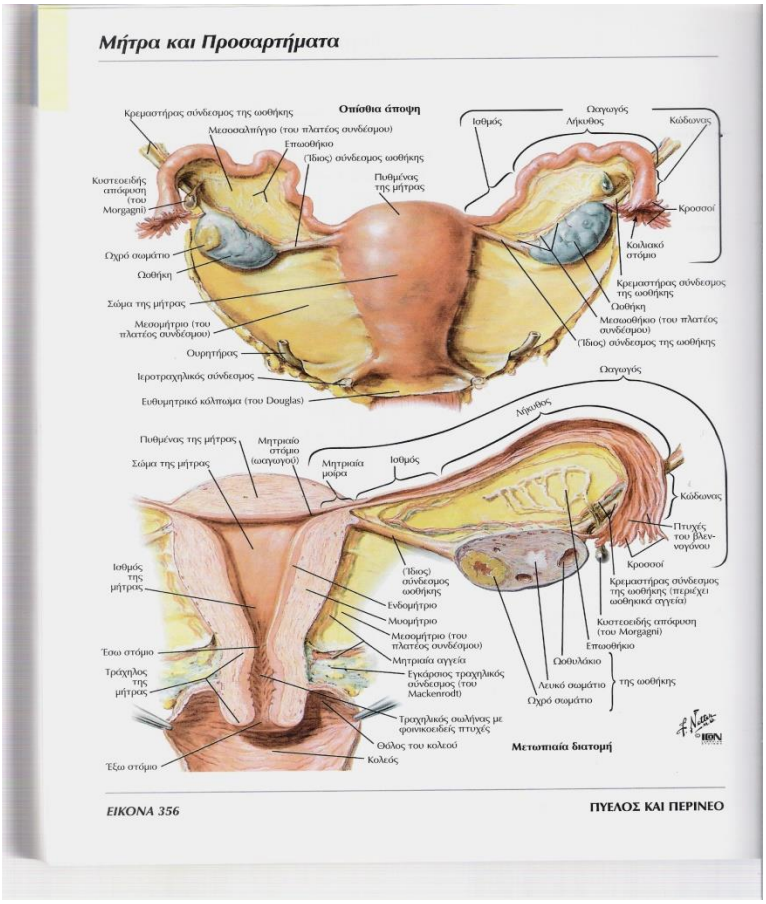
Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι:

1. Οι ωοθήκες
2. Οι ωαγωγοί ή σάλπιγγες
3. Η μήτρα και
4. Ο κολεός ή κόλπος

Τα έξω γεννητικά όργανα χαρακτηρίζονται συνολικά σαν αιδοίο. Τα επιμέρους στοιχεία του αιδοίου είναι:

1. Το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης
2. Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου
3. Τα μικρά χείλη του αιδοίου ή νύμφαι
4. Η κλειτορίδα
5. Ο πρόδομος του κόλπου
6. Οι βολβοί του προδόμου και
7. Οι αδένες του προδόμου ή αδένες του Bartholini

Έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας



Εικόνα 11. Μήτρα και παραρτήματα F. Netter, 2.004

Οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες και η μήτρα είναι τοποθετημένες, μέσα σε μια εγκάρσια πτυχή του περιτόναιου, η οποία εκτείνεται μεταξύ των δύο πλάγιων τοιχωμάτων της ελάσσονος πυέλου και η οποία χωρίζεται από τη μήτρα, σε δεξιό και αριστερό πλατύ σύνδεσμο. (Α. Καμμά, 2010)

Το οπίσθιο πέταλο του πλατύ συνδέσμου χωρίζεται από μια πτυχή του η οποία λέγεται μεσοωοθήκιο, και από την οποία κρέμεται η ωοθήκη, σε δύο τμήματα, το άνω ή μεσοσαλπίγγιο –το οποίο περιέχει τη σάλπιγγα- και το κάτω ή μεσομήτριο, που αντιστοιχεί στα πλάγια χείλη της μήτρας. (Α. Καμμά, 2010)

Οι ωοθήκες

Η ωοθήκη περιέχει τα γεννητικά κύτταρα της γυναίκας, τα ωάρια. Κάθε ωοθήκη έχει σχήμα και μέγεθος αμυγδάλου, με δύο υπόκυρτες επιφάνειες (έξω και έσω), δύο χείλη (πρόσθιο και οπίσθιο) και δύο άκρα ή πόλους (άνω και κάτω). (Α. Καμμά, 2010)

Η επιφάνεια της ωοθήκης είναι λεία και ομαλή πριν από την ήβη, μεταπίπτει όμως σε ανώμαλη, υβώδη και με ρήγματα κατά τη διάρκεια της γενετήσιας ζωής της γυναίκας λόγω της κατά εξακολούθηση ωοθυλακιορρηξίας. (Α. Καμμά, 2010)

Οι διαστάσεις της ωοθήκης ποικίλλουν, αλλά κατά μέσο όρο, το ύψος της φτάνει τα 4 εκ, το πλάτος τα εκ και το πάχος της το 1 εκ. Το βάρος της κυμαίνεται μεταξύ 6-10 γραμμ. (Α. Καμμά, 2010)

Η ακριβής θέση της ωοθήκης στην ελάσσονα πύελο είναι λίγο μπροστά από την ιερολαγόνια διάρθρωση, κάτω από το έσω χείλος του ψοϊτη, μέσα σε μια κοιλότητα του πλάγιου πυελικού τοιχώματος που σχηματίζεται από κατάδυση του περιτοναίου και λέγεται ωοθηκικός βόθρος. (Α. Καμμά, 2010)

Τα όρια του βόθρου αυτού, σε όρθια θέση, είναι προς τα εμπρός και πάνω η ομφαλική αρτηρία και προς τα πίσω η μητριαία αρτηρία και ο ουρητήρας. (Α. Καμμά, 2010)

Κατά τη διάρκεια της κύησης η ωοθήκη ενίοτε υφίσταται μετατόπιση προς τη μείζονα πύελο. (Α. Καμμά, 2010)

Η στήριξή της γίνεται από τα εξής στηρικτικά στοιχεία:

1. Το μεσοωοθήκιο
2. Τον κρεμαστήρα σύνδεσμο και
3. Τον ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης

Το μεσοωοθήκιο αποτελεί πτυχή του πλατέος συνδέσμου και προσφύεται στο πρόσθιο χείλος της ωοθήκης. Η πρόσφυση αυτή έχει σαν αποτέλεσμα το σχηματισμό, στο χείλος αυτό, μιας κυματοειδούς γραμμής (γραμμή του Farre) η οποία προέρχεται από τη μετάπτωση του βλαστικού επιθηλίου της ωοθήκης στο πλακώδες του περιτοναίου. (Α. Καμμά, 2010)

Ο κρεμαστήρας σύνδεσμος ξεκινά από τη λαγόνια περιτονία και προσφύεται στο άνω άκρο της ωοθήκης, εμποδίζοντας την προς τα κάτω μετακίνηση του οργάνου. Αποτελείται

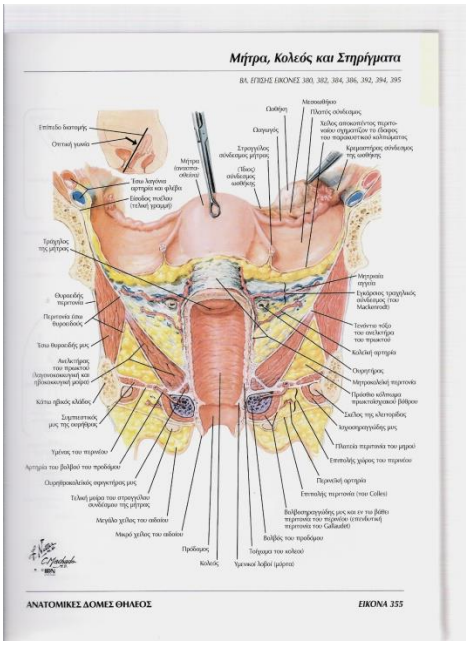
από συνδετικό ιστό και λείες μυϊκές ίνες και περικλείει, μέσα στη μάζα του, τα έσω σπερματικά αγγεία και νεύρα (ωοθηκικά). (Α. Καμμά, 2010)

Ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης εκφύεται από την πλάγια γωνία του πυθμένα της μήτρας και καταφύεται στο κάτω άκρο και το πρόσθιο χείλος της ωοθήκης, εμποδίζοντας την προς τα πλάγια μετακίνηση της μήτρας. (Α. Καμμά, 2010)

Από την εξέταση της λεπτής υφής του οργάνου προκύπτει ότι η ωοθήκη αποτελείται, από τα έξω προς τα μέσα, από το βλαστικό επιθήλιο, τη φλοιώδη μοίρα, τη μυελώδη μοίρα και ένα συνδετικό στρώμα κοινό για τις τρεις πρώτες μοίρες της. (Α. Καμμά, 2010)

Το βλαστικό επιθήλιο είναι μονόστοιβο κυλινδρικό πριν από την ήβη για να μετατραπεί, σε μεγάλο βαθμό σε μονόστοιβο πλακώδες μετά από αυτήν. (Α. Καμμά, 2010)

Ένας πυκνός συνδετικός ινώδης χιτώνας χωρίζει το βλαστικό επιθήλιο από την υποκείμενη φλοιώδη μοίρα της οποίας το κύριο συστατικό στοιχείο είναι τα ωοθυλάκια και τα παραγόμενα από αυτά ωχρά σωμάτια. Μεταξύ ωοθυλακίων και ωχρών σωματίων υπάρχει στη φλοιώδη μοίρα, συνδετικό υπόστρωμα χωρίς ελαστικές ίνες, οι οποίες όμως υπάρχουν στο συνδετικό υπόστρωμα της μυελώδους μοίρας, μέσα στην οποία διακλαδίζονται τα μεγαλύτερα στελέχη των αγγείων και των νεύρων της ωοθήκης. (Α. Καμμά, 2010)



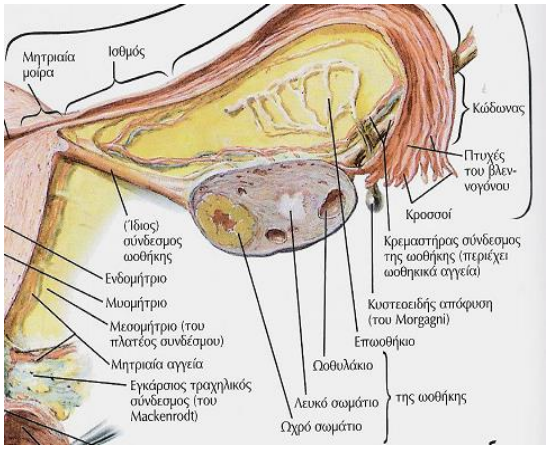
Εικόνα 12. Μήτρα Κολεός και Στηρίγματα F. Netter, 2.004

Το συνδετικό στρώμα της ωοθήκης διαφοροποιείται στη φλοιώδη μοίρα, γύρω από κάθεωοθυλάκιο, όπου και σχηματίζει την έξω και την έσω θήκη του ωοθυλακίου, η οποία χωρίζεται από το κοκκιώδες επιθήλιο του ωοθυλακίου με το βασικό υμένα. (Α. Καμμά 2.010)

Σε ένα σημείο της κοκκιώδης στοιβάδα υπεγείρεται και σχηματίζει ένα έπαρμα στο εσωτερικό του ωοθυλακίου το οποίο ονομάζεται ωοφόρος δίσκος, μέσα στον οποίο βρίσκεται το ωάριο, καλυμμένο από πολλές στοιβάδες κοκκιωδών κυττάρων από τις οποίες αυτή που έρχεται σε άμεση επαφή με αυτό καλείται ακτινωτός στέφανος. (Α. Καμμά, 2010)

Το ωάριο είναι το μεγαλύτερο κύτταρο του ανθρώπινου οργανισμού και έχει σφαιρικό σχήμα με διάμετρο 0,2-0,3 χιλιοστά. Περιβάλλεται από τον ακτινωτό στέφανο από τον οποίο διαχωρίζεται από τη διαφανή ζώνη. Ο πυρήνας του ονομάζεται βλαστικό κυστίδιο και είναι πολύ μεγαλύτερος σε σύγκριση με τους πυρήνες των σωματικών κυττάρων. Το ωάριο περιέχει εκτός από το γενετικό υλικό του, όλο το κυτταρόπλασμα και τα κυτταρικά οργανίδια, που θα χρησιμοποιηθούν μετά τη γονιμοποίηση, στη πρώτη φάση ανάπτυξης του εμβρύου καθώς επίσης και μεγάλες ποσότητες θρεπτικού υλικού, τη λέκιθο. (Α. Καμμά, 2010)

Η τυπική εικόνα του ωοθυλακίου με τις στιβάδες του και το ωάριο απαντά στα ώριμα ωοθυλάκια (Γραφιανά) και είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική στα έτοιμα προς ωοθυλακιορρηξία τα οποία φτάνουν στη διάμετρο των 8 χιλ περίπου. Τα υπόλοιπα άωρα ωοθυλάκια είναι πολύ μικρά και βρίσκονται ακριβώς κάτω από το βλαστικό επιθήλιο. (Α. Καμμά, 2010)



Εικόνα 13. Ωοθήκη Σάλπιγγα F. Netter 2.004

Κατά την ήβη και στις δύο ωοθήκες συνολικά αριθμούν 300-400.000 άωρα ωοθυλάκια από τα οποία κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής γενετήσιας ζωής της γυναίκας περίπου 400-450. Τα υπόλοιπα θα υποστούν το φαινόμενο της ατρησίας και θα υποστούν σταδιακή εξάλειψη. (Α. Καμμά, 2010)

Η ωοθήκη αιματώνεται από την ωοθηκική αρτηρία όπου εισέρχεται από το πυλαίο (πρόσθιο) χείλος της. Η κάθοδος της αρτηρίας, από την έκφυσή της από την κοιλιακή αορτή, γίνεται μέσω του κρεμαστήρα συνδέσμου και του μεσοωοθηκίου. (Α. Καμμά, 2010)

Από το πυλαίο χείλος διέρχονται επίσης οι φλέβες, τα λεμφαγγεία και τα νεύρα της ωοθήκης. (Α. Καμμά, 2010)

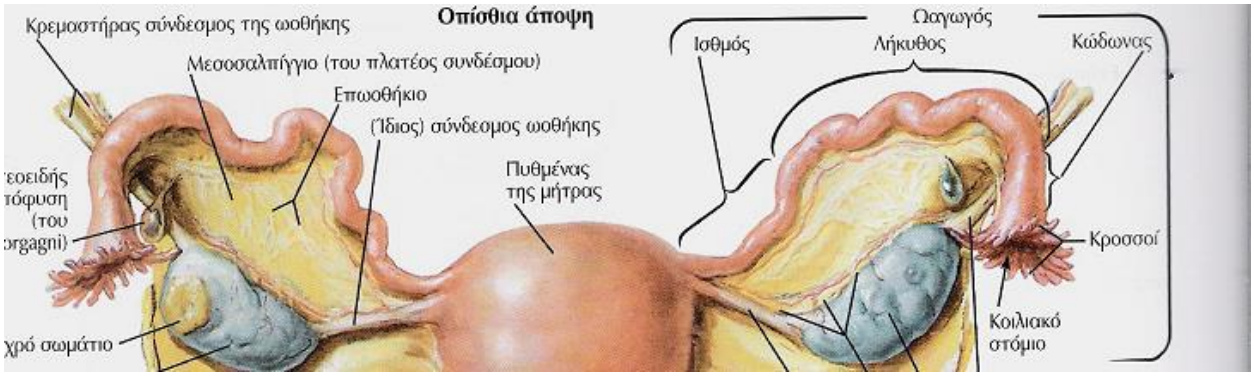
Οι φλέβες μετά την έξοδο από το πυλαίο χείλος, σχηματίζουν πλέγμα που καταλήγει στην ωοθηκική φλέβα και μαζί με την αρτηρία μέσω του κρεμαστήρα συνδέσμου καταλήγει δεξιά στην κάτω κοίλη φλέβα και αριστερά στη νεφρική. (Α. Καμμά, 2010)

Τα λεμφαγγεία τα οποία ξεκινούν από τη θήκη των ωοθυλακίων, εξέρχονται από την ωοθήκη από τις πύλες της, πορεύονται κατά μήκος της ωοθηκικής αρτηρίας και εκβάλλουν στα προαορτικά και παραορτικά λεμφογάγγλια. (Α. Καμμά, 2010)

Τα νεύρα προέρχονται από το ωοθηκικό συμπαθητικό πλέγμα το οποίο σχηματίζεται από κλάδους, του νεφρικού και του αορτικού πλέγματος. (Α. Καμμά, 2010)

Οι ωαγωγοί ή σάλπιγγες

Πρόκειται για δύο μυώδεις σωλήνες οι οποίοι συνδέουν τις ωοθήκες με τη μήτρα. Η σύνδεση είναι σταθερή όσο τη μήτρα και ασταθής με τις ωοθήκες. (Α. Καμμά, 2010)



Εικόνα 14. Ωαγωγοί F. Netter 2004

Κάθε σάλπιγγα έχει μήκος 11-14 εκ και είναι κλεισμένη στο πρόσθιο ή πάνω χείλος του πλατέος συνδέσμου. Εκτείνεται από τον πυθμένα της μήτρας μέχρι το πλάγιο πυελικό τοίχωμα, όπου και συναντάται με την ωοθήκη. . (Α. Καμμά, 2010)

Κάθε σάλπιγγα έχει δύο άκρα το έσω ή μητριαίο και το έξω ή κωδωνικό. Επίσης έχει δύο μοίρες την έσω ή ισθμό και την έξω ή λήκυθο, ενώ τέλος έχει τον αυλό με τα δύο στόμιά του, το έσω ή μητριαίο και το έξω ή κοιλιακό. . (Α. Καμμά, 2010)

Το μητριαίο άκρο εισέρχεται στη μήτρα στο ύψος της πλάγιας γωνίας του πυθμένα της μήτρας. το κωδωνικό άκρο έχει σχήμα χωνιού. Το στενότερο τμήμα του συνδέεται με τη λήκυθο και το ευρύτερο αποσχίζεται σε 12-15 κροσσούς, διαφορετικού μήκους, οι οποίοι κρέμονται ελεύθεροι. Ωοθηκικός κροσσός ονομάζεται ο μεγαλύτερος με μήκος 2-3 εκ. προσφύεται στο ελεύθερο χείλος του μεσοσαλπιγγίου, λειτουργεί ως κωδωνοωοθηκικός σύνδεσμος και φτάνει μέχρι την επιφάνεια της ωοθήκης αποσχιζόμενος σε πολλούς δευτερεύοντες. Μέσω του ωοθηκικού κροσσού πορεύεται το ωοκύτταρο, μετά την ωοθυλακιορρηξία, από την ωοθήκη στη σάλπιγγα. . (Α. Καμμά, 2010)

Ο ισθμός έχει μήκος 4-6 εκ και ξεκινά από την πλάγια γωνία του πυθμένα της μήτρας. Η αρχή του επικοινωνεί με την έκφυση του στρογγύλου και του ίδιου συνδέσμου της ωοθήκης. Μεταξύ των συνδέσμων πορεύονται μέσα σε πτυχή του πλατέος συνδέσμου τα σαλπιγγοωοθηκικά αγγεία. . (Α. Καμμά, 2010)

Η λήκυθος έχει μήκος περίπου 8 εκ και περιβάλλει μερικώς την ωοθήκη, σαν αγκύλη της οποίας το κυρτό τμήμα αντιστοιχεί στο άνω άκρο της ωοθήκης, το πρόσθιο σκέλος στο πρόσθιο χείλος της και το οπίσθιο σκέλος της στο οπίσθιο χείλος της. . (Α. Καμμά, 2010)

Ο αυλός εμφανίζει πτυχές στο βλεννογόνο του, που γίνονται ιδιαίτερα ευμεγέθεις και σχηματίζουν σχισμές στη λήκυθο. Οι σχισμοειδείς αυτοί χώροι με τα εκκολπώματα που σχηματίζονται, ευνοούν τη σαλπιγγική εξωμήτρια κύηση. (Α. Καμμά, 2010)

Η διάμετρος του αυλού στον ισθμό είναι 2-4 χιλ και στη λήκυθο 7-9 χιλ.

Το έσω ή μητριαίο στόμιο του αυλού έχει εύρος μέχρι 1 χιλ δυνάμει απόφραξης. . (Α. Καμμά, 2010)

Το έξω ή κοιλιακό στόμιο βρίσκεται στο όριο ληκύθου και κώδωνα, βλέπει προς την κοιλότητα της ελάσσονος πυέλου με διάμετρο περίπου 2 χιλ. . (Α. Καμμά, 2010)

Το τοίχωμα της σάλπιγγας αποτελείται από έξω προς τα μέσα, από τον ορογόνο χιτώνα, το μυϊκό χιτώνα με λείες μυϊκές ίνες και το βλεννογόνο. Μεταξύ ορογόνου και μυϊκού, παρεμβάλλεται χαλαρός υπορογόνιος όπου διακλαδίζονται τα αγγεία, ενώ μεταξύ μυϊκού και βλεννογόνου απουσιάζει υποβλεννογόνια στιβάδα. . (Α. Καμμά, 2010)

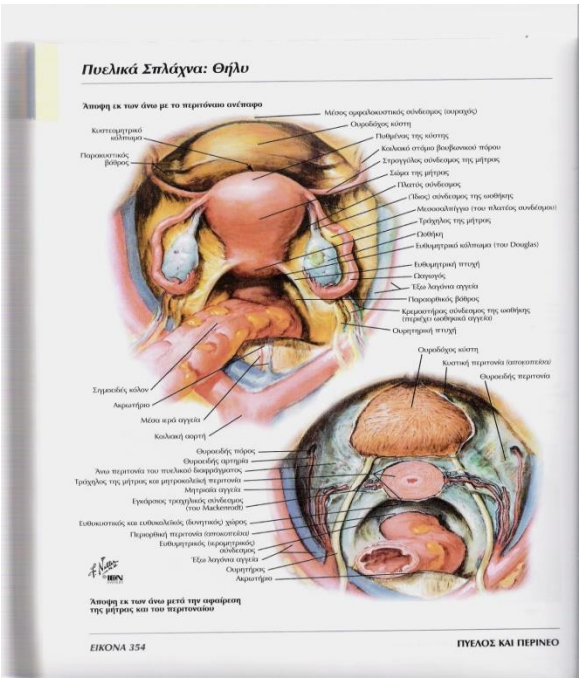
Ο ορογόνος χιτώνας περιβάλλει τη σάλπιγγα, σε όλη τη διάμετρό της, εκτός της περιοχής πρόσφυσης του μεσοσαλπιγγίου. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από τρεις στιβάδες, από έξω προς τα μέσα, την επιμήκη μυϊκή στιβάδα, τη στιβάδα του συνδετικού ιστού και την κυκλοτερή μυϊκή στιβάδα. Ο μυϊκός χιτώνας με τον περισταλτισμό του και ο βλεννογόνος με τη δόνηση των κροσσών του επιθηλίου του, συντελούν στην προώθηση του ωαρίου προς τη μήτρα. . (Α. Καμμά, 2010)

Ο βλεννογόνος της σάλπιγγας αποτελείται από ένα στρώμα χορίου και ένα στρώμα κροσσωτού επιθηλίου. Το εύρος του είναι μεγαλύτερο στη λήκυθο και σχηματίζει πολλαπλές πτυχές. . (Α. Καμμά, 2010)

Οι αρτηρίες του τοιχώματος της σάλπιγγας πορεύονται μέσα στο μεσοσαλπίγγιο όπου και διατάσσονται σε δύο τοξοειδείς σχηματισμούς, παράλληλα των οποίων πορεύονται και οι φλέβες. . (Α. Καμμά, 2010)

Τα λεμφαγγεία της σάλπιγγας επικοινωνούν με τα μητριαία και εκβάλλουν στα οσφυϊκά λεμφογάγγλια. (Α. Καμμά, 2010)

Τα νεύρα της σάλπιγγας προέρχονται από το μητροκολπικό και τα περί την ωοθηκική αρτηρία πλέγματα. (Α. Καμμά, 2010)



Εικόνα 15. Μήτρα F. Netter, 2.004

Η μήτρα

Η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο που σχηματίζεται από τη συνένωση των δύο μυλλέρειων πόρων του εμβρύου. (Α. Καμμά, 2010)

Σε πολλά είδη του ζωικού βασιλείου, όπως επίσης και στον άνθρωπο απαντά διφυής και τα δύο μέρη της χαρακτηρίζονται σαν κέρατα της μήτρας. (Α. Καμμά, 2010)

Η θέση της εντοπίζεται μεταξύ ουροδό(Α. Καμμά, 2010)χου κύστης (εμπρός), του απευθυσμένου (όπισθεν), των εντερικών ελίκων(πάνω) και του κόλπου (κάτω). (Α. Καμμά, 2010)

Το σχήμα της μοιάζει με αχλάδι, με το ογκοδέστερο τμήμα προς τα πάνω και το λεπτότερο προς τα κάτω. (Α. Καμμά, 2010)

Η μήτρα αποτελείται από τρία μέρη τον πυθμένα, το σώμα και τον τράχηλο, δύο στόμια το έσω και το έξω και μια κοιλότητα. (Α. Καμμά, 2010)

Στο ύψος της συνένωσης του τραχήλου με το σώμα δημιουργείται μια περίσφιγξη, η οποία χαρακτηρίζεται σαν ισθμός. (Α. Καμμά, 2010) (Α. Καμμά, 2010)

Σε οβελιαία διατομή παρουσιάζει πρόσθια κάμψη του πυθμένα και του σώματος ώστε να σχηματίζεται στο ύψος του ισθμού γωνία με το κοίλο προς τα εμπρός η οποία και χαρακτηρίζεται σαν κατά φύση κάμψη της μήτρας. (Α. Καμμά, 2010)

Ο πυθμένας προέχει της μεσοσαλπιγγικής γραμμής, ελάχιστα μεν στην άτοκο, πολύ περισσότερο δε στην πολύτοκο. Συνενώνεται με το σώμα στη σαλπιγγική γωνία, από την οποία ξεκινά η μητριαία μοίρα της σάλπιγγα(Α. Καμμά, 2010)ς, οστρογγύλος σύνδεσμος εμπρός και ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης πίσω. (Α. Καμμά, 2010)

Το σώμα παρουσιάζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια και δύο πλάγια χείλη. Η πρόσθια επιφάνεια ονομάζεται κυσική και εφάπτεται με την οπίσθια επιφάνεια της ουροδόχου κύστης. Η οπίσθια ονομάζεται εντερική και βλέπει προς το απευθυσμένο και τις εντερικές έλικες. Τα πλάγια χείλη στα οποία προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι, αποτελούν τις πηγές εισόδου των μητριαίων αγγείων τα οποία πορεύονται μεταξύ των δύο πετάλων του πλατέος συνδέσμου. (Α. Καμμά, 2010)

Η στήριξη της μήτρας στη θέση της επιτυγχάνεται με τη βοήθεια των εξής ανατομικών στοιχείων:

1. Του κόλπου, ο οποίος συνδέεται από τη μια μεριά με τη μήτρα και από την άλλη με τους μυς του περινέου. Έτσι σε ρήξεις του περινέου έχουμε πρόπτωση της μήτρας
2. Της ουροδόχου κύστης μπροστά και της ληκύθου του απευθυσμένου πίσω
3. Του περιτοναίου
4. Των συνδέσμων της και
5. Του παραμήτριου

Το περιτόναιο (περιμήτριο ή ορογόνος χιτώνας) καλύπτει τον πυθμένα, το σώμα και την πίσω επιφάνεια του υπερκολπικού τμήματος του τραχήλου. Δεν καλύπτει μόνο τα πλάγια χείλη του οργάνου και την πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου. Ανακάμπτει μπροστά μεν στην ουροδόχο κύστη, με το σχηματισμού του κυστιομητρικού κολπώματος ή πρόσθιου δουγλάσειου χώρου, πίσω δε στο απευθυσμένο με το σχηματισμό του ευθυμητρικού κολπώματος ή οπίσθιου δουγλάσειου χώρου. Ο οπίσθιος είναι ευρύτερος του πρόσθιου και διαιρείται με τις ευθυμητρικές πτυχές σε δύο μέρη το άνω ή ιδίως ευθυμητρικό κόλπωμα

το οποίο είναι γεμάτο εντερικές έλικες και το κάτω ή ευθυκολεϊκό κόλπωμα (πυθμένας του οπισθίου δουγλασείου). (Α. Καμμά, 2010)

Οι σύνδεσμοι της μήτρας είναι οι εξής:

1. Οι δύο πλατείς σύνδεσμοι δεξιός και αριστερός που αποτελούν πτυχές του περιτοναίου και εκτείνονται μεταξύ πλάγιου τοιχώματος της ελάσσονος πυέλου και πλάγιου χείλους της μήτρας όπου μετατρέπονται στον ορογόνο χιτώνα της (περιμήτριο). Κάθε πλατύς διαιρείται με το μεσωοθήκιο σε δύο τμήματα το άνω ή μεσοσαλπίγγιο και το κάτω ή μεσομήτριο, το οποίο είναι παχύ και περιέχει άφθονο συνδετικό ιστο και αποτελεί το παραμήτριο μέσα στο οποίο πορεύονται τα μητριαία αγγεία και νεύρα

2. Οι δύο ευθυμητρικοί (ιερομητρικοί) εκφύονται από το περιόστεο του ιερού οστού και καταφύονται στον αυχένα της μήτρας όπου και ενώνονται μεταξύ τους με το σχηματισμό του μητριαίου ογκώματος. Η σύστασή 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 και

3. Οι δύο στρογγύλοι, δεξιός και αριστερός που εκφύονται από τον πυθμένα της μήτρας και καταφύονται στο δέρμα των μεγάλων χειλέων του αιδοίου. Καθένας εμφανίζει ενδοπυελικό και εξωπυελικό τμήμα. Το πρώτο αποτελείται από την εντός του πλαγίου συνδέσμου και τη λαγόνια μοίρα του και το δεύτερο από τη βουβωνική και προβουβωνική μοίρα. Η σύνθεσή τους αποτελείται από συνδετικό ιστό, λείες μυϊκές ίνες που προέρχονται από το μυϊκό χιτώνα της μήτρας και γραμμωτές μυϊκές ίνες που προέρχονται από τον έσω λοξό και τον εγκάρσιο κοιλιακό μυ και συνιστούν τον κρεμαστήρα μυ. Μέσα στο σύνδεσμο πορεύονται αρτηρίες, από την κάτω επιγάστριο και τη μητριαία, φλέβες που εκβάλλουν στην κάτω επιγάστριο, τη μηριαία και τις κάτω μητριαίες και νεύρα κλάδοι του αιδοιομητρικού πλέγματος. (Α. Καμμά, 2010)

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

1. Τον ορογόνο ή περιμήτριο
2. Το μυϊκό ή μυομήτριο και
3. Το βλεννογόνο ή ενδομήτριο

Ο ορογόνος χιτώνας αποτελεί ανάκαμψη του περιτοναίου και μεταβαίνει, πλάγια στους πλατείς συνδέσμους της μήτρας, ενώ θεωρείται στοιχείο στήριξης του οργάνου. (Α. Καμμά, 2010)

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες και αγγεία. Αποτελείται από τρεις στοιβάδες, οι οποίες από έξω προς τα μέσα είναι, η υπορογόνια, η αγγειώδη και την υποβλεννογόνια. Η υπορογόνια αποτελείται από δύο στρώματα μυϊκών ινών ένα εξωτερικό με επιμήκεις ίνες και ένα εσωτερικό με εγκάρσιες. Η αγγειώδης αποτελείται από μυϊκές ίνες διαφόρων κατευθύνσεων που δίνουν την εντύπωση πλέγματος. Η υποβλεννογόνια αναμιγνύεται σε σημαντικό βαθμό, με το χόριο του βλεννογόνου και σχηματίζει στο ύψους του τραχήλου το σφιγκτήρα της μήτρας. Η ανάμιξη στο επίπεδο αυτό του μυομητρίου με το ενδομήτριο είναι αποτέλεσμα της έλλειψης πραγματικού υποβλεννογόνιου χιτώνα στη μήτρα και εξηγεί τις αιμορραγίες από τραυματισμό του μυϊκού χιτώνα που συμβαίνουν στη διενέργεια αποξέσεων. Το μυομήτριο του τραχήλου περιέχει περισσότερο συνδετικό ιστό και ελαστικές ίνες και αυτό εξηγεί τη σκληρότερη στην αφή σύστασή του και τη δυσκολία στη διάταση της κοιλότητάς του. (Α. Καμμά, 2010)

Ο βλεννογόνος αποτελείται από μονόστοιβο κροσσωτό καλυπτικό επιθήλιο και το χόριο του ενδομητρίου μέσα στο οποίο βρίσκονται οι αδένες του και τοα οποίο αποτελείται από συνδετικό ιστό, δικτυωτές ίνες και άφθονη θεμέλια ουσία. (Α. Καμμά, 2010)

Οι αδένες του ενδομητρίου περιέχουν κυρίως βλέννη και γλυκογόνο (για την αρχική θρέψη του κυήματος) και χρησιμεύουν επίσης στην αναγέννηση του καταστρεφόμενου κατά την εμμηνορρυσία βλεννογόνου, δεδομένου ότι οι πυθμένες των αδένων αυτών βρίσκονται μέσα στο μυϊκό χιτώνα και δεν αποπίπτουν κατά την αιμορραγία αλλά διατηρούνται και αναπλάσουν το επιθήλιο του ενδομητρίου. (Α. Καμμά, 2010)

Το ενδομήτριο αποτελεί ιδιότυπο μορφή βλεννογόνου χιτώνα δεδομένου ότι σημαντικό μέρος του αποπίπτει με την εμμηνορρυσία, κάθε 28 μέρες, κατά τη διάρκεια της γενετήσιας ζωής της γυναίκας, εκτός των περιόδων κύησης. (Α. Καμμά, 2010)

Η μήτρα αιματώνεται κυρίως από τη μητριαία αρτηρία και μερικώς από τις ωοθηκικές. Η μητριαία αρτηρία εκφύεται από το πρόσθιο στέλεχος της έσω λαγονίου, και πορεύεται αρχικά στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα μπροστά από τον ουρητήρα, στη συνέχεια μπαίνει στη βάση του πλατέος συνδέσμου και φτάνει μέχρι τον ισθμό της μήτρας, αφού χιασθεί με τον

ουρητήρα. Στο ύψος του ισθμού διαιρείται σε ανιόντα και κατιόντα κλάδο, ο οποίος δίνει μικρότερους κλάδους για τον κόλπο και αναστομώνεται με την κολπική αρτηρία, ενώ ο ανιών πορεύεται ελικοειδώς στο πλάγιο της μήτρας όπου και δίνει, με σχεδόν κάθετη έκφυση, πρόσθιους και οπίσθιους κλάδους για το σώμα και τον τράχηλο της μήτρας. (Α. Καμμά, 2010)

Οι φλέβες της μήτρας έχουν λεπτό τοίχωμα και ατελείς βαλβίδες, αθροίζονται στη μέση στιβάδα του μυϊκού χιτώνα και μετά την έξοδό τους από τα πλάγια χείλη της μήτρας, σχηματίζουν πλέγμα γύρω από τη μητριαία αρτηρία, από το οποίο εκπορεύονται η άνω μητριαία φλέβα που εκβάλλει στην έσω σπερματική, και η μέση και κάτω μητριαίες φλέβες, που εκβάλλουν στην έσω λαγόνια. (Α. Καμμά, 2010)

Τα λεμφαγγεία της μήτρας ξεκινούν από τους τρεις χιτώνες της και στη συνέχεια σχηματίζουν στελέχη, τα οποία ακολουθούν σε γενικές γραμμές, τα αιμοφόρα αγγεία της. Τα λεμφαγγεία του τραχήλου πορεύονται προς τους έσω και έξω λαγόνιους λεμφαδένες, ενώ ένα μικρό τους μέρος, που βρίσκεται πίσω από την ιερομητρική πτυχή πορεύεται προς τους ιερούς λεμφαδένες. (Α. Καμμά, 2010)

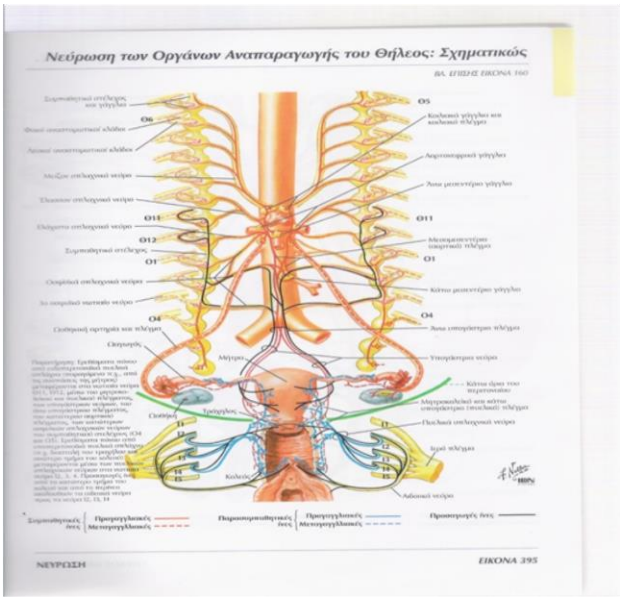
Τα λεμφαγγεία του σώματος και του πυθμένα διακρίνονται σε τρεις ομάδες:

Η πρώτη από το κατώτερο τμήμα του σώματος, ακολουθεί τα λεμφαγγεία του τραχήλου προς τους λαγόνιους λεμφαδένες. (Α. Καμμά, 2010)

Η δεύτερη από το υπόλοιπο τμήμα του σώματος και το μεγαλύτερο μέρος του πυθμένα ακολουθεί τα ωοθηκικά λεμφαγγεία και πορεύεται προς τους παραορτικούς λεμφαδένες. (Α. Καμμά, 2010)

Η τρίτη από το υπόλοιπο τμήμα του πυθμένα, πορεύεται κατά μήκος του στρογγύλου συνδέσμου προς τους βουβωνικούς λεμφαδένες. (Α. Καμμά, 2010)

Τα νεύρα της μήτρας εκπορεύονται, κυρίως από το κοιλιακό (μεσολαγόνιο) γάγγλιο του συμπαθητικού, το οποίο βρίσκεται μεταξύ των κοινών λαγόνιων αρτηριών. Τα περισσότερα νεύρα που εκφύονται από το γάγγλιο αυτό σχηματίζουν κατά μήκος των ευθυμητρικών συνδέσμων, το μητροκολπικό πλέγμα, το οποίο αποτελείται από ένα σύνολο μικρών γαγγλίων (γάγγλιο του Lee) το μεγαλύτερο των οποίων καλείται γάγγλιο του Frankenhauser. (Α. Καμμά, 2010)



Εικόνα 16. Νεύρωση γεννητικών οργάνων θήλεος F. Netter, 2.004

Οι αισθητικές ίνες της μήτρας πορεύονται κατά μήκος του μητροκολπικού και του αορτικού πλέγματος μέχρι τα ραχιαία νωτιαία γάγγλια της περιοχής, ενώ οι αντίστοιχες του τραχήλου επικοινωνούν με το 2° -4° ιερό νεύρο μέσω της παρασυμπαθητικής οδού. (Α. Καμμά, 2010)

Ο κόλπος ή κολεός

Ο κόλπος είναι ένας ινομυώδης σωλήνας που βρίσκεται μεταξύ ουρήθρας και απευθυσμένου και του οποίου το άνω άκρο συνάπτεται με τον τράχηλο της μήτρας το δε κάτω εκβάλλει στη σχισμή του αιδοίου. (Α. Καμμά, 2010)

Στη θέση που βρίσκεται, ο κόλπος στηρίζεται με προσφύσεις στα γειτονικά μόρια και ιδιαίτερα στο πυελικό έδαφος όπου διέρχεται δια μέσου του ανελκτήρα του πρωκτού, και περιβάλλεται από τον ηβοκοκκυγικό μυ, ο οποίος σχηματίζει αγκύλη γύρω από τον κόλπο. (Α. Καμμά, 2010)

Ο σπασμός του ανελκτήρα συσφίγγει τον κόλπο και παρεμποδίζει την πρόπτωση τόσο του ιδίου όσο και της μήτρας. Το κάτω από τον ανελκτήρα τμήμα του κόλπου είναι το πιο σταθερό γιατί διαπερνά το ουρογεννητικό τρίγωνο, όπου συνάπτεται με τις περιτονίες του και φτάνει στα μικρά χείλη του αιδοίου, με τα οποία και συνδέεται με μυϊκές ίνες του μυϊκού χιτώνα. (Α. Καμμά, 2010)

Ο κολεός αποτελείται από τρία τμήματα:

1. Το άνω τμήμα ή άκρο
2. Το μέσο τμήμα ή σώμα και
3. Το κάτω τμήμα ή άκρο

Το άνω άκρο προσφύεται κυκλικά γύρω από τον τράχηλο της μήτρας και συντελεί, με αυτή την πρόσφυση, στο σχηματισμό ενός σχισμοειδούς χώρου ο οποίος καλείται θόλος του κόλπου. Το πρόσθιο τμήμα του θόλου- πρόσθιος θόλος- επικοινωνεί με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης, ενώ το οπίσθιο τμήμα- οπίσθιος θόλος- αποτελεί τον πυθμένα του ευθυκολπικού κολπώματος, το οποίο είναι πλήρες εντερικών ελίκων, γι' αυτό σε ρήξη του τμήματος αυτού, έχουμε πρόπτωση εντέρου μέχρι το αιδοϊκό σχίσμα. (Α. Καμμά, 2010)

Το σώμα του κόλπου παρουσιάζει ένα πρόσθιο τοίχωμα και δύο πλάγια χείλη.

Το πρόσθιο τοίχωμα, στο ανώτερο τμήμα του συνάπτεται χαλαρά με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης, με χαλαρό συνδετικό ιστό, ενώ το κατώτερο τμήμα του συνδέεται σταθερά με το οπίσθιο τοίχωμα της ουρήθρας με το οποίο σχηματίζει το ουρηθροκολπικό διάφραγμα, σημείο σχηματισμού των ομώνυμων συριγγίων. (Α. Καμμά, 2010)

Το οπίσθιο τοίχωμα αφού πάρει μέρος στο σχηματισμό του ευθυκολπικού κολπώματος, συνάπτεται με το απευθυσμένο, με την παρεμβολή μυών του περινέου και σχηματίζει σε οβελιαία τομή το ευθυκολπικό τρίγωνο. (Α. Καμμά, 2010)

Τα πλάγια χείλη του κόλπου φέρουν πυκνά φλεβικά πλέγματα, όπου σε τραυματισμό προκαλούν σοβαρή αιμορραγία. (Α. Καμμά, 2010)

Το στόμιο ή είσοδος, κάτω άκρο του κόλπου, είναι ιδιαίτερο στενό σε άρρηκτο παρθενικό υμένα, λόγω ακριβώς της ύπαρξης μιας πτυχής του τοιχώματος, του παρθενικού υμένα. Η εξωτερική επιφάνεια του υμένα αφορίζεται περιφερικά από τα μικρά χείλη του αιδοίου με την νυμφεοϋμενική αύλακα, στην οποία βρίσκονται τα νυμφεοϋμενικά βοθρία. (Α. Καμμά, 2010)

Ο παρθενικός υμένας αποτελείται από συνδετικό ιστό επαλειφόμενο μέσα και έξω από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο. Μετά τη ρήξη του, αλλά πριν από τον τοκετό, σχηματίζει γλωσσοειδή επάρματα, τους υμενικούς λοβούς, ενώ μετά τον τοκετό (κατά τη διάρκεια του οποίου υφίσταται βαθιά ρήγματα) μετατρέπεται σε ένα αριθμό μικρών επαρμάτων, γύρω από το έξω στόμιο του κόλπου, τα οποία ονομάζονται μύρτα. (Α. Καμμά, 2010)

Η εσωτερική επιφάνεια του κόλπου εμφανίζει ένα μεγάλο αριθμό λοξών παχύνσεων του βλεννογόνου που ονομάζονται κολπικές ρυτίδες, οι οποίες γίνονται πιο πυκνές κατά μήκος του πρόσθιου και οπίσθιου τοιχώματος του κόλπου και σχηματίζουν τον πρόσθιο και οπίσθιο στύλο του. Εμβρυολογικά οι δύο κολπικοί στύλοι παριστάνουν το υπόλειμμα της ραφής για τη συνένωση των δύο Μυλέρειων πόρων κατά τη διαδικασία σχηματισμού του κόλπου. (Α. Καμμά, 2010)

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από έξω προς τα μέσα από τρεις χιτώνες:

- τον ινώδη, που αποτελείται από συνδετικό ιστό με ελαστικές ίνες και φλεβικά πλέγματα,
- το μυϊκό, που αποτελείται από ελαστικές και λείες μυϊκές ίνες
- και το βλεννογόνο, που αποτελείται από χόριο, πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο και λεμφοζίδια.

Το επιθήλιο του κόλπου αποτελείται από πέντε στιβάδες, τη βασική, παραβασική, διάμεση, επιφανειακή και την αποφολιδουμένη. Στη δομή αυτή στηρίζεται η αποφολιδωτική κυτταρολογία που επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων για την ορμονική κατάσταση της γυναίκας και την πρόληψη παθήσεων του γεννητικού συστήματος. (Α. Καμμά, 2010)

Το κολπικό βλεννογόνο δε διαθέτει αδένες, ενώ η ύγρανση του κόλπου προέρχεται από το έκκριμα των αδένων του τραχήλου, του σώματος της μήτρας, των βαρθολινείων αδένων και των επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου του. (Α. Καμμά, 2010)

Ο κόλπος αγγειώνεται στο άνω τμήμα από τη μητροκολπική αρτηρία, κλάδο της μητριαίας, στο μεσαίο τμήμα από τη μέση κολπική, κλάδο της κάτω κυστικής και στο κάτω τμήμα του από την κάτω κολπική, κλάδο της μέσης αιμορροϊκής αρτηρίας. (Α. Καμμά, 2010)

Οι φλέβες του κόλπου σχηματίζουν πλέγμα, το οποίο επικοινωνεί με τις φλέβες του αιδοίου και τις ενδοπυελικές για να καταλήξει στην έσω λαγόνια φλέβα. (Α. Καμμά, 2010)

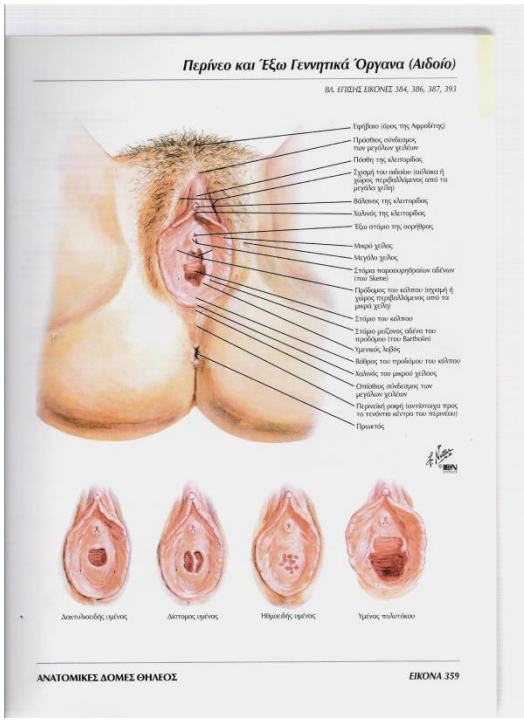
Τα λεμφαγγεία του κόλπου ακολουθούν τρεις οδούς:

- Τα πιο ψηλά βρισκόμενα ακολουθούν την πορεία της μητριαίας αρτηρίας και εκβάλλουν στους έσω και έξω λαγόνιους λεμφαδένες

- Τα μεσαία ακολουθούν την κολπική αρτηρία και εκβάλλουν στους έσω λαγόνιους αδένες
- Τα πιο χαμηλά βρισκόμενα εκβάλλουν στους επιπολής βουβωνικούς λεμφαδένες. (Α. Καμμά, 2010)

Τα νεύρα του κόλπου προέρχονται από το μητροκολπικό πλέγμα που σχηματίζεται από το υπογάστριο πλέγμα με συμβολή ινών από το 3^{ο} και 4^{ο} ιερό νεύρο. (Α. Καμμά, 2010)

Έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας



Εικόνα 17. Περίνεο και Έξω Γεννητικά όργανα θήλεος F. Netter, 2.004

Τα έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας συνιστούν την ανατομική ενότητα του αιδοίου.

Το αιδοίο βρίσκεται μεταξύ των ριζομηρίων και διασχίζεται οβελιαία από την αιδοιϊκή σχισμή, αφοριζόμενο στο πλάι από την αιδοιομητρική αύλακα και προς τα πάνω από το δέρμα της κοιλίας με το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης. (Α. Καμμά, 2010)

Οι ανατομικοί σχηματισμοί που συνθέτουν το αιδοίο είναι οι εξής:

1. Το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης
2. Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου
3. Τα μικρά χείλη του αιδοίου

4. Η κλειτορίδα
5. Ο πρόδομος του κόλπου
6. Οι βολβοί του προδόμου και
7. Οι αδένες του προδόμου ή Βαρθολίνειοι αδένες

Το εφήβαιο είναι δερματικό έπαρμα που βρίσκεται πάνω από την αιδοιϊκή σχισμή, σε σχήμα τριγώνου με τη βάση προς το υπογάστριο και την κορυφή προς τα κάτω. Αφορίζεται προς τα πάνω από την ηβική αύλακα, προς τα πλάγια από τις δύο αιδοιομητρικές αύλακες και προς τα κάτω μεταβαίνει στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. (Α. Καμμά, 2010)

Το δέρμα του εφηβαίου μετά την ήβη, καλύπτεται από τέλειες τρίχες που φτάνουν μέχρι την ηβική αύλακα, ενώ κάτω από αυτό υπάρχει στρώμα υποδόριου λίπους. (Α. Καμμά, 2010)

Η αγγείωση του εφηβαίου γίνεται από κλάδους της έξω αιδοιϊκής και της έξω σπερματικής αρτηρίας, οι φλέβες του εκβάλλουν στη μείζονα σαφηνή φλέβα και τα λεμφαγγεία του, στα επιπολής βουβωνικά λεμφογάγγλια. Η νεύρωση προέρχεται από κλάδους του λαγονοϋπογάστριου και λαγονοβουβωνικού νεύρου. (Α. Καμμά, 2010)

Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου είναι πτυχές του δέρματος με λιπώδες υπόστρωμα και αντιστοιχούν στα δύο ήμισυ του ανδρικου όσχεου. (Α. Καμμά, 2010)

Τα δύο άκρα των μεγάλων χειλέων ενώνονται μεταξύ τους με τον πρόσθιο και οπίσθιο σύνδεσμο. Ο πρόσθιος βρίσκεται πάνω από την πόσθη της κλειτορίδας, ενώ ο οπίσθιος μπροστά από τη ραφή του περινέου. (Α. Καμμά, 2010)

Η έξω επιφάνεια των μεγάλων χειλέων χωρίζεται από το μηρό με την αιδοιομητρική αύλακα, ενώ η εσωτερική τους επιφάνεια από τα μικρά χείλη με τη μεσοχείλια αύλακα, η οποία ξεκινά από την κλειτορίδα και χάνεται στο περίνεο. Καθένα από τα χείλη έχει ένα ελεύθερο χείλος, που είναι υποστρόγγυλο και καλύπτεται από τριχωτό και μια βάση, που στρέφεται προς τα πάνω και καλύπτει ανατομικά στοιχεία. (Α. Καμμά, 2010)

Το δέρμα των μεγάλων χειλέων περιέχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, ενώ από κάτω υπάρχει στιβάδα λείων μυϊκών ινών και αποτελούν το δαρτό χιτώνα. (Α. Καμμά, 2010)

Το υποδόριο λίπος διαχωρίζεται από το λιπώδες σώμα, το οποίο αποτελείται από μεγάλα λόβια και διαχωρίζεται από το υποδόριο λίπος με ένα ελαστικό ινώδες έλυτρο, συνέχεια της κρεμαστήριας και υποδόριας περιτονίας της κοιλιας και στο οποίο καταλήγει ο στρογγύλος σύνδεσμος της μήτρας. (Α. Καμμά, 2010)

Τα μεγάλα χείλη αγγειώνονται από την έξω (κλάδο της μηριαίας) και έσω αιδοϊκή (κλάδο του υπογαστρίου). (Α. Καμμά, 2010)

Οι φλέβες σχηματίζουν δύο δίκτυα, το επιπολής που επικοινωνεί με τη μητριαία φλέβα, την έσω αιδοϊκή και τη φλέβα του στρογγύλου συνδέσμου και το εν τω βάθει, το οποίο εκβάλλει στις φλέβες των βολβών του προδόμου, του κόλπου και του πρωκτού. (Α. Καμμά, 2010)

Τα λεμφαγγεία εκβάλλουν στα επιπολής βουβωνικά λεμφογάγγλια, ενώ τα νεύρα προέρχονται από το λαγονοβουβωνικό, το έσω σπερματικό και το αιδοϊκό νεύρο. (Α. Καμμά, 2010)

Τα μικρά χείλη του αιδοίου είναι δύο άτριχες δερματικές πτυχές που βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα χείλη και αφορίζουν τον πρόδομο του κόλπου. (Α. Καμμά, 2010)

Τα δύο άκρα τους φέρονται μέχρι την κλειτορίδα όπου αποσχίζονται σε δύο πτυχές το καθένα. Και η μεν άνω πτυχή φέρεται πάνω από την κλειτορίδα και ενώνεται με την αντίθετη στο σχηματισμό της πόσθης της κλειτορίδας, η δε κάτω φέρεται κάτω από τη βάλανο της κλειτορίδας όπου σαν την άνω ενώνεται με την αντίθετη στο σχηματισμό του χαλινού της κλειτορίδας. (Α. Καμμά, 2010)

Τα δύο άκρα τους ενώνονται μεταξύ τους στο σχηματισμό του χαλινού των μικρών χειλέων του αιδοίου. Μεταξύ χαλινού και παρθενικού υμένα, σχηματίζεται ο σκαφοειδής βόθρος. (Α. Καμμά, 2010)

Τα μικρά χείλη χωρίζονται από τα μεγάλα με τη μεσοχείλια αύλακα και από την είσοδο του κόλπου με τη νυμφοϋμενική αύλακα. (Α. Καμμά, 2010)

Το δέρμα των μικρών χειλέων είναι λεπτό και περιέχει υπόστρωμα συνδετικού ιστού με ελαστικές ίνες, λείες μυϊκές ίνες, αγγεία, νεύρα και σμηγματογόνους αδένες, οι οποίοι είναι περισσότεροι στην περιοχή της πόσθης και εκκρίνουν το σμήγμα της κλειτορίδας. (Α. Καμμά, 2010)

Η αγγείωση και η νεύρωση είναι ίδια των μεγάλων χειλέων.

Η κλειτορίδα βρίσκεται μεταξύ των πρόσθιων άκρων των μικρών χειλέων και αποτελείται από στυτικό ιστό με δύο σηραγγώδη σώματα. Έχει μήκος 5-6 εκ και διαιρείται στα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο. (Α. Καμμά, 2010)

Τα σκέλη της κλειτορίδας εκφύονται από τους ηβοϊσχιακούς κλάδους και ενώνονται μεταξύ τους στο ύψος της ηβικής σύμφυσης όπου συντελείται ο σχηματισμός του σώματος της κλειτορίδας. Στο άκρο του σώματος σχηματίζεται η βάλανος η οποία καλύπτεται από την πόσθη. (Α. Καμμά, 2010)

Τα σηραγγώδη σώματα της κλειτορίδας περιβάλλονται από μια ινώδη μεμβράνη η οποία φέρεται προς τα πάνω και προσφύεται στην ηβική σύμφυση (κρεμαστήρας σύνδεσμος). (Α. Καμμά, 2010)

Η πόσθη και ο χαλινός της κλειτορίδας σχηματίζονται από τα δύο σκέλη στα οποία καταλήγουν προς τα πάνω τα μικρά χείλη του αιδοίου. (Α. Καμμά, 2010)

Γύρω από την πόσθη υπάρχουν σμηγματογόνοι αδένες που εκκρίνουν το σμήγμα της κλειτορίδας. (Α. Καμμά, 2010)

Από άποψη κατασκευής, είναι ίδια με τα σηραγγώδη σώματα του πέους, δηλαδή εξωτερικά από ινώδη ιστό και εσωτερικά από στυτικό ή σηραγγώδη ιστό. (Α. Καμμά, 2010)

Οι αρτηρίες της ραχιαία και εν τω βάθει, είναι κλάδοι της έσω αιδοιϊκής και οι φλέβες της εκβάλλουν στη ραχιαία φλέβα της κλειτορίδας (με εξαίρεση τη φλέβα της βαλάνου που εκβάλλει στα πρόσθια άκρα των βολβών του προδόμου). Τα λεμφαγγεία της σχηματίζουν δύο δίκτυα, ένα επιπολής που εκβάλλει στην εσω ομάδα των επιπολής βουβωνικών λεμφαδένων και ένα εν τω βάθει που εκτός από τους έσω επιπολής βουβωνιακούς εκβάλλει και στα υπογάστρια και το άνω λαγόνιο λεμφογάγγλια. (Α. Καμμά, 2010)

Η κλειτορίδα νευρώνεται από κλάδο του αιδοιικού νεύρου –ραχιαίο κλάδο της κλειτορίδας- και από το σηραγγώδες πλέγμα το οποίο αναστομώνεται πολλαπλά με το ραχιαίο νεύρο. (Α. Καμμά, 2010)

Ο πρόδομος του κόλπου ή ουρογεννητικός κόλπος αποτελεί σχηματισμό ο οποίος εκτείνεται πάνω μεν μέχρι το χαλινό της κλειτορίδας κάτω δε από μέχρι το σκαφοειδή βόθρο. Τα πλάγια τοιχώματα του προδόμου σχηματίζονται από την έσω επιφάνεια των

μικρών χειλέων και ο πυθμένας του διατιτραίνεται μπροστά μεν από το έξω στόμιο της ουρήθρας, πίσω δε από την είσοδο του κόλπου. (Α. Καμμά, 2010)

Το έξω στόμιο της ουρήθρας βρίσκεται 20 χιλ περίπου κάτω από την κλειτορίδα πάνω σε ένα μικρό έπαρμα του προδόμου το οποίο ονομάζεται ουρηθραία θηλή. Στη θηλή αυτή εκβάλλουν και οι δύο παραουρηθραίοι πόροι των αδένων του Skene ή ελάσσονες αδένες του προδόμου, στους οποίους εμφυτεύεται συνήθως ο γονόκοκκος. (Α. Καμμά, 2010)

Μεταξύ του έξω στομίου της ουρήθρας και της κλειτορίδας σχηματίζεται ένας τρίγωνος χώρος, με τη βάση στραμμένη προς την ουρήθρα, ο ουρηθραίος πρόδομος ή ουρηθραίο πεδίο, τα πλάγια του οποίου αποτελούν τα άνω τμήματα των νυμφεϋμενικών αυλάκων. (Α. Καμμά, 2010)

Από τη μέση γραμμή του ουρηθραίου προδόμου ξεκινούν οι ουρηθραίες ηνίες, που εκτείνονται μέχρι την κάτω επιφάνεια του σώματος της κλειτορίδας και οι οποίες συνιστούν το υπόλειμμα του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας στη γυναίκα. (Α. Καμμά, 2010)

Οι βολβοί του προδόμου είναι δύο ογκώματα στα πλάγια της εισόδου του κόλπου που αντιστοιχούν στα δύο ημισφαίρια του βολβού της ανδρικής ουρήθρας. (Α. Καμμά, 2010)

Κάθε βολβός έχει σχήμα αμυγδάλου του οποίου το οξύτερο άκρο στρέφεται προς τα πάνω και ενώνεται με το αντίθετο έτσι ώστε σχηματίζουν πέταλο του οποίου το κοίλο περιβάλλει την είσοδο του κόλπου από πάνω και πλάγια. (Α. Καμμά, 2010)

Η εξωτερική επιφάνεια του βολβού του προδόμου καλύπτεται από το βολβοσηραγγώδη μυ και η εσωτερική βρίσκεται σε άμεση σχέση με το έξω στόμιο της ουρήθρας, την είσοδο του κόλπου και το Βαρθολίνειο αδένα. Το οξύ άκρο συνδέεται με το αντίθετο και την κλειτορίδα, με πυκνό φλεβικό πλέγμα, το πλέγμα του Kolbet. (Α. Καμμά, 2010)

Η σύσταση των βολβών του προδόμου είναι συνδετικός ιστός, λείες μυϊκές ίνες και πολυπληθές πλέγμα φλεβών σαν στυτικός ιστός, που ενώ διογκώνεται με τον ερεθισμό δεν εμφανίζει σκλήρυνση. (Α. Καμμά, 2010)

Η αγγείωση γίνεται από τη βολβική αρτηρία κλάδο της έσω αιδοιιϊκής , ενώ η έσω αιδοιϊκή φλέβα απάγει το αίμα από τα φλεβικά δίκτυά του. (Α. Καμμά, 2010)

Οι δύο Βαρθολίνειοι αδένες αντιστοιχούν στους βολβοουρηθραίους αδένες του άνδρα, βρίσκονται δεξιά και αριστερά του κόλπου μεταξύ του οπισθοπλάγιου τοιχώματός τους και του οπίσθιου άκρο του βολβού του προδόμου. (Α. Καμμά, 2010)

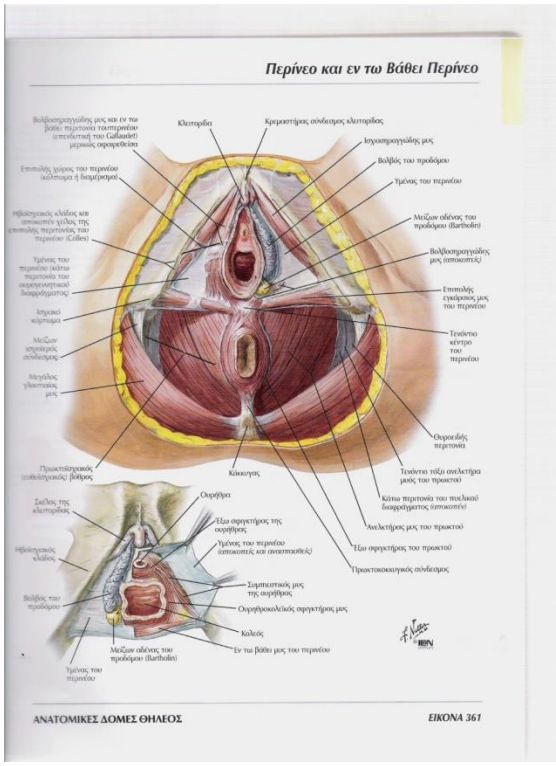
Είναι εξωκρινείς αδένες παράγοντας υπόλευκο βλεννώδες έκκριμα, για την εφύγρανση του προδόμου και του κόλπου κατά τη συνουσία, εξακοντιζόμενο κατά ώσεις. (Α. Καμμά, 2010)

Ο εκφορητκιός τους πόρος μήκους 1,5 εκ εκβάλλει στο στόμιο του κόλπου μεταξύ της έσω επιφάνειας των χειλέων και των μύρτων. (Α. Καμμά, 2010)

Η σύστασή τους είναι αδενικός επιθηλιακός ιστός σχηματίζοντας αδενοσωλήνες, που χωρίζονται μεταξύ τους με συνδετικό ιστό. (Α. Καμμά, 2010)

Οι αρτηρίες των αδένων προέρχονται από την έσω αιδοιϊκή και οι φλέβες εκβάλλουν κυρίως στην έσω αιδοιϊκή φλέβα. Νευρώνονται από το έσω αιδοιϊκό νεύρο και το συμπαθητικό. (Α. Καμμά, 2010)

Το περίνεο



Εικόνα 18. Περίνεο και εν τω Βάθει Περίνεο F. Netter, 2.004

Περίνεο ή περινεϊκή χώρα καλείται η περιοχή που αντιστοιχεί στο κάτω στόμιο της μικρής πυέλου. Τα όρια της περιοχής αυτής είναι:

1) Μπροστά το κάτω χείλος της ηβικής σύμφυσης και τα κάτω χείλη των ηβοϊσχιακών κλάδων.

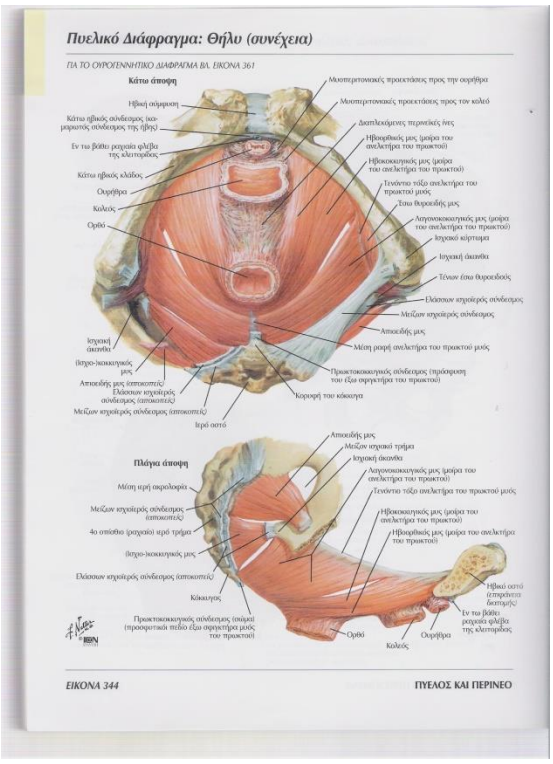
2) Πίσω ο κόκκυγας και οι ισχιοϊεροί σύνδεσμοι και

3) Πλάγια τα ισχιακά κυρτώματα

Έχει ρομβοειδές σχήμα, ενώ μια νοητή γραμμή που ενώνει τα ισχιακά κυρτώματα, το διαιρεί σε δύο τριγωνικές περιοχές, το πρόσθιο ή ουρογεννητικό και το οπίσθιο ή πρωκτικό τρίγωνο. (Α. Καμμά, 2010)

Το κύριο υπόστρωμα του περινέου είναι οι μύες του, οι οποίοι ενισχύονται από τις περιτονίες τους και δύο ανατομικά μορφώματα, το κέντρο του περινέου, που είναι μια ινομυώδης μάζα 1cm, μια κατασκευή αποτελούμενη από τένοντα και που συχνά παθαίνει ρήξη κατά τον τοκετό και ο πρωκτοκοκκκυγικός σύνδεσμος που αποτελείται από μυικές ίνες σε δεσμίδες. (Α. Καμμά, 2010)

Οι μύες του περινέου χωρίζονται από έξω προς τα μέσα ή κάτω προς τα πάνω σε τρεις στιβάδες την επιπολής, τη μέση που αφορά την ουρογεννητική χώρα και την εν τω βάθει. (Α. Καμμά, 2010)



Εικόνα 19. Μύες Πυελικό Διάφραγμα F. Netter, 2.004

Η επιπολής στιβάδα των μυών του περινέου περιλαμβάνει τους εξής μύες:

1) Τον έξω σφιγκτήρα του πρωκτού, που αποτελείται από κυκλοτερείς και τοξοειδείς ίνες, περιβάλλοντας τον ανελκτήρα του πρωκτού, το ορθό και τον πρωκτό.

2) Τον επιπολής εγκάρσιο του περινέου, που εκφύεται από την έσω επιφάνεια του ισχιακού κυρτώματος και καταφύεται στο κέντρο του περινέου. Η νεύρωσή του γίνεται από το περινεϊκό νεύρο.

3) Το βολβοσηραγγώδη, που εκφύεται από το κέντρο του περινέου και έχει διαφορετική μορφολογία στα δύο φύλα, όπου στον άνδρα μένει ακέραιος ενώ στη γυναίκα εξαιτίας του κόλπου, ο μυς μένει χωρισμένος. Έχει πρόσθια και οπίσθια μοίρα. Η πρόσθια μοίρα του μυ στη γυναίκα, αποτελεί το σφικτήρα της ρίζας της κλειτορίδας, όπου και καταφύεται στον ινώδη χιτώνα της. Η οπίσθια μοίρα, αποτελεί το σφικτήρα του προδόμου, περιβάλλει το βαρθολίνειο αδένα και το βολβό του προδόμου.

4) Τον ισχιοσηραγγώδη, που εκφύεται από το ισχιακό κύρτωμα και καταφύεται, στον άνδρα στο σηραγγώδες σώμα του πέους, στη γυναίκα στην κλειτορίδα. (Α. Καμμά, 2010)

Η μέση στιβάδα των μυών του περινέου περιλαμβάνει:

1) τον εν τω βάθει εγκάρσιο μυ του περινέου, που αποτελείται από δύο ημιμόρια που εκφύονται από τον κάτω κλάδο κάθε ηβικού οστού και συμμετέχει στο σχηματισμό του τενοντίου κέντρου του πρινέου και

2) το σφικτήρα της υμενώδους ουρήθρας, που εκφύεται από τον προουρηθραίο σύνδεσμο και καταφύεται στον άνδρα πίσω από την υμενώδη ουρήθρα και το κέντρο του περινέου, ενώ στη γυναίκα γύρω από την ουρήθρα, τον κόλπο και στο κέντρο του περινέου. (Α. Καμμά, 2010)

Η εν τω βάθει στιβάδα των μυών του περινέου περιλαμβάνει τους εξής μύες:

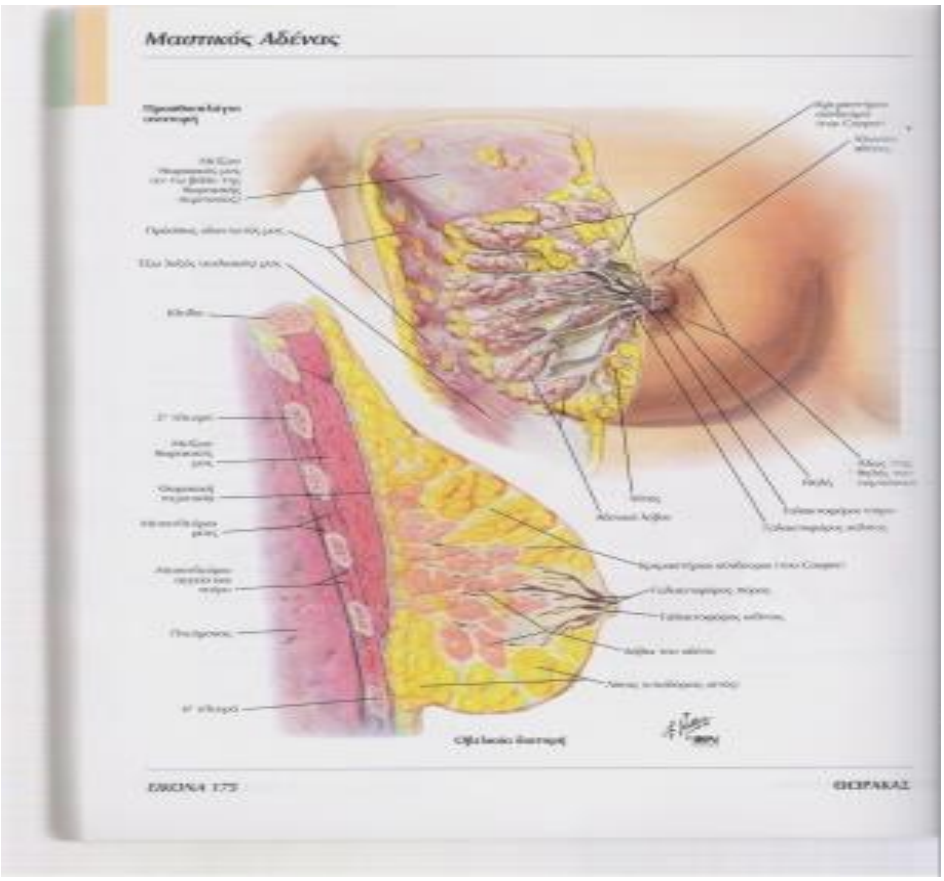
1) Τον ισχιοκοκκυκυγικό, ο οποίος είναι ένας υποτυπώδης μυς, συμπλήρωμα προς τα πίσω του ανελκτήρα του πρωκτού και καλύπτει τον ελάσσονα ισχιοϊερό σύνδεσμο και

2) Τον ανελκτήρα του πρωκτού, που αποτελεί το ουσιαστικό διάφραγμα της πυέλου και αποτελείται από δύο μοίρες, τη λαγόνιο και την ηβική. Στον άνδρα έχει δύο σχισμές, την πρόσθια για την υποδοχή του προστάτη και την οπίσθια για τη δίοδο του απευθυσμένου, με το οποίο και συνδέεται σταθερά. Στη γυναίκα ενώ η διοδος του απευθυσμένου είναι όμοια με του άντρα, χρησιμεύει και για τη στήριξη του κόλπου με τον οποίο προσφύεται στερεά. Εξαιτίας αυτού σε ρήξη του, προκαλείται πρόπτωση του κόλπου και της μήτρας. Ο ανελκτήρας του πρωκτού νευρώνεται από κλάδους του αιδοϊικού πλέγματος, στηρίζει τα σπλάχνα και όταν ενεργεί, κλείνει το απευθυσμένο και σηκώνει προς τα πάνω το πυελικό έδαφος. (Α. Καμμά, 2010)

2.3 ΜΑΣΤΟΣ

Ο μαστός είναι ημισφαιρική λιπώδης πτυχή του δέρματος, του προσθίου θωρακικού τοιχώματος, μέσα στην οποία περικλείεται ο μαστικός ή μαζικός αδένας. Αποτελεί επικουρικό όργανο του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας. (Α. Καμμά, 2010)

Οι δύο μαστοί καταλαμβάνουν την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα μεταξύ 2^{ης} και 6^{ης} πλευράς, ενώ μεταξύ τους βρίσκεται ο μεσομάστιος κόλπος. Σε κάθε μαστό διακρίνουμε δύο επιφάνειες, μία πρόσθια και μία οπίσθια καθώς και την περιφέρειά του. (Α. Καμμά, 2010)



Εικόνα 20. Μαστός F. Netter, 2.004

Α) Η πρόσθια επιφάνεια καλύπτεται από δέρμα και εμφανίζει δύο περιοχές: τη θηλή που είναι κωνική ή κυλινδρική προεξοχή, στο κέντρο της θηλαίας άλω, χρώματος καστανοέρυθρου, εξαιτίας της ύπαρξης πολλών κοκκίων μελανίνης, παρουσιάζει σχισμές και 15-20 στόμια όπου εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαζικού αδένα και τη θηλαία άλω, μια υποστρόγγυλη περιοχή ίδιου χρώματος, όπου στην εξωτερική της επιφάνεια φέρει 10-15 μικρά επάρματα, τα αλωαία οζίδια, διαταγμένα σε κύκλο γύρω από τη θηλή και περικλείουν τους αλωαίους οσμηγόνους και σμηγματογόνους αδένες.

Β) Η οπίσθια επιφάνεια είναι ελαφρά υπόκοιλη και επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός.

Γ) Η περιφέρεια μεταβαίνει βαθμιαία στο γύρω δέρμα.

Ο μαστός ως προς την κατασκευή του αποτελείται:

1) από το δέρμα, που είναι λεπτό, διαφανές και περιέχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες.

2) το περιμαστικό λίπος, το οποίο αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους και

3) το μαστικό αδένα, έναν ιδιαίτερου τύπου ιδρωτοποιό αδένα, ο οποίος δε διαθέτει κάψα ή έλυτρο. Η σύμφυσή του με το δέρμα του μαστού είναι στερεή μέσω την κρεμαστηρίων συνδέσμων (σύνδεσμοι του Cooper), οι οποίοι φέρονται μεταξύ του δέρματος και της εν τω βάθει περιτονίας και διαιρούν τον αδένα σε 15-20 λοβούς, που έχουν πυραμοειδές σχήμα, με την κορυφή προς τη θηλή, απ' όπου εκβάλλει ένας γαλακτοφόρος πόρος. Πριν την εκβολή, παρουσιάζεται ανεύρυσμα που ονομάζεται γαλακτοφόρος κόλπος, για τη συγκέντρωση του γάλακτος. Το εκκριτικό τμήμα του αδένα αποτελείται από τις αδενοκυψέλες, που εκβάλλουν σε έναν κλάδο γαλακτοφόρου πόρου και αποτελούν το λόβιο του μαζικού αδένα. (Α. Καμμά, 2010)

Οι αρτηρίες του μαστού προέρχονται από την έσω θωρακική αρτηρία, της οποίας οι πρόσθιοι διατητρόντες κλάδοι διαπερνούν το 2°, 3° και 4° μεσοπλεύριο διάστημα και καταλήγουν στο μαστό, από κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας, τον πλάγιο θωρακικό και τον ακρωμιοθωρακικό και από κλάδους των προσθίων μεσοπλευρίων αρτηριών. (Α. Καμμά, 2010)

Οι φλέβες παροχετεύονται κυρίως στη μασχαλιαία φλέβα και λιγότερο στην έσω και έξω θωρακική και τη μεσοπλεύρια. (Α. Καμμά, 2010)

Τα λεμφαγγεία του μαστού αποτελούν ιδιαίτερο ανατομολειτουργικό σχηματισμό, με σημαντική κλινική σημασία, λόγω των όγκων που εμφανίζονται στο μαστό. Προέρχονται από δύο δίκτυα, που επικοινωνούν μεταξύ τους, το εν τω βάθει, που σχηματίζεται γύρω από τις αδενοκυψέλες και το υποδόριο. (Α. Καμμά, 2010)

Το 75% των λεμφογαγγλίων απάγουν τη λέμφο στα μασχαλιαία λεμφογάγγλια, ενώ το υπόλοιπο 25%, που βρίσκονται στην έσω επιφάνεια του μαστού, διοχετεύουν τη λέμφο, στα στερνικά λεμφογάγγλια, κατά μήκος των έσω μαστικών αγγείων. Άξιο λόγου είναι ότι τα λεμφογάγγλια του ενός μαστού αναστομώνονται με αυτά του άλλου. Σε αυτή ακριβώς την αναστόμωση οφείλονται οι καρκινικές μεταστάσεις του ενός μαστού στον άλλο. (Α. Καμμάς, 2010)

Ειδικά χαρακτηριστικά του γεννητικού συστήματος στο κορίτσι

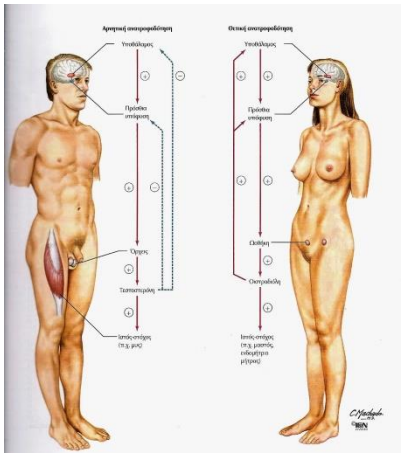
Λίγο πριν την εμμηναρχή το αιδοίο καλύπτεται από έκκριμα λευκωπής χροιάς, ορμονικής επίδρασης και κολπικής προέλευσης. Η επίδραση των οιστρογόνων προκαλεί στο κολπικό επιθήλιο στροφή του δείκτη ωριμότητας προς τα δεξιά, δηλαδή αύξηση των επιπολής κυττάρων, η προγεστερόνη προκαλεί ωρίμανση των πλακωδών κυττάρων, ενώ τα ανδρογόνα δεν προκαλούν συγκεκριμένη μεταβολή στο δείκτη ωριμότητας. (Κρεατσάς, εκδόσεις Πασχαλίδη, 2001)

Στα πλαίσια των βιοχημικών και μικροβιολογικών αλλαγών παρατηρείται αποφολίδωση των επιθηλιακών κυττάρων, με αποτέλεσμα την παραγωγή διϊδρώματος, που περιέχει γλυκογόνο, ευνοώντας έτσι την ανάπτυξη του βακίλλου του Doderlein, ο οποίος διασπά το γλυκογόνο σε γαλακτικό οξύ για τη διατήρηση του PH του κόλπου σε όξινο, το οποίο διατηρείται μέχρι την εμμηναρχή. (Κρεατσάς, εκδόσεις Πασχαλίδη, 2001)

3.Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Η γυναίκα παρουσιάζει πέντε στάδια συνδεδεμένα με τη λειτουργία των γεννητικών οργάνων, τα οποία είναι η προγενετησιακή εποχή, η ήβη, η γενετησιακή εποχή, η κλιμακτήριος και η εμμηνόπαυση. Η ρύθμιση των σταδίων αυτών γίνεται κυρίως από το ενδοκρινικό σύστημα, άρρηκτα συνδεδεμένο με το νευρικό σύστημα. Κύριος ρυθμιστής όλων των ενδοκρινικών λειτουργιών είναι ο υποθάλαμος με την παρέμβασή του στην υπόφυση.

3.1 ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ



Εικόνα 21. Ρύθμιση ανατροφοδότησης F. Netter, 2.004

Το ενδοκρινικό σύστημα είναι ένα δίκτυο συστημάτων κλειστής αγκύλης που παρουσιάζει οργάνωση αυτορρύθμισης της λειτουργίας του, εμφανίζοντας μια παλίνδρομη ή ανάστροφη επίδραση, αρνητική (ανασταλτική ή κατασταλτική), η οποία ονομάζεται αρνητική παλίνδρομη ρύθμιση ή ανάστροφη αρνητική αλληλοτροφοδότηση ή negative feedback. Ενίοτε είναι διεγερτική ονομαζόμενη θετική παλίνδρομη ρύθμιση ή positive feedback. Από το υποθαλαμοϋποφυσιακό άξονα με την αρνητική παλίνδρομη ρύθμιση ελέγχεται η δραστηριότητα του θυρεοειδούς, του φλοιού των επινεφριδίων, των όρχεων και των ωοθηκών. (Φ. Χανιώτης, Δ. Χανιώτης, 2.009)

Οι ενδοκρινείς αδένες ή αδένες έσω έκκρισης, χαρακτηρίζονται από την έλλειψη εκφορητικού πόρου και παράγουν στα κύτταρά τους ουσίες, οι οποίες λέγονται ορμόνες, και εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος σε κατάλληλο χρόνο για να μεταφερθούν στα κύτταρα-στόχους οργάνων και ιστών στους οποίους ασκούν δράση μέσω ειδικών υποδοχέων, με αποτέλεσμα την πρόκλιση ή μεταβολή του ρυθμού διαφόρων βιολογικών αντιδράσεων. Ανάλογα με τη χημική τους σύσταση οι ορμόνες διακρίνονται σε:

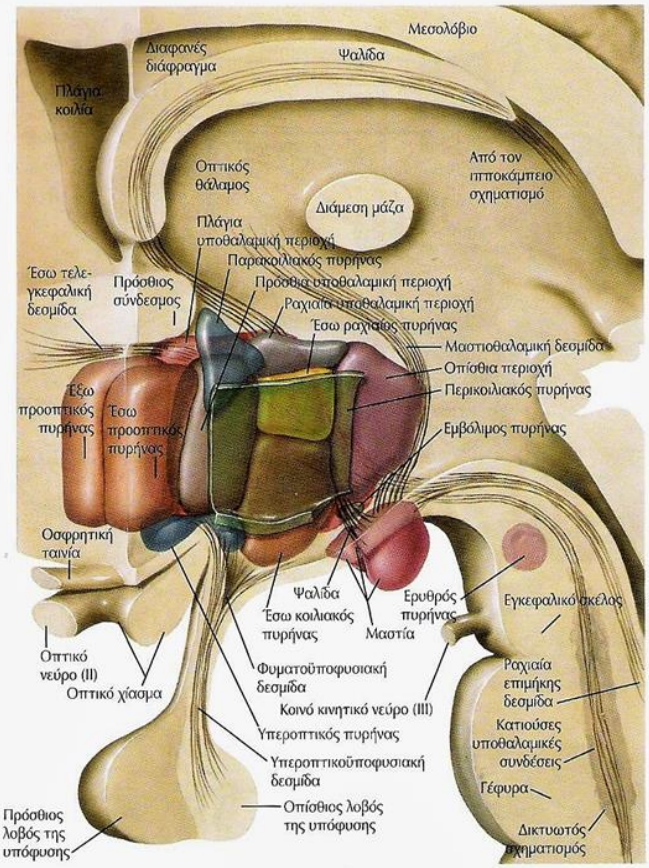
1) Πρωτεϊνικές, οι ορμόνες του πρόσθιου και οπίσθιου λοβού της υπόφυσης, του θυρεοειδούς, του παγκρέατος και του πλακούντα

2) Στεροειδείς, οι ορμόνες του φλοιού των επινεφριδίων, των ωοθηκών και των όρχεων

3) Αμίνες, οι ορμόνες του μυελού των επινεφριδίων και του θυρεοειδούς.

Η δραστηριότητα των ορμονών εξαρτάται από τη συγκέντρωσή τους στο πλάσμα και τους ιστούς, τον αριθμό των διαθέσιμων υποδοχέων των κυττάρων-στόχων και την παρουσία ή απουσία συναγωνιστικών ή ανταγωνιστκών παραγόντων. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η ύπαρξη βιολογικού ρυθμού στην εκκριση των ορμονών. (Φ. Χανιώτης, Δ. Χανιώτης, 2.009)

3.1.1ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ



ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3 ΚΥΡΙΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΥ

Υποθαλαμική Περιοχή	Κύριες Λειτουργίες*
Προοπτική και πρόσθια	Κέντρο απώλειας θερμότητας: διαστολή αγγείων δέρματος και εφ
Οπίσθια	Κέντρο διατήρησης θερμοκρασίας: συστολή αγγείων δέρματος και ρί
Πλάγια	Κέντρο σίτισης: συμπεριφορά λήψης τροφής
Έσω κοιλιακή	Κέντρο κορεσμού: αναστέλλει τη συμπεριφορά λήψης τροφής
Υπεροπτική (υποψαλίδιο όργανο και αγγειώδες όργανο)	Έκκριση ADH και ωκυτοκίνης (αίσθημα δίψας)
Παρακοιλιακή	Έκκριση ADH και ωκυτοκίνης
Περικοιλιακή	Απελευθέρωση ορμονών για την πρόσθια υπόφυση

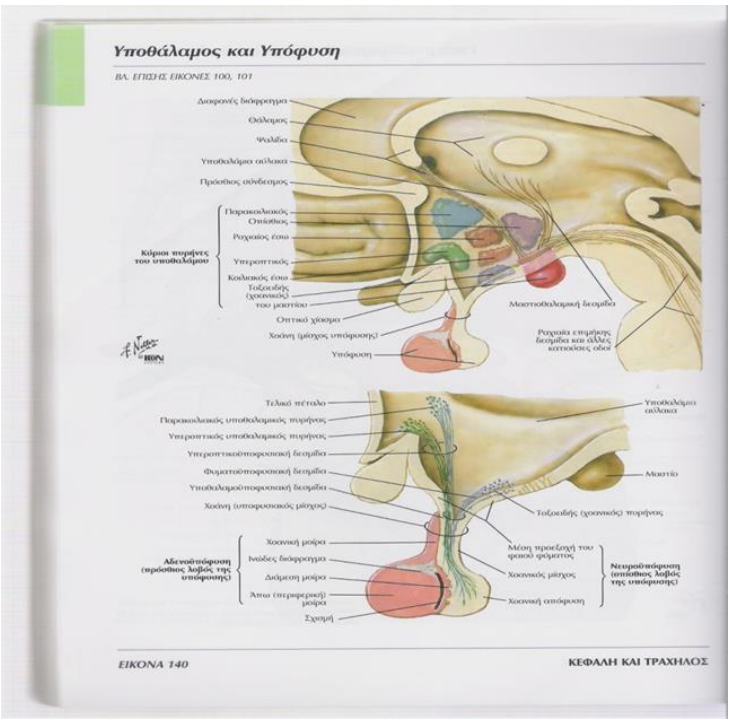
Εικόνα 22. Υποθάλαμος F. Netter, 2.004

Ο υποθάλαμος είναι το τμήμα του εγκεφάλου όπου συναντώνται τα ερεθίσματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος και των ενδοκρινών αδένων με τα ερεθίσματα των ανώτερων κέντρων. Στόχοι του υποθάλαμου είναι:

- Η εξασφάλιση ανταπόκρισης του οργανισμού στις διάφορες αποκκλίσεις ενδογενών παραμέτρων όπως το αίσθημα του κορεσμού
- Η εξασφάλιση της απάντησης των αποκλίσεων αυτών να προκύπτει από τη συντονισμένη δράση νευρικού και ενδοκρινικού συτήματος

Η εξασφάλιση των συναισθημάτων και του τύπουυ συμπεριφοράς είναι τα πιο κατάλληλα για την αποκατάσταση των αποκλίσεων. (Φ. Χανιώτης, Δ. Χανιώτης, 2.009)

Παλαιότερα η υπόφυση εθεωρείτο ως ο αδένας «μαέστρος» της ρύθμισης του νευρικού και ενδοκρινικού συστήματος, σήμερα θεωρείται ο «ενδιάμεσος διαχειριστής» ο οποίος ανταποκρίνεται σε ερεθίσματα τόσο του εγκεφάλου μέσω του υποθάλαμου όσο και του σώματος μέσω των περιφερικών ενδοκρινών αδένων (Π.Γεωργακόπουλος1989)



Εικόνα 23. Υποθάλαμος και Υπόφυση F. Netter, 2.004

Η βάση της υποθαλαμο-υποφυσικής λειτουργίας είναι ο νευροενδοκρινικός άξονας ο οποίος περιλαμβάνει αλληλοεπιδρώντα προϊόντα που προέρχονται από τα κέντρα του ΚΝΣ και επιδρούν στον υποθάλαμο, στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης, στα ενδοκρινικά όργανα και στους περιφερικούς ιστούς-στόχους. Κάποιοι άξονες αφορούν ορμόνες που απελευθερώνονται από τον υποθάλαμο για τη διέγερση των κύτταρων του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης για την έκκριση άλλων ορμονών. Κάθε ορμόνη του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης φτάνει σε έναν απομακρυσμένο ενδοκρινή αδένα για τη διέγερση άλλων για τους ιστούς-στόχους. Στον υποθάλαμο βρίσκεται το κέντρο της σεξουαλικότητας, κοντά στην έκφυση του μίσχου της υπόφυσης, από τον οποίο εκφύονται νευρικές ίνες και διαμέσου του μίσχου φέρονται στο αγγειακό δίχτυο της υπόφυσης (πυλαίο σύστημα). Τα

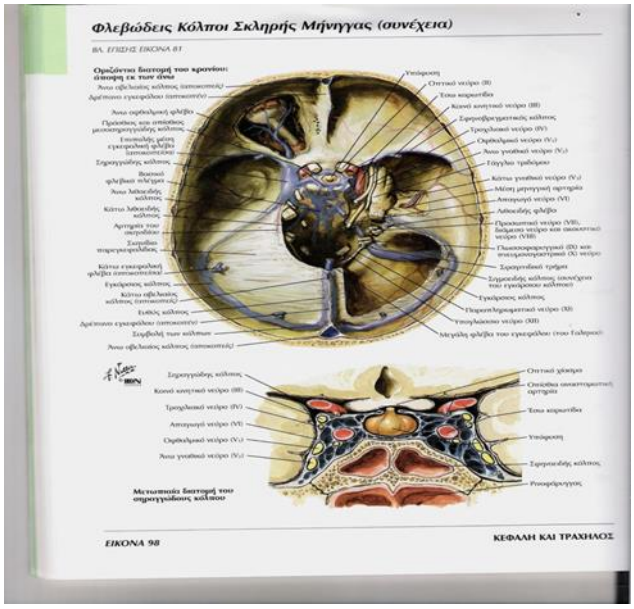
κύτταρα του κέντρου εκκρίνουν ορμονικές ουσίες, ενωμένες με λευκώματα που αποτελούνται από 10 αμινοξέα (δεκαπεπτίδια) και φέρονται στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. (Φ. Χανιώτης, Δ. Χανιώτης, 2.009)

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΠΥΡΗΝΩΝ ΤΟΥ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΥ		
ΥΠΟΘΑΛΑΜΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	**ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ**	**ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**
Περικοιλιακή ζώνη	Η διάμεση περιοχή, γειτονεύει με την τρίτη κοιλία	Παραγωγή διεγερτικών παραγόντων για τις ορμόνες του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης
Παρακοιλιακοί και υπεροπτικοί πυρήνες	Μέση ζώνη, πλάγια της περικοιλιακής	Παραγωγή ωκυτοκίνης και βαζοπρεσσίνης που εναποθηκεύονται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης
Μέσος προοπτικός πυρήνας, προσθιορραχιαίοι, μεσοκοιλιακοί, προ των μαστίων, πρόσθιοι και οπίσθιοι υποθαλαμικοι πυρήνες	Μέση ζώνη	Έλεγχος της συμπεριφοράς με σκοπό τη διατήρηση της ομοιοστασίας του οργανισμού
Έσω επιμήκης δεσμίδα	Πλάγιες οδοί	Σύνδεση των νευρώνων των υποθαλαμικών πυρήνων με το στέλεχος και τον τελικό εγκέφαλο

Πρόσθιες υποθαλαμικές και προοπτικές περιοχές	Πρόσθιο τρίτο του υποθαλάμου	Ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών , θερμορρύθμιση, μη ενδοκρινικές αναπαραγωγικές λειτουργίες
Περιοχή του φύματος	Μέσο τρίτο του υποθάλαμου, πίσω από την πρόσθια περιοχή, όπου εκφύεται ο μίσχος της υπόφυσης	Περιλαμβάνει πυρήνες υπεύθυνους για τους ενδοκρινικούς και αυτόνομους ρυθμιστικούς μηχανισμούς και για το συντονισμό των ενεργειακών, μεταβολικών και αναπαραγωγικών διεργασιών
Οπίσθιοι πλάγιοι και προ των μαστίων πυρήνες	Οπίσθιο τρίτο του υποθάλαμου	Συμμετέχουν στη θερμορύθμιση και στην απάντηση του οργανισμού στο stress

Πίνακας 4.Φ. Χανιώτης, Δ. Χανιώτης, 2.009)

3.1.2 ΥΠΟΦΥΣΗ

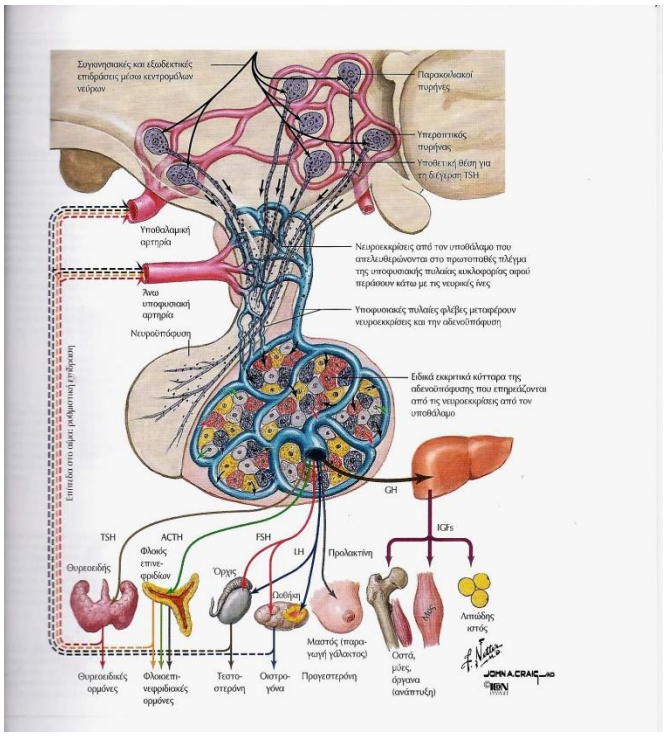


Εικόνα 27.Υπόφυση F. Netter 2004

Η υπόφυση παρουσιάζει δύο λοβούς:

1) τον πρόσθιο ή αδενοϋπόφυση που αποτελεί τον ορμονικό ρυθμιστή των γεννητικών οργάνων και

2) τον οπίσθιο ή νευροϋπόφυση.



Εικόνα 28. Λειτουργία Αδενοϋπόφυσης

Η αδενοϋπόφυση καταλαμβάνει το 70% και μεταπίπτει στη νευροϋπόφυση χωρίς την παρουσία διαμέσου τμήματος. Εκκρίνει μια σειρά ορμονών:

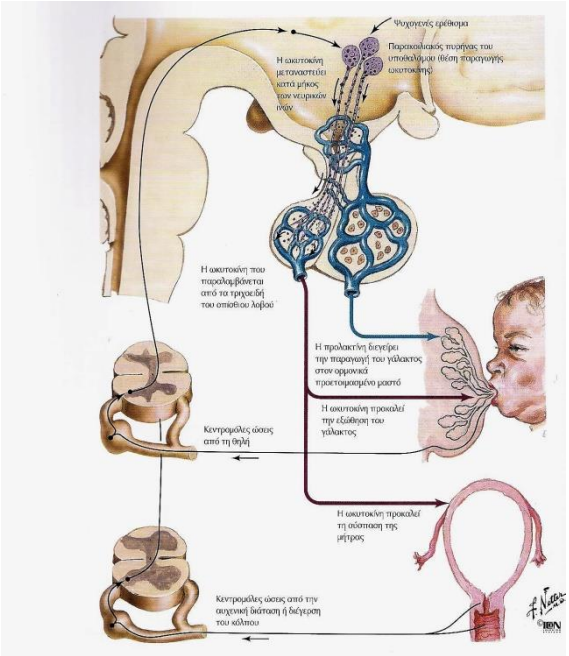
- Την αυξητική ορμόνη (GH) για τη ρύθμιση της αύξησης του σώματος
- Τη θυρεοειδοτρόπο (TSH) για τη λειτουργία του θυρεοειδούς
- Τη φλοιοεπινεφριδιοτρόπο (ACTH) για τη λειτουργία των επινεφριδίων και
- Τις γοναδοτροπίνες (FSH, LH, PRL) για τη λειτουργία της ωοθήκης

Οι γοναδοτροπίνες FSH και LH ελέγχονται από τη διεγερτική ορμόνη του υποθάλαμουGnRH. (Φ. Χανιώτης, Δ. Χανιώτης, 2.009)

Η θυλακιοτρόπος ορμόνη διεγείρει τα ωοθυλάκια, προκαλώντας την ωρίμανσή τους, δηλαδή τις μορφολογικές μεταβολές των στιβάδων. Επίσης προκαλεί μικρή έκκριση οιστρογόνων. (Φ. Χανιώτης, Δ. Χανιώτης, 2.009)

Η ωχρινοτρόπος ορμόνη προκαλεί την κύρια σύνθεση και έκκριση των οιστρογόνων από τα ωοθυλάκια, τα οποία ωριμάζουν μέχρι τη φάση της ωοθυλακιορρηξίας, όπου μετά από αυτήν η LH εξασφαλίζει την ωχρινοποίηση και ανάπτυξη του ωχρού σωματίου.

Συγχρόνως προκαλεί την έκκριση προγεστερόνης απ' αυτό αλλά και οιστρογόνων. (Φ. Χανιώτης, Δ. Χανιώτης, 2.009)



Εικόνα 28. Λειτουργία νευροϋπόφυσης

Η προλακτίνη δρα στο μαζικό αδένα ρυθμίζοντας την παραγωγή και την έκκριση του γάλατος, ενώ παράλληλα ανταγωνίζεται την έκκριση της FSH και LH. Δεν ελέγχεται από τον υποθάλαμο αλλά από την ντοπαμίνη, ενώ αυξάνεται από το stress και τον ύπνο. (Φ. Χανιώτης, Δ. Χανιώτης, 2.009)

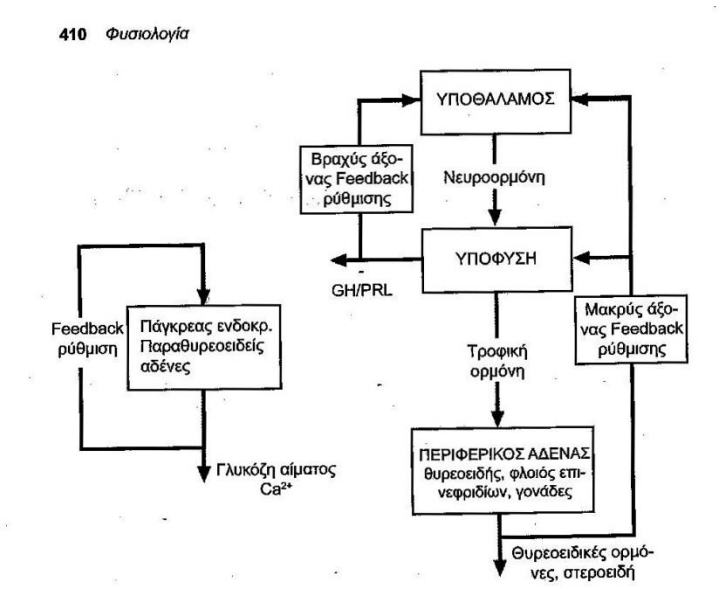
Η νευροϋπόφυση εκκρίνει δύο ορμόνες:

1. Την αντιδιουρητική ορμόνη ή αγγειοπιεσίνη, η οποία ελαττώνει τη διούρηση στους νεφρούς, ρυθμίζοντας τη σύνθεση των ούρων και (Φ. Χανιώτης, Δ. Χανιώτης, 2.009)

2. Την ωκυτοκίνη η οποία δρα στη μήτρα κατά τον τοκετό προκαλώντας σύσπαση των μυϊκών ινών και στους γαλακτοφόρους πόρους βοηθώντας στην έκκριση του γάλατος

Περισσότερο η αντιδιουρητική και λιγότερο η ωκυτοκίνη δρα στα αγγεία προκαλώντας αγγειοσύσπαση, ενώ αυξάνει την πίεση. (Φ. Χανιώτης, Δ. Χανιώτης, 2.009)

3.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ-ΥΠΟΦΥΣΗ-ΓΟΝΑΔΕΣ



Εικόνα 29.Υποθάλαμος-Υπόφυση

Ο άξονας υποθάλαμος-υπόφυση-γονάδες κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου παρουσιάζει διάφορες μεταβολές. Η έκκριση των γοναδοτροπινών και των στεροειδών του φύλου, ακολουθεί υπό φυσιολογικές συνθήκες μια τριφασική καμπύλη. Κατά την εμβρυϊκή και βρεφική ηλικία παρουσιάζει αύξηση, κατά την προεφηβική περίοδο υφίσταται καταστολή, ενώ στην εφηβεία υφίσταται πάλι διέγερση. (Κρεατσάς,2001)

Η GnRH εκκρίνεται κατά ώσεις από νευρώνες του τοξοειδούς πυρήνα του υποθάλαμου με στόχο τη διέγερση προς έκκριση των γοναδοτροπινών από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Η έκκριση αυτή ρυθμίζεται από ενδογενείς υποθαλαμικούς μηχανισμούς και από υπερυποθαλαμικούς νευροδιαβιβαστές με διεγερτική ή ανασταλτική δράση. Οι νευροδιαβιβαστές αυτοί προέρχονται από νευρώνες ή νευρογλοιακά κύτταρα εξωυποθαλαμικών περιοχών του κεντρικού νευρικού συστήματος. Οι γοναδοτροπίνες στη συνέχεια διεγείρουν την παραγωγή στεροειδών του φύλου από τις γονάδες, οι στεροειδείς ορμόνες με τη σειρά τους δρουν στα όργανα στόχους προκαλώντας την εμφάνιση των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου, υπό τον μηχανισμό σε φυσιολογικές συνθήκες της παλίνδρομης αλληλορρύθμισης. (Κρεατσάς,2001)

3.2.1 ΑΛΗΘΗΣ Η ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ GNRH ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΡΩΙΜΗ ΗΒΗ

Πίνακας 15.3 Διάγνωση πρώιμης ήβης

Ιστορικό	
Χρόνος έναρξης σημείων ήβης, προηγούμενο διάγραμμα ανάπτυξης	
Οικογενειακό ιστορικό εφηβείας	
Λήψη στεροειδών του φύλου	
Λοιμώξεις ΚΝΣ/Τραύμα ΚΝΣ	
Στοιχεία συνηγορούντα για διαταραχή από το ΚΝΣ	
Αντικειμενική εξέταση	
Διάγραμμα ανάπτυξης/ετήσιος ρυθμός αύξησης	
Σταδιοποίηση ήβης (κατά Tanner)	
Τρίχωση προσώπου/μασχαλών, ακμή	
Νευρολογική και οφθαλμολογική εξέταση	
Δερματικές βλάβες	
Ψηλάφηση κοιλιάς	
Ακτινολογικός έλεγχος	
I. Ακτινογραφίες	Αριστερού καρπού για οστική ηλικία
II. Υπερηχογράφημα	Ωοθηκών - Μήτρας
III. CT/MRI	Εγκεφάλου - Επινεφριδίων
Κολπικό επίχρισμα	
Ενδοκρινολογικός έλεγχος	
Βασικές τιμές FSH/LH, τεστοστερόνης, οιστραδιόλης	
Δοκιμασία GnRH	
T4 - TSH - προλακτίνη	
17-OH-προγεστερόνη/17-OH-προγνενολόνη/11-δεοξυκορτιζόλη πριν και μετά χορήγηση ACTH	
DHEA-S, ανδροστενεδιόνη	

Πίνακας 5. Κρεατσάς Γ. 2003

Υπό τη διαδικασία πρώιμης καταστροφής των ανασταλτικών ερεθισμάτων για την έκκριση της GnRH ή σε πρώιμη διέγερσή της, εμφανίζεται επαναδραστηριοποίηση του υποθάλαμο-υπόφυση-γοναδικού άξονα σε χρόνο προγενέστερο της ήβης, εμφανίζοντας έτσι την εξαρτώμενη από την GnRH πρώιμη ήβη σε ηλικία 4-8 ετών, αναφέροντας έτσι στη βιβλιογραφία περιστατικά κύησης από την ηλικία των 4 ετών. Κατά τη διαδικασία αυτή εμφανίζονται όλα τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου, επιτάχυνση του ετήσιου ρυθμού αύξησης, προχωρημένη οστική ηλικία συν την έναρξη της εμμήνου ρύσεως. Η συχνότητα εμφάνισης στα κορίτσια έναντι των αγοριών είναι της τάξης του 5-8 φορές μεγαλύτερη. Χαρακτηρίζεται από αύξηση της συχνότητας και του ύψους των ώσεων των γοναδοτροπινών,αρχικά κατά τη διάρκεια της νύχτας και αργότερα της ημέρας,

με επακόλουθο την αύξηση της έκκρισης των οιστρογόνων των ωοθηκών οι οποίες παρουσιάζουν αύξηση ως προς το μέγεθός τους. (Κρεατσάς, Μ. Μαγιάκου, Γ. Χρούσος, Α. Δάκου 2001)

Πίνακας 15.1 Αιτιολογία αληθούς πρώιμης ήβης

I. **Ιδιοπαθής**
   Σποραδικές μορφές
   Οικογενείς μορφές
II. **Ενδοκρανιακοί όγκοι**
   Υποθάλαμος
      Δυσγερμίνωμα
      Αστροκύττωμα
      Γαγγλιονεύρωμα
      Κρανιοφαρυγγίωμα
      Όγκος μίσχου της υπόφυσης
      Κύστη τρίτης κοιλίας
      Επενδύμωμα
      Αμάρτωμα
   Περιοχή επίφυσης (κωναρίου)
      Τεράτωμα, δυσγερμίνωμα
      Χοριοεπιθηλίωμα
      Πινεάλωμα
   Οπτικό νεύρο
      Γλοίωμα
   Εγκέφαλος και παρεγκεφαλίδα
      Αστροκύττωμα
   Άγνωστης προέλευσης
III. **Συγγενείς ανωμαλίες ΚΝΣ**
   Στένωση υδραγωγού του Sylvius
   Υδροκέφαλος
   Πορεγκεφαλία
   Μικροκεφαλία
   Κρανιοστένωση
IV. **Τραύματα κεφαλής**
V. **Μεταλοιμώδη αίτια**
   Μηνιγγίτιδα
   Εγκεφαλίτιδα
   Τοξοπλάσμωση
   Σύφιλη
VI. **Κοκκιώματα**
   Φυματίωση
   Σαρκοείδωση
VII. **Ακτινοβολία κεφαλής**
VIII. **Άλλα νοσήματα**
   Νευρινωμάτωση
   Οζώδης σκλήρυνση
   Σύνδρομο Silver - Russel
   Υποθυρεοειδισμός
   Ιδιοπαθής επιληψία
IX. **Χρόνια έκθεση σε στεροειδή του φύλου**
   (μετά θεραπεία ή απομάκρυνση της αιτίας)

Πίνακας 5. Κρεατσάς Γ,2003

3.2.2 ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΠΡΩΙΜΗ ΗΒΗ

Αποτελεί το 70% των περιστατικών στα κορίτσια. Η διάγνωση τίθεται μετά από αποκλεισμό οργανικών αιτιών του ΚΝΣ, ενώ σε μερικές περιπτώσεις είναι κληρονομική είτε επικρατούσα φυλοσύνδετημε το Χ χρωμόσωμα είτε φυλοσύνδετη υπολειόμενη.

3.2.3 ΨΕΥΔΗΣ Η ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ GNRH ΠΡΩΙΜΗ ΗΒΗ

Πίνακας 15.2 Αιτιολογία ψευδούς ή ανεξάρτητης από την GnRH πρώιμης ήβης στα κορίτσια

Σημεία ήβης του ίδιου φύλου (θηλεοποίηση)
Όγκοι ωοθηκών
Όγκοι κοκκιωδών κυττάρων
Όγκοι κυττάρων της θήκης
Τεράτωμα
Αρρενοβλάστωμα
Κύστεις ωοθήκης
Σύνδρομο McCune-Albright
Σύνδρομα αυξημένης αρωματοποίησης
Όγκοι του φλοιού των επινεφριδίων
Λήψη οιστρογόνων
Σημεία ήβης αντιθέτου φύλου (αρρενοποίηση)
Συγγενής υπερπλασία επινεφριδίων
Όγκοι του φλοιού των επινεφριδίων
Έκτοπος επινεφριδιακός ιστός στις ωοθήκες και αλλού
Κακοήθεις όγκοι ωοθηκών
Λήψη ανδρογόνων
Πρωτοπαθής αντίσταση στην κορτιζόλη (;)
Μερική ή ατελής πρώιμη ήβη
Πρώιμη αδρεναρχή
Πρώιμη θηλαρχή
Πρώιμη εμμηναρχή

Πίνακας 7. Κρεατσάς Γ. 2003

Στη μη εξαρτώμενη από την GnRH πρώιμη ήβη η έκκριση της GnRH βρίσκεται σε καταστολή, διαπιστώνεται όμως η αυτόνομη έκκριση στεροειδών του φύλου από τις γονάδες ή τα επινεφρίδια, ή αυτόνομη παραγωγή ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης ή εξωγενής λήψη στεροειδών τυχαία ή ακούσια. Στην κατάσταση αυτή τα σημεία εφηβείας μπορεί να είναι του ίδιου ή του αντίθετου φύλου, οπότε εμφανίζονται σημεία αρρενοποίησης στα κορίτσια, ανάλογα με την υπερέκκριση ανδρογόνων ή οιστρογόνων. (Κρεατσάς,2001

Συμπερασματικά για τη διάγνωση της πρώιμης ήβης χρειάζεται:

1) Ιστορικό

- Χρόνος έναρξης σημείων ήβης, προηγούμενο διάγραμμα ανάπτυξης
- Οικογενειακό ιστορικό εφηβείας
- Λήψη στεροειδών του φύλου
- Λοιμώξεις ΚΝΣ, τραύμα ΚΝΣ
- Στοιχεία συνηγορούντα για διαταραχή από το ΚΝΣ

2) Αντικειμενική εξέταση

- Διάγραμμα ανάπτυξης/ ετήσιος ρυθμός αύξησης
- Σταδιοποίηση ήβης κατά Tanner
- Τριχόπτωση προσώπου/ μασχαλών, ακμή
- Νευρολογική και οφθαλμολογική εξέταση
- Δερματικές βλάβες
- Ψηλάφηση κοιλιάς

3) Ακτινολογικός έλεγχος

- Ακτινογραφίες αριστερού καρπού για οστική ηλικία
- Υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων
- Αξονική/μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου-επινεφριδίων

4) Κολπικό επίχρισμα

5) Ενδοκρινολογικός έλεγχος

- Βασικές τιμές FSH/LH τεστοστερόνης, οιστραδιόλης
- Δοκιμασία GnRH
- T4-TSH-προλακτίνη
- 17-OH-προγεστερόνη/17-OH-προγνενολόνη/11-δεοξυκορτιζόλη πριν και μετά από χορήγηση ACTH
-
- DHEA-S, ανδροστενδιόνη (Κρεατσάς,2001)

4.ΕΦΗΒΙΚΉ ΙΑΤΡΙΚΗ

Η εφηβεία είναι μια περίοδος της ζωής όπου χαρακτηρίζεται από την ανάγκη και την προσπάθεια για προσαρμογή στις απαιτήσεις των βιολογικών αλλαγών, και την ιδιαιτερότητα της εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας. Το 30% του πληθυσμού ανά τον κόσμο είναι νέα άτομα και το 11% των ιατρικών επισκέψεων είναι έφηβοι, γεγονός που υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα της εφηβικής ιατρικής. Το ιατρικό προσωπικό, οι μαιευτές και μαίες, ο χώρος που παρέχονται οι υπηρεσίες, η οικογένεια και η υπάρχουσα νομολογία για τους φορείς υγείας, τα ιδρύματα και Οργανισμούς που παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες στον εφηβικό πληθυσμό, αποτελούν τους συντελεστές που ουσιαστικά επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους νέους. Το περιβάλλον παροχής υπηρεσιών στους εφήβους πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένο και ούτε για παιδιά ούτε για ηλικιωμένους. Ανεξάρτητα αν πρόκειται για ιδιωτικό ιατρείο ή εξωτερικό ιατρείο μιας νοσηλευτικής μονάδας το περιβάλλον πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένο για νέους. Είναι επιτακτική ανάγκη η σωστή ενημέρωση των εφήβων, γονέων και όλων των φορέων και η σωστή και εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

4.1 ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ Η ΑΛΛΟΣ ΕΙΔΙΚΟΣ;

Ένα ερώτημα που συχνά δημιουργείται τόσο από γονείς και εφήβους όσο και από φορείς είναι ποια είναι η ειδικότητα του ιατρού που πρέπει να αναλάβει έναν έφηβο. Παιδίατρος, γυναικολόγος, παθολόγος ή γενικός ιατρός; Οι νέοι γενικά διστάζουν να απευθυνθούν στον παιδίατρο. Όμως ο παιδίατρος που έχει παρακολουθήσει έναν νέο από τα παιδικά του χρόνια γνωρίζει την πορεία ανάπτυξής του, τον ψυχισμό του, τις ιδιαιτερότητες ή τυχόν προβλήματα υγείας που έχει. Αυτό δε σημαίνει ότι δεν πρέπει να απευθύνονται οι έφηβοι σε ειδικευμένους γυναικολόγους ή άλλης ειδικότητας ιατρούς. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

4.2 ΠΡΩΤΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Εικόνα 30. Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Η πρώτη γυναικολογική εξέταση θεωρείται ορόσημο για την περαιτέρω ιατρική παρακολούθηση μιας γυναίκας. Στις έφηβες πρέπει να εφαρμόζεται γύρω στα 17 τους έτη, ή νωρίτερα στις σεξουαλικώς ενεργές έφηβες, με την έναρξη των επαφών. Απαιτείται κατάλληλη ψυχολογική προετοιμασία, σωστή πληροφόρηση και ικανοποιητική απάντηση στην επίλυση όλων των απορριών της εφήβου. Η ανάγκη παρουσίας του ενός από τους δύο γονείς είναι επιτακτική, δεδομένου ότι στην Ελλάδα, με την ισχύουσα νομοθεσία, απαιτείται η έγγραφη συγκατάθεση του κηδεμόνα, για μια γυναικολογική εξέταση σε ανήλικη έφηβο. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Σε πληθυσμό 6.000 παίδων και εφήβων ηλικίας 3 ημερών έως 18 ετών στο Μαιευτήριο Αλεξάνδρα προέκυψαν τα εξής στοιχεία:

- 70% καμία αντίρρηση
- 18,8% αρχικά δυσπιστία εκ μέρους των κοριτσιών, και συνεργασία μετά από ενημέρωση
- 5,9% άρνηση λόγω φόβου
- 1,6% άρνηση λόγω ψυχολογικών προβλημάτων

3,7% άρνηση της μητέρας (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

4.3 ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Λαπαροσκόπηση

- Η λαπαροσκόπηση είναι ενδοσκοπική μέθοδος απαραίτητη για τη διάγνωση και θεραπεία πολλών γυναικολογικών προβλημάτων, η οποία χρησιμοποιείται ευρύτατα στις νέες γυναίκες.

Ενδείξεις λαπαροσκόπησης	
Διαγνωστική	**Επεμβατική**
Ενδοκοιλιακό άλγος-ενδομητρίωση	Έκτοπη κύηση
Συμφύσεις	Αφαίρεση ενδομητριώματος
Φλεγμονές πυέλου	Αφαίρεση συμφύσεων
Όγκοι πυέλου	Ωοθηκεκτομία
Κύηση	Αφαίρεση κύστης ωοθήκης
Συγγενείς ανωμαλίες αποφρακτικού τύπου	Σαλπιγγεκτομία
	Αντιμετώπιση ενδομητρίωσης με Laser
	Ινωμυοματεκτομία
	Υστερεκτομία-Λεμφαδενεκτομία
	Βιοψία λεμφαδένων
	Ενδοκοιλιακοί όρχεις
	Συστροφή εξαρτήματος

Πίνακας 8. Γ. Κρεατσάς, 2001

Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση εκτελείται κατά την παραγωγική φάση ή με αποφυγή χειρισμών στο ωχρό σωμάτιο κατά την εκκριτική φάση, ενώ σε περίπτωση αμηνόρροιας διερευνάται πρώτα η πιθανότητα κύησης. Στις έφηβες ή και στα παιδιά χρησιμοποιείται το παιδιατρικό λαπαροσκόπιο, ενώ υπάρχουν πιθανές επιπλοκές κατά την είσοδο του λαπαροσκοπίου ή κατά τη διαδικασία, όπως αιμορραγία, διάτρηση εντέρου, έγκαυμα ή μόλυνση του δέρματος, μόλυνση των έσω οργάνων Κρεατσάς, 2001

Υστεροσκόπηση

- Ενδοσκοπική μέθοδος για τη συστηματική εξέταση της ενδομητρικής κοιλότητας με τη διοχέτευση διοξειδίου του άνθρακα.

Ενδείξεις υστεροσκόπησης	
Διαγνωστική	**Επεμβατική**
Ανωμαλίες περιόδου	Αφαίρεση ενδομητρικού πολύποδα
Στείρωση-προηγούμενες επεμβάσεις στη μήτρα	Αφαίρεση ινομυώματος
Σαλπιγγογραφική ένδειξη ανωμαλιών ενδομητρικής κοιλότητας	Αφαίρεση συμφύσεων
Επανειλημμένες αποβολές	Αφαίρεση σπειράματος
Ινομυώματα	Εκτομή διαφράγματος μήτρας
Πολύποδες	
Δυσμηνόρροια	

Πίνακας 10. Κρεατσάς, 2001

Υπερηχογράφημα

Το υπερηχογράφημα θεωρείται απαραίτητο διαγνωστικό μέσο της διερεύνησης της εφηβικής κύησης και των γυναικολογικών παθήσεων της εφηβείας, όπως η πρώιμη ήβη, οι διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και η καθυστέρηση εμφάνισης των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου. Στο παρελθόν είχε γίνει χρήση της υπερηβικής προσέγγισης μετά από καθετηριασμό με καθετήρα foley στο ορθό, η οποία όμως σήμερα έχει εγκαταληφθεί και αντικατασταθεί από τη διαπερινεϊκή προσέγγιση με τη χρήση γραμμικού ή ενδοκολπικού πομποδέκτη. (Κρεατσάς, 2001)

Υστεροσαλπιγγογραφία

Η υστεροσαλπιγγογραφία αποτελεί διαγνωστική εξέταση κατά την οποία εγχύεται σκιαγραφικό υγρό μέσω του τραχηλικού στομίου και ακολουθεί ακτινογραφικός έλεγχος

για τη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων του γεννητικού συστήματος κατά την πρώτη φάση του κύκλου για την πιθανότητα κύησης σε αμηνόρροια. (Κρεατσάς, 2001)

Πίνακας 13.4. Ενδείξεις υπεροσαλπιγγογραφίας
Πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής στείρωση
Συγγενείς ανωμαλίες γεννητικού συστήματος (πλην ωοθηκών)
Έλεγχος μήτρας και ιδιαίτερα της ενδομητρικής κοιλότητας
Συγγενείς ανωμαλίες μήτρας (βλέπε Κεφάλαιο 22)
Ινομυώματα
Πολυποειδή μορφώματα
Αδενομύωση
Συμφύσεις
Φυματίωση
Έλεγχος τραχήλου μήτρας
Στένωση (συμφύσεις)
Ανεπάρκεια
Νεοπλασίες (τυχαία απεικόνιση)
Έλεγχος σαλπίγγων
Απόφραξη (συμφύσεις - υδροσάλπιγγα)
Απολίνωση
Έμμεσος διαγνωστικός έλεγχος
Σύνδρομο πυελικών φλεβών (δυσμηνόρροια)
Όγκοι ωοθηκών (πίεση και παρεντόπιση μήτρας και ωαγωγών)

Πίνακας 11. Γ. Κρεατσάς, 2001

Αξονική και μαγνητική τομογραφία

Η εξαιρετική δυνατότητα διαχωρισμού των μαλακών μορίων σε άτομα νεαρής ηλικίας δίνει στη μαγνητική τομογραφία υπεροχή έναντι της αξονικής, ενώ σε σχέση με την υπερηχογραφία μειονεκτεί ως προς το κόστος και την πιθανότητα κλειστοφοβίας. Χρησιμοποιείται στη διάγνωση συγγενών ανωμαλιών της μήτρας όπως σε ανωμαλίες πόρου του Muller, σε μονόκερη, δίκερη και δίδελφυ μήτρα κ.ά. (Κρεατσάς, 2001)

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας είναι να γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση σε ότι αφορά την εφηβεία και την εφηβική κύηση. Γίνεται λεπτομερής αναφορά στις ιδιαιτερότητες της εφηβικής ηλικίας, όλους τους παράγοντες που συνηγορούν στην ολοκλήρωση της σωματικής, συναισθηματικής, κοινωνικής, και ψυχολογικής ανάπτυξης του εφήβου και των παραγόντων που συνηγορούν στην έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Έγινε προσπάθεια για την ανάδειξη των παραγόντων που οδηγούν στην πρώιμη –εφηβική- εγκυμοσύνη, μέσα από τη διαφορετικότητα των κοινωνιών, των πολιτισμών, των οικονομικών συνθηκών και των ψυχολογικών καταστάσεων. Η μελέτη, επίσης, στοχεύει να παρουσιάσει τα αποτελέσματα και τις επιπτώσεις της εφηβική κύησης, τον τοκετό, την αποβολή ή την άμβλωση και τη σπουδαιότητα της πρόληψης μέσα από τον οικογενειακό προγραμματισμό

ΥΛΙΚΟ

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε στηρίχθηκε σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως pub-med, google-scholar. Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως: abortion, adolescent ανάπτυξη, ανεπιθύμητη κύηση, αντισύλληψη, εφηβεία, έκτρωση, ήβη, κοινωνική φροντίδα ανηλίκων, pediatric, pregnancy, πρώτη σεξουαλική επαφή, puerperium, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Επίσης βασίστηκε σε επιστημονικά συγγράμματα και παρουσιάσεις άρθρων σε επιστημονικά περιοδικά.

Από την ανασκόπηση προέκυψαν δεκατρία συγγράμματα και δεκαοχτώ παρουσιάσεις άρθρων σε επιστημονικά περιοδικά

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΣΤΑ ΕΦΗΒΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία της ΠΟΥ η σημερινή γενιά των νέων παρουσιάζει το μεγαλύτερο αριθμό της στην Ιστορία της ανθρωπότητας. Στα 6 δισεκατομμύρια του συνοικού πληθυσμού της γης το 1 δισεκατομμύριο καταλαμβάνουν οοι ηλικίες 15-24 ετών (Moore 2.000). το σημαντικό σημείο είναι ότι 15 εκατομμύρια παιδιά γεννιούνται ετησίως από έφηβες, με συχνότερη την εμφάνιση του προβλήματος στις υποσαχάριες χώρες της Αφρικής και τη Λατινική Αμερική. (Singh, 1.998)

Η κύηση κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι ένα πολύπλοκο σοβαρό, κοινωνικοοικονομικό και ιατρικό πρόβλημα. Έχει επίδραση στην υγεία και τον ψυχισμό της εφήβου και στην ομαλή λειτουργία της οικογένειας και εγκυμονεί κινδύνους τόσο για την έφηβη όσο και για το έμβρυο ή νεογνό. (Κρεατσάς, 2001)

Είναι το αποτέλεσμα μιας ελλιπούς και κακής ενημέρωσης ή πληροφόρησης. Συχνά και όχι σπάνια αποτελεί μια σκόπιμη ενέργεια, που σκοπό έχει την ενδυνάμωση του δεσμού των ανηλίκων ή την προσπάθεια για ανεξαρτητοποίηση από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον ή τη δικαιολογία για έξοδο από το σχολείο. Κρεατσάς, 2001

Η επίδραση της ομάδας των συνομηλίκων και ο μιμητισμός παίζει σπουδαίο ρόλο τόσο στη σκέψη όσο και στη συμπεριφορά της σεξουαλικότητας. Τόσο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα περιοδικά και ο τύπος, ο κινηματογράφος και η τηλεόραση, οι διαφημίσεις και σαφώς το διαδίκτυο, όσο και χαλάρωση των δεσμών της οικογένειας οδηγούν τους εφήβους στην πρώιμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων. Κρεατσάς, 2001

Η ηλικία των μελλοντικών γονέων έχει σημαντική επίδραση στη σωματική και ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην κύηση. Οι ομαλές αναπτυξιακές διεργασίες διαταράσσονται ενώ απαιτούν διαφορετική προσαρμογή σε σχέση με τις ενήλικες. Κρεατσάς, 2001

5.1 ΑΙΤΙΑ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Στα πλαίσια της σύγχρονης κοινωνίας και δομής της οικογένειας, έχει σημειωθεί αλλαγή του χρονικού σημείου έναρξης των σεξουαλικών επαφών, με αποτέλεσμα τον ερχομό μιας ανεπιθύμητης κύησης. Κρεατσάς, 2001

Επιγραμματικά τα αίτια μιας εγκυμοσύνης στα χρόνια της εφηβείας συνοψίζονται ως εξής:

- Άγνοια φυσιολογίας της σύλληψης

- Έλλειψη χρήσης αντισυλληπτικής μεθόδου
- Έναρξη της εμμήνου ρύσεως σε μικρότερη ηλικία
- Έλλειψη επικοινωνίας με τους γονείς
- Προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης
- Αδιαφορία για ακαδημαϊκή ή επαγγελματική πρόοδο
- Επιθυμία ενίσχυσης του δεσμού με το σύντροφο
- Επίδραση του περιβάλλοντος
- Προηγούμενη εγκυμοσύνη (Κρεατσάς, 2001)

5.2 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Τόσο ανά τον κόσμο όσο και στην Ελλάδα παρουσιάζεται ιδιαίτερη αύξηση της συχνότητας των κυήσεων κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Και ενώ το ποσοστό των κυήσεων είναι αυξημένο, το ποσοστό των γεννήσεων εμφανίζεται με μείωση όχι μόνο λόγω της διακοπής-τεχνητής έκτρωσης στο α΄ τρίμηνο, ειδικά στις περιπτώσεις ανεπιθύμητης κύησης, αλλά και λόγω της αύξησης των θεραπευτικών διακοπών εξαιτίας της ιατρικής εντατικής παρακολούθησης και του προγεννητικού ελέγχου. (Κρεατσάς, 2001)

Εικόνα 31. Διαδίκτυο

ΒΡΑΖΙΛΙΑ

Αναφέρεται ότι 698.439 κορίτσια ηλικίας κάτω των 19 χρονών γέννησαν το 1998 χρησιμοποιώντας το Κρατικό Σύστημα Υγείας της Βραζιλίας .Τα 31.857 από αυτά τα κορίτσια ήταν παιδιά ηλικίας μεταξύ 10 και 14 χρονών (Φόλια ντε Σ. Πάολο (Folha de S.Paulo), 25 Αυγούστου 1999.)

ΒΡΕΤΑΝΙΑ

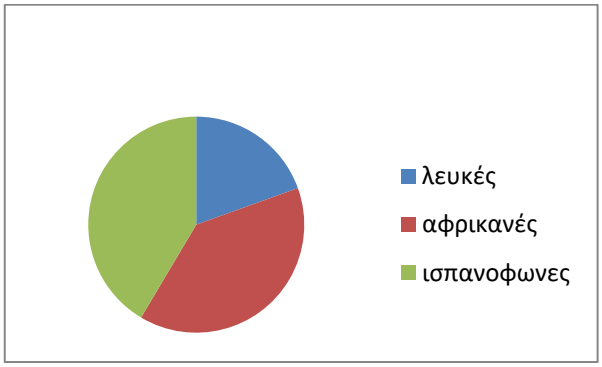
Η Βρετανία έχει την υψηλότερη αναλογία εφηβικών γεννήσεων στη Δυτική Ευρώπη . Αναφέρθηκαν περίπου 90.000 περιπτώσεις στις οποίες έγινε σύλληψη παιδιού από έφηβες στην Αγγλία το 1997. Σχεδόν τα τρία πέμπτα από αυτές τις εγκυμοσύνες κατέληξαν σε γεννήσεις (56.000), και το 90 τοις εκατό των εφηβικών γεννήσεων το 1997 έγιναν εκτός γάμου (περίπου 50.000). (Οικογένειες με έναν γονέα , Lone Parent Families, G.B,2002).

ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ

Παρά το ότι πρόσφατα μειώθηκαν τα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης, 4 στα 10 κορίτσια εφηβικής ηλικίας μένουν έγκυες τουλάχιστον μία φορά. Η συχνότητα των εφηβικών κυήσεων στις ΗΠΑ ανέρχεται στο 10%, ποσοστό ανάλογο με αυτό της Ελλάδας, και το 6% φτάνει σε τοκετό σε διάφορη ηλικία κύησης και συνήθως πριν από την πιθανή ημερομηνία τοκετού. (Martin et al, 2008).

Το υψηλότερο ποσοστό γεννήσεων παρατηρείται στις ισπανόφωνες έφηβες, ενώ υψηλό είναι και το ποσοστό των αφροαμερικανών (Martin et al, 2008). Τι Συνέβη στην Παιδική Ηλικία; Το Πρόβλημα της ΕφηβικήςΕγκυμοσύνης στις Ηνωμένες Πολιτείες (Whatever Happened to Childhood? The Problemof Teen Pregnancy in the Unit ed States), 1997.

Έρευνα του 2014 από το Εθνικό Κέντρο Υγείας Στατιστικών, έδωσε τα εξής αποτελέσματα: στο σύνολο των τοκετών το 2,42% αποτελούσαν οι έφηβες, με 89% εκτός γάμου και 17% ηλικίας 15-19 ετών οι οποίες δεν ήταν πρωτοτόκες. Βέβαια τα ποσοστά διαφέρουν με την περιοχή, τη φυλή και την ηλικία, σύμφωνα με την οποία το μεγαλύτερο ποσοστό 73% παρουσιάζουν οι έφηβες ηλικίας 18-19 ετών. Η εικόνα του φαινομένου είναι πιο έντονη στις νότιες πολιτείες, ενώ οι ΒΑ παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά. Όσο αφορά τη φυλή έχουμε την εξής διαφοροποίηση, στην ίδια μελέτη



Martin Hamitton 2015

Αξίζει να αναφερθεί επίσης ότι το 2012 σε έρευνα του Chana Medical Journal στη δεκαετία 2001-2010 το 9% των εφήβων αρρένων, έγιναν γονείς στις ηλικίες 12-16 ετών, ποσοστό ελαττωμένο από προηγούμενα έτη εξαιτίας της συμμετοχής των εφήβων σε προγράμματα πρόληψης, της υπεύθυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, της συναισθηματικής διδασκαλίας και της συμβουλευτικής γονέων.(Chana Medical Journal, Jun 2010).

ΜΑΛΑΙΣΙΑ

Τα παιδιά που έχουν γεννηθεί έξω από τα δεσμά του γάμου στη χώρα έχουν αυξηθεί από το 1998 και οι περισσότερες μητέρες τέτοιων παιδιών βρίσκονται στο τέλος της εφηβείας τους. (Νιου Στρέιτς Τάιμς–Μάνατζμεντ Τάιμς New Straits Times–Management Times, 1 Απριλίου 2002).

ΡΩΣΙΑ

Περίπου το ένα τρίτο όλων των μωρών που γεννήθηκαν πέρσι στη Ρωσία προερχόταν από ανύπαντρες μητέρες, διπλάσιο ποσοστό από αυτό που ίσχυε πριν από μια δεκαετία και σε πρωτοφανή επίπεδα από την εποχή του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου, όπως δείχνουν κρατικές στατιστικές. Το 40 και πλέον τοις εκατό αυτών των μωρών γεννήθηκαν από έφηβες. (The Moscow Times, 29 Νοεμβρίου 2001).

Κατά τη χρονική περίοδο 1974-1988 η Φινλανδία, παρουσίαζε ποσοστό μόλις 3,4%, ενώ χώρες όπως η Σουηδία, όπου εφαρμόζονται προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης τα ποσοστά ανεπιθύμητων κυήσεων ήταν χαμηλά. Στην Ιταλία αντίθετα τα ποσοστά ήταν πολύ υψηλά, δεδομένου ότι κάθε χρόνο 40.000 έφηβες έφταναν σε τοκετό εκ των οποίων 10.000 ήταν ανήλικες και στην Ελβετία το ποσοστό ανερχόταν στο 2,5%, με το 20% να οδηγείται στην ολοκλήρωση του τοκετού. (Δεληγεώρογλου, 2001)

ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα το ποσοστό των εφηβικών κυήσεων το 1974 ήταν 5,3%, ενώ το 1988 έφτασε το 10,3% του συνόλου των κυήσεων.

Κοινωνιολογικές μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι σε σχέση κύησης και ηλικίας η πιθανότητα παρουσιάζει αύξηση κατά 1,5 φορά, με τη χρήση κοκαΐνης 5 φορές και με κάθε διαφορετικό σεξουαλικό σύντροφο 1,75 φορές.

Μελέτη στην Ελλάδα στο Τμήμα Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας της Α΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Μαιευτήριο Αλεξάνδρα υπό την αιγίδα του καθηγητού κ. Κρεατσά και του συνεργάτες του, έδειξε ότι:

Στο χρονικό διάστημα 1987-1988, οι εφηβικές κυήσεις παρουσίαζαν ποσοστό 10,65%, με 88,7% έφηβες από 17-19 ετών. Το ποσοστό των εφηβικών κυήσεων εκτός γάμου έφτανε το 28,5% και το 49,8% των εφήβων προέρχονταν από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. (Κρεατσάς, 2001)

Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, το 2007, είχαμε 3.129 γεννήσεις από έφηβες κάτω των 18 ετών, με 75 γεννήσεις εξ αυτών από έφηβες κάτω των 15 ετών.

Από το σύνολο των εφηβικών κυήσεων, τελικά μόνο 20% φέρει σε πέρας την εγκυμοσύνη και συνήθως ο τοκετός γίνεται πριν από την τέλεση γάμου ή δεν ακολουθεί γάμος. (Κρεατσάς, 2001)

Το ποσοστό διακοπής εξαιτίας επιπλοκών και ιδιαίτερη αυτόματης έκτρωσης ανέρχεται στο 13%, ενώ τεχνητή ή θεραπευτική έκτρωση μετά τη 12^{η} εβδομάδα της κύησης συμβαίνει στο 38%. (Κρεατσάς, 2001)

Τα στατιστικά αυτά δεδομένα αφορούν εφήβους με ακούσια σύλληψη και κακή ενημέρωση.

Αξίζει να αναφερθεί ότι:

● Τέσσερα στα 10 κορίτσια μένουν έγκυες πριν από την ηλικία των 20 ετών, πάνω από 900.000 εφηβικές εγκυμοσύνες ετησίως.

● Το 40% περίπου των έφηβων μητέρων είναι κάτω από 18 χρονών.

● Παιδιά έφηβων γονέων πέφτουν συχνότερα θύματα κακοποίησης και παραμέλησης σε σύγκριση με παιδιά μεγαλύτερων γονέων.

● Μόνο 4 στις 10 μητέρες κάτω των 18 χρονών τελειώνουν το λύκειο.

● Το 80% περίπου των πατέρων δεν παντρεύονται τις έφηβες μητέρες των παιδιών τους.

● Μόνο το 30% των έφηβων μητέρων που παντρεύονται μετά τη γέννηση του παιδιού τους διατηρούν αυτούς τους γάμους. Οι γάμοι μεταξύ εφήβων έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αποτύχουν από τους γάμους στους οποίους η γυναίκα είναι τουλάχιστον 25 χρονών.

● Τα παιδιά των έφηβων μητέρων είναι πιθανότερο να γεννηθούν πρόωρα και λιποβαρή, πράγμα που αυξάνει την πιθανότητα βρεφικού θανάτου, τύφλωσης, κώφωσης, χρόνιων αναπνευστικών προβλημάτων, νοητικής υστέρησης, ψυχικής νόσου, εγκεφαλικής παράλυσης, δυσλεξίας και υπερκινητικότητας. (Εθνική Εκστρατεία για την Πρόληψη της Εφηβικής Εγκυμοσύνης, Φεβρουάριος 2002.)

Ένα άλλο στοιχείο που προβληματίζει την ιατρική κοινότητα είναι η εμφάνιση μιας δεύτερης νέας κύησης μετά από ένα ή δύο χρόνια, οδηγώντας έτσι σε εμπεριστατωμένη προσπάθεια πρόληψης. (Κρεατσάς, 2001)

5.3 ΣΧΕΔΙΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΦΗΒΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Πολλές φορές και λόγω των ιδιαιτεροτήτων του νεαρού της ηλικίας, οι έφηβες χρειάζονται ειδική συμπαράσταση από το επιστημονικό προσωπικό. Οι μαίες σε πολλά κορίτσια εμφανίζονται πιο προσιτές ως προς την εκμυστήρευση των ενδόμυχων σκέψεων και συναισθημάτων τους. Έτσι ο ρόλος της μαίας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός στην εκμαίευση των πληροφοριών, στη στήριξη και τη χορήγηση συμβουλών, στοιχεία απαραίτητα για μια αποτελεσματική επικοινωνία (King - Jones, 2008).

Με τη διαπίστωση της καθυστέρησης έναρξης της εμμήνου ρύσεως, πρέπει να γίνει ιατρική επίσκεψη για να επιβεβαιωθεί η κύηση. Στη συνέχεια γίνεται ο προγραμματισμός και η έναρξη της προγεννητικής φροντίδας για ιατρική περίθαλψη κατά την κύηση. (J Med Assoc Thai, 2016)

Οι πιθανότητες εμφάνισης επιπλοκών τόσο για την έφηβη όσο και για το αναμενόμενο βρέφος είναι αντιστρόφως ανάλογες του χρόνου έναρξης της προγεννητικής φροντίδας και σαφώς υγιής μητέρα συνεπάγεται υγιές μωρό. (J Med Assoc Thai, 2016)

Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι έφηβες μετά τη διαπίστωση της κύησης και εφόσον ληφθεί η απόφαση της διατήρησής της, είναι το οικονομικό κόστος στο οποίο δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν. Έτσι απευθύνονται στις οργανώσεις κοινωνικών υπηρεσιών. Τις περισσότερες φορές ευτυχώς ζητούν και αυτό πρέπει να συμβαίνει, τη βοήθεια από κάποιον έμπιστο ενήλικα, γονέα ή όχι ή σχολικό σύμβουλο, στην αναζήτηση όσο το δυνατόν χαμηλότερου κόστους ή φορείς δωρεάν περίθαλψης. (J Med Assoc Thai, 2016)

Κατά τη διάρκεια της πρώτης ιατρικής επίσκεψης λαμβάνεται ένα πλήρες ιστορικό, ατομικό, οικογενειακό και μαιευτικό, όπου καθορίζεται με βάση την ΤΕΡ η ΠΗΤ.

Δεδομένου του ότι οι έφηβες συνήθως δεν παρακολουθούν τον εμμηνορυσιακό κύκλο τους, η ΠΗΤ ορίζεται με βάση τον υπερηχοτομογραφικό έλεγχο. (J Med Assoc Thai, 2016)

Ακολουθεί γυναικολογική εξέταση και συστήνονται οι απαραίτητες εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβληθεί η έφηβη, ανάλογα με την ηλικία κύησης στην οποία βρίσκεται και είναι διαφορετικές ή κοινές, σύμφωνα με το τρίμηνο το οποίο διατρέχει. (J Med Assoc Thai, 2016)

Σύμφωνα με το διαχωρισμό των τριών τριμήνων σε

ά τρίμηνο μέχρι το τέλος της 13^{ης} εβδομάδας

β΄ τρίμηνο από τη 14^{η} εβδομάδα μέχρι το τέλος της 26^{ης} εβδομάδας και

γ΄ τρίμηνο από την 27^{η} εβδομάδα μέχρι το τέλος της κύησης

γίνεται ο προγραμματισμός της παρακολούθησης.

Αρχικά και ανεξάρτητα από την ηλικία κύησης, χορηγείται προς εκτέλεση πλήρης αιματολογικός, βιοχημικός, μικροβιολογικός, ανοσολογικός όπως και ορμονολογικός έλεγχος. Επειδή οι έφηβες είναι στις ομάδες υψηλού κινδύνου για τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στον ανοσολογικό έλεγχο για τη χορήγηση της κατάλληλης αγωγής όσο το δυνατόν συντομότερα για την πρόληψη επιμόλυνσης του εμβρύου. Πολλοί μαιευτήρες συστήνουν τον εμβολιασμό της εφήβου για κάποια παιδικά νοσήματα όπως του κοκκύτη, ενώ ο έλεγχος της ερυθράς είναι απαραίτητος, εξαιτίας των επιπλοκών και συγγενών ανωμαλιών που προκαλεί. (J Med Assoc Thai, 2016)

Η ενημέρωση της εφήβου για όλες τις αλλαγές που συνοδεύουν την κύηση τόσο σωματικές όσο και συναισθηματικές είναι απαραίτητη, όπως επίσης και η συμπτωματολογία κάποιων επιπλοκών. (J Med Assoc Thai, 2016)

Η χορήγηση βιταμινών ανεξάρτητα από τα επίπεδα των εργαστηριακών που θα διαγνωσθούν κρίνεται αναγκαία, γιατί στην κύηση αφενός μεν έχουμε συχνά έναν ανταγωνισμό, μεταξύ μητέρας- εμβρύου, αφετέρου η έφηβη βρίσκεται ακόμη σε ανάπτυξη, κάτι που δεν πρέπει διαφεύγει ποτέ από το επιστημονικό προσωπικό. (J Med Assoc Thai, 2016)

Το πλάνο παρακολούθησης έχει ως εξής:

- για τις πρώτες 28 εβδομάδες, επίσκεψη κάθε μήνα
- μέχρι την 36η εβδομάδα της κύησης, δύο φορές το μήνα και
- από την 37η εβδομάδα μέχρι το τέλος της κύησης κάθε εβδομάδα,

εκτός κι αν ιατρικοί λόγοι συνηγορούν σε πιο εντατική παρακολούθηση, όπως συμβαίνει σε συστηματικές νόσους ή επιπλοκές. (J Med Assoc Thai, 2016)

Σε κάθε επίσκεψη γίνεται μέτρηση των ζωτικών σημείων, του βάρους του σώματος, χειρισμοί Leopold, ακρόαση εμβρυικών παλμών και υπερηχογραφικός έλεγχος, αν κρίνεται αναγκαίο. (J Med Assoc Thai, 2016)

Η ενημέρωση της εφήβου για μαθήματα ανώδυνου τοκετού, γίνεται όπως σε κάθε κυοφορούσα, με τη διαφορά ότι σε ορισμένες χώρες εκτός από τα νοσηλευτικά ιδρύματα και τα κέντρα υγείας, η παροχή αυτή καλύπτεται και σε σχολεία ή κολλέγια. (J Med Assoc Thai, 2016)

Αλλαγές σώματος

Η έφηβη λόγω της άγνοιας και μη σωστής ενημέρωσης, συχνά εμφανίζει αγχώδεις καταστάσεις για τις αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό της. Η συμβουλευτική και επιμελής ενημέρωσή της πρέπει να γίνει από την πρώτη επίσκεψη στο φορέα υγείας που θα απευθυνθεί. (J Med Assoc Thai, 2016)

Ως προς τις αλλαγές στο σώμα της, θα επιβεβαιωθεί η ήδη διαπίστωσή της, της ανάπτυξης – αύξησης του μεγέθους των μαστών σε διάφορη διακύμανση από την αρχή μέχρι το τέλος της κύησης. Στο δέρμα λόγω της αύξησης του όγκου του αίματος εξαιτίας των οιστρογόνων που βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα, εμφανίζεται ερυθρότητα, χαρακτηριστική στο πρόσωπο ως ροζ μάγουλα. Οι ορμόνες που παράγονται, ενεργοποιούν τους σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, προκαλώντας λαμπερό πρόσωπο, αλλά και δημιουργώντας ακμή. Επίσης πρέπει να της επισημανθεί ότι καφέ ή κιτρινωπά στίγματα, είναι φυσιολογικά όπως και η σκοτεινή γραμμή στο κάτω τμήμα της κοιλιάς (Thelinea nigra) και οφείλεται στην μελανοκυτταρική ελκυτική ορμόνη. Αν πριν την κύηση η έφηβη είχε σπίλους ή φακίδες, δύναται με την εγκυμοσύνη να αυξηθούν σε μέγεθος και χροιά προς το μελανό. Η θηλαία άλως επίσης παίρνει μελανό χρώμα, ενώ τα φυμάτια του Montgomery διογκώνονται. Τέλος εμφανίζονται κάποιες ροζ ή μωβ γραμμές στο στήθος στην κοιλιά και στους μηρούς (ραγάδες) οι οποίες μετά την κύηση μεταβάλλονται σε

αχνές λευκές ραβδώσεις, κάτι όμως το οποίο εξαρτάται και από κληρονομικούς ή φυλετικούς παράγοντες. (J Med Assoc Thai, 2016)

Αύξηση του καρδιακού ρυθμού και των σφυγμών είναι το αποτέλεσμα της αύξησης του όγκου του αίματος λόγω της προγεστερόνης για την κάλυψη των νέων αναγκών και την επαρκή τροφοδοσία του πλακούντα και του εμβρύου, ενώ για τον ίδιο σκοπό επιταχύνεται ο αναπνευστικός ρυθμός για την αποστολή επαρκούς ποσότητας οξυγόνου στο έμβρυο(J Med Assoc Thai, 2016) και (Κάτια Βλησίδη, ……)

Ως προς τις αλλαγές στη διάθεσή της, δεν είναι σπάνιες οι διαταραχές του ύπνου, όπως και οι μεταβολές του ψυχισμού από απλό άγχος μέχρι ακόμη και την εμφάνιση κατάθλιψης, με κίνδυνο το συναίσθημα της αυτοκαταστροφής, εξαιτίας της υπερέκκρισης οιστρογόνων, οπότε συνιστάται η παραπομπή σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο για τη λήψη κατάλληλης αγωγής. (J Med Assoc Thai, 2016)

Τα συμπτώματα που συνήθως ταλαιπωρούν τις κυοφορούσες έφηβες είναι ναυτία, έμετος ειδικά στο α΄ τρίμηνο, οιδήματα, αίσθημα καύσου, κιρσοί κάτω άκρων και φλεβίτιδα ορθού (αιμορροΐδες) και τα οποία αποχωρούν μετά τον τοκετό και τη λοχεία. (Κολλέγιο Δημόσιας Υγείας και Ιατρικών επιστημών του Πανεπιστημίου Jimma 2014)

Όσο αφορά την εμφάνιση της δυσκοιλιότητας πρέπει να ενημερωθεί η έφηβη ότι είναι κάτι φυσιολογικό και αντιμετωπίζεται με τη σωστή διατροφή. Πόνοι στη σπονδυλική στήλη, στη λεκάνη και στους μηρούς και εύκολη κόπωση, είναι επίσης συνηθισμένα συμπτώματα που οφείλονται στην προγεστερόνη και προκαλεί χαλάρωση στους χόνδρους των αρθρώσεων. Η δυσκοιλιότητα και το αίσθημα καύσου σχετίζονται επίσης με την ορμόνη προγεστερόνη, που προκαλεί χαλάρωση των λείων μυϊκών ινών του γαστρεντερικού σωλήνα, προκαλώντας όξινο περιβάλλον στο στομάχι, γαστρικά υγρά και παλινδρόμηση της τροφής. (J Med Assoc Thai, 2016) και (Κάτια Βλησίδη, 2012)

Στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης συμβαίνουν κάποιες επιπρόσθετες μεταβολές οι οποίες συνοψίζονται στις εξής:

- Παραμονή των τροφών στο στομάχι, με αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσπεψίας και μετεωρισμού
- Αίσθημα αύξησης της θερμοκρασίας του σώματος
- Εμφάνιση λευκόρροιας από τον κόλπο

- Αίσθημα ιλίγγου και τάση προς λιποθυμία, ιδιαίτερα σε κατάκλιση ύπτιας θέσης εξαιτίας της πίεσης της κάτω κοίλης φλέβας
- Ευαισθησία των ούλων και των οδόντων λόγω των ορμονών και της πιθανής έλλειψης ασβεστίου
- Αύξηση της αιμάτωσης των νεφρών, καρδιών, ήπατος λόγω της αύξησης των αναγκών. (Κάτια Βλησίδη 2.012).

Τέλος στο γ΄ τρίμηνο εμφανίζονται:

- Αλλαγές στο αναπνευστικό, όπου λόγω της πίεσης του διαφράγματος από το ύψος του πυθμένα της μήτρας, οι αναπνευστικές κινήσεις γίνονται πιο βαθιές και πιο γρήγορες
- Εμφάνιση ορθοστατικής υπότασης από την πίεση της κάτω κοίλης φλέβας
- Αλλαγές στο ουροποιητικό με συχνουρία και μικρή απώλεια ούρων, λόγω της πίεσης που υφίσταται η ουροδόχος κύστη από τη μήτρα και το έμβρυο
- Μετατόπιση του κέντρου βάρους του σώματος

Πρέπει η έφηβη να συνειδητοποιήσει ότι πρέπει να είναι προσεκτική σε κάποια επικίνδυνα σημεία που μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε ηλικία κύησης κι αν βρίσκεται και να ζητήσει άμεσα ιατρική βοήθεια:

1. Κολπική αιμόρροια ή αιμορραγία
2. Πόνος ανεξαρτήτου μορφής, ακόμη και σε ελαφρές περιπτώσεις, που μπορεί να είναι σημάδι αποβολής ή πρόωρου τοκετού(J Med Assoc Thai, 2016) και (Κάτια Βλησίδη, 2012)

Η σωστή συμβουλευτική πρέπει να περιλαμβάνει:

- Διαταραχές διατροφής: μικρότερη πρόσληψη από τις σωματικές απαιτήσεις για την επαρκή κάλυψη των μεταβολικών αναγκών του εμβρύου και της εγκύου.
- Εκτίμηση της κατάστασης με προσθήκη ή μεταβολή του διαιτητικού προτύπου.
- Σύγκριση βάρους πριν και μετά τη σύλληψη

- Ενημέρωση της εφήβου σχετικά με τις διατροφικές υπαγορεύσεις για τη σωστή πρόσληψη βάρους, συμπεριλαμβανομένων των απαιτήσεων των εφήβων για σνακς και «fast food».
- Συμβουλευτική καθοδήγηση της οικογένειας στο διατροφικό σχήμα.
- Έλεγχος των αποτελεσμάτων ως προς την αύξηση του σωματικού βάρους, τη λήψη βιταμινών και σιδήρου με βάση τις ιατρικές οδηγίες και διατήρηση του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης σε φυσιολογικά επίπεδα.

Β. Ανεπάρκεια προγεννητικής φροντίδας, με κίνδυνο την πρόκληση βλαβών στη μητέρα ή στο έμβρυο. Σε αυτή την περίπτωση απαιτείται:

1)Ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης

2)Ενημέρωση της σημασίας του προγεννητικού ελέγχου για την αποφυγή των επιπλοκών που έπονται από την μη επαρκή παρακολούθηση.

3)Ενημέρωση για την αποφυγή λήψης αλκοόλ, καπνού και εθιστικών ουσιών και των κινδύνων τους στην ίδια την κυοφορούσα έφηβη και το έμβρυο

4)Ενημέρωση και έλεγχος για τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα.

5)Έλεγχος της αποφυγής επιπλοκών για τη μητέρα και το νεογνό. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry,2006).

Γ. Κοινωνική απομόνωση

1) Δημιουργία σωστής θεραπευτικής σχέσης και καλλιέργεια αισθήματος εμπιστοσύνης

2) Διαπίστωση μεταβολών των σχέσεων της εφήβου με το περιβάλλον της και έκταση της απομόνωσης

3) Παραπομπή στους κατάλληλους φορείς ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο της εφήβου για παροχή υποστήριξης

4) Ένταξη της εφήβου σε προγράμματα προετοιμασίας τοκετού

5) Έλεγχος του περιορισμού των συναισθημάτων κοινωνικής απομόνωσης

Δ. Διακοπή των διαταραγμένων σχέσεων εφήβου και οικογένειας

1) Ενθάρρυνση της επικοινωνίας της εφήβου με τη μητέρα της και καθορισμός ρόλων και σχέσεων σχετικά με το αναμενόμενο βρέφος

2) Ενθάρρυνση καλής σχέσης και επικοινωνίας με τον πατέρα του παιδιού, εάν αυτό είναι εφικτό

3) Παραπομπή σε ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό και ομάδα υποστήριξης για την επίλυση προβλημάτων και περιορισμό αντιπαραθέσεων

4) Έλεγχος δημιουργίας και εδραίωσης νέων σχέσεων της εφήβου με την οικογένεια και τον πατέρα του εμβρύου. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Ε. Διαταραγμένη εικόνα του σώματος σε σχέση με την κρίση της κύησης

1) Εκτίμηση της αντίληψης της εφήβου ως προς την κύηση και παροχή πληροφοριών για περαιτέρω παρεμβάσεις

2) Ενημέρωση των αναμενόμενων σωματικών αλλαγών στην κύηση και εξασφάλιση ρεαλιστικής άποψης για τις παροδικές αυτές αλλαγές

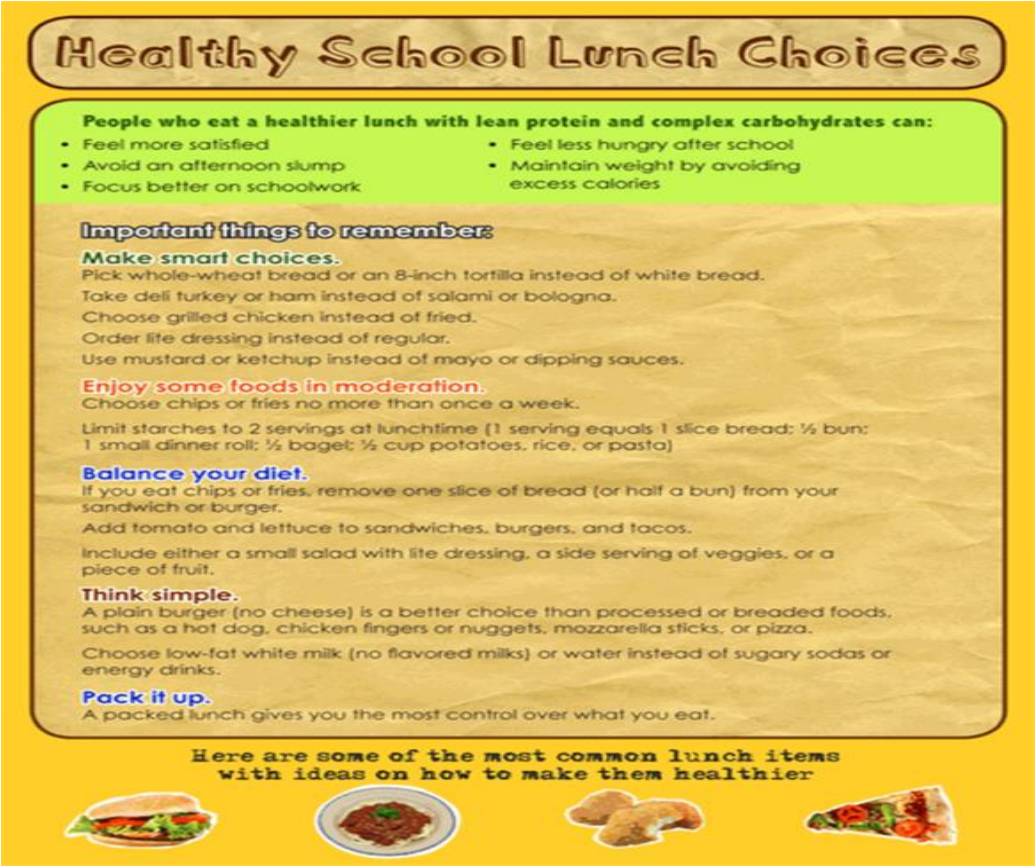
3) Ευκαιρία ανάπτυξης των προσωπικών συναισθημάτων και ανησυχιών της εφήβου

4) Αποδοχή της νέας παροδικής εικόνας του σώματος

Διατροφή στην εφηβική κύηση

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας εφαρμόζονται δίαιτες που δεν ανταποκρίνονται στη συνιστώμενη πρόσληψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών. Οι έφηβες από το φόβο της αύξησης του βάρους τους και της αλλαγής του σώματός τους, δεν προσλαμβάνουν τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες, ούτε ακολουθούν σωστά διατροφικά σχήματα που τους προτείνονται από τους επαγγελματίες υγείας, δηλαδή ποικιλία υγιεινών τροφών και άφθονο νερό ενώ προτιμούν γεύματα υψηλής περιεκτικότητας λιπαρών, όπως ισχύει στο πρόχειρο φαγητό. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006).

Ουσιαστικά η μέση ημερήσια πρόσληψη πρέπει να είναι περίπου γύρω στις 3.000 θερμίδες, ενώ πρέπει να γίνεται σωστή παρακολούθηση του βάρους τους συγκρίνοντας πάντα με το αρχικό, πριν της κύησης βάρος



Εικόνα 32 διαδίκτυο Pub Med

Μέσα από το σωστό διαιτολόγιο εξάλλου, αντιμετωπίζονται και πολλά από τα προβλήματα που τυχόν εμφανίζονται ή ως μέθοδος πρόσληψης τυχόν επιπλοκών. Οι φυτικές ίνες οι οποίες βρίσκονται στα φρέσκα λαχανικά, τα φρούτα, το ψωμί ολικής αλέσεως και τα δημητριακά πρέπει να είναι της τάξης των 25-30 γρ, ημερησίως, αντιμετωπίζοντας το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας, ενώ πρέπει να λαμβάνονται τουλάχιστον 2 λίτρα νερό, κατά τη διάρκεια της ημέρας και όχι της νύχτας, για την αποφυγή της νυχτερινής διούρησης. (Κάτια Βλησίδηl, 2012)

Επιβάλλονται τροφές πλούσιες σε σίδηρο και βιταμίνη Β12 για την αντιμετώπιση της αναιμίας, όπως κρέας, αυγά και γάλα. Τα ενεργειακά ποτά συνηθίζονται στις παρέες των εφήβων, με τη διαφορά ότι στη διάρκεια της κύησης πρέπει να αποφεύγονται γιατί περιέχουν μεγάλη ποσότητα καφεΐνης, δημιουργώντας νευρικότητα, στομαχικές διαταραχές, πονοκέφαλο, αϋπνία, ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, μέχρι και παραισθήσεις. Οι μπάρες τροφίμων, οι οποίες σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να

αντικαθιστούν τα γεύματα πρέπει επίσης να μη λαμβάνονται γιατί περιέχουν πολύ ζάχαρη.(Mary L. Gavin MD. 2014)

Όσο για τις τροφές που οφείλει να αποφεύγει η έφηβη είναι:

- Ξιφίας και κονσέρβες τόνου, γιατί έχουν αυξημένη περιεκτικότητα σε υδράργυρο.
- Ωμά αυγά, ωμό κρέας και ψάρι.
- Επεξεργασμένα κρέατα, όπως τα αλλαντικά.
- Μη παστεριωμένο γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα.
- Τεχνητές γλυκαντικές ουσίες.

Τέλος η έφηβη πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένη και να διαβάζει τα συστατικά που εμπεριέχονται σε διάφορα τρόφιμα και τα οποία έχουν μυστηριώδη ονομασία, όπως γκουαρανά ή ταυρίνη, τα οποία και απαγορεύονται από τη FDA (Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων), δεδομένου υπάρχει ο κίνδυνος των επιπλοκών ή παρενεργειών, κάτι που αυξάνει το κόστος των νοσηλειών. (Mary L. Gavin MD 2014.)

Κάπνισμα αλκοόλ και ουσίες κατά την εφηβική κύηση

Η έφηβη μητέρα αποτελεί μέρος ενός σύνθετου κοινωνικού ιστού και όχι απλώς ένα άτομο που πρέπει να αλλάξει συμπεριφορές. Οι ομάδες του φιλικού περιβάλλοντος δρουν πάνω τους και τις επηρεάζουν δυστυχώς συνήθως αρνητικά. Έτσι η χρήση του αλκοόλ, της νικοτίνης και των εθιστικών ουσιών από τις παρέες παρασύρουν την έφηβη που κυοφορεί με αρνητικές επιπτώσεις για την ίδια και το έμβρυο.(Blake et al 2001)

Σε μελέτη του 2013 η Joan L Bottor, απέδειξε ότι έφηβες οι οποίες ήταν καπνίστριες πριν την κύηση, μετά τον τοκετό υποτροπίασαν και έγιναν δια βίου καπνίστριες. (Joan L. Bottor, 2013)

Στην Αγγλία το 61% εφήβων κατά την κύηση δηλώνουν καπνίστριες, ενώ κατά το α΄ τρίμηνο με τη διάγνωση της κύησης, εμφανίζουν αύξηση της χρήσης καπνού και αλκοόλ σε ποσοστό 50-60%. Το δυσοίωνο είναι ότι το κάπνισμα και το αλκοόλ αυξάνει την πιθανότητα χρήσης ναρκωτικών ουσιών. (Joan L. Bottor, 2013)

Στον Καναδά η χρήση του αλκοόλ παρουσιάζεται σε πολύ υψηλά επίπεδα και ιδιαίτερα στις ηλικίες 15-24 ετών έκαναν χρήση σε ποσοστό 85%, σε προχωρημένη ηλικία κύησης με άγνοια της ύπαρξης της κύησης. (Joan L. Bottor, 2013)

Τα αίτια του εφήβων στον εθισμό στο αλκοόλ, το κάπνισμα και τις ουσίες κατά την κύηση είναι ένα σύνολο πολλων παραγόντων κοινωνικών, οικονομικών, συναισθηματικών. (Joan L. Bottor, 2013)

1. Η πρώιμη εμμηναρχή, η έναρξη των σεξουαλικών επαφών και η ανεπιθύμητη κύηση
2. Το όριο της φτώχειας
3. Η διακοπή της εκπαίδευσης
4. Ο μιμητισμός των συνομηλίκων ότι η σεξουαλική επαφή συνδυάζεται με λήψη μαριχουάνας, αλκοόλ και καπνού
5. Η σεξουαλική κακοποίηση
6. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση
7. Οι διαταραχές συμπεριφοράς
8. Ψυχωτικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη όπου το κάπνισμα βρίσκεται σε υψηλά νούμερα.

Το οικογενειακό περιβάλλον και η χρήση από αυτό αλκοόλ, καπνού και εθιστικών ουσιών. (Joan L. Bottor, 2013)

Ένα ποσοστό 65% εφήβων κατά την κύηση δηλώνουν ότι το κάπνισμα τις βοηθάει στον έλεγχο του σωματικού τους βάρους και στην αντιμετώπιση του άγχους, αλλά και σκόπιμα επιθυμούν κατά αυτό τον τρόπο να γεννήσουν μωρά με μικρό βάρος σώματος. (Mc Dermott et al, 2009)

Όσο για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νικοτίνης και του αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κύησης της έφηβης, δεν υπάρχει κάποια σωστή μελέτη όσο αφορά τις παρενέργειες των φαρμακευτικών αυτών σκευασμάτων. (Mc Dermott et al, 2009)

Η σωστή ενημέρωση από το οικογενειακό περιβάλλον και τους φορείς υγείας, η στήριξη της εφήβου με ειδικά προγράμματα, η στροφή των ενδιαφερόντων προς κατευθύνσεις αναψυχής και σωματικής ενασχόλησης αλλά και η νομική παρέμβαση βοηθάει στη

διακοπή και απομάκρυνση της εφήβου όχι μόνο κατά την κύηση αλλά και μετά το πέρας της.(Mc Dermott et al, 2009)

5.3.2 ΆΣΚΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΗ

Η ηλικιακή διαφορά μεταξύ μιας ενήλικης και μιας έφηβης κυοφορούσας εκτός των άλλων, σχετίζεται και με το πρόγραμμα δραστηριοτήτων. Ο χώρος του σχολείου και το φιλικό περιβάλλον φέρνουν την έφηβη σε αναστάτωση, εφόσον ενδόμυχα υπάρχει το παιδί ακόμη που θέλει να παίξει, να χορέψει, να ασχοληθεί με δραστηριότητες των συνομηλίκων. Τα μέχρι πριν λίγο καιρό αθλήματα ομαδικά ή επαφής πρέπει πλέον να διακοπούν, όπως και η αερόβια άσκηση. (Mary L. Gavin MD,2013)

Η κατάσταση αυτή μπορεί να αυξήσει το ήδη υπάρχον άγχος της έφηβης και τη φέρει ακόμη περισσότερο σε περιθωριοποίηση. Η εναλλακτική λύση είναι να δοθούν στην έφηβη ειδικά προγράμματα άσκησης, τα οποία και θα την αποφορτίσουν και θα τη βοηθήσουν στην κύηση και τον τοκετό της. Μπορεί να εφαρμόσει ασκήσεις χαλάρωσης ή γιόγκα και χαμηλής έντασης περπάτημα. Πρέπει να αποφύγει την άρση βαρών και τις πολεμικές τέχνες και για λίγο καιρό να διακόψει κάποια αθλήματα ακόμη και σε περίπτωση πρωταθλητισμού. (Mary L. Gavin MD,2014)

Σημαντικό είναι να καταλάβει ότι δεν πρέπει να θέτει σε κίνδυνο το έμβρυο που κυοφορεί, αλλά να το προστατεύει.

Γενικά πρέπει να ακολουθεί τους εξής κανόνες

- Καλός αερισμός των κλειστών χώρων άσκησης
- Θερμοκρασία μέχρι 21 βαθμούς Κελσίου
- Ένδυση με άνετα ρούχα, χωρίς πίεση στην κοιλιακή χώρα και ελεύθερη αναπνοή
- Πάντα να υπάρχει ένα μπουκάλι νερό
- Προθέρμανση 15-20 λεπτά για την αποφυγή κραμπών και προβλημάτων των αρθρώσεων
- Συχνά διαλλείματα για ανάπαυση

Προσοχή χρειάζεται στις εξής περιπτώσεις:

1. Οξεία υπογλυκαιμία
2. Χρόνια κόπωση
3. Τραυματισμοί του μυοσκελετικού συστήματος
4. Αναιμία
5. Υπερβολική παχυσαρκία

Απόλυτες αντενδείξεις άσκησης

- Διαγνωσμένη καρδιακή νόσος
- Πρόωρη ρήξη των υμένων
- Πρόωρες συστολές της μήτρας
- Ανεπάρκεια τραχήλου
- Ιστορικό αποβολών
- Δίδυμη-τρίδυμη κύηση
- Υπερτασική νόσος της κύησης
- Κολπική αιμορραγία
- Ιστορικό πρόωρου τοκετού (Κάτια Βλησίδη, 2012)

Τέλος ήδη από το α΄ τρίμηνο της κύησης, συνιστάται η αύξηση του χρόνου ανάπαυσης και μάλιστα στη σωστή θέση, αριστερό πλάι με τα πόδια λυγισμένα και τη χρήση μαξιλαριών στην κοιλιά, τη μέση και τα πόδια. Έτσι δε θα δυσκολευτεί αργότερα και θα βοηθήσει στη σωστή κυκλοφορία του αίματος και τη λειτουργία της καρδιάς. (Mc Dermott et al, 2009)

5.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα κλινικά συμπτώματα της κύησης στην έφηβο διαφέρουν από την ενήλικη γυναίκα, είναι συχνά απροσδιόριστα και δεν τους δίνεται η απαιτούμενη σημασία που επιβάλλεται. Χρειάζεται ένας ιδιαίτερος υψηλός βαθμός υποψίας, δεδομένου ότι η έφηβη συχνά υποκρύπτει ή υποβαθμίζει συμπτώματα καίριας σημασίας στη διάγνωση της κύησης. (Κρεατσάς, 2001)

Καθυστέρηση στην εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως πέρα των δύο εβδομάδων, αποτελεί επιτακτική ανάγκη ελέγχου ανίχνευσης β-χοριακής γοναδοτροπίνης είτε αναφέρει είτε δεν αναφέρεται ότι υπάρχει ενεργός σεξουαλική δράση. (Κρεατσάς, 2001)

Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει την αμηνόρροια, την ολιγομηνόρροια ή άλλες διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, κοιλιακό άλγος, την ευαισθησία ή οίδημα ή αύξηση του μεγέθους των μαστών, τη ναυτία, τον έμετο, την παράδοξη άνευ αιτίας αύξηση του σωματικού βάρους και τα συμπτώματα από την ουροδόχο κύστη με τη συχνουρία. Συχνά εμφανίζονται επίσης έντονα συμπτώματα από φλεγμονές των έσω γεννητικών οργάνων και της ελάσσονος πυέλου, από σεξουαλικώς μεταδιδόμενες νόσους ή και αιμορραγία σε περίπτωση επαπειλούμενης ή άλλης αιτιολογίας κύηση. (Κρεατσάς Γ, 2001)

Συνεργός στη διάγνωση, αποτελεί η γυναικολογική εξέταση, κάτι που δημιουργεί δυσκολίες, δεδομένου ότι οι έφηβες τις περισσότερες φορές, δεν έχουν ξαναϋποβληθεί σε αυτή τη διαδικασία και δε συνεργάζονται ή αρνούνται. Χρειάζεται επομένως μεγάλη προσοχή, προσεκτική προετοιμασία και ενημέρωση για τη χρησιμότητα αυτής της εξέτασης. Στην περίπτωση που δεν πραγματοποιηθεί, πρέπει να δοθεί στην έφηβη ένα επιτρεπτό χρονικό διάστημα ψυχολογικής προετοιμασίας και να δοθεί νέο ραντεβού για την πραγματοποίηση της εξέτασης.(Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Η ημερομηνία της τελευταίας εμμήνου ρύσεως, σε συνδυασμό με τη γυναικολογική εξέταση και το ύψος του πυθμένα της μήτρας, θα θέσει τη διάγνωση της κύησης και την ηλικία της. Αν το ύψος του πυθμένα της μήτρας δεν ανταποκρίνεται στην αναμενόμενη ηλικία κύησης και είναι μικρότερο, πρέπει να διερευνηθεί αν πρόκειται για έκτοπη ή μύλη κύηση, ή για ατελή αποβολή του κυήματος, ενώ αν είναι μεγαλύτερο το μέγεθος της μήτρας μπορεί να οφείλεται σε όγκους της μήτρας ή κύστεις των ωοθηκών ή άλλες παθολογικές αιτίες. (Deitra Lowdermilk, 2006)

Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος συμπληρώνει τον εργαστηριακό έλεγχο, μαζί με την τιμή της β-χοριακής γοναδοτροπίνης στο αίμα, με ενδεικτική τιμή την πρώτη εβδομάδα 5-50 mIU/ml. (Deitra Lowdermilk, 2006)

Ένα ιδανικό πρωτόκολλο παρακολούθησης και αξιολόγησης της πορείας της κύησης αναφέρεται στον πίνακα:

Πρωτόκολλο παρακολούθησης και αξιολόγησης της κύησης στην εφηβεία	
Κύηση12 εβδομάδων	Πληροφόρηση της εφήβου για την κύηση και τον τοκετό
	Ιστορικό και γυναικολογική εξέταση
	Υπερηχογράφημα
	Αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις
Κύηση 13-28 εβδομάδων	Ακρόαση εμβρυϊκών παλμών
	Προγεννητικός έλεγχος
	Αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις
	Τεστ Παπανικολάου
	Υπερηχογραφικοί έλεγχοι
Κύηση 28-40 εβδομάδων	Ότι και στο β΄τρίμηνο
	Πληρέστερη ενημερωση για τον τοκετό
	Non stress test

Πίνακας 10.(Κρεατσάς Γ,2001)

5.5 ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ-ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η εφηβική κύηση είναι υψηλού κινδύνου με επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας και του παιδιού και υψηλά ποσοστά αυτόματης αποβολής (9-14%). Μέσα από μια πολυδιάστατη διαδικασία με αρκετούς επιβαρυντικούς παράγοντες τα παιδιά των νεαρών γυναικών κινδυνεύουν για σοβαρή αναπηρία και θνησιμότητα κατά το πρώτο έτος της ζωής τους. (Chedraui,2008).

Περίπου μισές από τις εφηβικές εγκυμοσύνες καταλήγουν σε άμβλωση, συχνά κάτω από μυστικές και σκοτεινές συνθήκες, με συνεπακόλουθα για τη μελλοντική γονιμότητα των εφήβων και σημαντικές αρνητικές επιδράσεις στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. (Deitra Lowdermilk, 2006)

Σε έλεγχο που έγινε για τον προγεννητικό έλεγχο, οι μέσες ηλικίες κύησης από τις δύο ομάδες εφήβων που ελέγχθησαν και τον έλεγχο κατά την πρώτη προγεννητική επίσκεψη ήταν 11,2 (εύρος, 8-31) και 8.5 (εύρος, 7-28) εβδομάδες έδειξε ότι οι κίνδυνοι του πρόωρου τοκετού και της προεκλαμψίας ήταν σημαντικά μεγαλύτεροι μεταξύ των εφήβων μητέρων ενώ και στις δύο ομάδες, η πιο συχνή αιτία ήταν ο πρόωρος τοκετός. Όπως φαίνεται σε αυτή τη μελέτη, οι έγκυες έφηβες ζητούσαν προγεννητική φροντίδα σε μια πολύ πιο προχωρημένη ηλικία κύησης σε σύγκριση με τις ενήλικες. Κατά το πρώτο τρίμηνο, θα πρέπει να συμβουλεύονται και να υποβάλλονται σε υπερηχογράφημα για να καθοριστεί η ηλικία κύησης. Ως εκ τούτου, είναι λογικό να αυξάνεται η συχνότητα των εξετάσεων μετά το δεύτερο τρίμηνο, λόγω του αυξημένου κινδύνου πρόωρου τοκετού. (Ζεκάι Tahir Burak Γυναικεία Φροντίδα Υγείας, Παιδείας και Έρευνας Νοσοκομείο, Άγκυρα, Τουρκία.)

Τα ιατρικά προβλήματα που εμφανίζονται σε μια εφηβική κύηση, έρχονται να συμπληρώσουν τα ψυχολογο-κοινωνικο-οικονομικά, επιβαρύνοντας έτσι την έφηβη. Αυτά είναι:

1) Η τοξιναιμία (προεκλαμψία-εκλαμψία)

2) Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα

3) Η δυσαναλογία της πυέλου

4) Η αναιμία

5)Το χαμηλό βάρος εμβρύου,

6) Ο πρόωρος τοκετός.

7)Επιπλέον, ο τοκετός στις έφηβες μπορεί να έχει μεγαλύτερη διάρκεια και περισσότερους τραυματισμούς του κόλπου και του αιδοίου, λόγω της ανωριμότητας των ιστών. (Κρεατσάς Γ,2001)

Έρευνα στο δημοτικό νοσοκομείο του Pruszlowie που πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 1990-1992 σε 38 κορίτσια ηλικίας 15-17 ετών με αναφερόμενο ποσοστό 1,2 % του συνόλου 2693 μαιευτικών περιστατικών, έδειξε ότι το 60% ήταν φοιτήτριες, το 63% άγαμες και το 74% είχαν την υποστήριξη των γονέων. Οι 32 είχαν ΦΤ, οι 4 ΤΕ, οι 2 επιπλοκές. Αυτές ήταν οι εξής:

- 13,17 % αναιμία όπου οι δύο υποβλήθηκαν σε μετάγγιση αίματος ενώ οι υπόλοιπες αντιμετωπίστηκαν με φαρμακευτική αγωγή από το στόμα
- 10,5 % λοίμωξη ουροποιητικού
- 3 % τοξιναιμία
- 3 % ανεπάρκεια τραχήλου μήτρας
- 16 % πρόωρος τοκετός, με 60 % πρόωρη ρήξη των υμένων και 40 % πρόωρες συσπάσεις της μήτρας.

  Προγεννητικός έλεγχος έγινε στις 66,5 %. (Poland article, 1993)

Μια σημαντική μελέτη που έγινε στη δεκαετία 2002-2012 διακρατική με τη συμμετοχή των ΗΠΑ, του Ιράν, του Νεπάλ, του Καμερούν, της Γερμανίας, της Βραζιλίας, της Τανζανίας, της Αγγλίας και της Ινδίας έδειξε τη σοβαρότητα της εφηβικής κύησης και τη δικαιολόγηση του χαρακτηρισμού της ως κύηση υψηλού κινδύνου. Όσο μικρότερη ήταν η ηλικία της μητέρας, ο αριθμός των τόκων, οι αμβλώσεις, το χαμηλό εκπαιδευτικό και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η όχι σωστή προγεννητική φροντίδα, τόσο υπήρχε μεγαλύτερη επικινδυνότητα για εμφάνιση επιπλοκών. Από την πλευρά της εφήβου οι επιπλοκές ήταν: προεκλαμψία σε ποσοστό 7,1%, ρήξη περινέου, ουρολοίμωξη 2%, μετέπειτα θυρεοειδοπάθεια 7,1%, καρδιολογικά νοσήματα 3%. Από την πλευρά του νεογνού εμφανίστηκε προωρότητα σε ποσοστό 39%, χαμηλό βάρος γέννησης 32%, υπολειπόμενη ανάπτυξη 12%, νεογνική θνησιμότητα 6,9%. (Επιστήμη Υγείας, 2012)

Στο Τέξας στη δεκαετία 1994-2003 στο σύνολο των εφηβικών κυήσεων, και ενώ το 7% κατέληξε σε άμβλωση και το 26,7% ματαίωσε την προγραμματισμένη άμβλωση, εμφανίστηκαν οι εξής επιπλοκές: προδρομικός πλακούντας, εργώδης τοκετός, πρόπτωση ομφαλίου λώρου και δυσαναλογία πυέλου. (Επιστήμη Υγείας, 2012)

Παλαιότερες μελέτες θεωρούσαν ότι η τοξιναιμία, ο πρόωρος τοκετός και η αναιμία αποτελούσαν συχνότερες επιπλοκές στις έφηβες παρά στις ενήλικες, δεδομένα που έχουν αναθεωρηθεί από νεότερες μελέτες. Η συχνότητα εμφάνισης της τοξιναιμίας σήμερα στην εφηβεία είναι της τάξης του 1,18% - 4,1%, παλαιότερα ήταν 8%, ενώ στις ενήλικες 3,31% - 5,6%, εμφανίζοντας μεγαλύτερο κίνδυνο οι γυναίκες άνω των 35 ετών.

Η πρόωρη ρήξη των υμένων έχει επίσης χαμηλό ποσοστό εμφάνισης της τάξης του 1% - 3,1%, ενώ το ποσοστό στις ενήλικες είναι κατά πολύ υψηλότερο 1,3% - 10,2%.

Όσο αφορά τον πρόωρο τοκετό, οι γνώμες διίστανται, εφόσον άλλες μελέτες παρουσιάζουν ποσοστό 1,66% ενώ άλλες 15,6% (Κρεατσάς Γ,2.003)

Επίσης όπως φαίνεται από μελέτες το βάρος γέννησης των νεογνών εμφανίζει διαφοροποίηση. Συνήθως το μέσο βάρος κυμαίνεται μεταξύ 3026gr -3110gr. Είναι όμως βέβαιο και αποδεκτό ότι τα νεογνά εφηβικών κυήσεων παρουσιάζουν χαμηλό βάρος γέννησης σε σχέση με την ηλικία κύησης 8% - 11%. Η κατάσταση επιβαρύνεται στις εργαζόμενες έφηβες άνω των 15 ωρών εβδομαδιαίως.

Η αναιμία επιπλέον δεν έχει την επιβάρυνση που πίστευαν παλαιότερα, καθώς οι μελέτες έχουν αποδείξει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των εφήβων και ενηλίκων. Πρόσφατη μελέτη βέβαια έδειξε ότι έφηβες με αιμοσφαιρίνη <12% παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα από τις ενήλικες.

Η αύξηση του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της κύησης δεν παρουσιάζει, όπως φαίνεται διαφορά μεταξύ ανηλίκων και ενηλίκων γυναικών, αλλά ο δείκτης μάζας σώματος πριν και μετά τον τοκετό είναι μικρότερος στις έφηβες.

Ο έλεγχος των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα είναι κάτι που χρειάζεται προσοχή, στις περιπτώσεις εφήβων με οικογενειακό ιστορικό διαβήτη. Στις υπόλοιπες όπως φαίνεται ο διαβήτης δεν έχει επίπτωση στην κύηση των εφήβων με ποσοστό 0,7% ενώ στις ενήλικες>35 ετών το ποσοστό φτάνει το 3,8% - 5,61%

Τέλος οι συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου παρουσιάζουν ποσοστό εμφάνισης 1% - 2,6%, μικρότερο των ενηλίκων, όπως επίσης και η περιγεννητική θνησιμότητα.

Πολύ σημαντικός τομέας μέριμνας των εφήβων σε κύηση είναι ο ψυχολογικός και ο κοινωνικός. Το υψηλό ποσοστό εφήβων σε κύηση εκτός γάμου και το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, επιβάλλει την παράλληλη ιατρική προγεννητική φροντίδα με την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη.

Η παρουσία του εμβρύου στην ανώριμου γεννητικού συστήματος ή μη πλήρους ανάπτυξης έφηβης, περιπλέκει τα ιατρικά προβλήματα, δημιουργώντας πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ μητέρας, εμβρύου, νόσου και θεραπείας. Αυτό σημαίνει ότι στην εφηβική κύηση υψηλού κινδύνου, η φροντίδα προς το έμβρυο και κάθε προσπάθεια που γίνεται, απευθύνεται στην υποστήριξη και αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων των ζωτικών λειτουργιών της μητέρας. Η θεραπευτική αποκατάσταση γίνεται με μη τοξικές ή

τερατογόνου δράσης φαρμακευτικά σκευάσματα, ενώ επιλέγονται εξετάσεις που περιορίζουν την έκθεση του εμβρύου σε ακτινοβολία.

5.5.1 ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η υπέρταση στην κύηση αποτελεί στις ΗΠΑ το 6-10% των πιο συχνών παθολογικών επιπλοκών στην κύηση. Διακρίνουμε τις εξής περιπτώσεις:

- Χρόνια υπέρταση, η οποία εμφανίζεται πριν την 20η εβδομάδα της κύησης ή επιμένει και μετά την περίοδο της λοχείας
- Υπερτασική νόσος της κύησης, η οποία εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της κύησης
- Προεκλαμψία ή εκλαμψία ως επιπλοκή επί εδάφους χρόνιας υπέρτασης.

Η προεκλαμψία, με τη συμπτωματολογία της υπέρτασης, της λευκωματουρίας και των οιδημάτων, θέτουν σε κίνδυνο τόσο τη ζωή της εφήβου όσο και του κυήματος. Αποτελεί πολυσυστηματική νόσο που διαγιγνώσκεται και χωρίς το σύμπτωμα του οιδήματος, το οποίο άλλοτε αποτελεί μέλος της τριάδας και άλλοτε όχι. Αύξηση της συστολικής πίεσης στο επίπεδο των 140mmHg και της διαστολικής 90mmHg και άνω, σε τουλάχιστον δύο εξετάσεις μεσοδιαστήματος έξι ωρών, θέτει τη διάγνωση της υπέρτασης. Η πρωτεϊνουρία, η οποία προκύπτει αργά, προϋποθέτει συλλογή ούρων 24ώρου και συγκέντρωση πρωτεΐνης μεγαλύτερης από 300mg ή 0,1gr ανά λίτρο σε δύο συνεχόμενες μετρήσεις, με μεσοδιάστημα 6 ώρες. Το οίδημα είναι γενικευμένο και εμφανίζεται στο πρόσωπο, στα άνω άκρα, στα κάτω άκρα και τους σφυρούς. Το οίδημα δεν αποτελεί δείκτη της διάγνωσης γιατί μπορεί να συνοδεύει την υπέρταση και τη λευκωματουρία, ή να εμφανίζεται ανεξάρτητα από τους άλλους δύο παράγοντες. Η αύξηση του βάρους που εμφανίζεται συνήθως, οφείλεται στην γενικευμένη κατακράτηση υγρών.

Η προεκλαμψία χαρακτηρίζεται ως βαριά όταν υπάρχει υψηλή πίεση, εκσεσημασμένη πρωτεϊνουρία και κλινικά συμπτώματα που προκύπτουν από την εμπλοκή των νεφρών, του εγκεφάλου, του ήπατος και του καρδιαγγειακού συστήματος. (Pat Fontaine, M.D. Mary Sabourine, MD, 2009)

Η αιτιολογία είναι άγνωστη, ενώ ερευνούνται διάφοροι μηχανισμοί παθογένεσης και κυρίως η παθολογική εμφύτευση του πλακούντα και η βλάβη του ενδοθηλίου. Είναι ενδεικτικό ότι στις κυήσεις με επιπλοκή προεκλαμψίας, εμφανίζεται παθολογική

εμφύτευση της τροφοβλάστης και ατελής σχηματισμός των σπειροειδών αρτηριών της μήτρας, ο οποίος οδηγεί σε μειωμένη αιμάτωση μέσω του πλακούντα. Οι κυτταροτοξικοί μεσολαβητές ή οι μεσολαβητές της φλεγμονής, οδηγούν σε βλάβη του αγγειακού επιθηλίου με αποτέλεσμα των πτώση των αιμοπεταλίων και την ενεργοποίηση των παραγόντων της πηκτικότητας. Συχνά επίσης εμπλέκονται γενετικοί παράγοντες με την παρουσία ενός ή περισσότερων μητρικών γονιδίων ή ορμονικές και χημικές διαταραχές. (Pat Fontaine, M.D. Mary Sabourine, MD, 2009)

Η πορεία της προεκλαμψίας μπορεί να είναι σταδιακή ή κεραυνοβόλος, εμπλέκοντας πολλά οργανικά συστήματα. Στο καρδιαγγειακό εμφανίζεται αγγειοσύσπαση, που μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονικό οίδημα. Στο νευρικό σύστημα χαρακτηριστικοί είναι οι κεφαλαλγίες, οι οπτικές διαταραχές και η σταδιακή αύξηση των αντανακλαστικών. Από το αιμοποιητικό εμφανίζεται μειωμένος όγκος αίματος, αιμοσυμπύκνωση, αυξημένη γλοιότητα αίματος, διαταραχές πηκτικότητας και να υπάρξει εμπλοκή του συνδρόμου HELLP και ΔΕΠ. Από το νεφρικό σύστηνα εμφανίζεται μειωμένη σπειραματική διήθηση, που μπορεί να οδηγήσει σε ολιγουρία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Από το ήπαρ εμφανίζεται αύξηση των τρανσαμινασών ενώ το υποκάψιο αιμάτωμα που συνοδεύεται από άλγος, μπορεί να επιπλακεί με ρήξη ήπατος και ενδοκοιλιακή αιμορραγία. (Pat Fontaine, M.D. Mary Sabourine, MD, 2009)

Η άμεση εισαγωγή σε οργανωμένο νοσηλευτικό κέντρο κρίνεται απαραίτητη και η παραμονή της κατά κλίνη θα συνδυαστεί με παρακολούθηση, φαρμακευτική αντιμετώπιση και προγραμματισμός του τοκετού, ανάλογα με την κατάσταση της κυοφορούσας και την ωριμότητα του εμβρύου. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Οδηγίες εισαγωγής στην βαριά προεκλαμψία	
1	Κατάκλιση
2	3ωρη καταγραφή ζωτικών σημείων και αντανακλαστικών
3	Καθετηριασμός και έλεγχος προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων ούρων
4	Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών

5	Καρδιοτοκογραφία
6	Εργαστηριακός έλεγχος: Γενική αίματος, ουρία, κρεατινίνη, ουρικό οξύ, τρανσαμινάσες
7	Φαρμακευτική αγωγή
	Θειϊκό μαγνήσιο
	Υδραλαζίνη ή λαβεταλόλη ή νιφεδιπίνη

Πίνακας 11.(Pat Fontaine, M.D. Mary Sabourine, MD, 2009)

Εκλαμψία

Η εκλαμψία αποτελεί επιπλοκή της προεκλαμψίας, με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα και εμφανίζεται σπάνια πριν την 20η εβδομάδα της κύησης. (Pat Fontaine, M.D. Mary Sabourine, MD, 2009)

Η βλάβες εντοπίζονται κυρίως στο κεντρικό νευρικό σύστημα, με απώλεια ρύθμισης της εγκεφαλικής αιματικής ροής και εστιακό εγκεφαλικό οίδημα που συνοδεύεται με τη συμπτωματολογία των σπασμών τύπου Grand Mal. (Pat Fontaine, M.D. Mary Sabourine, MD, 2009)

Οι εκλαμπτικοί σπασμοί παρουσιάζουν στάδια και έχουν ταχύτατη εξέλιξη, εμφανίζοντας πρώτα τινάγματα και μετά υπεραιμία προσώπου, αφρούς από το στόμα και τέλος βαθιά απώλεια των αισθήσεων, μυϊκή ακαμψία και γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς χωρίς αναπνοή διάρκειας 60-90 λεπτών. Το επεισόδιο εγκαταλείπει την επίτοκο σε κώμα με λειτουργία της αναπνοής. Μετά το επεισόδιο έχουμε ανάκτηση των αισθήσεων με σύγχυση και διέγερση. Η αντιμετώπιση ακολουθείται ως εξής:

Αντιμετώπιση κρίσης εκλαμψίας	
1	Όχι μείωση ή διακοπή των σπασμών με φαρμακευτική αγωγή όπως διαζεπάμη
2	Διατήρηση ανοιχτών αεραγωγών
3	Τοποθέτηση στο αριστερό πλάι
4	Αναρρόφηση εκκρίσεων στοματικής κοιλότητας
5	Αποτροπή τραυματισμού
6	Χορήγηση θειϊκού μαγνησίου μετά το επεισόδιο
7	Χορήγηση οξυγόνου μετά το επεισόδιο
8	Ακρόαση των πνευμόνων για την πιθανότητα εισρόφησης
9	Μέτρηση των αερίων του αίματος και σε περίπτωση όπου έχουμε PH <7,10 χορηγείται διτανθρακικό νάτριο

Πίνακας12. (Pat Fontaine, M.D. Mary Sabourine, MD, 2009)

Οι κίνδυνοι στην εκλαμψία όσο αφορά το έμβρυο, αφορούν την ενδομήτρια υπολειπομενη ανάπτυξη, την προωρότητα και την πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, που πιθανόν να οδηγήσει στο θάνατο του εμβρύου. (Pat Fontaine, M.D. Mary Sabourine, MD, 2009)

5.5.2 ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Ο όρος δηλώνει τον πρώιμο διαχωρισμό του πλακούντα από το τοίχωμα της μήτρας είτε μερικώς είτε ολικώς. Παράγοντες επικινδυνότητας αποτελούν η υπερτασική νόσος, το αλκοόλ, το κάπνισμα, ο εσωτερικός τραυματισμός της κοιλιάς, η υπερδιάταση της μήτρας, το ιστορικό αποκόλλησης. Κυήσεις με αυξημένη aFP (άλφα φετοπρωτεΐνη) ή θρομβοφιλία εγκυμονούν κινδύνους αποκόλλησης. (Ellen Sakornbut, MD, Sarah Shields, MD, 2009)

Η αποκόλληση αυξάνει τον κίνδυνο προωρότητας, υπολειπόμενης ανάπτυξης και θνησιγενούς εμβρύου. Η αιμορραγία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εξωτερική αιμορραγία, το αιματηρό αμνιακό υγρό ή τη δημιουργία οπισθοπλακουντιακού θρόμβου. Η υποκλινική αποκόλληση και η αιμορραγία του μυομητρίου, καταλήγει σε μητροπλακουντική αποπληξία ή σε οιδηματώδη μήτρα (μήτρα Couvelaire). (Ellen Sakornbut, MD, Sarah Shields, MD, 2009)

Διαβάθμιση αποκόλλησης κατά Sher	
I	Ήπια αποκόλληση με διάγνωση οπισθοπλακουντιακού θρόμβου κατά τον τοκετό
II	Συμπτωματολογία κοιλιακού άλγους και ζων έμβρυο
IIIIA	Έλλειψη διαταραχών πηκτικότητας και κίνδυνος απώλειας εμβρύου
IIIIB	Παρουσία διαταραχών πηκτικότητας και κίνδυνος απώλειας εμβρύου

Πίνακας 13. (Ellen Sakornbut, MD, Sarah Shields, MD, 2009)

Ως προς τη συμπτωματολογία, το κύριο χαρακτηριστικό είναι το έντονο κοιλιακό άλγος, με συνοδό πόνο στην πλάτη, και σε έναρξη τοκετού στα μεσοδιαστήματα των συστολών διάρκεια του πόνου χωρίς παύση. (Ellen Sakornbut, MD, Sarah Shields, MD, 2009)

Το κυριότερο πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί είναι η κυκλοφορική αστάθεια. Σε απώλεια αίματος περισσότερο του 30%, εμφανίζονται τα όψιμα συμπτώματα του σοκ, με ορθοστατικές αλλαγές της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων. Οι τετανικές συσπάσεις που παρουσιάζονται χαρακτηρίζονται ως συσπάσεις με υψηλό τόνο ανάπαυσης και με μικρές συχνές υψηλότερου τόνου συστολές, που επικάθονται στις προηγειθήσες. Το καρδιοτοκογράφημα παρουσιάζει παρεκκλίσεις του φυσιολογικού, με βραδυκαρδίες, ταχυκαρδίες ή μειωμένης μεταβλητότητας καρδιακούς παλμούς. Κατά το υπερηχογράφημα διαπιστώνεται οπισθοπλακουντιακός θρόμβος ή αιμορραγία. Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει τον πλήρη αιματολογικό, δείκτες πηκτικότητας, διασταύρωση, γενική ούρων και τελευταία έλεγχο με τη χρήση ενός νέου δείκτη, τη θρομβομοντουλίνη, η οποία όμως δεν είναι ευρέως διαθέσιμη. (Ellen Sakornbut, MD, Sarah Shields, MD, 2009)

Σε εμβρυική δυσπραγία, σε μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα ή σε νεκρό έμβρυο και εκτός τοκετού τίθεται η απόφαση της περαιτέρω πορείας διεξαγωγής του τοκετού ή της εφαρμογής άμεσης καισαρικής τομής. Σε φυσιολογικό τοκετό συχνά εφαρμόζεται αμνιοτομή για την επιτάχυνση του χρόνου του τοκετού και την πρόληψη εμφάνισης αμνιακής εμβολής. (Ellen Sakornbut, MD, Sarah Shields, MD, 2009)

Η κατάσταση του κυκλοφορικού συστήματος πρέπει να παρακολουθείται εντατικά και να ξεπερνά τα όρια εφεδρείας, με αιματοκρίτη πάνω από 30%, όπως επίσης και η διούρηση με ωριαία αποβολή περίπου 30cc την ώρα. (Ellen Sakornbut, MD, Sarah Shields, MD, 2009)

Σε εμφάνιση διαταραχής της πηκτικότητας, εξαιτίας αγγειοπάθειας από κατανάλωση των παραγόντων της πήξης ή εξαιτίας εμφάνισης διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης, χορηγείται φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα και αιμοπετάλια. (Ellen Sakornbut, MD, Sarah Shields, MD, 2009)

5.5.3 ΔΥΣΑΝΑΛΟΓΙΑ ΠΥΕΛΟΥ

Οι έφηβες παρουσιάζουν μικρότερες διαστάσεις της πυέλου, δημιουργώντας έτσι δυσαναλογία μεταξύ εμβρύου και πυέλου, στοιχείο καθοριστικό για την πορεία και τον τρόπο διεξαγωγής του τοκετού. Η κατάσταση επιδεινώνεται σε περιπτώσεις μεγάλου εμβρύου, ή όταν διαπιστωθεί ανώμαλη προβολή της κεφαλής του εμβρύου, όπως σε βρεγματική, μετωπική ή προσωπική προβολή, οπότε αυξάνεται η διάμετρός της. Η πυελομέτρηση, η υπερηχοτομογραφία και η ακτινογραφία βοηθούν στη διάγνωση. Κατά τον τοκετό εμφανίζεται ανωμαλία της λειτουργικότητας της μήτρας (αδράνεια ή υπερτονία) και καθυστέρηση στην εξέλιξη του τοκετού. Επίσης αν περιπλέκονται εγκάρσιο σχήμα, ή υδροκεφαλία του εμβρύου ή παραμόρφωση πυέλου όπως μετά από ατύχημα ή ραχίτιδα, η εξέλιξη δυσχεραίνει. (Κρεατσάς, 2003)

Η διεξαγωγή του φυσιολογικού τοκετού θα εξαρτηθεί από τη γενική κατάσταση του εμβρύου και της εφήβου. Μικρή ωδινοποίηση δεν απαγορεύεται, ενώ στο στάδιο της εξώθησης μπορεί να εφαρμοστεί εμβρυουλκία. Σε απόλυτη όμως δυσαναλογία προγραμματίζεται καισαρική τομή, για την αποτροπή ρήξης της μήτρας. Η συνεχής παρακολούθηση του εμβρύου με καρδιοτοκογράφημα κρίνεται αναγκαία, για την πιθανότητα δυσπραγίας. ((Κρεατσάς, 2003)

5.5.4 ΑΝΑΙΜΙΑ

Οι φυσιολογικές τιμές που ορίζει ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας είναι Hb 12.5g για τις γυναίκες και Hb 13.5g για τους άνδρες. Ως αναιμία κύησης ορίζεται όταν η αιμοσφαιρίνη είναι <10gr. Παρά ταύτα, πρέπει να αντιμετωπίζεται ως αναιμική κατά την έναρξη της κύησης κάθε έγκυος με επίπεδα αιμοσφαιρίνης <11gr/-11,5gr.
Η ανεπάρκεια σιδήρου ευθύνεται για το 95% των περιπτώσεων αναιμίας της κύησης. Η

έλλειψη κυρίως οφείλεται σε ανεπαρκή πρόσληψη ή σε προηγούμενες κυήσεις. Κατά την εγκυμοσύνη η πυκνότητα της αιμοσφαιρίνης αρχίζει να ελαττώνεται μετά την όγδοη εβδομάδα και μένει στάσιμη μεταξύ 16ης και 22ης εβδομάδας. Η μεικτή αυτή φυσιολογική «αναιμία» παρατηρείται επειδή ο όγκος του πλάσματος αυξάνει σε μεγαλύτερο βαθμό από όσο ο συνολικός όγκος των ερυθροκυττάρων. Οι σοβαρότερες αναιμίες (με αιμοσφαιρίνη κάτω από 10g/100ml) είναι συνήθως υπόχρωμες και μικροκυτταρικές.

Διαγνωστικά της σιδηροπενικής αναιμίας στην κύηση είναι: Hct<33%, MCV<79 ή σίδηρος ορού<60, φερριτίνη οριακή, ή χαμηλή, υψηλή TIBC στο αίμα ανευρίσκονται τα χαρακτηριστικά υπόχρωμα μικροκυτταρικά ερυθρά.

Μια ιδιαίτερη ομάδα γυναικών στην οποία πρέπει να δοθεί σημασία, είναι αυτές που φέρουν σε ετερόζυγη μορφή το γόνο της β-μεσογειακής αναιμίας (στίγμα). Συνήθως έχουν υψηλές τιμές σιδήρου και φερριτίνης όπως και υψηλό αριθμό ερυθρών αιμοσφαιρίων. Πολύ συχνά λόγω του τρόπου ζωής τους συνυπάρχει και σιδηροπενία. (Πηγή:Paidorama.com http://www.paidorama.com/paidoblog/mama/ptosi-tou-aimatokriti-kai-anaimia-stin-egkymosyni.html

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, οι βασικές ανάγκες σε θερμίδες, βιταμίνες και μέταλλα είναι αυξημένες, πόσο μάλλον κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης. Σε μειωμένη λήψη σιδήρου και φολικού οξέος, μπορεί να προκληθεί σιδηροπενική ή μεγαλοβλαστική αναιμία, οι οποίες αντιμετωπίζονται με ειδικό ενισχυμένο διαιτολόγιο και συμπληρωματικά σκευάσματα σιδήρου και φολικού οξέος. (Κρεατσάς, 2003)

Μια μεταανάλυση έδειξε ότι έλλειψη βιταμίνης Α, ασβεστίου, σιδήρου, φυλικού οξέος και ψευδαργαργύρου αυξάνει τις πιθανότητες για πρόωρο τοκετό, προεκλαμψία και αποκόλληση πλακούντα (Άρθρο, 2015)

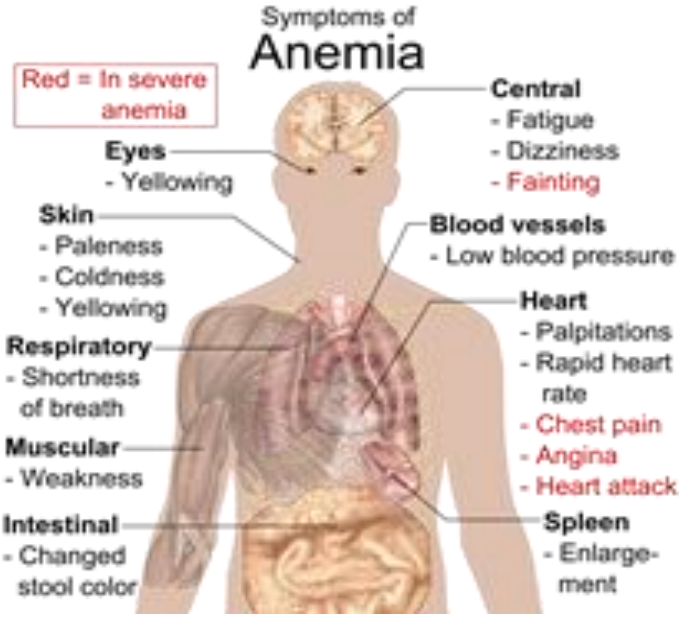
Τα γενικότερα συμπτώματα με τα οποία θα υποψιαστούμε ότι πιθανόν έχουμε αναιμία είναι:

- Η εύκολη κόπωση
- Η ωχρότητα (κιτρινίλα) του δέρματος μας
- Τα εμφανιζόμενα και μη αιτιολογούμενα αναπνευστικά προβλήματα
- Η ταχυκαρδία

- Ο πονοκέφαλος ιδιαίτερα όταν επικεντρώνεται στη μετωπιαία χώρα
- Οι ξαφνικές εμβοές στα αυτιά μας
- Η μειωμένη όρεξη
- Οι ξαφνικές εντερικές διαταραχές
- Οι ζαλάδες

Η παρατεταμένη και η βαριάς μορφής έλλειψη σιδήρου μπορεί να επιφέρει τέσσερα επιπλέον χαρακτηριστικά συμπτώματα:

- Κοιλονυχία (τα νύχια γίνονται κοίλα και εύθραυστα)
- Η γλώσσα αποκτά ατροφική όψη με αποτέλεσμα να μην διακρίνονται οι θηλές της. Η έλλειψη σιδήρου προκαλεί αλλοιώσεις στους γευστικούς κάλυκες και δημιουργεί αίσθημα καύσου στη γλώσσα.
- Παρατηρείται έντονη ξηροστομία
- Παρατηρείται επίσης μεγάλη ευαισθησία σε λοιμώξεις



Εικόνα 33. Φ. Χανιώτης, 2009

Η διάγνωση της αναιμίας γίνεται πολύ εύκολα με μια απλή εξέταση αίματος, αλλά το σημαντικότερο είναι να εντοπιστεί το αίτιο που την προκάλεσε. Σε αυτή την εξέταση θα διαπιστωθούν χαμηλά επίπεδα αιματοκρίτη (μικρή ποσότητα ερυθρών αιμοσφαιρίων), όπως επίσης και χαμηλές τιμές αιμοσφαιρίνης και σιδήρου. Επιπλέον καλό είναι να μετρώνται και οι τιμές της φεριττίνης, ενδεικτικές των χαμηλών αποθεμάτων σιδήρου. (Χάρης Καλλέργης, 2011)

5.5.5 ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Μια σοβαρή μελέτη μεταξύ των συνολικά 11 496 ασθενείς, 600 (5,2%) ήταν 16-17 ετών, 2097 (18,2%) ήταν 18-19 ετών και το υπόλοιπο 8799 (76,6%) ήταν 20-24 ετών, Βεδουίνοι ως προς την εθνικότητα και η έλλειψη προγεννητική φροντίδα ήταν κοινή στις νεαρές μητέρες. Το ποσοστό πρόωρου τοκετού ήταν 14,2%, 9,8% και 8,8% στις τρεις ηλικιακές ομάδες, αντίστοιχα. (Katz M, Shoham Gortzak-Uzan, Χάλακ 2.014.).

Μια αναδρομική μελέτη η οποία διεξήχθη για να διερευνήσει 957 μονήρεις έγκυες γυναίκες στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Naresuan μεταξύ Οκτωβρίου 2006 και Σεπτεμβρίου 2013 έδειξε ότι το ποσοστό των πρόωρων γεννήσεων βρέθηκε να είναι υψηλότερο στην εφηβική εγκυμοσύνη σε σύγκριση με τη μη εφηβική εγκυμοσύνη 16,2% έναντι 5,5%,

Πρόωρος θεωρείται ο τοκετός πριν την 37^{η} εβδομάδα της κύησης γεγονός που σημαίνει ότι η μικρότερη του φυσιολογικού παραμονή του εμβρύου μέσα στη μήτρα συνδέεται με ανωριμότητα των συστημάτων του και λαμβάνει χώρα ή με πρόωρη ρήξη των υμένων ή με πρόωρη έναρξη της μυομητρικής δραστηριότητας και των ωδινών.

Υπάρχουν δυο είδη πρόωρου τοκετού, ο αυτόματος και ο επιβαλλόμενος. Ο δεύτερος ενδείκνυται στις περιπτώσεις που η έφηβη μητέρα διατρέχει κίνδυνο λόγω επιπλοκών, κάτι όχι ασυνήθιστο στην εφηβική κύηση.

Στους παράγοντες κινδύνου για πρόωρο τοκετό περιλαμβάνονται το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, το κάπνισμα, η κατάχρηση ουσιών και η περιοδοντική νόσος (Iams et al, 2.009)

Ως διαγνωστικός παράγοντας για την πρόβλεψη του πρόωρου τοκετού στις ΗΠΑ χρησιμοποιείται ο δείκτης της εμβρυικής φιμπρονεκτίνης και ανιχνεύεται στο τραχηλικό

και κολπικό έκκριμα. Επίσης σημαντικός προγνωστικός παράγοντας είναι το μήκος του τραχήλου, το οποίο συμβαίνει πριν την έναρξη των συστολών της μήτρας.

Η λοίμωξη αποτελεί σήμερα το μοναδικό τεκμηριωμένο αιτιολογικό παράγοντα ενώ το γεγονός ότι η αιτιολογία του πρόωρου τοκετού οφείλεται σε πολλαπλές παθολογικές διεργασίες που τελικά οδηγούν στην εμφάνιση συστολών της μήτρας, σε μεταβολές στον τράχηλο ή ρήξη των εμβρυικών υμένων, γίνεται ολοένα και πιο εμφανές. (Iams et al, 2.009, Romero & Lockwood 2.009)

❖ **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ:** ***Πρόωρος Τοκετός***

ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Εκτιμώνται οι γνώσεις κάθε εγκύου σχετικά με:
- Τους κινδύνους του πρόωρου τοκετού
- Τα συμπτώματα του πρόωρου τοκετού
- Τις απαραίτητες ενέργειες σε περίπτωση πρόωρου τοκετού
- Εκτιμάται κάθε έγκυος που βρίσκεται σε κατάσταση πρόωρου τοκετού σχετικά με:
  - Την ψυχοκοινωνική της κατάσταση
  - Τη συναισθηματική της κατάσταση
  - Την επίδραση της διάγνωσης και της θεραπείας στη δυναμική της οικογένειας

ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΙΑ

Οι διαγνώσεις για τις γυναίκες με κίνδυνο πρόωρου τοκετού περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:
- Κίνδυνος διαταραχής της ισορροπίας του όγκου υγρών (της μητέρας) που σχετίζεται με:
  - τη χορήγηση τοκολυτικών για την καταστολή του πρόωρου τοκετού
- Διαταραχή των οικογενειακών διαδικασιών που σχετίζεται με:
  - τον απαιτούμενο περιορισμό της δραστηριότητας της μητέρας λόγω του πρόωρου τοκετού
- Προκαταβολική θλίψη που σχετίζεται με:
  - το ενδεχόμενο πρόωρου τοκετού
- Κίνδυνος διαταραχής του δεσμού γονέα-νεογνού που σχετίζεται με:
  - τις απαιτήσεις φροντίδας του πρόωρου νεογνού

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα προϋποθέτουν ότι η γυναίκα:
- Θα μάθει τα σημεία και τα συμπτώματα του πρόωρου τοκετού και θα είναι σε θέση να κάνει εκτίμηση της κατάστασης και των αναγκών της για παρέμβαση.
- Θα τηρήσει τις οδηγίες που της έχουν δοθεί και θα ενημερώσει τον ιατρό ή τη μαία εάν εμφανισθούν συμπτώματα.
- Δεν θα εμφανίσει συμπτώματα πρόωρου τοκετού και σε περίπτωση εμφάνισης θα προβεί στις απαραίτητες ενέργειες.
- Θα διατηρήσει την κύησή της για τουλάχιστον 37 πλήρεις εβδομάδες.
- Θα γεννήσει ένα υγιές, τελειόμηνο νεογνό.

ΣΧΕΔΙΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ
- Εκπαίδευση των εγκύων σχετικά με τα συμπτώματα του πρόωρου τοκετού (βλ. Πλαίσιο 22-3).
- Εκπαίδευση των εγκύων σχετικά με τις κατάλληλες ενέργειες σε περίπτωση που εμφανισθούν συμπτώματα πρόωρου τοκετού (βλ. Πλαίσιο Οδηγιών προς τις Γυναίκες για Αυτοφροντίδα: Ενέργειες στις Οποίες Πρέπει να Προβείτε σε Περίπτωση Πρόωρου Τοκετού).
- Χορήγηση φαρμάκων (π.χ., κορτικοστεροειδών και τοκολυτικών) σύμφωνα με την ιατρική οδηγία (βλ. Οδηγούς Φαρμάκων).
- Συμπαράσταση στη γυναίκα και στην οικογένειά της στην προσπάθεια τροποποίησης του τρόπου ζωής, εφόσον είναι απαραίτητο, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος πρόωρου τοκετού.
- Συμμετοχή στα σχέδια μεταφοράς της γυναίκας σε νοσοκομείο που παρέχει φροντίδα σε πρόωρα νεογνά, σε ενδεχόμενο πρόωρου τοκετού.
- Προετοιμασία για τη σταθεροποίηση και την αρχική φροντίδα του πρόωρου νεογνού, σε επικείμενο πρόωρο τοκετό.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η μαία επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας από το βαθμό επίτευξης των αναμενόμενων αποτελεσμάτων φροντίδας.

Πίνακας 14. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

5.5.6 ΧΡΩΜΟΣΩΜΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ- ΤΡΙΣΩΜΙΑ 21

Οι έφηβες παρουσιάζουν τα ίδια ποσοστά εμφάνισης στα αναμενόμενα βρέφη, χρωμοσωμιακών ανωμαλιών και ειδικότερα τρισωμίας 21 με τις γυναίκες άνω των 40 ετών. Σχετικά με την ηλικία της μητέρας έχει βρεθεί ότι παιδιά μητέρων κάτω των 20 και άνω των 35 έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γεννήσουν παιδιά με σύνδρομο Down από ότι οι μητέρες μεταξύ 20 και 35 ετών. (Παρασκευόπουλος, Ι, σελ 49). Αυτό οφείλεται

πιθανότατα σε ελλιπή ανάπτυξη του γενετικού συστήματος στις νεαρές μητέρες και σε προϊούσα κάμψη στις μεγαλύτερες. Το συνδρομο Down και η υδροκεφαλία σχετίζονται στενότατα με την ηλικία της μητέρας. Μετά το 25ο έτος της ηλικίας της μητέρας κάθε πενταετία διπλασιάζει την πιθανότητα να γεννηθεί το παιδί με το σύνδρομο Down (Παρασκευόπουλος, Ι., σελ 49). Οι πιθανότητες αυξάνονται αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία της μητέρας. Σε ένα ποσοστό 5% που αφορά μητέρες μεταξύ 20 με 35 ετών τα πάσχοντα παιδιά έχουν 46 χρωμοσώματα. Το πλεονάζων γενετικό υλικό που βρίσκεται σε χρωμόσωμα ομάδας G έχει μεταφερθεί και συνενωθεί με χρωμόσωμα ομάδας D ,13-15 (μετάθεση D/G), ή της ομάδας G (μετάθεση G/G). Αν η μητέρα έχει μετάθεση D/G, η πιθανότητα να αποκτήσει παιδί που πάσχει είναι 33%. Αν η μετάθεση είναι 21/22, το ποσοστό είναι πάλι 33%. Αν η μετάθεση είναι 21/21 τότε η πιθανότητα είναι 100% αλλά είναι πολύ σπάνιο (Βρυώνης, σελ 150). Η αναλογία των γεννημένων παιδιών με συνδρομο Down με την ηλικία της μητέρας δίνεται ως εξής:

Ηλικία μητέρας	**Αναλογία παιδιών με τρισωμία 21 προς μητέρες**
15-19 ετών	1 : 2.300
20-24 ετών	1 : 1.600
25-29 ετών	1 : 1.200
30-34 ετών	1 : 1.880
35-39 ετών	1 : 1.290
40-44 ετών	1 : 100
45-50 ετών	1 : 46

Πίνακας 15: Παρουσιάζονται οι πιθανότητες απόκτησης παιδιού με σύνδρομο Down ανάλογα με την ηλικία της μητέρας.(Χασάπης, σελ 49)

Σύμφωνα με την άποψη του καθηγητού Ε. Δεληγεώρογλου οι συγγενείς εμβρυικές ανωμαλίες εν φαίνοναι αυξημένες στις εφηβικές κυήσεις σε σχέση με τις αντίστοιχες ενήλικες και κυμαίνονται μεταξύ 1-2,6 % . (Κρεατσάς Γ, 2003)

5.5.7 ΜΙΚΡΟ ΝΕΟΓΝΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Τα νεογνά με βάρος κάτω από τη 10η εκατοστιαία θέση ή τα νεογνά με ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης, παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας

κατά 5-20 φορές σε σύγκριση με τα υγιή τελειόμηνα, περιλαμβάνοντας την περιγεννητική ασφυξία, την εισρόφηση μηκωνίου, την υπογλυκαιμία, την πολυκυτταραιμία και τη θερμική αστάθεια. . (Kliegman 2006)

Προσαρμοσμένη μελέτη για το χαμηλό βάρος γέννησης έδωσε τα εξής στοιχεία 95% για την ηλικία της μητέρας <18 ετών, για Βεδουίνες ως προς την εθνικότητα, (Gortzak-Uzan L1, Χάλακ Μ 1.998)

Δεκαέξι μελέτες που διεξήχθησαν σε χώρες υψηλού εισοδήματος: στις Ηνωμένες Πολιτείες, στη Σαουδική Αραβία, στην Αυστραλία, και στη Γαλλία στην πλειοψηφία διαπιστώθηκε ότι το χαμηλό βάρος γέννησης εμφανίστηκε σημαντικά συχνότερα μεταξύ των βρεφών των νέων μητέρων από ό, τι των βρεφών από μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας (Paediatr Perinat Epidemiol, 2015).

Η ανάπτυξη του εμβρύου επηρεάζεται από πλείστους επιβαρυντικούς παράγοντες:

- Παθολογικές καταστάσεις πρώτου τριμήνου, όπως λοιμώξεις, παράγοντες τερατογένεσης, χρωμοσωμικές ανωμαλίες
- Εξωγενείς καταστάσεις στα πρώιμα στάδια της κύησης, όπως υποσιτισμός καταλήγοντας σε συμμετρική ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης ως προς την περίμετρο κεφαλής, το μήκος και το βάρος <10ης εκατοστιαίας θέσης. Τα νεογνά αυτά χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας ως προς την ανταλλαγή αερίων, με αποφυγή του στρες ψύχους, την υπογλυκαιμία με σίτιση από το στόμα ή ενδοφλέβια χορήγηση δεξτρόζης, ως προς τη σταθεροποίηση της θερμοκρασίας με χρήση εξωτερικής πηγής θερμότητας.

Όσο αφορά την περιγεννητική ασφυξία, συνδυάζεται με χρόνια υποξία σε διάφορες περιόδους της κύησης, το κάπνισμα, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τις λοιμώξεις από ερυθρά, κυτταρομεγαλοϊό ή τοξοπλάσμωση ή άλλους παράγοντες που αφορούν την εφηβική κύηση. Ως προς την υπογλυκαιμία οφείλεται στις μειωμένες εφεδρείες γλυκογόνου, είτε από το μειωμένο ρυθμό γλυκονεογένεσης είτε από υπερβολική κατανάλωση αποθηκευμένου γλυκογόνου σε αυξημένες μεταβολικές ανάγκες. Τελικά η θερμική αστάθεια οφείλεται σε μειωμένη ποσότητα φαιού λίπους, μειωμένου θερμοσυντηρητικού υποδορίου λίπους, της μεγάλης έκθεσης της σωματικής επιφάνειας και σε κάποιες περιπτώσεις της μειωμένης ικανότητας κάμψης και της μειωμένης ποσότητας γλυκογόνου στο ήπαρ ή την καρδιά.

6. ΤΟΚΕΤΟΣ

Η ομαλή εξέλιξη της πορείας της κύησης και ο τοκετός σαφώς χρειάζονται αυστηρή παρακολούθηση στην έφηβη, στοιχεία που βρίσκουν αντίσταση στη συμπεριφορά και συμμόρφωση των νεαρών κοριτσιών. (Κρεατσάς Γ, 2003)

Ένα επιπλέον στοιχείο που διαφοροποιεί την εφηβική κύηση από την κύηση μιας ενήλικης γυναίκας, είναι το γεγονός ότι ενώ η ενήλικη έχει φτάσει στο πέρας της σωματικής, κοινωνικής και ψυχολογικής της ανάπτυξης, η έφηβη βρίσκεται ακόμη στην εξελικτική φάση της ανάπτυξης. Από πειραματικές μελέτες σε κουνέλια έχει διαπιστωθεί ότι η κύηση προκαλεί αναστρέψιμες αλλαγές στο mRNA δομικών μορίων των συνδέσμων, ενώ στον άνθρωπο δεν έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν στοιχεία ποιοτικής ή ποσοτικής μεταβολής της σωματικής ανάπτυξης του ανθρώπου.

Το είδος του τοκετού παρουσιάζει διαφοροποίηση από των ενήλικων γυναικών. Παλαιότερα τα ποσοστά των καισαρικών τομών ήταν της τάξης του 3,4%-7% χαμηλότερα των μεγαλύτερων ηλικιών. Σήμερα αυτό τείνει να αναιρεθεί παρουσιάζοντας μια συνεχώς αυξανόμενη τάση, με βασικότερη αιτία τη δυσαναλογία κεφαλής-πυέλου. Σαφώς οι μαιευτήρες διατηρούν επιφυλάξεις ως προς την εφαρμογή καισαρικής τομής στις έφηβες, ιδιαίτερα στις εκτός γάμου κυοφορούσες για τους εξής λόγους:

- Αποφυγή ουλής που θα υπενθυμίζει τη συνήθως ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
- Αποφυγή κινδύνου περιπλοκής μιας μελλοντικής σχέσης
- Η μετέπειτα αναπαραγωγική ικανότητα λόγω δημιουργίας τυχόν συμφύσεωνΗ μαία θα πρέπει να αρχίσει να ενημερώνει σταδιακά την έγκυο για το θηλασμό στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ώστε όταν γεννήσει το παιδί και αρχίσει ο θηλασμός, η μητέρα να είναι προετοιμασμένη.
- Στην προσπάθεια αυτή η συμβολή του πατέρα του βρέφους είναι σημαντική και πρέπει να γίνει η κατάλληλη προετοιμασία του, ώστε και αυτός να δυνηθεί να προσφέρει κοινωνικά και οικονομικά για να αντιμετωπισθεί η κρίσιμη αυτή περίοδος.

6.1 ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Η έφηβη η οποία θα εκφράσει την επιθυμία να θηλάσει, θα ενθαρρυνθεί να προσπαθήσει και πρέπει να λάβει κάθε βοήθεια από τη μαία και το οικογενειακό της περιβάλλον για το σκοπό αυτό. Η συμπληρωματική χορήγηση βιταμινών και η ιδιαιτερότητα της διατροφής

για θηλάζουσα μητέρα θα τονισθεί με τρόπο που θα εξασφαλίζει την ισορροπία των απαιτήσεων της εφηβείας και του θηλασμού Η μαία θα πρέπει να επισημάνει στην έφηβη, τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να αντιμετωπίσουν τις πιθανές δυσκολίες και την τεχνική του θηλασμού. (Ρεβέκκα Τραγέα, 1999.)

Τεκμηριωμένες μελέτες και οργανώσεις όπως η ΠΟΥ, η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, το αμερικανικό Κογκρέσο της Μαιευτικής και Γυναικολογίας, και οι μητέρες σύμβουλοι προληπτικής Υπηρεσίες Task Force των ΗΠΑ προτρέπουν τις έφηβες να θηλάσουν τα βρέφη τους πρώτους 6 μήνες της ζωής. Ωστόσο, οι έφηβες μητέρες είναι λιγότερο πιθανό να θηλάσουν από τις μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό είναι ατυχές, δεδομένου ότι οι έφηβες μπορούν να επωφεληθούν οι ίδιες από το θηλασμό. Είναι μέθοδος οικονομικά αποδοτική, μπορεί να βοηθήσει στην αντισύλληψη, και να διεκπεραιώσει τη συναισθηματική ένωση μητέρας βρέφους.

Μια διαχρονική ομάδα των εφήβων γυναικών (ηλικίας 14-21 ετών) και οι σύντροφοί τους είχαν μελετηθεί από την εγκυμοσύνη σε διάστημα 6 μηνών μετά τον τοκετό. Κατά τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι έφηβες που εφάρμοσαν θηλασμό είχαν σκοπό να θηλάσουν , όπως επίσης είχαν συντρόφους οι οποίοι ήθελαν να θηλάσουν, και οι οποίες δεν είχαν επιπλοκές κατά τον τοκετό και τη λοχεία. Κατά τη μελέτη, η πλειοψηφία των εφήβων που ξεκίνησε το θηλασμό μετά τον τοκετό διέκοψε στους 6 μήνες, με τη μέση διάρκεια του θηλασμού λιγότερο από 6 εβδομάδες. Τα αίτια διακοπής του θηλασμού ήταν η δυσκολία της εφαρμογής, η παχυσαρκία, και η έλλειψη απολαβής οικονομικού δημοσίου βοηθήματος. Μια αναδρομική μελέτη βασισμένη στον πληθυσμό στο Οχάιο επιβεβαίωσε ότι οι έφηβες μητέρες (ηλικίας <19 χρόνων) ήταν λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν το θηλασμό σε σύγκριση με μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας (ηλικίας> 20 έτη). Οι δείκτες της κοινωνικής στήριξης και κοινωνικοοικονομικής σταθερότητας ήταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την άρνηση έναρξης του θηλασμού. Μειωμένα ποσοστά συνδέθηκαν με τον παράγοντα της έλλειψης συντρόφου και να είναι άγαμος. Τα ποσοστά ήταν επίσης χαμηλότερα μεταξύ των εφήβων μητέρων με τις πρόωρες γεννήσεις, παρόλο ότι τα πρόωρα βρέφη μπορεί να απομυζήσουν μεγαλύτερο όφελος από το μητρικό γάλα.

Τα θήλαστρα θα πρέπει να προτείνονται στην έφηβο μητέρα.

Τα μελλοντικά προγράμματα θα πρέπει να αξιολογήσουν και να προωθήσουν την εφηβική σχέση με τα δίκτυα υποστήριξης στα εξωτερικά (ManuscriptAuthor 2.015)

6.2 ΛΟΧΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια της λοχείας στην έφηβη παρουσιάζονται επιπλοκές που σχετίζονται με την, έλλειψη γνώσεων υγιεινής, με την ηλικιακή ανωριμότητα αλλά και με την επικινδυνότητα της εφηβικής κύησης και το διαχωρισμό της ως κύηση υψηλού κινδύνου.

6.3ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Οι λοιμώξεις του τραύματος αποτελούν συχνές λοιμώξεις της λοχείας, συνήθως μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Οι περιοχές λοίμωξης περιλαμβάνουν την καισαρική τομή, την περινεοτομία ή τη θέση αποκατάστασης κάποιας ρήξης. Στα σημεία λοίμωξης περιλαμβάνονται τα κλασικά σημεία μιας φλεγμονής, οίδημα, ερύθημα, ερυθρότητα, θερμότητα, ευαισθησία και ακολουθούν η οροπυώδης παροχέτευση και η διάσπαση του τραύματος, ενώ συχνά συνυπάρχουν πυρετός και πόνος. (Κρεατσάς Γ. 2003)

Ουρολοιμώξεις

Το ποσοστό εμφάνισής τους είναι υψηλό στις έφηβες, ενώ οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τον καθετηριασμό της ουροδόχου κύστης, τις συχνές κολπικές εξετάσεις, τον τραυματισμό του πυελογεννητικού σωλήνα, το ιστορικό ουρολοιμώξεων και τον τοκετό με καισαρική τομή. Τα κλινικά σημεία είναι η συχνουρία, δυσουρία, αίσθημα έπειξης για ούρηση, μικρή πυρετική κίνηση, επίσχεση ούρων, αιματουρία και πυουρία. Η ευαισθησία στη πλευροσπονδυλική γωνία ή το πλευρικό αλγος μπορεί να δηλώνει ανιούσια μόλυνση. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης ούρων πιθανόν να αποκαλύψουν Escherichia coli ή άλλους gram αρνητικούς αερόβιους βακίλους. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Επιλόχεια λοίμωξη

Η κακή υγιεινή του περινέου, η μη τήρηση των άσηπτων τεχνικών και η έλλειψη πρόληψης μπορεί να οδηγήσουν στην επιλόχεια λοίμωξη και κατ' επέκταση στην επιλόχεια σήψη. Τα συμπτώματα είναι τα βασικά των λοιμώξεων, ενώ γίνεται εργαστηριακός έλεγχος με γενική και καλλιέργεια αίματος και καλλιέργεια ιστών της μήτρας και ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών ευρέος φάσματος, ενυδάτωση, κλινήρης παραμονή και αναλγησία. Συνεχής εκτίμηση των λοχίων και ζωτικών σημείων γίνεται παράλληλα με την εκπαίδευση των τεχνικών υγιεινής για την αποφυγή επιδείνωσης και την εμφάνιση επιλόχειας σήψης. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Σε μελέτη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο στο Δέλτα του Νίγηρα μεταξύ των ετών 2007-2010 οι εφηβικές κυήσεις αφορούσαν τις ηλικίες μεταξύ 13-19 ετών, σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές με αίτια: πρόωρος γάμος, κοινωνική ανεκτικότητα, πρώιμη έκθεση σε σεξουαλική δραστηριότητα, ανεπαρκή αντισύλληψη, μη λειτουργικότητα οικογενειακής μονάδας, θρησκευτικές πεποιθήσεις με παρέμβαση στον οικογενειακό προγραμματισμό, με τις εξής επιπλοκές:

1. Αναιμία 22,9% αναιμία από ελονοσία
2. 51,8% πρόωρο τοκετό από υποσιτισμό
3. 14,5% προεκλαμψία- εκλαμψία

Αξίζει να αναφερθεί ότι το 34,9% παρουσίασε αιμορραγία μετά τον τοκετό, χρειάστηκε μαιευτική παρέμβαση και εμφάνισε συρίγγια και ακράτεια ούρων και κοπράνων. Το τραχηλικό καρκίνωμα ήταν συνάρτηση της ηλικίας και της πρώτης σεξουαλικής επαφής, ενώ τα ποσοστά εξάπλωσης του HIV ανέβηκαν λόγω των πολλών διαφορετικών συντρόφων.

Το βασικότερο είναι η επιλόχεια σηψαιμία που ακολούθησε τον τοκετό, λόγω κακών συνθηκών υγιεινής από κακή ενημέρωση είτε μετά το φυσιολογικό τοκετό που αποτελούσε το 31,3% είτε μετά την καισαρική τομή που αποτελούσε το 66.2% είτε τέλος μετά τη μαιευτική παρέμβαση που είχε ποσοστό 2,5%. Ακολούθησε βαριά αναιμία των εφήβων ενώ οι θάνατοι παρουσίασαν ποσοστό 40,7%. Η βρεφική θνησιμότητα παρουσίασε διπλασιασμό και ο αιφνίδιος θάνατος κατά το 1^{ο} έτος ήταν της τάξης του 60%. Συμπέρασμα όλων αυτών ήταν ότι επιβάλλεται η δωρεάν υγειονομική φροντίδα, εφόσον στις περιοχές αυτές λόγω έλλειψης πόρων για τη μεταφορά των επιτόκων δεν υπήρχε σωστή παροχή υπηρεσιών, περιγεννητική και μαιευτική φροντίδα και εκπαίδευση για την εφαρμογή των κατάλληλων μεθόδων αντισύλληψης. (PubMed, 2013)

Παρόμοια έκθεση στο Μισούρι των ΗΠΑ στα πλαίσια Εθνικής Μελέτης στη διάρκεια ενός έτους (1997), σε εφηβικές κυήσεις ηλικίας 12-17 ετών σε ποσοστό 26,4% του συνόλου των γεννήσεων, έδωσε τα εξής αποτελέσματα: αύξηση της θνησιμότητας των εφήβων από αύξηση της αρτηριακής πίεσης, αύξηση των αιμορραγικών συνδρόμων, αύξηση των λοιμώξεων του ουροποιητικού. Η πρόωρη ρήξη των υμένων οδήγησε σε καισαρική τομή σε ποσοστό 26,7%, ενώ 18,4% των νεογνών εισήχθησαν στη ΜΕΝΝ και παρουσιάστηκε θνησιμότητα στο 0,96% αυτών. Η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική πολιτική, το χαμηλό

εκπαιδευτικό επίπεδο, η έλλειψη γνώσης των μεθόδων αντισύλληψης, η χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ και η έναρξη της πρώτης σεξουαλικής επαφής πριν την ηλικία των 15 ετών, ήταν και πάλι τα αίτια που οδήγησαν στην αυξημένη προωρότητα, το χαμηλό βάρος γέννησης του βρέφους, η εμφάνιση επιπλοκών κυρίως η προεκλαμψία, η εκλαμψία, το σύνδρομο HELLP, η πρόωρη ρήξη υμένων με επακόλουθα την εμφάνιση μετέπειτα παθολογικών κολπικών εκκρίσεων, την επιλόχεια σήψη και τους θανάτους κατά 22%.(PubMed, 2013)

Επιλόχεια κατάθλιψη

Ενώ τα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης στις ενήλικες είναι 5% - 25%, στις έφηβες είναι 25% - 60%. Το άγχος για την ανατροφή του βρέφους, η αμφισβήτηση από το οικογενειακό περιβάλλον, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η συναισθηματική ανωριμότητα και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης είναι κάποιοι από τους επιβαρυντικούς παράγοντες που οδηγούν την έφηβη από την αγχωτική κατάσταση στην επιλόχεια κατάθλιψη. Επιπλέον η έφηβη κατακλύζεται από την υποχρέωση για τη σίτιση, τον ύπνο, την αντιμετώπιση για το κλάμα, τις ασθένειες, την απαίτηση για την αλλαγή του τρόπου ζωής. Αν επιπλέον υπάρχει ήδη κάποια οικογενειακή επιβάρυνση, συναισθηματική διαταραχή, χρήση ουσιών ή ψύχωση, η κατάσταση σαφώς περιπλέκεται, οδηγώντας την έφηβη αναμφισβήτητα στην επιλόχεια κατάθλιψη. Η επιλόχεια κατάθλιψη με τη σειρά της κόβει το δεσμό μεταξύ της νεαρής μητέρας και του βρέφους, έλλειψη συγκίνησης για παιχνίδι και ενασχόλησης και φροντίδας μαζί του, στην ουσία παρουσία συναισθηματικής δυσφορίας και αδιαφορίας με δυσμενείς εξελίξεις στην ανάπτυξή του, που φαίνονται μετά το πρώτο έτος της ζωής του, ενώ η έφηβη μ ε τη σειρά της η οποία παρουσίασε επιλόχεια κατάθλιψη κινδυνεύει για επανεμφάνιση κάποιας ψυχικής νόσου μετά από 6 μήνες από τον τοκετό. Στο Νοσοκομείο Rhode Island μια ανάλυση μεταξύ των εφηβικών κυήσεων έδειξε ότι οι πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης μειώνονται με:(Paediatr Perinat Epidemiol.,2.012)

1. Παρέμβαση στις διαπροσωπικές σχέσεις.
2. Υγιή κύηση με σωστή παρακολούθηση.
3. Προγράμματα παρέμβασης και ελέγχου 5 ατομικών συνεδριών προγεννητικά.
4. Προληπτική καθοδήγηση

5. Υποστηρικτική από παιδιάτρους, μαιευτήρες και ψυχολόγους

6. Έλεγχος και φαρμακευτική αντιμετώπιση κατάθλιψης σε περίπτωση εμφάνισής της.

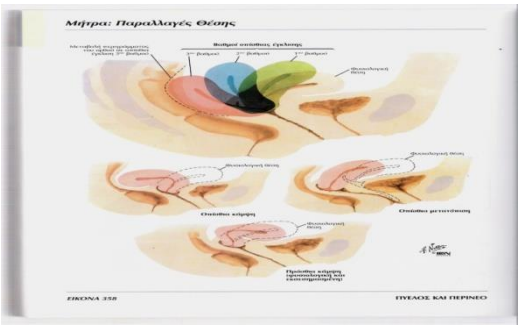
Έρευνα στον Καναδά έδειξε ότι οι έφηβες παρουσίασαν επιλόχεια κατάθλιψη σε ποσοστό 26%, έναντι των ενηλίκων με ποσοστό 13%, εξαιτίας της αλλαγής του τρόπου ζωής, της συναισθηματικής ανωριμότητας, της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, του εκφοβισμού που δέχονται και της έλλειψης κοινωνικής, φιλικής και από το σύντροφο στήριξης. (PubMed 2016)

Γεγονός είναι ότι το άγχος της ανατροφής του βρέφους και η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια αμφίδρομη σχέση με αρνητικές συνέπειες για τη μητέρα και το βρέφος.

6.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Οι έφηβες περισσότερο από το γενικό πληθυσμό διατρέχουν κινδύνους που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα από την εμμηναρχή μέχρι την εμμηνόπαυση και κυρίως αφορούν ανωμαλίες της δομής της μήτρας και του κόλπου προκαλώντας χαλάρωση των μυών της πυέλου και ακράτεια ούρων ή κοπράνων, αποτελώντας όψιμο επακόλουθο της τεκνοποίησης.

6.4.1 ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑ



Σε φυσιολογικές καταστάσεις η μήτρα βρίσκεται σε πρόσθια κλίση από τη συγκράτηση των στρογγύλων συνδέσμων ενώ ο τράχηλος έλκεται προς τα πίσω και άνω από τους ιερομητρικούς. Μετά το πέρας της λοχείας οι σύνδεσμοι επανέρχονται στο φυσιολογικό τους μήκος, αλλά στην αντίθετη περίπτωση έχει ως αποτέλεσμα την παραμονή της μήτρας σε οπίσθια κλίση, με απότερη δυσκολία στην τεκνοποίηση εφόσον ο τράχηλος στρέφεται προς το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου, μακριά από τον οπίσθιο θόλο όπου συσσωρεύεται το σπέρμα της συνουσίας. Μπορεί να συνυπάρχει συμπτωματολογία όπως πόνος στην πύελο, οσφυαλγία, δυσπαρεύνια και έντονα προεμμηνορυσιακά συμπτώματα.

Σοβαρότερη επιπλοκή είναι η πρόπτωση της μήτρας, που συχνά αναφέρεται και ως χαλάρωση της πυέλου. Τα συμπτώματα εμφανίζονται στην περιεμμηνοπαυσιακή περίοδο όπου σταματά η επίδραση των ωοθηκικών ορμονών στους ιστούς της πυέλου και ξεκινά η ατροφία. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι το αίσθημα έλξης ή βάρους στο υπογάστριο, πίεση,

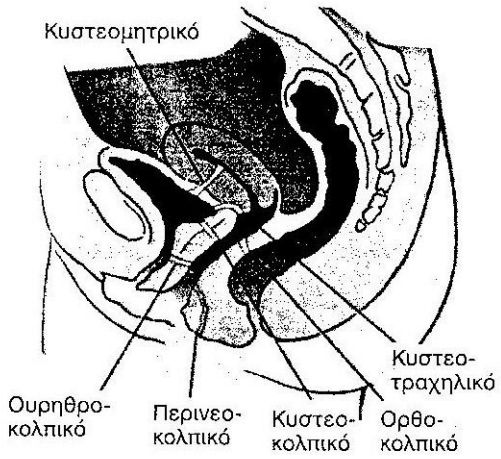
Εικόνα 33. F. Netter, 2004

προβολή, κόπωση και οσφυαλγία, συμπτώματα που εμφανίζουν

επιδείνωση μετά από παρατεταμένη ορθοστασία ή βαθιά διείσδυση του πέους κατά τη συνουσία. Την πρόπτωση συχνά συνοδεύουν η κυστεοκήλη δηλαδή η προβολή της ουροδόχου κύστης προς τα κάτω στον κόλπο από τραυματισμό των υποστηρικτικών δομών του κυστεοκολπικού διαφράγματος και ορθοκήλη δηλαδή κήλη του πρόσθιου τοιχώματος του ορθού διαμέσου της χαλαρωμένης ή ραγείσας κολπικής περιτονίας και του ορθοκολπικού διαφράγματος.

6.4.2 ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Εικόνα 35. Γ.Κρετσάς, 2.003



Εικόνα 23-9 Τύποι συριγγίων που πιθανόν να αναπτυχθούν στον κόλπο, στη μήτρα και στο ορθό. [Από Monahan F., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2007). Phipps' medical-surgical nursing: Health and illness perspectives (8th ed.). St. Louis: Mosby.]

Ένα επιπρόσθετο πολύ σοβαρό πρόβλημα είναι το μαιευτικό συρίγγιο. Μέχρι 65% των γυναικών που πάσχουν από αυτό, το αναπτύσσουν στην εφηβική ηλικία και τους προκαλεί σοβαρά προβλήματα στη ζωή τους, σωματικά και κοινωνικά.

Το μαιευτικό συρίγγιο που είναι πολύ σπάνιο στις ανεπτυγμένες χώρες, είναι το αποτέλεσμα ενός δύσκολου και κοπιώδους τοκετού που διαρκεί πολύ. Συχνά συνυπάρχουν και νευρολογικά προβλήματα. Τα συρίγγια των γεννητικών οργάνων είναι διατρήσεις μεταξύ των οργάνων του πυελογεννητικού σωλήνα είτε μεταξύ ουροδόχου κύστης και πυελογεννητικού σωλήνα οπότε μιλάμε για κυστεοκολπικά, είτε μεταξύ της ουρήθρας και του κόλπου, τα ουρηθροκολπικά είτε μεταξύ του ορθού ή του σιγμοειδούς κόλου και του κόλπου τα ορθοκολπικά. Τα συρίγγια πολλές φορές είναι το αποτέλεσμα γυναικολογικών επεμβάσεων, μαιευτικών ή γυναικολογικών τραυματισμών, ή λοίμωξης. Συνήθως το μαιευτικό συρίγγιο συμβαίνει στις έφηβες που τεκνοποιούν και το ποσοστό θανάτου των παιδιών κατά τη γέννηση είναι πολύ μεγάλο.

Η συμπτωματολογία εξαρτάται κυρίως από τη θέση του συριγγίου και αφορά την παρουσία ούρων ή κοπράνων στον κόλπο, το μετεωρισμό, τη θορυβώδη έξοδο αερίων από τον κόλπο, την οσμή ούρων ή κοπράνων στον κόλπο και τον ερεθισμό των ιστών του κόλπου. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry,2006)

Η φροντίδα των προβλημάτων αυτών εστιάζεται στην ουρογεννητική οδό, την αφόδευση, τα όργανα αναπαραγωγής, τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τη σεξουαλική δραστηριότητα. Για τη σωστή ιατρική διάγνωση εφαρμόζεται πλήρες ιατρικό ιστορικό, κλινική εξέταση και εργαστηριακός έλεγχος. Επιβάλλεται ενημέρωση και εκπαίδευση αυτοφροντίδας, για την αντιμετώπιση και μείωση των προβλημάτων, προαγωγή της ανακούφισης και υγιεινής ίσως και περαιτέρω παρέμβαση ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Για την ενίσχυση των μυών του πυελικού εδάφους μπορούν να εφαρμοστούν οι ασκήσεις Kegel αρκετές φορές ημερησίως, για την ήπια οπίσθια κλίση της μήτρας η τοποθέτηση σε γονατοστηθική θέση, για την ήπια ορθοκήλη η δίαιτα υψηλή σε φυτικές ίνες με την πρόσληψη αρκετών υγρών και για τη δυσοσμία των συριγγίων πλύσεις με αποσμητικά διαλύματα του εμπορίου. Σε βαριές καταστάσεις η χειρουργική επέμβαση συζητείται ανάλογα με τη συμπτωματολογία. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry,2006)

6.4.3 ΚΥΣΤΕΟΚΗΛΗ ΟΡΘΟΚΗΛΗ

Δυστυχώς και όχι σπάνια το ημιτελές ανεπτυγμένο γεννητικό σύστημα των εφήβων μετά τον τοκετό δεν μπορεί να ακολουθήσει τη φυσιολογική επαναφορά στη φυσιολογική του

κατάσταση. Αποτέλεσμα είναι να εμφανιστεί κυστεοκήλη ή ορθοκήλη σε νεαρή ηλικία έξι μήνες μετά τον τοκετό.

Μια σημαντική έρευνα έγινε σε 74 αφρικανοαμερικάνες ηλικίας 14-19 ετών, προερχόμενες μάλιστα από αστικό περιβάλλον. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι:

- 44% παρουσίαζαν ακράτεια ούρων μετά από παρόρμηση
- 43% παρουσίαζαν ακράτεια σε αγχωτικές καταστάσεις
- 12% εμφάνιζαν ακράτεια κοπράνων

Τα περιστατικά τα οποία επανεξετάστηκαν 6 μήνες μετά τον τοκετό έδωσαν παραμονή των συμπτωμάτων σε ποσοστό 14% η ακράτεια ούρων και 9% η ακράτεια κοπράνων. Η επιβάρυνση ήταν μεγαλύτερη στις έφηβες όπου είχαν υποβοηθούμενο τοκετό.

Για τους λόγους αυτούς η εφηβική κύηση θεωρείται κύηση υψηλού κινδύνου και απαιτεί αυστηρή ιατρική παρακολούθηση από την αρχή μέχρι και μετά το πέρας της λοχείας.

Φάρμακα στη μαιευτική

Διεγερτικά μυομητρίου

33.3 Φάρμακα στην μαιευτική

33.3.1 Διεγερτικά μυομητρίου

Oxytocin	**Oxytocin** Amp bt 5 IU/ml	Gap
Misopristol	**Cytotec** Tabl 200mcg	Searle
Dinoprostone	**Prostin E2** Tabl bt 10x0.5 mg Tabl vag bt 4x3 mg Gel vag -syring 3g (1 dose) 2mg /dose Gel vag -syring 3g (1dose) 1mg/dose	Upjohn

33.3.2 Μητροσυσπαστικά

Ergometrine Maleate	**Mitrotan** Amp bt 6x0.2 mg /ml Tabl ct bt 25x0.2 mg	Gap
Methylergometrine Maleate	**Demergin** Drag bt 20x0.2 mg Amp bt 6 x 0.2 mg/1ml	Demo
Methylergometrine Maleate	**Methergin** Drag bt 25x0.125 mg	Novartis

33.3.3 Χαλαρωτικά μυομητρίου

Ritodrine Hydrochloride	Yutopar Tabl bt 40x10mg Amp bt 10x50mg /5ml im-iv	Duphar
Isoxoprine	Duvadilan Drag 50x100mg	Famar
Isoxoprine	Cerebrovin Diffucaps 60x40 mg	Medichrom

Πίνακας 16.Κρεατσάς Γ, 2003

7. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Το θέμα του περιορισμού των γεννήσεων παρουσιάστηκε από πολύ νωρίς, σε εποχές μακρινές και ίσως από την προϊστορία ακόμη. Βρεφοκτονία, έκτρωση και αντισύλληψη είχαν εφαρμοστεί από τα αρχαία χρόνια, γεγονός που φανερώνει τη διαχρονική επιθυμία του ανθρώπου να διαφύγει της μοιραίας φυσικής αναπαραγωγής, μια τάση θεσμοθετημένη ή όχι, επηρεασμένη από συμφέροντα πολιτικά ή δημογραφικά και κατά την ιερή θρησκευτική υποχρέωση για λόγους ηθικής καταδικασμένη. Με το πέρασμα από τη θρησκευτική αντίληψη στη λογική σκέψη επετράπη η εγκατάλειψη των δογματικών θέσεων προς όφελος της ελεύθερης βούλησης και σκέψης. Η ιστορία της αντισύλληψης είναι επομένως η προσωποποίηση της αμφιταλάντευσης μεταξύ δύο τρόπων σκέψης της λογικής και του παραλόγου, της παράδοσης και της καινοτομίας. (D. Serfaty, 1998)

Στα εδάφη του αρχαίου μεσογειακού κόσμου αναπτύχθηκε και καλλιεργήθηκε η σύγχρονη βιομηχανική κοινωνία. (D. Serfaty, 1998)

Στη αρχαία Αίγυπτο η μέθοδος της εκούσιας απομάκρυνσης ήταν ήδη γνωστή, ενώ ένας είδος σπειράματος είναι γνωστό ότι είχε χρησιμοποιηθεί ακριβώς 5000 χρόνια πριν. (D. Serfaty, 1998)

Στο Ισραήλ μέσα στο Talmud αναφέρεται η περίοδος γονιμότητας, ενώηθεραπευτική άμβλωση ήταν επιτρεπτή. (D. Serfaty, 1998)

Στην αρχαία Ελλάδα, ο Ιπποκράτης, ο Σωκράτης και ο Πλάτωνας, θεωρούν τη σεξουαλική πράξη υγιή και απαραίτητη και δέχονται την έκτρωση εφόσον το έμβρυο δεν έχει ψυχή. (D. Serfaty, 1998)

Στη Ρώμη υιοθετούνται οι μέθοδοοι αντισύλληψης που εφαρμόζονταν στην Αίγυπτο, ενώ για τη διαφύλαξη των προνομίων η γεννητικότητα πέφτει. (D. Serfaty, 1998)

Στις χώρες του Ισλάμ, όπου επικρατεί υψηλή γεννητικότητα, το τράβηγμα είναι πολύ διαδεδομένο και αναφέρεται και μέσα στο Κοράνι. (D. Serfaty, 1998)

Από πανάρχαιες εποχές, στην Κίνα και την Ιαπωνία, επικρατεί η λατρεία της οικογένειας, γεγονός όμως που δεν έρχεται σε αντιδιαστολή με τις εκτρώσεις και τις βρεφοκτονίες, ενώ οι τεχνικές ελέγχου των γεννήσεων συναντώνται από 5000 χρόνια πριν. (D. Serfaty, 1998)

Τον 3^{ο}-4^{ο} αιώνα στην Ευρώπη, ο Χριστιανισμός, εγκωμιάζει την αγνότητα και το γάμο για την αναπαραγωγή, ενώ κατά το Μεσαίωνα ο κλήρος παραθέτει την αντισύλληψη. Στην Αναγέννηση με την επιστροφή του ενδιαφέροντος στο σώμα και την σεξουαλικότητα η αντισύλληψη εμφανίζει μεγάλη διάδοση. Κατά το 17^{ο}-18^{ο} αιώνα, η κοινωνική ανάπτυξη και η γνώση της αναπαραγωγής επιταχύνουν τη χρήση των μέσων αντισύλληψης. Από το 1830-1890 ο προμαλθουσιανισμός επιτρέπει την καλλιέργεια της αντισυλληπτικής πολιτικής για λόγους οικονομικούς, με την υποστήριξη αναρχικών κινημάτων, ορθολογιστών και φεμινιστών. Στον 20^{ο} αιώνα, ο νεομαλθουσιανισμός αναπτύσσεται μέσω δημοσιεύσεων, εργατικών συγκεντρώσεων και φεμινιστικών κινημάτων, ενώ το 1920 ψηφίζεται νόμος κατά της διάδοσης κάθε αντισυλληπτικού μέσου. Παρά ταύτα το 1930 εμφανίζονται οι οπαδοί του Birth Control κηρύσσοντας την έννοια της πατρότητας και της σεξουαλικότητας, ιδρύουν το 1935 το πρώτο γαλλικό πολυιατρείο ελέγχου γεννήσεων, το 1956 ιδρύεται από το Δρ Lagroua-Weil Halle και την Ivelyne Sullerot η Μητρότητα και το 1960 δημιοργείται το γαλλικό Κίνημα για τον οικογενειακό προγραμματισμό. Την 27^{η} Δεκεμβρίου 1967 ψηφίζεται ο νόμος Lucien Neuwirth που επιτρέπει την παρασκευή και διάδοση των αντισυλληπτικών, τα οποία έγιναν προσιτά και στους ανηλίκους το 1974. (D. Serfaty, 1998)

Στις ΗΠΑ ο Wide, το 1838 επινόησε το διάφραγμα, ενώ στην Ιαπωνία το 1947 επετράπησαν η αντισύλληψη και η έκτρωση. Στην πρώην Σοβιετική Ένωση ελευθερώθηκαν όλα μετά το 1917, ενώ τέλος στην Κίνα για τον περιορισμό των γεννήσεων, επήλθαν μέτρα αντισύλληψης το 1957. (D. Serfaty, 1998)

Από θρησκευτικής και φιλοσοφικής πλευράς ο καθολικισμός θεωρεί τη σεξουαλικότητα σκοπό της αναπαραγωγής και η φυσική αντισύλληψη αποτελεί τη μόνη αποδεκτή μέθοδο. Για τον προτεσταντισμό η αναπαραγωγή είναι ευλογία ενώ για τον Ιουδαϊσμό η

αναπαραγωγή είναι ιερή υποχρέωση και μόνο η γυναίκα έχει δικαίωμα να χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικές μεθόδους μετά τα δύο έως τέσσερα παιδιά. Ο ισλαμισμός επιτρέπει στο ζεύγος την επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου, ο βουδισμός θεωρεί πως ο σεβασμός της ζωής είναι σημαντικός, ενώ η δομή έχει μικρότερη σημασία, ο κομφουκιανισμός θεωρεί την αντισύλληψη μικρής σημασίας και τέλος ο ορθολογισμός αφήνει τον καθένα να αποφασίζει ελεύθερα. (D. Serfaty, 1998)

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αναγνώρισε τον οικογενειακό προγραμματισμό όχι ως επιλογή αλλά ως αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ζευγαριού για εκούσια υπεύθυνη συνειδητή αναπαραγωγικότητα και μείωση των εκτρώσεων. Δεν είναι ο περιορισμός των γεννήσεων αλλά η υπεύθυνη πληροφόρηση για τον καθορισμό του επιθυμητού αριθμού παιδιών. Πρέπει να υπάρχει αφενός μεν προσβαση σε ασφαλείς αποτελεσματικές προσιτές και αποδεκτές μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού και αφετέρου δικαίωμα για κατάλληλες υπηρεσίες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σε πολλές χώρες όπως και στην Ελλάδα ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει καθιερωθεί με νόμο Ν.1038/1980. Η ύπαρξη νόμων και η διατύπωση οδηγιών και κατευθύνσεων από την ΠΟΥ δεν αποτελούν εγγυήσεις της εφαρμογής εφόσον κοινωνικο-πολιτιστικά πρότυπα παρεμβαίνουν με σοβαρές αποκλίσεις από το ιδανικό ή επιθυμητό. Οι τύποι εξουσίας μεταξύ των δύο φύλων το οικονομικό υπόβαθρο καθιστούν τον πρώτο όρο του οικογενειακού προγραμματισμού, αρκετά ρευστό πραγματολογικά και εννοιολογικά. (Αγραφιώτης,2003).

Στην Ελλάδα η καθιέρωση του νόμου και η ανάπτυξη των αρμόδιων κέντρων (συνολικά 41), καθώς και η νομιμοποίηση των εκτρώσεων το 1986 θα μπορούσαν να οδηγήσουν στον έλεγχο της γονιμότητας. Κι όμως η χώρα μας παραμένει στη ζαμηλότερη θέση χρήσης σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης και στην υψηλότερη στις τεχνητές διακοπές, μεταξύ των χωρών της Ευρώπης. Στα κέντρα αυτά δυστυχώς προέχει ο γυναικολογικός εργαστηριακός έλεγχος και όχι η ενημέρωση για αντισύλληψη. (Μαργαριτίδου και συν 1991, Ιωαννίδη- Καπόλου 2004)

Στην Ελλάδα επίσης η έλλειψη πρωτοβουλίας για τον έλεγχο της γονιμότητας από τη γυναίκα με την παράλληλη ελλιπή ενημέρωση των αντισυλληπτικών μεθόδων έχει ως αποτέλεσμα η έκτρωση να αποτελεί ακόμη και σήμερα τη βασική μέθοδο οικογενειακού προγραμματισμού (Συμεωνίδου, 2000).

Με την έναρξη της σεξουαλικής ζωής αντιμετωπίζουν την άγνοια τόσο για τις λειτουργίες του σώματος όσο και για τις μεθόδους αντισύλληψης όπως και τα μέτρα προστασίας της αναπαραγωγικής τους υγείας. Οι γυναίκες αναπαράγουν τις κοινωνικές αξίες και επιταγές που προβάλλονται πάνω στο γυναικείο σώμα και την αναπαραγωγή μολονότι αναγνωρίζουν και αναφέρουν την έλλειψη ενημέρωσης οικογενειακού προγραμματισμού ως μια από τις κυριότερες αιτίες που συνέβαλε σε μια πορεία ζωής χωρίς επιλογές. Η απουσία προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία ευθύνεται σε ένα μεγάλο μέρος για την έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων σχετικά με την αναπαραγωγική τους υγεία. Έτσι αναπαράγονται ορισμένα στερεότυπα που τώρα όμως έρχονται αντιμέτωπα με ένα λιγότερο παραδοσιακό και περισσότερο μοντέρνο ή μεταμοντέρνο τρόπο κοινωνικής ζωής. Όπως αναφέρει η ελληνική εταιρεία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας η μείωση της μέσης ηλικίας εμμηναρχής και η ελάττωση της ηλικίας έναρξης των σεξουαλικών δραστηριοτήτων καθιστούν αναγκαία τη θέσπιση προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης καθώς και την αύξηση των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού. Η βαθύτερη γνώση των ιατρικών κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων που μπορεί να οδηγήσει σε μια ανεπιθύμητη κύηση και με τη σειρά της σε έκτρωση στις έφηβες θα μειώσει στο ελάχιστο τις κυήσεις αποτρέποντας τις μη επιθυμητές γεννήσεις και εκτρώσεις (Αγραφιώτης Δ. Ιωαννίδη Ε. 2008).

Για την προέλευση των τεχνικών μεθόδων αντισύλληψης παρατίθεται ο κάτωθι πίνακας:

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ	
Μάγια και φυλακτά	Πανάρχαιες
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ	
Τράβηγμα, κράτημα, σοδομισμός	Πανάρχαιες
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ	
Υπολογισμού	
-Ρυθμού (Talmud)	Αρχαιότητα
-Ogino:πιθανότητα ωοθυλακιορρηξίας	1923
Knaus:στατιστική πρόβλεψη	1930
Θερμοκρασίας	
-Van de Velde:διφασική καμπύλη	1904

-Pallmer, Lyon Devillers:σχέση προγεστερόνης και θερμοκρασίας	1939
-Ferin και Van der Stappen:πρόβλεψη μέσω υπολογισμού και θερμοκρασίας	1947
-Home test ανίχνευσης της γόνιμης περιόδου μελετώντας την πορεία της συγκέντρωσης στα ούρα της LH και του οιστρόνου-3-γλυκορονιδίου και ηλεκτρονικός υπολογιστής	1997
ΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΤΟΠΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ	
Χειραφετήσεις αποκλειστικά του σπέρματος	Αρχαιότητα
Πλύσεις	Αναγέννηση
Ανδρικά προφυλακτικά	
-δέρμα, μαλακό κέλυφος χελώνας (Κίνα και Ιαπωνία)	-3000
-κύστη ελαφιού, τυφλό έντερο τράγου	Αρχαιότητα
-ύφασμα εμποτισμένο με βότανα	XVIος αιώνας
-τυφλό έντερο προβάτου	XVIIος αιώνας
-μεμβράνη παχέος εντέρου ζώου	XVIIIος αιών
-latex	XIXος αιώνας
-latex και σπερματοκτόνα	XXος αιών
Γυναικεία προφυλακτικά	
-πολυουρεθάνιο	1990
Γυναικείοι εμφρακτήρες	
-πεσσάρια: κόπρανα κροκόδειλου, μέλι, κερί, γόμα, βαμβάκι, σφουγγάρια	Αρχαιότητα
-διαφράγματα: λαδόχαρτο, φύλλα bamboo(Κίνα και Ιαπωνία)	-3000 τέλη XIXος

βουλκανισμένο latex με σπερματοκτόνα επιτραχήλιες καλύπτρες από βουλκανισμένο latex	αιών XXος αιών
ΧΗΜΙΚΕΣ ΤΟΠΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ	
Πεσσάρια	
-ακακία και μέλι τα οποία προκαλούσαν την παραγωγή γαλακτικού οξέως, ανθρακικό νάτριο, τρυγικό οξύ, στυπτηρία, νίτρο, σουμάκι, κανθαρίς και διάφορα βότανα	Αρχαιότητα, -2000
Σφουγγάρια εμποτισμένα με ξύδι	Τελευταίοι αιώνες
Σπερματοκτόνα αραιωμένα, τασιενεργά: χλωριούχο βενζαλκόνιο, nonoxynol 9	
-αμπούλες, κρέμες	1950
-σπόγγοι εμποτισμένοι	1982
Ενδομήτριες συσκευές	
-χαλκός, χρυσός (Αίγυπτος)	-3000
-ακακία και μέλι, πώμα από μαλλί	Αρχαιότητα
--Ritchter: κρίκος από σκληρή πετονιά	1909
-Granenberg: κρίκοι από ασημένιο σύρμα	1928
-Oppenheimer: κρίκοι από σκληρή πετονιά και άργυρο, Ota: κρίκος από χάλυβα, Ishisama: πλαστικός κρίκος	1959
-Εξάπλωση του πολυαιθυλενίου	1962
-Zipper και Tatum: συνένωση του χαλκού	1968
-με προγεσταγόνο	1975
-με προγεστερόνη	1977
-με χαλκό και άργυρο	1980
-μόνο χαλκός (Gynefix)	1995
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	

Ωοθηκεκτομή (Αίγυπτος)	Αρχαιότητα
Παράταση θηλασμού (Αίγυπτος)	Αρχαιότητα
Φυτικά ή μεταλλικά φίλτρα (Κίνα)	Αρχαιότητα, 3000,Μεσαίωνας
ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ	
Μακροδοσικά προγεσταγονικά	
Pincus, Chang και Rock:από του στόματος νοραιθινοδρέλη	1954
Μικροδοσικά προγεσταγονικά	
-Martinez Manotou: από του στόματος χλωρμαδινόνη	1965
-Από του στόματος νορστεροϊδικά, ενέσιμα, εμφυτεύσιμα	1972
Συνδυασμένα αντισυλληπτικά	
-Pincus, Enovid, το πρώτο χάπι που περιέχει νοραιθινοδρέλη και μεστρανόλη	1955
-Enidrel, με μικρότερες δόσεις	1960
-50 μg EE	1964
-30 μg EE	1974
-20 μg EE	1990
Αντιπρογεστερόνη	
-Beaulieu,Sakiz: RU	1983
Συστηματική ανδρική αντισύλληψη	
Φυτικά φίλτρα	Αρχαιότητα
Από του στόματος προγεσταγονικά δισκία συνεχούς λήψεως σε συνδυασμό με διορθωτικά ανδρογόνα	1977
Gossypol: εκχύλισμα βάμβακος (Κίνα)	1972
Ανοσολογική αντισύλληψη	Σε ερευνητικό

	στάδιο
-Ανοσοαντισυλληπτικά αντί-Hcg	Σε κλινικό στάδιο
-Ανοσοποίηση ενάντια στα σπερματοζωάρια	Μπορεί να προκληθεί ωοθηκικό shock και μη αναστρέψιμη ωοθηκική ανεπάρκεια

Πίνακας 16.D. Serfaty, 1998

Αντισύλληψη στην εφηβεία

Αύξηση σωματικού βάρους
Υπέρταση
Θρομβοεμβολικά επεισόδια, έμφραγμα
Αύξηση λιπών, χοληστερίνης
Ευαισθησία-διόγκωση μαστών
Ολιγομηνόρροια, μηνορραγία, αμηνόρροια
Ακμή
Κατάθλιψη
Κεφαλαλγίες
Ναυτία, έμετος
Ξηρασία των οφθαλμών, οίδημα κερατοειδούς
Κολπίτιδα
Σακχαρώδης διαβήτης (σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό ή παχυσαρκία)
Αύξηση κινδύνου νεοπλασίας του τραχήλου, αδενωμάτων ήπατος

Πίνακας 15.10. Αντενδείξεις για αντισυλληπτική από του στόματος αγωγή*

Απόλυτος :	Η μη συμμόρφωση με τις οδηγίες
	Εγκυμοσύνη
	Καρκίνος μαστού ή μήτρας
	Υψηλός κίνδυνος θρομβοεμβολικών επεισοδίων (εγκεφάλου, στεφανιαίων), παθήσεων του ήπατος
Σχετική :	Διαβήτης άνευ επιπλοκών
	Ημικρανία
	Υπέρταση σε θεραπευτική αγωγή
	Κατάθλιψη (μερικές περιπτώσεις βελτιώνονται με ορμονικά σκευάσματα)
	Δρεπανοκυτταρική αναιμία
	Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων*

Πίνακας 17. Παρενέργειας αντισυλληπτικών δισκίων, Κρεατσάς Γ. 2.003

Η ιδιομορφία της αντισύλληψης των εφήβων είναι φανερή, λαμβάνοντας υπόψη τη φυσιολογία του οργανισμού τους και τη σεξουαλική συμπεριφορά τους. Το σημαντικό

είναι, η υποκειμενική εφαρμογή μεθόδου, ώστε να μην επηρεάζει τη διάπλαση του σώματος της συγκεκριμένης εφήβου, το βάρος, τη γενική της κατάσταση, (συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογικής), ώστε να εξασφαλιστεί ένας καλός έλεγχος του κύκλου, και τέλος να ληφθεί υπόψη η σεξουαλικότητά της, που βρίσκεται σε άνθιση. Δεν πρέπει να παραβλεφθεί η γενική κατάσταση της υγείας και η περαιτέρω γονιμότητα. Συμπερασματικά κάθε έφηβη πρέπει να λαμβάνει την ιδανική για αυτήν αντισυλληπτική μέθοδο. Για τις σεξουαλικώς ενεργές έφηβες, μια αντισύλληψη πολύ ασφαλής, που θέτει όσο το δυνατόν λιγότερα προβλήματα παρακολούθησης και που είναι συμβατή με αυτή την ηλικία, είναι αναγκαία για την πρόληψη μιας ανεπιθύμητης κύησης ή έκτρωσης, και για την πρόληψη των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νόσων. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry,2006)

Επιλογή αντισυλληπτικής μεθόδου

Σύμφωνα με μελέτες το 11-64% των γυναικών μεταξύ 15-19 ετών της Δυτικής Ευρώπης χρησιμοποιούν οιστροπρογεσταγονικά δισκία (γενικά μινιδοσικά, στα 20 ή 30 μg αιθινυλοιστραδιόλης) για τους λόγους που περιγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

Αντισυλληπτική ασφάλεια:~100% σε σωστή χρήση
↓ Ευνοϊκές επιδράσεις του δισκίου ειδικές για την έφηβη:
↓ Ακανόνιστων κύκλων
↓ Δυσμηνόρροιας
↓ Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο
↓ Μητρορραγίες
↓ Λειτουργικές κύστεις των ωοθηκών
↓ Σαλπιγγίτιδα (της σαλπιγγικής στειρότητας)
↓ Έκτοπη κύηση
↓ Ακμή, σμηγματόρροια, υπερτρίχωση
↑ Οστέινος όγκος στη νεαρή ηλικία
Αντενδείξεις; πολύ σπάνιες σε αυτή την ηλικία

Πίνακας 18. Κρεατσάς Γ. 2003

Προτιμούνται τα προγεσταγόνα τρίτης γενιάς γιατί γίνονται εύκολα αποδεκτά από τον οργανισμό των εφήβων, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι απορρίπτονται τα προγεσταγόνα πρώτης ή δεύτερης γενιάς. (Κρεατσάς, 2003)

Πίνακας 15.8. Βασικές προϋποθέσεις για αντισυλληπτική αγωγή

Μέθοδος συμβατή με τον τρόπο ζωής της εφήβου
Ωριμότητα και αίσθημα ευθύνης της εφήβου
Να μην υπάρχει αντένδειξη για τη συγκεκριμένη μέθοδο
Αρνητικός έλεγχος για εγκυμοσύνη
Πλήρες και αρνητικό ιστορικό για καρδιαγγειακή νόσο, διαβήτη, υπέρταση
Πλήρης γυναικολογική εξέταση
Επίχρισμα Παπανικολάου
Καλλιέργειες για γονόκκοκο, χλαμύδια
Χοληστερίνη, σάκχαρο, ηπατικά ένζυμα, γενική αίματος, ούρων
Ενημέρωση της εφήβου για παρενέργειες (πόνο στο στήθος, κνήμες, σοβαρές ημικρανίες)
Επανεξέταση σε 3 μήνες ή και σε βραχύτερο χρονικό διάστημα

Πίνακας 19.Κρεατσάς Γ. 2003

Η αντισυλληπτική αγωγή αρχίζει μετά την ιατρική εξέτασα και με τη χορήγηση δισκίων για διάστημα 3 μηνών. Η έφηβη πρέπει να ενημερωθεί ότι η κάλυψη δεν είναι απόλυτη κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα και θα πρέπει να συστηθεί παράλληλη αντισυλληπτική προστασία.

Αιμορραγία κατά τη διάρκεια του κύκλου ή υπερβολική αιμορραγία στο τέλος του κύκλου δικαιολογεί τη χορήγηση σκευάσματος με υψηλή περιεκτικότητα σε προγεστερόνη. Αμηνόρροια κατά τη διάρκεια της λήψης μπορεί να οφείλεται σε κύηση και δικαιολογεί τον εργαστηριακό έλεγχο για τον αποκλεισμό της. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει κύηση, συνιστάται η λήψη σκευάσματος με υψηλότερη περιεκτικότητα σε οιστρογόνα ή με χαμηλότερη προγεστερόνη.

Κίνδυνοι που συνοδεύουν τη χρήση του δισκίου

Με τα σημερινά δεδομένα, η σωστή επιλογή, ο σεβασμός στις αντενδείξεις και ο τακτικός έλεγχος, αποτελούν την ιδανική μέθοδο για την εφηβεία. Όμως ο κίνδυνος για τις σεξουαλικώς μεταδιδόμενες νόσους παραμονεύει. Έτσι πρέπει να συνδυάζεται με τη χρήση του προφυλακτικού. Επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι είναι υπό συζήτηση, η επίδραση στην ανάπτυξη και η επίδραση στον υποθαλαμο-υποφυσι-ωοθηκικό άξονα, όπως και στο γεννητικό σύστημα. Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις καπνίστριες έφηβες αυξάνεται, λόγω της άμεσης καρκινογόνου επίδρασης του καπνού στο τραχηλικό βλεννογόνο, ιδιαίτερα σε μόλυνση από ΣΜΝ και μάλιστα από HPV. Στις

έφηβες όπου ξεκινά η λήψη σε πολύ μικρή ηλικία, ο κίνδυνος για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού αυξάνεται ανάλογα και με τη διάρκεια λήψης. (Κρεατσάς Γ., 2003)

Πίνακας 15.9. Αντισύλληψη. Παρενέργειες

Αύξηση σωματικού βάρους
Υπέρταση
Θρομβοεμβολικά επεισόδια, έμφραγμα
Αύξηση λιπών, χοληστερίνης
Ευαισθησία-διόγκωση μαστών
Ολιγομηνόρροια, μηνορραγία, αμηνόρροια
Ακμή
Κατάθλιψη
Κεφαλαλγίες
Ναυτία, έμετος
Ξηρασία των οφθαλμών, οίδημα κερατοειδούς
Κολπίτιδα
Σακχαρώδης διαβήτης (σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό ή παχυσαρκία)
Αύξηση κινδύνου νεοπλασίας του τραχήλου, αδενωμάτων ήπατος

Πίνακας 15.10. Αντενδείξεις για αντισυλληπτική από του στόματος αγωγή*

Απόλυτος :	Η μη συμμόρφωση με τις οδηγίες
	Εγκυμοσύνη
	Καρκίνος μαστού ή μήτρας
	Υψηλός κίνδυνος θρομβοεμβολικών επεισοδίων (εγκεφάλου, στεφανιαίων), παθήσεων του ήπατος
Σχετική :	Διαβήτης άνευ επιπλοκών
	Ημικρανία
	Υπέρταση σε θεραπευτική αγωγή
	Κατάθλιψη (μερικές περιπτώσεις βελτιώνονται με ορμονικά σκευάσματα)
	Δρεπανοκυτταρική αναιμία
	Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων*

Πίνακας 20.Κρεατσάς Γ. 2003

Ανδρικό προφυλακτικό

Στη Δυτική Ευρώπη το ποσοστό χρήσης του ανδρικού προφυλακτικού από τις έφηβες είναι μικρό. Βέβαια τις τελευταίες δεκαετίες, εξαιτίας της απειλής του AIDS, το ποσοστό αυξήθηκε πολύ. Στη Γαλλία συγκεκριμένα ενώ το 1987 η χρήση έφτανε το 8%, το 1993 έφτασε το 45%. (D. Serfaty, 1998)

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα είναι η προστασία που προσφέρει από τις ΣΜΝ και από τον καρκίνο και τις προκαρκινικές άλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας. Είναι επιτακτική ανάγκη η διπλή προστασία, χάπι και προφυλακτικό. Στην Ολλανδία όπου εφαρμόζεται έχουμε τα χαμηλότερα ποσοστά εκτρώσεων στις έφηβες. Για τον ίδιο σκοπό γίνονται μελέτες και για άλλους συνδυασμούς όπως προφυλακτικό και χάπι της επόμενης μέρας,

προφυλακτικό και σπερματοκτόνα για την διευκόλυνση της επιλογής των νεαρών γυναικών. (D. Serfaty, 1998)

Δυστυχώς οι έφηβες είναι σπανίως επιδέξιες χρήστριες του προφυλακτικού, γεγονός που ευθύνεται για το μεγάλο αριθμό εκτρώσεων, όπως αποδεικνύεται στα κέντρα ελέγχου γεννήσεων, λόγω της ευκαιριακής και όχι τακτικής χρήσης του. (D. Serfaty, 1998)

Γυναικείο προφυλακτικό

Εικόνα 36.PubMed

Το γυναικείο προφυλακτικό από πολυουραιθάνιο, το οποίο διατίθεται ήδη σε πολλές ευρωπαικές χώρες, φαίνεται να προσφέρει μια ασφάλεια συγκρίσιμη των άλλων μηχανικών μεθόδων. Φαίνεται όμως πως δεν προτιμάται εύκολα από τις έφηβες. Ωστόσο, για τις έφηβες που ανήκουν στην υψηλή ομάδα κινδύνου επιμόλυνσης από HIV ή ΣΜΝ και ο ερωτικόας σύντροφος αρνείται τη χρήση του ανδρικού προφυλακτικού, φαίνεται να είναι η μόνη έγκυρη εναλλακτική λύση. (D. Serfaty, 1998)

Ενέσιμα αντισυλληπτικά

Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει δύο σχήματα:

1) Τα ενέσιμα μηνιαία οιστροπρογεσταγονικά (once a month injectable)

2) Τα ενέσιμα προγεσταγόνα αργής διάχυσης, που αφορούν την τριμηνιαία αντισύλληψη και χορηγούνται σπανίως στην εφηβική ηλικία λόγω των συχνών ανεπιθύμητων ενεργειών που παρουσιάζουν ήτοι:

- Ακανόνιστες μικροαιμορραγίες

- Αμηνόρροια
- Κεφαλαλγίες
- Αύξηση βάρους

Η χρήση τους έγκειται στις περιπτώσεις των εφήβων που δεν είναι διατεθειμένες να εκπαιδευτούν στη σωστή χρήση κάποιας άλλης μεθόδου. (D. Serfaty, 1998)

Προγεσταγονικά εμφυτεύματα

Τα προγεσταγονικά εμφυτεύματα, με πιο γνωστό σκεύασμα το Norplant, συνιστώνται στις έφηβες των ΗΠΑ και ορισμένων χωρών της Ευρώπης. Χορηγούνται στις νεαρές γυναίκες, μετά από τεκνοποίηση ή παρουσία υποτροπών μετά από μια έκτρωση ή τέλος που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν σωστά τα αντισυλληπτικά δισκία. (D. Serfaty, 1998)

Γενικά αντενδείκνυνται γιατί:

- συνοδεύονται από ακανόνιστες μικροαιμορραγίες
- δεν παρέχουν προστασία από τις ΣΜΝ και
- είναι μια μέθοδος πολύ βίαιη

Μέθοδοι που δεν συνιστώνται

Φυσικές μέθοδοι

Για λόγους ηθικής ή απλής επιθυμίας μερικές έφηβες επιλέγουν τις φυσικές μεθόδους αντισύλληψης ήτοι:

1) Το τράβηγμα, που όμως αποτελεί το αίτιο για το 10% των ανεπιθύμητων κυήσεων και εκτρώσεων στο νοσοκομείο Saint-Louis
2) Η ημερολογιακή μέθοδος των Ogino-Knaus
3) Η θερμοκρασία και
4) Η μέθοδος Billings (παρατήρηση αλλαγών στη σύσταση της τραχηλικής βλεννης)

Γενικά οι έφηβες πρέπει να αποτρέπονται από τη χρήση αυτών των μεθόδων γιατί:

- Έχουν υψηλό δείκτη γονιμότητας
- Ο κύκλος τους είναι ασταθής

- Δεν προστατεύουν από τα ΣΜΝ

Η σωστή εκμάθηση χρήσης αυτών των μεθόδων θα οδηγήσει στην εμφάνιση όσο το δυνατόν καλύτερων αποτελεσμάτων. (D. Serfaty, 1998)

Κολπικές μέθοδοι

Εκτός κάποιων μοναδικών εξαιρέσεων, το διάφραγμα, οι κλασικές ή σύγχρονες επιτραχήλιες καλύπτρες και τα σπερματοκτόνα, ως μοναδική αντισυλληπτική μέθοδος, δεν αποτελούν την πρώτη επιλογή για την έφηβη γιατί:

- Είναι ανεπαρκώς ασφαλείς
- Δύσκολες στη χρήση
- Συνοδεύονται από κακή χρήση και
- Επηρεάζουν τον αυθορμητισμό της σεξουαλικής επαφής

Το διάφραγμα ωστόσο προστατεύει από τον καρκίνο και τις προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου, ειδικά όταν ο ερωτικός σύντροφος αρνείται συστηματικού τη χρήση προφυλακτικού. (D. Serfaty, 1998)

Ενδομητρικές προθέσεις

Οι έφηβες δεν αποτελούν τις ιδανικές περιπτώσεις χρήσης ενδομήτριου σπειράματος. Το πλεονέκτημα είναι ότι από πλευράς τους δεν απαιτείται κανένας χειρισμός. Υπάρχουν όμως πολλά μειονεκτήματα:

1) Σχετικά μικρή ανεκτικότητα εξαιτίας άλγεων, μητρορραγιών και συχνότερων αποβολών του σπειράματος

2) Μικρότερη ασφάλεια

3) Μεγάλη επικινδυνότητα πυελικών φλεγμονών, λόγο της υψηλής συχνότητας των ΣΜΝ στις ηλικίες αυτές

4) Μειωμένη διαφύλαξη της περαιτέρω γονιμότητας των άτοκων γυναικών

Παραταύτα η τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος σε αρκετές χώρες της Ευρώπης, δεν αντενδείκνυται. (D. Serfaty, 1998)

8.2ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Το ποσοστό αποτυχίας των διαφόρων αντισυλληπτικών μεθόδων στις έφηβες είναι μεγαλύτερο, σε σχέση με αυτό του γενικού πληθυσμού των υπολοίπων γυναικών. Οι πιθανοί λόγοι είναι:

- Η σχετικά πολύ υψηλή γονιμότητα
- Η μεγαλύτερη συχνότητα σεξουαλικών επαφών
- Η ανεπαρκής επιδεξιότητα που οφείλεται στην απειρία ή και στη συμπεριφορά

Ο ρόλος του επιστημονικού προσωπικού

Λαμβάνοντας υπόψη την ιδιαιτερότητα της αντισύλληψης των νέων, κρίνονται σημαντικά πέντε σημεία:

Η πρώτη επίσκεψη για την επιλογή της αντισύλληψης πρέπει να είναι επιτυχής, όπου οι λέξεις κλειδιά σε μια τέτοια συζήτηση είναι:

- κατατοπιστικό ερωτηματολόγιο που συνίσταται από το προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό για την ύπαρξη φλεβικών και αρτηριακών θρομβοεμβολικών επεισοδίων, περιστατικά νεοπλασιών, ανωμαλίες της αιμόστασης, διαταραχές του μεταβολισμού, παθήσεις των ενδοκρινών αδένων…, σεξουαλικότητα, κάπνισμα, χρήση ουσιών.
- κλινική εξέταση ως προς το βάρος, ύψος, αρτηριακή πίεση, στήθος, δέρμα…
- γυναικολογική εξέταση
- σύσταση μιας εναλλακτικής μεθόδου προσωρινά, μέχρι την εφαρμογή της κύριας μεθόδου αντισύλληψης
- παρακλινικές εξετάσεις, ανάλογα με τη μέθοδο που επιλέχθηκε και του οικογενειακού ιατρικού ιστορικού.
- κλίμα εμπιστοσύνης και διαθεσιμότητας
- επίσκεψη ελέγχου τρεις έως έξι μήνες αργότερα

6. προσαρμογή των πληροφοριών, συμβουλών και μεθόδου που επιλέχθηκε σύμφωνα με την προσωπικότητα της συγκεκριμένης έφηβης όπου οι τέσσερις συμβουλές είναι οι εξής:

- επικέντρωση της συμβουλευτικής στα καίρια θέματα, δίνοντας την ευκαιρία στην έφηβη να επιλέξει τη μέθοδό της και να τη χρησιμοποιήσει σωστά και συστηματικά
- απλή και κατατοπιστική συμβουλευτική και χορήγηση απαραίτητων πληροφοριών, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και ανάγκες της κάθε έφηβης

7. ενημέρωση για την πρόληψη των ΣΜΝ

8. ενημέρωση για τη μετασυνουσιακή ή επείγουσα αντισύλληψη

9. υπολογισμός των παραγόντων κόστος- ασφάλεια για το χορηγούμενο αντισυλληπτικό

(Deitra Lowdermilk, Shannon Perry,2006)

Αντισύλληψη εφήβων με ειδικά προβλήματα

Έφηβες που έχουν αντενδείξεις στα οιστρογόνα	Σπάνια ύπαρξη αντενδείξεων σε αυτή την ηλικία. Προγεσταγονική αντισύλληψη προσωρινή και υπό παρακολούθηση Προγεσταγονικά μικροχάπια ή 17-OH-P (Luterian) ή νορπρεγγάνες (Lutenyl) ή προμεγεστόνη (Surgestone)
Έφηβες πολύ νέες	ΕΡ που δεν έχουν επίπτωση στην ανάπτυξη. Σε περίπτωση αμφιβολιών ραδιολογική εξέταση οστέινης μάζας
Έφηβες χωρίς ερωτικό σύντροφο στην παρούσα φάση	Έλεγχος της αναγκαιότητας αντισύλληψης, για μικρά χρονικά διαστήματα και τακτικούς ελέγχους ή χρήση ανδρικού προφυλακτικού σε συνδυασμό με σπερματοκτόνα και συστηματική

	χορήγηση στο χάπι της επόμενης μέρας
Έφηβες που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν σωστά το χάπι	Αποφυγή των τριφασικών και διφασικών σκευασμάτων Λήψη μονοφασικών σκευασμάτων 28 ημερών Τριμηνιαία ενέσιμα προγεσταγόνα Μηνιαία ενέσιμα οιστροπρογεσταγονικά σκευάσματα Στεροειδή εμφυτεύματα Τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος με νεβονοργεστρέλη (Mirena) για το μειωμένο κίνδυνο φλεγμονής

Πίνακας 22.(Deitra Lowdermilk, Shannon Perry 2006)

9.ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Οι έφηβες περισσότερο από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα γυναικών, κινδυνεύουν να μολυνθούν από σεξουαλικές μεταδιδόμενες νόσους. Το μεγαλύτερο ποσοστό σύμφωνα με την Π.Ο.Υ., εμφανίζουν οι ηλικίες 20-24 ετών και ακολουθούν οι έφηβες 15-19 ετών. (D. Serfaty, 1998)

Παρά την εξάπλωση του AIDS, όπου σύμφωνα με τη UNAIDS το 2.004 τα μισά από τα νέα κρούσματα μόλυνσης από τον ιό του HIV ήταν στις ηλικίες 15-25, και την επισήμανση της σπουδαιότητας της χρήσης προφυλακτικού, η συχνότητα εμφάνισης των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νόσων δεν άλλαξε και πολύ τα τελευταία χρόνια. Αντίθετα εμφανίζεται αύξηση των κρουσμάτων ορισμένων παθογόνων παραγόντων, όπως επίσης και αύξηση της ανθεκτικότητας των βακτηρίων στα αντιβιοτικά, και ενώ εμφανίζεται μείωση στα περιστατικά με οξεία συμπτωματολογία, εμφανίζεται αύξηση των μολύνσεων με υποκλινικά συμπτώματα ή ασυμπτωματικές. (D. Serfaty, 1998)

ΠΙΝΑΚΑΣ 21-8

Επιδράσεις των Συνήθων Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενων Νοσημάτων στη Μητέρα και το Έμβρυο

ΛΟΙΜΩΞΗ	ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ	ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ
Χλαμύδια	Πρώιμη ρήξη των υμένων Πρόωρος τοκετός Ενδομητρίτιδα της λοχείας	Χαμηλό βάρος γέννησης
Γονόρροια	Αυτόματη έκτρωση Πρόωρος τοκετός Πρώιμη ρήξη των υμένων Σύνδρομο ενδοαμνιακής λοίμωξης Χοριοαμνιονίτιδα Ενδομητρίτιδα της λοχείας Σήψη της λοχείας	Πρόωρος τοκετός Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης (IUGR)
Στρεπτόκοκκος της ομάδας Β	Ουρολοίμωξη Χοριοαμνιονίτιδα Σήψη Μηνιγγίτιδα (σπάνια)	Πρόωρος τοκετός
Ιός του απλού έρπητα	Ενδομητρική λοίμωξη (σπάνια)	Συγγενής λοίμωξη (σπάνια)
Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)	Δυστοκία από μεγάλες βλάβες Υπερβολική αιμορραγία μετά από τραυματισμό κατά τον τοκετό	
Σύφιλη	Αυτόματη έκτρωση Πρόωρος τοκετός	Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης Πρόωρος τοκετός Θνησιγένεια Συγγενής λοίμωξη

Πηγές Gilbert, E. (2007). Manual of high risk pregnancy and delivery (4th ed.). St. Louis: Mosby; Duff, P., Sweet, R., & Edwards, R. (2009). Maternal and fetal infections. In R. Creasy, R. Resnik, & J. Iams (Eds.). Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice (6th ed.). Philadelphia: Saunders.

Πίνακας 23 .(Deitra Lowdermilk, Shannon Perry 2006)

Περίπου 20 είναι οι γνωστοί μικροοργανισμοί σήμερα που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή.

Βακτήρια	**Παράσιτα**	**Μύκητες**	**Ιοί**
Neisseria gonorrhoeae	Trichomonas vaginalis	Candida	SV1και2
Chlamydia trachomatis	Giardia lamblia		HIV1και 2
Ureaplasma uralyticum	Entamoeba		HPV
Mycoplasma hominis	Sarcoptes scabei hominis		CMV
Gardnerella vaginalis	tirias pubis		
Treponema pallidum			HCV
Haemophilus ducreyi			
Calymmatobacterium granulomatis			
Αναερόβια βακτήρια			
Εντεροβακτήρια			

Πίνακας 24.D. Serfaty, 1998

Τη μεγαλύτερη εμφάνιση παρουσιάζει το βακτήριο Chlamydia trachomatis και το παράσιτο Trichomonas vaginalis, το οποίο καταλαμβάνει την πρώτη θέση. Σε μελέτη ανά τον κόσμο συγκεκριμένα έχουμε:

Trichomonas vaginalis	43,2 %
Chlamydia trachomatis	21,6 %
Γονοκοκκικές μολύνσεις	18,1 %
HPV	9,1 %
HSV 2	7,2 %
HBV, HCV	0,9 %

Πίνακας 25. D. Serfaty, 1998

Στις έφηβες συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνα του 1994 της Senayake την πρώτη θέση καταλαμβάνει το βακτήριο Chlamydia trachomatis, όπως επίσης και σε έρευνα στο Saint Louis του Centre de Regulation des Naissances, με διαγνωσμένο μέσω PCR του βακτηριδίου Chlamydia trachomatis, όπου ενδιαφέρονταν για αντισύλληψη, 31,6% ή για έκτρωση, 8,3 %.)(D. Serfaty, 1998

ΠΙΝΑΚΑΣ 21-9

Θεραπεία των Συνήθων Σεξουαλικώς Μεταδιδόμενων Νοσημάτων στην Κύηση

ΣΜΝ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Χλαμυδιακή λοίμωξη	Αζιθρομυκίνη 1 gr από το στόμα εφάπαξ ή αμοξυκιλλίνη 500 mg από το στόμα 3 φορές/ημέρα x 7 ημέρες	Προσυμπτωματικός έλεγχος κατά τη διάρκεια της πρώτης προγεννητικής επίσκεψης. Οδηγίες στην ασθενή για λήψη του φαρμάκου μετά το γεύμα με 1 ποτήρι νερό. Οδηγίες στον ερωτικό σύντροφο για έλεγχο και θεραπεία εάν απαιτείται.
Ιός του απλού έρπητα	Ακυκλοβίρη 400 mg 3 φορές/ημέρα από την 36η εβδομάδα της κύησης και μέχρι τον τοκετό, στις γυναίκες με υποτροπιάζουσα λοίμωξη, ως κατασταλτική θεραπεία για την πρόληψη της έξαρσης κατά τη διάρκεια του τοκετού. Αναλγητικά από το στόμα και τοπικά αναλγητικά για την ανακούφιση της έντονης δυσφορίας.	Οδηγίες στην ασθενή για μέτρα ανακούφισης: διατήρηση των βλαβών καθαρών και στεγνών. Συχνό πλύσιμο των βλαβών και καλό στέγνωμα της περιοχής με σεσουάρ μαλλιών. Εφαρμογή επιθεμάτων στις βλάβες (κρύο γάλα, κολλοειδής βρώμη) κάθε 2-4 ώρες, λουτρό ισχίων-γλουτών. Αποχή από τη συνουσία σε παρουσία βλαβών. Εάν η γυναίκα έχει ενεργείς βλάβες την περίοδο του τοκετού, συνήθως εκτελείται καισαρική τομή για να προληφθεί η περιγεννητική μετάδοση.
Γονόρροια	Κεφτριαξόνη 125 mg ενδομυϊκά σε μία δόση ή κεφιξίμη 400 mg από το στόμα σε μία δόση και ταυτόχρονη θεραπεία για τη χλαμυδιακή λοίμωξη.	Προσυμπτωματικός έλεγχος κατά τη διάρκεια της πρώτης προγεννητικής επίσκεψης. Επαναλαμβάνεται στο τρίτο τρίμηνο εάν υπάρχει υψηλός κίνδυνος. Οδηγίες στον ερωτικό σύντροφο για εξέταση και θεραπεία εάν είναι απαραίτητο.
Ομάδα Β στρεπτόκοκκου	Πενικιλίνη G αρχική δόση 5 εκατ. μονάδες ενδοφλέβια ακολουθούμενη από 2,5 εκατ. μονάδες ενδοφλέβια κάθε 4 ώρες μέχρι τον τοκετό. Για τις γυναίκες με αλλεργία στην πενικιλίνη που δεν διατρέχουν όμως υψηλό κίνδυνο αναφυλαξίας, το φάρμακο εκλογής είναι η κεφαζολίνη σε αρχική δόση 2 gr ενδοφλέβια ακολουθούμενη από 1 gr κάθε 8 ώρες μέχρι τον τοκετό.	Η έγκυος πρέπει να υποβάλλεται σε προσυμπτωματικό έλεγχο κατά την 36η-37η εβδομάδα της κύησης. Εάν είναι θετική η εξέταση ή η κατάσταση παραμένει άγνωστη κατά την περίοδο του τοκετού, η γυναίκα υποβάλλεται σε θεραπεία. Διατίθεται πλέον η εξέταση αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης εφόσον δεν είναι διαθέσιμα τα αποτελέσματα του προγεννητικού ελέγχου κατά την είσοδο της γυναίκας στο νοσοκομείο για τον τοκετό.

Πίνακας μητρότητα. 26.(Deitra Lowdermilk, Shannon Perry 2006)

Οι μολύνσεις αυτές παρουσιάζουν μια σειρά επιπλοκών επικίνδυνες για την έφηβη: υπογονιμότητα, έκτοπη κύηση, σαλπιγγίτιδα, σαλπιγγική στειρότητα, καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και σε κύηση, επιπλοκές στο νεογέννητο και βρεφική θνησιμότητα. Όλα αυτά οδηγούν σε τεράστιο οικονομικό, κοινωνικό, ψυχολογικό και σεξουαλικό κόστος. Πρόκειται για ένα πρόβλημα που σαφώς αφορά τη δημόσια υγεία και γι' αυτό είναι επιτακτική ανάγκη η σωστή πληροφόρηση των εφήβων και η πρόληψη. (D. Serfaty, 1998)

Ο ετήσιος έλεγχος ο οποίος πρέπει να ξεκινά στην ηλικία των 13 ετών στις ενεργά σεξουαλικώς έφηβες και ο εμβολιασμός κατά του ιού HPV αποτελούν καθήκον. Αυτό που πρέπει να καταλάβουν οι έφηβες είναι ότι τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα εκτός από τη σεξουαλική επαφή μεταδίδονται και με επαφή με μολυσμένο δέρμα, με το στοματικό και πρωκτικό σεξ και με τις εκκρίσεις του οργανισμού όπως τα δάκρυα. (Elena Perl Ben Joseph, 2013)

10.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αναμφισβήτητα η πρόληψη με τη σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση, είναι η καλύτερη αντιμετώπιση. Εάν και εφόσον όμως διαγνωσθεί η κύηση, τότε η έφηβη μπαίνει σε μια πολύπλοκη διαδικασία που αφορά όλα τα επίπεδα της πορείας της ζωής της.

Διακοπή του σχολείου και επαγγελματική αποτυχία με μόνο το 40% των εφήβων μητέρων να αποφοιτούν από υψηλή βαθμίδα εκπαίδευσης και λιγότερο από 20% από εκείνες που είχαν ένα μωρό πριν από την ηλικία των 18 να αποφοιτούν από το κολέγιο (Katherine A. McCrackenand Meredith Loveless,2.014)

- Κατεύθυνση προς τη δημόσια βοήθεια
- Φτωχή εφηβική και μετέπειτα ενήλικη ζωή
- Απόκτηση νεογνών με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και προβλήματα υγείας (Martin Hamitton BE & Ventura SJ, 2015)

Ουσιαστικά το πρώτο πρόβλημα που αντιμετωπίζει είναι το δίλλημα, διακοπή ή συνέχιση της εγκυμοσύνης; Ο ρόλος του επιστημονικού προσωπικού και της οικογένειας, με την άριστη συνεργασία και στήριξη, θα οδηγήσει στη λήψη της λιγότερο επώδυνης απόφασης, η οποία θα εξαρτηθεί όχι μόνο από το «θέλω» της έφηβης, αλλά και από τις συνθήκες της σύλληψης, την ηλικία της νεαρής, το πνευματικό της επίπεδο, το τυχόν ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης. Δυστυχώς έφηβες με νοητική υστέρηση, συχνά πέφτουν θύματα βιασμού, οπότε σε αυτές τις περιπτώσεις η απόφαση είναι ακόμη πιο δύσκολη. (Κρεατσάς Γ, 2003)

Αν αποφασιστεί διακοπή της κύησης χρειάζεται καλή ψυχολογική υποστήριξη, από έμπειρο και ειδικό παιδοψυχολόγο.

Η αποβολή έρχεται σε κάποιες περιπτώσεις ο από μηχανής θεός, δίνοντας ανακούφιση και κατάργηση των συναισθημάτων του θυμού, του φόβου, της ενοχής, της σύγχυσης και της θλίψης που κατακλύζουν την κυοφορούσα έφηβη.

Αν αποφασιστεί να συνεχιστεί η εγκυμοσύνη, πάλι τίθεται ένα ερώτημα: θα αναλάβει η ίδια η έφηβη το βρέφος ή θα αποφασιστεί η υιοθεσία; Είναι έτοιμη να χειριστεί τις ευθύνες του γονέα ή πρέπει να αναζητηθούν άλλες λύσεις;

Η οικογένεια

Το πρώτο πρόβλημα που τίθεται αφορά την ενημέρωση ή όχι της οικογένειας της εφήβου. Πρέπει να ληφθούν υπόψη τόσο η ιατρική δεοντολογία όσο και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, σε συνδυασμό με την επιθυμία της εφήβου.

Το σχολείο

Το δεύτερο πρόβλημα αφορά τη διακοπή ή όχι της παρακολούθησης των μαθημάτων της νεαρής μητέρας, στην περίπτωση που αποφασιστεί η συνέχιση της εγκυμοσύνης. Από ιατρικής πλευράς δεν υπάρχει ένδειξη διακοπής του σχολικού προγράμματος, ενώ η παραμονή στο χώρο του σχολικού περιβάλλοντος, στην πραγματικότητα αποσυμφορίζει την έφηβη από ενοχές και επιπλέον προβληματισμούς. Εξάλλου με τον τρόπο αυτό είναι πολύ πιο εύκολη η επανένταξη στο σχολικό περιβάλλον, μετά το πέρας της κύησης.

Στις ΗΠΑ η προτροπή είναι η παραμονή στο σχολείο και όχι η εγκατάλειψη. Για το στόχο αυτό μερικά γυμνάσια έχουν κέντρα παιδικής φροντίδας στην Πανεπιστημιούπολη, ενώ γίνεται επιμόρφωση από βιβλία, ειδικά μαθήματα και έμπειρο εκπαιδευτικό και

υγειονομικό προσωπικό για τη σωστή ανατροφή του αναμενόμενου βρέφους. (PubMed, 2014)

10. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Ήδη κατά τη διάρκεια της κύησης η έφηβη πρέπει να λάβει μαθήματα ανώδυνου τοκετού, όχι μόνο για τη βοήθεια που θα έχει σε περίπτωση που αποφασιστεί να διενεργηθεί φυσιολογικός τοκετός, αλλά και για το θηλασμό και τη φροντίδα του βρέφους, στην περίπτωση που θα το αναλάβει.

Μετά τον τοκετό, η εκπαίδευση αυτή πρέπει να συνεχιστεί και να δοθεί στη νέα μητέρα κάθε εφόδιο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που θα παρουσιαστούν.

Στην περίπτωση που ο πατέρας του βρέφους βρίσκεται στο πλευρό της νεαρής μητέρας, χρειάζεται η εκπαίδευση και του ίδιου, όσο και η χορήγηση οικονομικής, κοινωνικής ή και ψυχολογικής στήριξης, δεδομένου ότι στις πλείστες των περιπτώσεων είναι και ο ίδιος ανήλικος.

Η σεξουαλική συμπεριφορά των νέων έρευνα στο νομό Αχαΐας

Η σεξουαλική αγωγή και διαπαιδαγώγηση των εφήβων σήμερα είναι επιτακτική ανάγκη γιατί :

1) Υπάρχει διαφοροποίηση της σεξουαλικής ζωής των νέων τις τελευταίες δεκαετίες

2) Εμφανίζεται όλο και πιο πολύ η μείωση του ορίου ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας των νέων

3) Παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των γεννήσεων κατά την εφηβεία

4) Διαπιστώνεται αύξηση του ποσοστού των τεχνητών αποβολών στη νεαρή ηλικία

5) Υπάρχει ελλιπής επιμόρφωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού

Στα πλαίσια αυτής της ανάγκης πραγματοποιήθηκε έρευνα στο νομό Αχαΐας, σε εφήβους με τέσσερις ενότητες ερωτημάτων:

Α΄ ενότητα ως προς την κοινωνική προέλευση και το μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας, όπου έδειξε ότι τα παιδιά στις αστικές κοινωνίες και υψηλού μορφωτικού επιπέδου του

πατέρα, είναι πιο ενημερωμένα από τα παιδιά των αγροτικών κοινωνιών και χαμηλών μορφωτικών επιπέδων γονέων

Β΄ ενότητα ως προς την πηγή γνώσης των εφήβων στα θέματα σεξουαλικότητας, την αντισύλληψη και την ανατομία-φυσιολογία, όπου έδειξε ότι τα αγόρια ενημερώνονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, από τον πατέρα και από τις ομάδες συνομηλίκων, χρησιμοποιούν μεθόδους αντισύλληψης και δεν έχουν καλή γνώση ως προς την ανατομία του γεννητικού συστήματος και τη διαδικασία της γονιμοποίησης, ενώ τα κορίτσια ενημερώνονται από τα βιβλία, τη μητέρα, επιστημονικό προσωπικό, δεν χρησιμοποιούν (το μεγαλύτερο ποσοστό) αντισυλληπτικές μεθόδους και ενώ επίσης έχουν άγνοια σε θέματα ανατομίας-φυσιολογίας, γνωρίζουν ότι μπορεί να συμβεί σύλληψη από την πρώτη σεξουαλική επαφή.

Γ΄ ενότητα ως προς τη στάση των εφήβων σε θέματα κοινωνικών προεκτάσεων της σεξουαλικότητας, όπου έδειξε τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, θεωρούν παραδεκτές τις προγαμιαίες σχέσεις.

Δ΄ ενότητα ως προς τη στάση των εφήβων σε μια πιθανή διδασκαλία του μαθήματος σεξουαλικής αγωγής στο λύκειο έναντι του μαθήματος πληροφορικής, όπου έδειξε ότι τα μεν αγόρια επιθυμούν το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής όχι όμως την αντικατάστασή του από το μάθημα Η/Υ , ενώ τα κορίτσια επιθυμούν τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. (Γ. Κρεατσας, 2006)

11. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ένα συχνό φαινόμενο σήμερα είναι η σεξουαλική κακοποίηση των εφήβων, δεδομένου ότι το 50% των βιασμών αφορούν νεαρά άτομα, με περισσότερα τα κορίτσια. Συνήθως ο βιασμός προέρχεται από άτομο του συγγενικού ή στενού κοντινού περιβάλλοντος, ή από το σύντροφο παρά τη θέληση του νεαρού κοριτσιού, η οποία τις περισσότερες φορές δεν καταγγέλλει το γεγονός. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry 2.006)

Το σεξ μετά από εξαναγκασμό αναφέρεται από το 10% των κοριτσιών που είχαν σεξουαλική εμπειρία πριν από την ηλικία των 15 ετών. Το σεξ μετά από εξαναγκασμό ευθύνεται για ανεπιθύμητες κυήσεις.(Έρευνες για την υγεία Behavioral Risk Factor Έρευνα Αξιολόγησης Οχάιο Medicaid)

Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να συμβεί οποτεδήποτε σε οποιαδήποτε ηλικία και αποτελεί γεγονός με σοβαρές συνέπειες στη ζωή μιας γυναίκας, επηρεάζοντας όλες τις πτυχές των δραστηριοτήτων της, τη δημιουργία ετερόφυλων σχέσεων, τη διαστρέβλωση της μητρικής λειτουργίας, τη μόρφωσή , την επαγγελματική αποκατάσταση, την ψυχική ισορροπία και τη σωματική ακεραιότητα. Πρόκειται για ένα τραυματικό συμβάν που περιπλέκεται ακόμη περισσότερο όταν συνδυάζεται με τη δυσπιστία των οικείων και του υγειονομικού προσωπικού. (Κρεατσάς Γ, 2003.)

Τα σημεία εκδήλωσης μετά από μια σεξουαλική κακοποίηση είναι:

1. Ταραχή, νευρικότητα, άγχος, θυμός και αίσθημα εγκατάλειψης ή
2. Υπέρμετρη ηρεμία, έλεγχος της κατάστασης και άρνηση εξωτερίκευσης του εσωτερικού κόσμου
3. Εφιάλτες, διαταραχές του ύπνου, μετέπειτα δυσκολίες για αρμονικές σεξουαλικές σχέσεις και χρόνια ψυχολογικά προβλήματα.
4. Κακή επίδοση στο σχολείο
5. Κατάχρηση αλκοόλ και εθιστικών ουσιών
6. Κοινωνική απομόνωση (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry 2006)

Σημαντικό στοιχείο είναι το ιστορικό της κακοποίησης, η ηλικία πρώτης εμφάνισης, η επανάληψη και της προέλευσης με βασικότερα τα μέλη της πυρηνικής ή εκτεταμένης οικογένειας ή του στενού φιλικού περιβάλλοντος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία διαγνωστικών προβλημάτων γιατί συχνά η οικογένεια συνωμοτεί ασυνείδητα με σκοπό την απόκρυψη του συμβάντος και της ταυτότητας του δράστη. (Κρεατσάς Γ, 2.003)

Πρώτος κανόνας της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η αποκρυπτογράφηση του συμβάντος, δεύτερος η φροντίδα για την ασφάλεια της έφηβης και τρίτος η σύσταση διεπιστημονικής ομάδας. (Κρεατσάς Γ, 2.003)

Σημαντικότερη είναι η φροντίδα του θύματος σε πρώτο πλάνο και όχι η νομοθετική οριοθέτηση, ή οι ερωτήσεις που ουσιαστικά πληγώνουν την έφηβη. Η δειγματοληψία κολπικού εκκρίματος για την ανίχνευση σπέρματος, πρέπει να εφαρμόζεται με κάθε φροντίδα εξαιτίας της ιδιαιτερότητας της περίπτωσης. Πρέπει να υπογραμμιστεί πάντως

ότι 2 στα 3 περιστατικά, δεν παρουσιάζουν φυσικά ευρήματα κακοποίησης ή σωματικής βίας. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry 2006)

Τρόποι επικοινωνίας εφήβων και προϋποθέσεις για ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις

Κάθε ανθρώπινη συμπεριφορά σχετίζεται με το παρελθόν και το περιβάλλον κάθε ατόμου. Τα γονεϊκά πρότυπα, οι διαπροσωπικές σχέσεις των γονέων, η σχέση του εφήβου με τους γονείς, οι ηθικές και θρησκευτικές αντιλήψεις της οικογένειας, οι κοινωνικοί κανόνες του ευρύτερου περιβάλλοντος, όλα επηρεάζουν τη διαμόρφωση των σχέσεων των ατόμων. (Κ. Μάνος, 2000)

Πρώτος ο Freud ασχολήθηκε με την ερωτική βιολογική ορμή της βρεφικής, παιδικής και εφηβικής ηλικίας με τα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. (Κ. Μάνος, 2000)

Η εφηβεία είναι μια θυελλώδης, δημιουργική και δύσκολη περίοδος της ζωής, πλούσια σε αντιθέσεις, άλματα, συγκρούσεις, διεκδικήσεις, κατακτήσεις, απογοητεύσεις, ανασφάλεια, όνειρα, ελπίδα και οδύνες. Οι έφηβοι παλεύουν για την ανεξαρτησία τους από τους γονείς, η οποία δεν είναι μόνο οικονομική, αλλά και συναισθηματική, με τον αυστηρό έλεγχό τους, την αμφισβήτηση, την υποτίμηση, την απόρριψη. Η πάλη συχνά είναι αμφίδρομη εφόσον και στους γονείς δημιουργούνται έντονοι προβληματισμοί και ενοχές. Οι μάσκες φεύγουν και οι γονείς παύουν να είναι θεοί και τα παιδιά παύουν να είναι άγγελοι.

Και ενώ συμβαίνουν αυτές οι συγκρούσεις, έρχονται και προστίθενται επιπλέον το βάρος των σπουδών και της επαγγελματικής αποκατάστασης, δημιουργώντας έτσι μια αντίθεση με την ιδέα της όμορφης και ξένοιαστης νιότης.

Μέσα σε αυτό το φάσμα των αντιπαραθέσεων οι έφηβοι στρέφονται προς την ομάδα των συνομηλίκων, γιατί θεωρούν σημαντική σε αυτή τη φάση της ζωής τους την αποδοχή και την έκδήλωση επιθυμίας από το αντίθετο φύλο. Βέβαια οι εμπειρίες και τα συμπεράσματα που έχει αντλήσει από αυτές, θα παίξουν σημαντικό ρόλο στη σεξουαλική συμπεριφορά του εφήβου. Η ικανή αυτοεκτίμηση και αξιοπρέπεια για τον ίδιο του τον εαυτό και τους γύρω του θα τον βοηθήσει να αντιληφθεί το σεξ ως ένα μέσο επικοινωνίας, που προσφέρει και πρέπει να προσφέρει χαρά και στους δύο ερωτικούς συντρόφους. (Κρεατσάς Γ, 2003)

Σε αρκετές περιπτώσεις αθώες αρχικά σχέσεις ανάμεσα στους νέους παίρνουν σοβαρή τροπή και οι νέοι προχωρούν σε προαρραβώνακαι αμοιβαίες υποσχέσεις πίστης. Αιτία αυτού του φαινομένου είναι το ερωτικό αίσθημα, η βιολογική ορμή για διαιώνιση του

είδους, αλλά που στον άνθρωπο περιορίζεται ο ενστικτώδης χαρακτήρας με εξύψωση της ορμής αυτής σε λειτουργικότητα σύμφωνη με τον κοινωνικό κώδικα, όχι κατά ζωώδη τρόπο, αλλά με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους. (Κ. Μάνος, 2000)

Δυστυχώς πολλές φορές, αίσθημα πληρότητας δεν υφίσταται πάντα, με αποτέλεσμα η επιστημονική ομάδα να αντιμετωπίζει προβληματική-δυσλειτουργική σεξουαλική σχέση χωρίς να υπάρχει κάποια οργανική αιτία είτε με τον ίδιο είτε με διαφορετικούς ερωτικούς συντρόφους. Και ενώ η φύση έχει προνοήσει στην αντιμετώπιση οργανικών αναγκών, όπως η τροφή, μόνο ο άνθρωπος στο ζωικό βασίλειο συνέθεσε την αναπαραγωγή με το συναίσθημα και τη στενή επικοινωνία.

Στην πραγματικότητα το σεξ είναι μια σωματική έκφραση της ψυχοσωματικής ανθρώπινης ανάγκης για μια ένωση με το σύμπαν.

Ποιες όμως είναι οι προϋποθέσεις για μια ικανοποιητική σεξουαλική σχέση; Το αίσθημα αποτυχίας, απογοήτευσης, απομόνωσης, πικρίας αποτελούν τους αρνητικούς παράγοντες προς αποφυγή, ενώ η χαρά, η ικανοποίηση και η απόλαυση είναι τα θετικά σημεία που όλοι οι άνθρωποι και φυσικά οι έφηβοι έχουν το δικαίωμα να απολαύσουν.

Πέρα από τις βιολογικές ιδιαιτερότητες όπως ο ρυθμός ανάπτυξης και ωρίμανσης, η ανθρώπινη σεξουαλικότητα δε λειτουργεί στεγανά, αλλά αποτελεί μέρος της γενικότερης στάσης του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και τους άλλους, το άλλο φύλο, τη ζωή. Η ανασφάλεια, η εγωκεντρικότητα, η επιφυλακτικότητα, η δυσπιστία, η απαιτητικότητα, το αίσθημα φόβου, χαμηλής αυτοεκτίμησης, κατάκρισης ή αστάθειας επηρεάζουν τον έφηβο, με αποτέλεσμα να μην είναι ικανός να πλησιάσει τον ερωτικό σύντροφο με άνεση και ασφάλεια, αλλά με επιφυλακτικότητα και δυσπιστία. (Κ. Μάνος, 2000)

Σαφώς η ανθρώπινη σεξουαλικότητα έχει υποστεί κατά καιρούς εξαιτίας κοινωνικών αντιλήψεων, θρησκευτικών πεποιθήσεων, μύθων και παραπληροφόρησης, ισχυρή προκατάληψη και αρνητική στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα. Κανείς δεν έχει το δικαίωμα να περνά αρνητικά μηνύματα στους εφήβους του τύπου «πρόσεξε μη σε τυλίξουν» ή «ένα πράγμα μόνο ζητούν τα αγόρια». Ο διαχωρισμός του σώματος από την ψυχή, τα ηθικά διλλήματα, ο χαρακτηρισμός του σεξ ως ζωώδους λειτουργίας ή σαν αμαρτίας, δεν επιτρέπουν τον αληθινό στόχο που είναι η χαρά και η ικανοποίηση. (Κ. Μάνος, 2000)

Τι μπορεί να σημαίνει όμως για έναν έφηβο ικανοποιητική σεξουαλική σχέση; Η αίσθηση ότι είναι κανείς αρεστός, αποδεκτός, ή επιθυμητός; Η επιβεβαίωση του ανδρισμού ή της θηλυκότητας; Η ανάγκη αποφόρτισης της ορμονικής έντασης και η εξισορρόπηση της οργανικής λειτουργίας; Η περιέργεια, η μίμηση ή η αποδοχή και ο εντυπωσιασμός των συνομηλίκων; Η χρήση του σεξ μήπως αποτελεί υποκατάστατο συναισθηματικής στέρησης από το πρωτογενές περιβάλλον; (Κ. Μάνος, 2000)

Η ικανοποιητική σεξουαλική δραστηριότητα προϋποθέτει βιολογική ωριμότητα, δηλαδή ολοκλήρωση της σωματικής ανάπτυξης, συναισθηματική ισορροπία δηλαδή αυτοεκτίμηση και επαρκή συναισθηματική ανεξαρτησία και κοινωνική ανάπτυξη δηλαδή σεβασμό της προσωπικότητας και των δικαιωμάτων των άλλων. Οι υγιείς σεξουαλικές σχέσεις απαιτούν γνώση των ομοιοτήτων και διαφορών των δύο φύλων ως προς τη φυσιολογία και ανατομία, έλξη, αποδοχή της προσωπικότητας του ερωτικού συντρόφου και συναισθηματική επένδυση, ειλικρινή διάθεση για να χαρούν και να βιώσουν την απόλαυση της εξερεύνησης τρόπων για κοινή απόλαυση, προσπάθεια ποιοτικού χρωματισμού της σεξουαλικής δραστηριότητας και κατανόηση ότι η απόλαυση και η ηδονή αποτελεί κατάκτηση και όχι κάτι δεδομένο. (Κ. Μάνος, 2000)

12. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

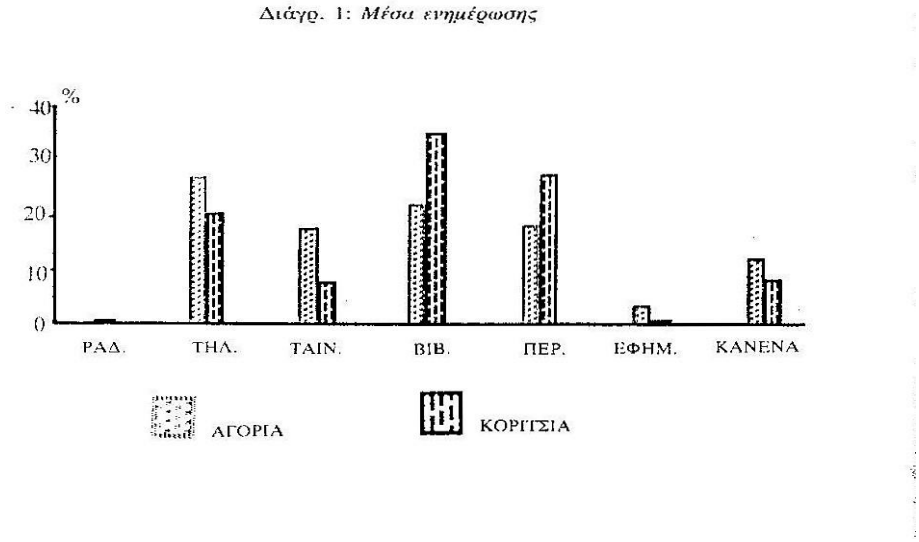
Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν περιορίζεται στην παροχή γνώσεων μόνο σε ότι αφορά τα ΣΜΝ και την αντισύλληψη, αλλά αποσκοπεί στη δια βίου μάθηση για τη σεξουαλικότητα, τις συναισθηματικές σχέσεις, τη σεξουαλική υγεία και την ανάπτυξη δεξιοτήτων, στάσεων και συμπεριφορών. Εφοδιάζει τους εφήβους με θετικά μηνύματα και τους υποστηρίζει για την ομαλή μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία προετοιμάζοντάς τους έτσι για την ενήλικη ζωή. (Καυγά Άννα,2010)

Οι έφηβοι είναι πιο ευάλωτοι σε σεξουαλικά προβλήματα εξαιτίας:

1. Το ανώριμο αναπαραγωγικό σύστημα που τους καθιστά πιο ευάλωτους στα ΣΜΝ και στις επιπλοκές σε κύηση, τοκετό και άμβλωση.
2. Η διαφορά ηλικίας μεταξύ των ερωτικών συντρόφων (ανήλικες με μεγάλης ηλικίας άντρες.
3. Οι κοινωνικοί κανόνες και τα στερεότυπα του φύλου που οδηγούν στην αύξηση των πιθανοτήτων για σεξουαλικό καταναγκασμό.

4. Η ώθηση στην πορνεία για βιοποριστικούς λόγους.

Οι Talashek et al το 2.003 ανέπτυξαν ένα μοντέλο που παρουσιάζει την αλληλεπίδραση των παραγόντων που επηρεάζουν τη σεξουαλική συμπεριφορά και βασίζεται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης όπως αναπτύχθηκε από τον Bandura το 1.962 όπου σύμφωνα με αυτό ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες διαμέσου μεσολαβητικών παραγόντων όπως κίνητρα και ικανότητες καθορίζουν την σεξουαλική συμπεριφορά. Οι παρεμβάσεις έχουν στόχο τις αλλαγές του σχολικού και οικογενειακού περιβάλλοντος και την ενίσχυση των προσωπικών ικανοτήτων για την υιοθέτηση ασφαλών και υγιεινών συμπεριφορών. (Καυγά Άννα,2010)



Εικόνα 26. Γ. Κρεατσάς, 2003

Όπως είναι γνωστό σε κάποιες χώρες έχει εισαχθεί το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, ενώ σε άλλες οι επιστήμονες υγείας συνάντησαν σοβαρά εμπόδια τα οποία οι Cleaver and Rich το 2.005 και οι Hayter et al το 2.007 συνόψισαν στα εξής:

- Θρησκευτικοί λόγοι στους οποίους θρησκευτικός προσανατολισμός των σχολείων δεν επέτρεπε το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης

Εκπαιδευτικοί λόγοι στους οποίους κάποιοι εκπαιδευτικοί ήταν αμήχανοι στο μάθημα αυτό και δεν δέχονταν ορισμένα σημεία ανάπτυξης (Καυγά Άννα,2010)

Στη Γαλλία το πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που εφαρμόστηκε περιλαμβάνει δύο κύκλους. Στον πρώτο κύκλο προβλέπεται «η επιστημονική διδασκαλία

των γεννητικών οργάνων του άρρενος και του θήλεος και ο μηχανισμός της αναπαραγωγής», ενώ στο δεύτερο κύκλο «ο νόμος της σεξουαλικής ευθύνης».

Ο Δρ. Ν. Ι. Ζακόπουλος στο άρθρο του «Νεότητα και σεξουαλική αγωγή», θεωρεί τη γενετήσια διαπαιδαγώγηση σαν ένα κεφάλαιο της γενικής διαπαιδαγώγησης του ατόμου, που πρέπει να γίνεται ως εξής:

- Ηλικία 6-7 ετών: με την ευκαιρία της ερώτησης, μιας γέννησης, εξηγούμε συνοπτικά και με τη βοήθεια των φυσικών αναλογιών την προέλευση του παιδιού.
- Ηλικία 11-12 ετών: προσέγγιση του θέματος από ανατομικής πλευράς
- Ηλικία 13-14 ετών: παραμονή της εφηβείας, καθορισμός του φυσιολογικού μηχανισμού.
- Ηλικία 16 ετών: το ηθικό και στοργικό πρόβλημα της αγάπης παρουσιάζεται με όλες του τις απαιτήσεις.
- Ηλικία 18-20 ετών: διδασκαλία των προγαμιαίων γνώσεων.

Τα κύρια σημεία του προβλήματος είναι:

1. Ο χρόνος κατά τον οποίο θα γίνει η ενημέρωση
2. Τα πρόσωπα που θα κάνουν την ενημέρωση
3. Το περιεχόμενο της ενημέρωσης
4. Ο τόπος της ενημέρωσης
5. Ο τρόπος της ενημέρωσης

Η σεξουαλική ενημέρωση μπορεί να αρχίσει ακόμη και από το νηπιαγωγείο και να συνεχιστεί αργότερα στο δημοτικό και το γυμνάσιο μέσα στα πλαίσια των μαθημάτων της υγιεινής, της βιολογίας, της ζωολογίας κλπ.

Πηγές των εφήβων σχετικά με τη γενετήσια λειτουργία

πηγή	αγόρια% N = 180	κορίτσια% N=271	σύνολο N=45
μητέρα	5,4	19,3	13,5
πατέρας	3,0	1,0	1,8
συνομήλικοι	45,2	35,3	39,4
σχολείο	17,2	21,1	19,5
βιβλιοπωλεία	20,3	19,7	20,0
γιατρός	0,3	0,5	0,4
ιερέας	0,6	0,4	0,4
πείρα	7,9	2,7	5,0

Πίνακας 27. Κ. Μάνος, 2.000

Τα άτομα που θα αναλάβουν τη διαφώτιση πρέπει να είναι υπεύθυνα και καταρτισμένα, είτε είναι γονείς είτε εκπαιδευτικοί και να μην έχουν οι ίδιοι προβλήματα γύρω από τα γενετήσια θέματα. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Ειδικά οι εκπαιδευτικοί πρέπει να επιλέγονται με μεγάλη προσοχή ενώ είναι απαραίτητη η εκπαίδευσή τους πριν την ανάληψη των καθηκόντων τους. (Καυγά Άννα,2010)

Ο Ν. Μελανίτης παρατηρεί ότι ένας μεγαλύτερος και ώριμος έφηβος μπορεί επίσης να δώσει πληροφορίες, ενώ οι πιο πολλοί πιστεύουν ότι πρέπει να εφαρμόζεται ατομική διαφώτιση από τους γονείς με την προϋπόθεση ότι φορείς της πολιτείας θα αναλάβουν να τους ενημερώσουν για το περιεχόμενο και τον τρόπο της διαφώτισης. (Κ. Μάνος 2.000)

Οι αρχές που πρέπει να τηρούνται κατά τη γενετήσια αγωγή συνοψίζονται στις εξής:

- Αποφυγή αγωγικής πρόκλησης για σεξουαλικότητα, ώστε να μην παίρνει την έννοια της μύησης και να μην εξάπτει τη φαντασία των νέων.
- Αποφυγή της αισχρολογίας, που οδηγεί στην αναισχυντία.
- Πρόνοια για αποφυγή προμήθειας αρνητικού εντύπου και ακατάλληλου υλικού από τα ΜΜΕ.
- Δημιουργία κοινωνικής ζωής και δραστηριοτήτων με έμφαση στον αθλητισμό.
- Τόνωση της ρομαντικής διάθεσης, με ενίσχυση του ιπποτισμού, της εκτίμησης και του σεβασμού στο άλλο φύλο.

- Δημιουργία συστήματος πνευματικών αξιών σε εφηβικό επίπεδο, με σκοπό την ορθή σεξουαλική αγωγή.
- Δημιουργία ηθικής εφηβικής κοινωνίας, με ηθική βούληση, ώστε να μην παραδίδονται «τα άγια (οι έφηβοι) τοις κυσί».
- Καλλιέργεια της τάσης για σεξουαλική αιδώ, χωρίς όμως να φτάνει στο σεξουαλικό άγχος.
- Καλλιέργεια στους εφήβους της τάσης για αποφυγή των οινοπνευματωδών ποτών και των ναρκωτικών ουσιών, που καταστρέφουν ψυχοσωματικά τον έφηβο

Ακρίβεια των πληροφοριών που είχαν φοιτητές Αμερικανικών Πανεπιστημίων				
Θέματα	Πολύ ακριβείς	Ακριβείς	Ανακριβείς	Πολύ ανακριβείς
Έκτρωση	32,7	55,0	11,9	4
Αντισύλληψη	26,4	50,8	21,4	1,4
Εκσπερμάτωση	27,2	46,7	23,7	2,4
Ομοφυλοφιλία	17,5	43,2	32,6	6,7
Σχέσεις	24,4	42,0	26,9	6,7
Αυνανισμός	21,8	41,6	30,0	6,6
Έμμηνος ρύση	45,5	38,0	13,1	3,4
Σύλληψη	33,5	41,7	18,8	6,0
Θωπείες	26,0	44,7	25,0	4,3
Πορνεία	21,2	50,8	21,8	1,9
Ονειρώξεις	25,3	50,0	21,8	2,9
Αφροδίσια νοσήματα	37,3	43,7	16,1	2,9

Πίνακας 27. Serfaty 1.998

13. ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Σύμφωνα με μια επιγραμματική φράση, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί πρέπει να κατευθύνουν τους εφήβους «με σιδερένιο χέρι μέσα σε βελούδινο γάντι». (Κ. Μάνος,2.000)

Η σεξουαλική δραστηριότητα όπως και τόσα άλλα θέματα είναι καθήκον των γονέων αρχικά να διδάσκεται στα παιδιά. Βέβαια υπάρχουν πολλοί γονείς που αρνούνται να συζητήσουν το θέμα αυτό είτε γιατί οι ίδιοι παρουσιάζουν αρνητική στάση απέναντι στο θέμα αυτό έχοντας ηθικές αναστολές και προκαταλήψεις, είτε γιατί θεωρούν ότι το σεξ εκπαιδεύεται μέσω του πειραματισμού είτε γιατί φοβούνται ότι η πληροφόρηση θα οδηγήσει στην άμεση εφαρμογή είτε γιατί δεν έχουν τη γνώση ή καταβάλλονται από προσωπικές αρνητικές εμπειρίες. Έτσι γίνεται στροφή των νέων προς άλλες πηγές πληροφόρησης όπως οι παρέες συνομηλίκων, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το διαδίκτυο. Δυστυχώς όμως τότε εμφανίζεται η παραπληροφόρηση, η διαστρέβλωση της πραγματικότητας και της αλήθειας και η καλλιέργεια φόβου, ντροπής, ενοχής ή υπερβολικών προσδοκιών. Η λαθεμένη πληροφόρηση και ελλιπής γνώση εκτός του ότι δημιουργούν αρνητική πεποίθηση προς το σεξ, που μπορεί να προκαλέσει μέχρι και σεξουαλική δυσλειτουργία, μπορεί να οδηγήσουν στην ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Ανύπαντρες εφηβες μετά από κύηση, αφού ενημερώθηκαν για τις μεθόδους αντισύλληψης και εφάρμοσαν κάποια, δεν ξανάπεσαν θύματα της κοινωνικής αυτής πληγής. Η άγνοια γύρω από τη σεξουαλική δραστηριότητα οδηγεί σε δυστυχία. Στην πράξη η προσέγγιση της εφηβείας χωρίς προετοιμασία και ενημέρωση, μπορεί να οδηγήσει εκτός από μια ανεπιθύμητη κύηση, σε μετάδοση κάποιου σεξουαλικώς μεταδιδόμενου νοσήματος ή ακόμη και σε ψυχολογική διαταραχή. (Κ. Μάνος 2.000)

Συμπέρασμα των ανωτέρω είναι ότι πρέπει οι γονείς να έχουν σωστή ενημέρωση για να εφαρμόσουν σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στους εφήβους, μέσα από έναν ανοιχτό και συνεχή διάλογο, που πρέπει να αρχίζει νωρίς, ανάλογα με τις ηλικιακές απαιτήσεις, αποφεύγοντας ηθικολογίες, δίνοντας μια πλήρη φυσιολογική και θετική εικόνα της ερωτικής πράξης και των συναισθημάτων που τη συνοδεύουν. (Κ. Μάνος 2.000)

14. ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ ΣΕ ΜΙΑ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΥΗΣΗ- ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η τεχνητή διακοπή της κύησης ή άμβλωση ή έκτρωση, σε καμιά περίπτωση δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο ή μέθοδο οικογενειακού προγραμματισμού. Το 1947 ο Νόρμαν Χάιρ στο Λονδίνο έγραφε « τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των αμβλώσεων είναι ασυνήθιστα μεγάλος. Σε πολλές χώρες μάλιστα οι αμβλώσεις ξεπερνούν σε τεράστιο ποσοστό τους τοκετούς. Στην πόλη Μπρίσμπεϊν της Αυστραλίας, ένας τοκετός αντιστοιχεί σε έξι αμβλώσεις. Υπερμοντέρνες κυρίες το θεωρούνε ταπεινωτικό, γελοίο και καταστρεπτικό για τη γραμμή και την ομορφιά τους να γεννήσουν ένα παιδί. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της μάστιγας της άμβλωσης είναι η διάδοση των γνώσεων για την αποφυγή της κύησης. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως η άμβλωση όχι μόνο επιτρέπεται παρά και επιβάλλεται. Μόνο που το πράγμα πρέπει να ερευνάται καλά πριν ο γιατρός πάρει την απόφαση να επιειρήσει την άμβλωση. Αλλά και η νομοθεσία πρέπει να επιτρέπει τις αμβλώσεις…»(Νόρμαν Χάιρ, 1947)

8 *Ρύθμιση των γεννήσεων στη Γαλλία*

Πίνακας 1.IV. *Πορεία του αριθμού των εκτρώσεων στη Γαλλία από το 1976 έως το 1994 (από τον C. Balyo, INED)*

Έτος	Αριθμός των εκτρώσεων		Εκτρώσεις ανά εκατό γεννήσεις ζώντων	Μέσος όρος των εκτρώσεων ανά γυναίκα
	Δηλωμένες	Εκτιμώμενες		
1976	134 173	250 000	34,8	0,67
1977	150 931	253 000	34	0,67
1978	150 417	256 000	34,7	0,67
1979	156 810	259 000	34,2	0,67
1980	171 218	262 000	32,7	0,67
1981	180 695	265 000	32,9	0,67
1982	181 122	263 000	33	0,65
1983	182 862	261 000	34,9	0,64
1984	180 789	260 000	34,2	0,63
1985	173 335	249 000	32,4	0,60
1986	166 797	239 000	30,7	0,57
1987	162 352	230 000	30	0,56
1988	166 510	230 000	29,8	0,54
1989	163 090	230 000	30	0,54
1990	170 428	230 000	30,2	0,53
1991	172 152	230 000	30,3	0,54
1992	167 777	227 000	30,5	0,53
1993	167 921			0,53
1994	173 842			

Πίνακας 27.Serfaty 1.998

Η μελέτη και διερεύνηση των τεχνητών αποβολών κατά τη διάρκεια της εφηβείας, παρουσιάζει αρκετά προβλήματα λόγω των κοινωνικών προβλημάτων που συνοδεύουν αυτά τα περιστατικά. Μόνο ενδεικτικές δειγματοληψίες και αναφορές μπορούν να δοθούν. Εξαιτίας του ιατρικού απορρήτου που ζητούν οι γυναίκες μετά τις εκτρώσεις δεν υπάρχουν ακριβή ποσοστά. Όμως σύμφωνα με τη Γενική Γραμματεία Ισότητας ο αριθμός των εκτρώσεων είναι 100.000-120.000 ετησίως υπερβαίνοντας τις γεννήσεις στο διπλάσιο (Ταρλαζής, 2001). Τα τελευταία επιδημιολογικά δεδομένα καταγράφουν σαφή αύξηση του αριθμού των κυήσεων στην εφηβεία, με ποσοστό το 1974 5,3%, το 1992 10,3% και το ίδιο περίπου το 2002 ενώ το ποσοστό των εκτρώσεων κυμαινόταν στα ίδια πλαίσια Είναι πολύ δύσκολο να μιλήσει κάποιος για ποσοστά εκτρώσεων στην εφηβεία αλλά από συγκριτικά αποτελέσματα ενώ το 1.975 αποτελούσαν το 28,8% των συνολικών εκτρώσεων, το 1.990 αντιπροσώπευσαν ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 35%. Σημαντικό στοιχείο σε όλες τις επιδημιολογίκές μελέτες φαίνεται μα είναι η αύξηση του ποσοστού των εκτρώσεων με την αύξηση της ηλικίας αν χωρισθούν σε ηλικιακές ομάδες, ώστε το ποσοστό είναι μεγαλύτερο στις έφηβες μεταξύ 18-19 ετών παρά στις έφηβες μεταξύ 15-17 ετών και περίπου δεκαπλάσιο στις κάτω των 15 ετών. (Κρεατσάς και συν. 2004).

Στη Κύπρο, η διακοπή εγκυμοσύνης στον ιδιωτικό τομέα είναι σχετικά εύκολη γιατί η νομοθεσία παρέχει αυτή τη δυνατότητα. Στον κρατικό όμως τομέα η διακοπή εγκυμοσύνης γίνεται μόνο στις περιπτώσεις που τίθεται θέμα σωματικής ή ψυχικής υγείας της μητέρας, βαριάς εμβρυϊκής ανωμαλίας, ή σε περιπτώσεις βιασμού. Ακόμα όμως, και στις περιπτώσεις ανάγκης για διακοπή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στον ιδιωτικό τομέα, η έφηβη δεν έχει πρόσβαση σε μια οικονομικά προσιτή τιμή, έχοντας να αντιμετωπίσει το ψηλό κόστος τέτοιας υπηρεσίας. Επιπλέον, οι ενοχές, ο φόβος, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ψυχολογική κατάπτωση είναι μόνο μερικές από τις πολύ αρνητικές συνέπειες στη έφηβη που προχωρά στην πολύ δύσκολη απόφαση διακοπής .

Κάθε χρόνο, υπολογίζεται ότι 4.400.000 έφηβοι καταφεύγουν στην έκτρωση. Σε σύγκριση με τις ενήλικες, οι έφηβες είναι πιο πιθανό να καθυστερήσουν την άμβλωση, καταφεύγοντας συχνά σε ανειδίκευτα άτομα , χρησιμοποιώντας επικίνδυνες μεθόδους και εφόσον η επέμβαση γίνεται σε ακατάλληλο χρόνο, πολύ αργότερα από το επιτρεπτό, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν επιπλοκές. Κατά συνέπεια, οι έφηβες που αναζητούν την άμβλωση ή παρουσιάζουν επιπλοκές από τις αμβλώσεις θα πρέπει να θεωρούνται ως επείγον ιατρικό περιστατικό. Η προσέγγιση για την εφηβική άμβλωση θα πρέπει να

περιλαμβάνει όλα τα επίπεδα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και της κοινότητας, και θα πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο τη διαχείριση των συνεπειών των μη ασφαλών αμβλώσεων, αλλά και μετά την έκτρωση, την σωστή ενημέρωση για αντισύλληψη. Η πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με την παροχή πληροφοριών σχετικά με τη σεξουαλικότητα και η διασφάλιση από τις υπηρεσίες υγείας, πρέπει να δημιουργούν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, για τη λήψη σωστών αποφάσεων των νέων.(Int J Gynaecol Obstet. 2001)

Η διαφοροποίηση των εφήβων σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικίες εκτός των άλλων επικεντρώνεται στο αυξημένο ποσοστό λήψης αντισυλληπτικών δισκίων έχοντας αίσθημα σιγουριάς για αυτή την αντισυλληπτική μέθοδο επιλογής, χωρίς όμως την αντίστοιχη συμμόρφωση στους κανόνες που τη διέπουν και το αυξημένο ποσοστό θετικής αντιμετώπισης του ενδεχομένου της έκτρωσης από την πλευρά τους. Το αποτέλεσμα είναι να φτάνουν για τη διαδικασία της διακοπής πέραν της 12^{ης} εβδομάδας της κύησης όπου επιτρέπει ο νόμος. Το ηθικό πρόβλημα που προκύπτει από τις εκτρώσεις του β΄ τριμήνου χωρίς να παραγνωρίζεται το νομικό μέρος του θέματος, γίνεται μεγαλύτερο καθώς μόνο το 3,5% αυτών των εκτρώσεων γίνεται για αυστηρά θεραπευτικούς λόγους εξαιτίας κινδύνων της υγείας της μητέρας. Το 36,9% των περιπτώσεων αφορά εκτρώσεις λόγω χρωμοσωμικών ή άλλων ανωμαλιών του εμβρύου (ευγονικές εκτρώσεις), ενώ το 59,6% αφορά τη διάγνωση του ψυχικού και αισθηματικού άλγους της μητέρας και των φόβων για την πορεία της ψυχικής της υγείας που γίνεται από ειδικούς. (Ε. Δεληγεώρογλου, 2003)

Στη χώρα μας δεν υπάρχει δυνατότητα επιλογής μεθόδου, καθώς η μοναδική επιλογή είναι η χειρουργική έκτρωση. Απαραίτητος είναι ο κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος και η αναισθησιολογική εξέταση της εφήβου πριν την επέμβαση. Διαρκεί λίγα λεπτά, απαιτείται κατάλληλος εξοπλισμός και πρέπει να γίνεται σε καλά οργανωμένα κέντρα. (Ε. Δεληγεώρογλου, 2003)

Η χειρουργική έκτρωση γίνεται με διαστολή του τραχηλικού στομίου με τα κηρία Hegar, με μέγεθος μεγαλύτερο κατά μια εβδομάδα από την ηλικία κύησης. Ακολουθεί αναρροφητική απόξεση. Η θνητότητα ακολουθεί φθίνουσα πορεία και ενώ το 1.975 ήταν της τάξης του 4,1 ανά 100.000, στα μισά της δεκαετίας του 1.990 έφθασε στο 0,4 ανά 100.000 εφήβους. Ως προς τη νοσηρότητα της μεθόδου οι επιπλοκές διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες. Στις άμεσες περιλαμβάνονται η διάτρηση της μήτρας και η προκαλούμενη αιμορραγία, που μπορεί να φθάσει στα όρια της αναγκαστικής επεμβατικής ολικής υστερεκτομίας. Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις κακώσεις κατά τη διάρκεια της επέμβασης για την αποτροπή απώτερων επιπλοκών όπως την ενδομητρίτιδα, σαλπιγγίτιδα, πυελική φλεγμονή, ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου.

Επιβάλλεται σαφώς η θεραπευτική αντιμετώπιση. Αξιοσημείωτο είναι ότι κατά τη δεκαετία του 1.980 από μελέτες που έγιναν, αποδείχθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος στην έφηβη είναι 2,5 φορές μεγαλύτερος απ' ότι στις ενήλικες. (Ε. Δεληγεώργολου, 2003)

Οι μέθοδοι φαρμακευτικής έκτρωσης αφορούν τη χορήγηση μιφεπριστόνης(RU-486) ή τη χορήγηση μεθοτρεξάτης σε συνδυασμό με μισοπροστόλη. (Ε. Δεληγεώργολου, 2003)

Σε κάποιες χώρες όπου υπάρχει η δυνατότητα επιλογής μεταξύ φαρμακευτικής και χειρουργικής διακοπής της κύησης, μετά από έρευνες διαπιστώθηκε ότι η έκτρωση θεωρείται από τις ίδιες πιο ασφαλής διαδικασία σε ποσοστό 68% και καλύτερη επιλογή από ένα ανεπιθύμητο βρέφος κατά 55%. Σε ποσοστό 72% πιστεύουν ότι η έκτρωση μπορεί να επηρεάσει τη μελλοντική τους γονιμότητα, ενώ το 51% πιστεύει ότι η φαρμακευτική έκτρωση είναι ασφαλέστερη της χειρουργικής. (Ε. Δεληγεώργολου, 2003)

Η χρήση της μιφεπριστόνης σε συνδυασμό με προσταγλανδίνες έως την 83^{η} μέρα της κύησης, δίνει ποσοστό επιτυχίας κατά 94,2%. Σύμφωνα με κάποιους επαγγελματίες υγείας χρειάζεται αυστηρή νοσοκομειακή εφαρμογή και επανέλεγχος τουλάχιστον σε τρεις επισκέψεις, προκαλώντας το ίδιο οικονομικό κόστος με τη χειρουργική έκτρωση, ενώ το ποσοστό θνητότητας ανέρχεται στο 0,5/100.000 και νοσηρότητας 2/100.000 ανακοπές, καθιστώντας την εξίσου επικίνδυνη με τη χειρουργική έκτρωση. (Ε. Δεληγεώργολου, 2003)

Ο συνδυασμός μεθοτρεξάτης και μισοπροστόλης έως την 49^{η} ημέρα της κύησης σε έφηβες είχε ποσοστό επιτυχίας 92% αλλά οι παρενέργειες όπως η έντονη μυομητρική δραστηριότητα κατά 96% και η ναυτία κατά 44% θεωρήθηκαν σημαντικές ενώ το 83% των εφήβων δήλωσε ότι θα την ξαναχρησιμοποιούσε τη μέθοδο αυτή. Βέβαια η εφαρμογή της μεθόδου βρίσκεται ακόμη σε στάδιο πρωτοκόλλων και η ασφάλειά της δεν έχει επιβεβαιωθεί. (Ε. Δεληγεώργολου, 2003)

Ως προς το κοινωνικό προφίλ των εφήβων που επιλέγουν την έκτρωση αξίζει να σημειωθεί ότι είναι υψηλό, προερχόμενες από αστικές κέντρα με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο, που επιθυμούν τη συνέχεια των σπουδών τους. (Ε. Δεληγεώργολου, 2003)

Πρέπει να τονιστεί ότι η έφηβη που καταφεύγει στην τεχνητή διακοπή της κύησης, έχει αυξημένες ανάγκες και χρειάζεται αρκετή συμβουλευτική βοήθεια.

Το συμπέρασμα μιας μελέτης είναι ότι έντονες προσπάθειες θα πρέπει να στοχεύουν στην εκπαίδευση των νέων σχετικά με τη σεξουαλικότητα και την πρόληψη της εγκυμοσύνης, αξιοποιώντας κατάλληλα τις αρμόδιες υπηρεσίες. Όταν βρισκόμαστε αντιμέτωποι με μια νεολαία που έχει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, όλες οι νομικές επιλογές πρέπει να διερευνούνται προσεκτικά ως προς τον τοκετό, ή την έκτρωση. Η απόφαση ανήκει στην έφηβη και σημαντικά άτομα του περιβάλλοντός της. Εάν επιλεγεί η άμβλωση, πρέπει να γίνει στο α΄ τρίμηνο της

κύησης. Τέλος, οι γιατροί καλούνται να γνωρίζουν τη συγκεκριμένη, συνεχώς μεταβαλλόμενη ως προς το νομικό πλαίσιο δυναμική σχετικά με αυτό το θέμα που παρίσταται στα κράτη τους. Η έκτρωση είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχει γίνει μια συναισθηματική αλλά αναμφισβήτητα σημαντική πτυχή της εφηβικής σεξουαλικότητας και πρέπει να ληφθεί μέριμνα για την εφηβική υγειονομική περίθαλψη, σε αυτή τη χώρα και σε όλο τον κόσμο . (Semin Adolesc Med,. 1985)

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, τέσσερις από τις πέντε εγκυμοσύνες σε εφήβους είναι ακούσια και περίπου το ένα τρίτο του συνόλου των εφηβικών κυήσεων καταλήγουν σε άμβλωση. Εμπόδια, όπως τα ταξίδια και το κόστος της άμβλωσης για τις εφήβους, των οποίων οι εγκυμοσύνες έχουν διαγνωστεί αργότερα από ό, τι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, μπορεί να επηρεάσει ιδιαίτερα την έκβαση και την επιτυχία της επέμβασης. Η πλειοψηφία των κρατών απαιτεί τη γονική συμμετοχή στην απόφαση των εφήβων για τερματισμό της εγκυμοσύνης τους. Πρόσφατες αναλύσεις δείχνουν ότι η υποχρεωτική συμμετοχή των γονέων δεν προωθεί την καλή λειτουργία της οικογένειας. Οι ισχύοντες νόμοι μπορεί πραγματικά να αυξήσουν τον κίνδυνο βλάβης, καθυστερώντας την κατάλληλη ιατρική φροντίδα. Φαρμακευτική αγωγή ή χειρουργική άμβλωση είναι οι επιλογές για τους εφήβους. και οι δύο εξίσου ασφαλείς και αποτελεσματικές. Δεν υπάρχει καμία απόδειξη ότι η έκτρωση κατά τη διάρκεια της εφηβείας προκαλεί αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες, μειωμένη γονιμότητα, ή αυξημένο κίνδυνο σε μελλοντικές εγκυμοσύνες. .(Davis AR[1], Beasley AD.

Στις περισσότερες χώρες, η πρόσβαση των εφήβων στην άμβλωση περιορίζεται από τους περιορισμούς σχετικά με τη νόμιμη άμβλωση. Η έκτρωση είναι νόμιμη στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά πολλά κράτη απαιτούν γονική συναίνεση. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία η υποχρεωτική συγκατάθεση των γονέων δικαιολογείται από διάφορες υποθέσεις, συμπεριλαμβανομένου του υψηλού κινδύνου ψυχολογικής βλάβης από την άμβλωση, την αδυναμία των εφήβων να πάρουν μια επαρκώς τεκμηριωμένη απόφαση, και τα οφέλη της γονικής συμμετοχής. Μελέτες δείχνουν ένα σχετικά χαμηλό κίνδυνο ψυχολογικής βλάβης που συνδέεται με την άμβλωση, και οι έφηβοι που αναζητούν την άμβλωση φαίνεται ότι μπορούν να προβούν σε μια τεκμηριωμένη επιλογή. Λιγότερα είναι γνωστά για τις επιπτώσεις της γονικής συμμετοχής. Οι συγγραφείς οφείλουν να μελετήσουν τις διαθέσιμες έρευνες και να εφαρμόσουν πολιτικές συζητήσεις πάνω στη γονική συναίνεση τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και το διεθνές πλαίσιο. (Health Psychology Program, Department of Psychiatry, University of California, 2.003)

Σε μελέτη στο Μαιευτήριο Αλεξάνδρα και πάλι χρησιμοποιώντας ανώνυμο ερωτηματολόγιο και το ιστορικό των εφήβων σημειώθηκε ότι οι εκτρώσεις των εφήβων ηλικίας 14-19 ετών για το έτος 1975 ήταν 28,8%, το 1989 ξεπέρασε το 35%. Στην

αντίστοιχη χρονική περίοδο, στην Ιταλία το ποσοστό ήταν μόλις 8%, ενώ κατά τα έτη 1991-1994 κυμάνθηκε μεταξύ 2,4% - 4,25%. Στο χρονικό διάστημα 1990-1996 στην Ελλάδα και ενώ σημειώθηκε μείωση του ποσοστού των εφηβικών κυήσεων, το αντίστοιχο ποσοστό των τεχνητών διακοπών δεν εμφάνισε μείωση. Σύμφωνα με δημογραφικές μελέτες το 1993 στην Ελβετία το ποσοστό των εφηβικών κυήσεων ήταν 5%, αλλά η διακοπή της κύησης έφτανε το 80% των περιπτώσεων. (Κρεατσάς,2.003)

Ένα αξιοσημείωτο στοιχείο των επιδημιολογικών μελετών είναι η αύξηση του ποσοστού των τεχνητών διακοπών, σε συνάρτηση με την ηλικία, δίνοντας την εξής εικόνα: το ποσοστό των τεχνητών αποβολών στις ηλικίες 18 – 19 είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο στις ηλικίες 15 – 17 ετών και περίπου δεκαπλάσιο από τις ηλικίες κάτω των 15 ετών.(Ιωαννίδη-Καπόλου 2004)

Στην Ελλάδα το νομοθετικό πλαίσιο επιτρέπει την τεχνητή διακοπή της κύησης τόσο στην έφηβη όσο και στην ενήλικη γυναίκα πριν την δωδέκατη εβδομάδα, αλλά στην έφηβη προϋποθέτει την έγγραφη συγκατάθεση του κηδεμόνα. (Μαργαριτίδου και συν 1991)

Στις ΗΠΑ το ποσοστό των εκτρώσεων κατά την κύηση στην εφηβεία ανέρχεται στο 39%, ενώ στο σύνολο του πληθυσμού που δέχεται τεχνητή διακοπή το 1/3 αφορά έφηβες ηλικίας μέχρι 20 ετών

Ως προς το ποσοστό θνησιμότητας παγκοσμίως οι μελέτες αναφέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα, το 2% σε 100000 γυναίκες.

Στη Γαλλία εξαιτίας των πιθανών επιπλοκών και της νοσηρότητας και θνησιμότητας που μπορεί να ακολουθήσει η διακοπή μιας ανεπιθύμητης κύησης στην εφηβεία, εφαρμόζεται η φαρμακευτική διακοπή της κύησης. Κατά τη διαδικασία αυτή επιτυγχάνεται αναστολή της δράσης της προγεστερόνης, στο επίπεδο των υποδοχέων της, σε συνδυασμό με προσταγλανδίνες. Η μέθοδος αυτή προσφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα της τάξης του 95% και αποτελεί έναν σχετικά ακίνδυνο τρόπο, με μια μη εγχειρητική διακοπή της κύησης στο πρώτο δίμηνο.

15. Η ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΥΗΣΗ ΑΠΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Γιατί η έφηβη είναι ευάλωτη σε μια εγκυμοσύνη και ποια ηλικία είναι η ποιο επικίνδυνη; Ποια τα αίτια της εφηβικής εγκυμοσύνης; Πώς ορίζεται η έφηβος υψηλού κινδύνου από τα

ερευνητικά δεδομένα; Ποιοι οι τρόποι πρόληψης και ποιες οι επιλογές; (Γιακουμάκη, σημειώσεις)

16.1 ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Ο Piaget αναφέρει ότι το 12χρονο παιδί σε αυτή τη φάση της ζωής του, μπαίνει στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο της γνωστικής εξέλιξης, το στάδιο των τυπικών νοητικών διεργασιών. Ο έφηβος περνά από την κατανόηση του πραγματικού στην κατανόηση του δυνατού. Αποκτά αντίληψη της έννοιας του χρόνου και ικανότητα να προγραμματίζει για το μέλλον, ικανότητα που ενώ ξεκινά στα 12, ολοκληρώνεται αργότερα. Στην ηλικία αυτή η σκέψη του εφήβου δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί από τη σκέψη των άλλων, με αποτέλεσμα να θεωρεί ότι οι άλλοι ασχολούνται με εκείνον, με τη συμπεριφορά του και την εμφάνισή του, δίνοντας μοναδικότητα στα συναισθήματά του. Αυτή η παντοδυναμία στη σκέψη και η μοναδικότητα των συναισθημάτων του, ονομάζεται προσωπικός μύθος του εφήβου. Κάτω από αυτό το πρίσμα πολλά κορίτσια είναι ευάλωτα σε μια εγκυμοσύνη, δεδομένου ότι κατά τη γνώμη τους, η εγκυμοσύνη είναι κάτι που μπορεί να συμβεί στα άλλα κορίτσια και όχι στα ίδια, γι' αυτό και δεν υπάρχει λόγος να πάρουν προφυλάξεις. Σε μια μελέτη στις ΗΠΑ βασισμένη σε αυτά τα στοιχεία σε πληθυσμό δείγματος 2000000 εφήβων ως προς το ποσοστό που δε χρησιμοποίησε αντισυλληπτική μέθοδο έδειξε ότι:

<50% νόμιζαν ότι δε θα συμβεί σ' αυτές

>30% νόμιζαν ότι ήταν ασφαλείς ημέρες

<20% είχαν απρόβλεπτη σεξουαλική σχέση

>10% ήταν πολύ μικρές για να μείνουν έγκυες

>10% είχαν λανθασμένη αντισύλληψη ή επικίνδυνη

>5% είχαν σε αραιά διαστήματα σεξουαλική σχέση

>4% είχαν άγνοια αντισύλληψης

Αυτή η έλλειψη γνωστικής διαφοροποίησης μειώνεται αργότερα, όταν η ικανότητα της εφήβου για αφαιρετική σκέψη ολοκληρώνεται.

16.2ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Σύμφωνα με μια θεωρία η εφηβική κύηση είναι μια εκδήλωση της σεξουαλικής συμπεριφοράς της εφήβου, στην προσπάθειά της να καλύψει μη σεξουαλικές ανάγκες.

Από πρόσφατες μελέτες έχει αποδειχθεί ότι το κίνητρο μιας εφηβικής εγκυμοσύνης δεν είναι η περιέργεια ή ευχαρίστηση, δηλαδή η αυτή καθαυτή σεξουαλική συμπεριφορά, αλλά η συναισθηματική ανάγκη για αγάπη και παραδοχή, η ασυνείδητη προσπάθεια πλήρωσης κάποιου συναισθηματικού κενού γεγονός που φαίνεται και από το ότι εφηβική κύηση επέρχεται μετά από την απώλεια αγαπημένου προσώπου (διαζύγιο γονέων).(Κ. Μάνος, 2.000)

Κατά τη θεωρία του Erikson, το ψυχολογικό επίτευγμα της εφηβείας είναι η απόκτηση ταυτότητας, σε αντιδιαστολή με τη σύγχυση και δοκιμή ρόλων. Μια αρνητική ταυτότητα που μπορεί να δοκιμάσει είναι η κύηση, ενώ η σύγχυση αφορά το ρόλο της λήψης αντί της προσφοράς της μητρικής φροντίδας. (Κ. Μάνος, 2.000)

Η χαλάρωση των κοινωνικών δομών ή τα διπλά μηνύματα πολλές φορές λειτουργούν ως πρόκληση για την έφηβη. Χαρακτηριστικό το παράδειγμα των ΗΠΑ με τα πολλά κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, περισσότερα από 190, όπου η εφηβική κύηση είναι ένα μη ελεγχόμενο φαινόμενο. Κάτι αντίστοιχο παράδοξο ισχύει και στην Ελλάδα όπου ενώ επιδεικνύεται κακόγουστα και χυδαία η σεξουαλική σχέση και ότι την αφορά, επιθυμείται έλεγχος για κάτι που η ίδια η κοινωνία έθεσε τις προϋποθέσεις.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι:

- Μεγάλη συχνότητα ανεπιθύμητης κύησης, παρατηρείται 6 μήνες από την έναρξη των σεξουαλικών επαφών
- Μια επαναλαμβανόμενη δεύτερη κύηση εμφανίζεται στον ίδιο χρόνο
- Η έφηβος δεν απευθύνεται έγκαιρα για βοήθεια
- Η έφηβος δεν αντιμετωπίζει θετικά τις αντισυλληπτικές μεθόδους
- Δεν υπάρχει σωστή ενημέρωση στα θέματα εγκυμοσύνης-τοκετού-αντισύλληψης

16. **ΕΠΙΛΟΓΕΣ**

Ο εφιάλτης για την έφηβη ξεκινά με την καθυστέρηση στην έμμηνο ρύση. Η ζωή της κρέμεται από το «+» ή «-» του τεστ. *«Φοβάμαι, τι θα κάνω; Τι θα γίνουν τα όνειρά μου; Πώς θα το πω στους γονείς μου; Θα με σκοτώσουν!»*. Είναι λόγια που μας μεταφέρει η κοινωνική λειτουργός **Ιωάννα Λαγουμιτζή** της γραμμής 1056 SOS από το «Χαμόγελο του

Παιδιού». Μικρογραφία των παραπάνω αποτελούν οι κλήσεις για βοήθεια στήριξης και σωστού χειρισμού, από 14χρονη έγκυο. Μητέρα 12χρονης εγκύου, από τον 17χρονο φίλο της, η οποία επιθυμεί να κρατήσει το παιδί. Πατέρας 15χρονης, η οποία μετά από διαμάχη έφυγε για 10 ημέρες από το σπίτι. Πολίτη που βρήκε εγκαταλελειμμένη 17χρονη σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, την οποία έδιωξε από το σπίτι ο σύντροφός της, όταν ενημερώθηκε για την κατάσταση της.(Άρθρο Γ. Κρεατσάς,2011)

Το 1960 στην Αμερική εξασκήθηκε στα σχολεία η πρώτη πίεση, με αποτέλεσμα την απομόνωση της κυοφορούσας έφηβης από τα άλλα παιδιά. Το 1970 επιτράπηκε στις έφηβες, να παρακολουθούν τις κανονικές τάξεις παρόλο που οι ίδιες σταματούσαν συνήθως το σχολείο, εποχή που είχαν αρχίσει να αναπτύσσονται διάφορα προγράμματα στο πλαίσιο του σχολείου, με σκοπό την υποστήριξη την εφήβου σε κύηση. Ο δεύτερος φορέας που ασχολήθηκε με τα περιστατικά αυτά ήταν τα Νοσοκομεία. Η αντίδραση ήταν τα περισσότερα να αποκλείσουν τις έφηβες. Όσο για τη στάση της πολιτείας, ήταν επίσης αρνητική, τονίζοντας την ανηθικότητα των κοριτσιών αυτών.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο πλέον λαμβάνονται δραστικά μέτρα για την αντιμετώπιση του φαινομένου καθώς διαπιστώνεται σημαντική αύξηση των νεαρών εφήβων (12-14 ετών), που προχωρούν στην σεξουαλική επαφή χωρίς να λαμβάνουν επαρκή μέτρα προστασίας. Η Ελβετία προωθεί στην αγορά προφυλακτικά μικρού μεγέθους, ενώ η Βρετανία διαθέτει στους 13χρονους «κάρτα προφυλακτικών» για δωρεάν προμήθεια. Άρθρο Κρεατσάς,2011
.

Στην ελληνική κοινωνία και πολιτεία ποια στάση και αντιμετώπιση θα επικρατήσει; (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Εφαρμογή τιμωρίας με κάποια μορφή δικαστηρίου με ένοχο στο εδώλιο του κατηγορουμένου τους γονείς, το σχολείο, τις παρέες ή την έφηβη; Ποια η φροντίδα που θα δοθεί στην έφηβη; (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Σαφώς όχι τιμωρία, αλλά μέριμνα. Όχι απόδοση ενοχής, αλλά παρέμβαση και πρόληψη. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Οι υπηρεσίες υγείας και το επιστημονικό προσωπικό θα έπρεπε να οργανώσουν ένα πλάνο με βάσεις τις απαιτήσεις που υφίστανται.

Πολλαπλοί τρόποι προσέγγισης των νέων για την πρόληψη της εφηβικής κύησης			
Επίπεδα	Έφηβοι 11-14 ετών	Έφηβοι 14-17 ετών	Έφηβοι 17-21 ετών
Προσωπικό	πληροφόρηση για την σεξουαλική ανάπτυξη	-αναλυτικότερη ενημέρωση στα θέματα αναπαραγωγής και αντισύλληψης	-ομοίως
	-έμφαση στην καθυστέρηση της σεξουαλικής δραστηριότητας	-συσχέτιση της σεξουαλικής δραστηριότητας και των επιπτώσεων	
	-ενημέρωση για οικογενειακό προγραμματισμό	σεξουαλικότητα και τρόπος υγιεινής συμπεριφοράς	
	-σεξουαλικότητα και τρόπος υγιεινής συμπεριφοράς		
Ομαδικό	-πρόγραμμα βασισμένο στο σχολείο	Ομοίως	-τα ίδια σε διαφορετικό βαθμό
	-υπηρεσίες προσιτές οικογενειακού προγραμματισμού		

	-ενημέρωση μέσω των ΜΜΕ		
	-οργάνωση εκδηλώσεων από το σχολείο ή κάποιο φορέα		
Κοινότητα –Κράτος	-νομοθεσία που εξασφαλίζει προσέγγιση και απόρρητο στις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού	-ομοίως	ομοίως
	προγράμματα αγωγής υγείας και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από το δημοτικό		
	-εκπαίδευση των παιδαγωγών, συμβούλων, επαγγελματιών υγείας		

Καθορισμός του στόχου	Παρέμβαση	
Στόχος	Μέθοδοι	Μέσα/ Χώροι δράσης
-Ενημέρωση, για τη στάση και συμπεριφορά των νέων σε σχέση με τη	-Συμβουλευτική	-Κλινικές, Νοσηλευτικά Ιδρύματα -Σχολεία

σεξουαλική δραστηριότητα, αντισύλληψη, κύηση		
	-Αγωγή υγείας	-Επαγγελματίες υγείας
		-Παιδαγωγοί
		-Γονείς
-Ενημέρωση για τη στάση και συμπεριφορά των νέων σε σχέση με τη σεξουαλική δραστηριότητα και το σχεδιασμό προτύπου ζωής	-Σεμινάρια	-Σύλλογοι γονέων
	-Ομιλίες	-Σχολεία
	-Βιβλία	-Κέντρα υγείας
	-Συμβουλευτική	-Παιδαγωγοί
		-Επαγγελματίες υγείας

Πίνακας Ρ. Τραγέα, 2006

Ο σχεδιασμός του προγράμματος για να είναι αποτελεσματικός, πρέπει να περιλαμβάνει:

1) εξακρίβωση του χώρου όπου υπάρχει πρόβλημα

2) καθορισμό του προβλήματος μετά από παρατήρηση

3) ανάλυση των σχετικών επιδράσεων και πληροφοριών ανάλογα με το κοινωνικό, προσωπικό, νομικό επίπεδο

4) καθορισμό στόχων για αλλαγή συμπεριφοράς των νέων

5) σχεδιασμό του προγράμματος παρέμβασης

6) εφαρμογή του προγράμματος

7) αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

Καθορισμός του προβλήματος		**Σύστημα ανάλυσης**	
Στρατηγική	Επίπεδο δράσης	Σχέδιο δράσης	Αξιολόγηση
-προγράμματα πρόληψης εφηβικής κύησης	προσωπικό	ιατρική/αγωγή υγείας	Κλινική
	ομαδικό	κοινωνική προστασία	Καταμέτρηση
	μέσα μαζικής ενημέρωσης	διαπροσωπική υποστήριξη	Ανίχνευση
-σεξουαλική δραστηριότητα	προσωπικό	παιδαγωγοί υγείας	ανίχνευση με ερωτηματολόγια
	ομαδικό	επαγγελματίες υγείας	βιοστατιστικά στοιχεία
		επιτελικά στελέχη	
-αντισύλληψη/ οικογενειακός προγραμματισμός	προσωπικό	ιατρική/αγωγή υγείας	ιατρικό ιστορικό
	ομαδικό	επαγγελματίες υγείας	ερωτηματολόγια
	μέσα μαζικής ενημέρωσης	επιτελικά στελέχη	βιοστατιστικά στοιχεία

Πίνακας 28.(Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2006)

Κοινωνική στήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται έντονα με τη θετική προσαρμογή των ανηλίκων γονέων, κατά τη διάρκεια της μετάβασης στη γονεϊκότητα, είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει τον αριθμό των μελών σε ένα κοινωνικό δίκτυο ατόμων τους τύπους της υποστήριξης την αντιλαμβανόμενη γενική υποστήριξη την πραγματική υποστήριξη και την ικανοποίηση από την παρεχόμενη και ληφθείσα υποστήριξη. Ο τύπος και η ικανοποίηση της συμπαράστασης φαίνεται να είναι σημαντικότεροι παράγοντες από τον αριθμό του κοινωνικού δικτύου. (Κ. Μάνος 2.000)

Στις πολιτισμικές ομάδες οι οικογένειες και οι φίλοι των νέων γονέων αποτελύν μια σημαντική διάταση του γονεϊκού κοινωνικού δικτύου. Αναζητώντας βοήθεια η έφηβη μαθαίνει πολιτισμικές πρακτικές και αναπτύσσει την ικανότητα του νέου ρόλου της μητέρας. (Κ. Μάνος 2.000)

Τα κοινωνικά δίκτυα παρέχουν ένα σύστημα υποστήριξης στο οποίο οι γονείς μπορούν να απευθυνθούν για την παροχή βοήθειας αλλά ενδέχεται και να αποτελούν πηγη σύγκρουσης. Ορισμένες φορές ένα μεγάλο κοινωνικό δίκτυο μπορεί να προκαλέσει προβλήματα καθώς οδηγεί δε αντικρουόμενες συμβουλές που προέρχονται από διαφορετικούς ανθρώπους. Εξαιτίας της αλλαγής της δομής και αναδιοργάνωσης της οικογένειας που συμβαίνει λόγω του ερχομού του νέου μέλους η συναισθηματική κατάσταση και η κόπωση της μητέρας κατά τη διάρκεια της λοχείας μπορούν να αντιμετωπισθούν καλύτερα με την ειδική υποστήριξη από τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους παρά από οποιαδήποτε άλλη γενική στήριξη. (Ιωαννίδη Ε. Αγραφιώτης Δ. 2.008)

Η υποστήριξη αυτή μπορεί να περιλαμβάνει ουσιαστική βοήθεια στη φροντίδα του νεογέννητου ώστε να δοθεί επαρκής χρόνος στη μητέρα να ασχοληθεί με την αντιμετώπιση των προβλημάτων του νέου τρόπου ζωής. (Ιωαννίδη Ε. Αγραφιώτης Δ. 2.008)

Οι φορείς στην Ελλάδα όπου μπορεί να απευθυνθεί μια έφηβη είναι:

Α) Τα κέντρα Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας που λειτουργούν:

- Στη Α' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του Παν. Αθηνών «Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», Λαμψάκου 6, 11525, Αθήνα, τηλ. 210 3381100.

- Στη Β' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του Παν. Αθηνών «Νοσοκομείο Αρεταίειο», Βασ. Σοφίας 76, 115 25, Αθήνα, τηλ. 210 7286000.
- Στο αντίστοιχο τμήμα του «Ιπποκράτειου Νοσοκομείου» Θεσσαλονίκης

Β) Στο κέντρο βρεφών «Μητέρα»:

- Παρέχει φιλοξενία εγκύων και λεχωϊδων
- Παρέχει εξειδικευμένες και εξατομικευμένες υπηρεσίες σε παιδιά και γονείς.
- Παρέχει στέγη, τροφή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα στον τοκετό και τη λοχεία
- Φιλοξενεί μητέρες και νεογνά
- Παρέχει συμβουλές και οικονομική ενίσχυση σε εγκύους και λεχωϊδες.
- Επίσης φροντίζει για το μωρό που μπορεί να φιλοξενηθεί

Γ) Γενική Γραμματεία Ισότητας (Μουσείου 2, Πλάκα, τηλ. 210 3215824)

Δ) Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (πληροφορίες στο τηλ. 210 5235757)

Ε) Ο.Α.Ε.Δ.

- Παρέχει επιδόματα σε προβληματικές οικογένειες (άγαμες μητέρες) με ορισμένες προϋποθέσεις.

ΣΤ) Σε όλα τα νοσοκομεία της Χώρας, στο μαιευτικό τμήμα των οποίων, ο Μαιευτήρας και η μαία θα της δώσουν εξειδικευμένες συμβουλές.

Άλλοι φορείς στους οποίους μπορεί να απευθυνθεί η έφηβη έγκυος ή μητέρα;

Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού (τηλ 210-7774607)

Κέντρο Στήριξης Της Αρχιεπισκοπής Αθηνών (Ακαδημίας 95, Αθήνα τηλ 210-3841536, 210-3811959, 210-8615700)

Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας Αθηνών Ε.Ο.Π., Λ. Αλεξάνδρας 196, Αμπελόκηπους (τηλ 210-6452145, 210-6453691)

Ε.Ο.Π., Δ Αττικής Πλατεία Δημοκρατίας & Αθήνας (τηλ 210-5561626,Κ.Υ. 210-5561627)

Δυτικός Τομέας, Μαρμαρά 26, Αιγάλεω, (τηλ Κέντρο 210-5906838)

Ε.Ο.Π., Α Αττικής Πλατεία 17ο χλμ, Λεωφ. Μαραθώνος (τηλ 210-6633121,Κ.Υ. 210-6033123)

Ανατολικός Τομέας, Μεσογείων 448Α, Αγ. Παρασκευή, (τηλ Κέντρο 210-6087041-51, 210-6087060)

Β΄ Β.Υ.Π.Ε. Αναρρωτήριο Πεντέλης, τέρμα Ιπποκράτους, Παλαιά Πεντέλη. Δίδεται επίδομα για μονογονεϊκές οικογένειες για το 1ο και το 2ο παιδί. Περιφερειακή Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Ιπποκρατείου, ή Π.Ι.Κ.Π.Α. Καρόλου 16, Αθήνα, τηλ 210-5222236, 210-5223775. Λειτουργούν τμήματα ανεξαρτήτου ασφαλιστικού φορέα: Εμβολίων, Οδηγιών φροντίδας μικρών παιδιών, Παιδιάτρων, Κέντρο Οικογένειας, Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας για παιδιά –εφήβους και τις οικογένειές τους.

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας Ε.Κ.Α.Κ.Β. Παραρτήματα: 1) Αθήνα 3ος όροφος τηλ 210-5236641 2) Β. Σοφίας 135 & Ζαχάρωφ, Αμπελόκηποι τηλ 2106497778 3) Αγ. Όλγας & Γαληνού 2 Ν Ιωνία τηλ 210-2790086. Λειτουργούν ως Διεύθυνση Κοινωνικών Παρεμβάσεων με Κέντρα Κοινωνικής στήριξης, Υποδοχής επιτόπιας παρέμβασης σε κοινωνικά προβλήματα και Δίκτυο Άμεσης Βοήθειας Στέγης (ξενώνες).

Κέντρο Στήριξης Οικογένειας Κε.Σ.Ο. «Στέγη μητέρας: Κέντρο Υποδοχής Ενημέρωσης» Ακαδημίας 95, Αθήνα,4ος όροφος, τηλ 210-3811274. Το κέντρο υποστηρίζει οικογένειες με προβλήματα. Στη Στέγη Μητέρας, φιλοξενούνται γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα κακοποίησης Πληροφορίες στα τηλ 8001137777, 2108695038

Κέντρο κοινωνικής Στήριξης νέων –Θεοχαρήδειο Αρχοντάκη 4, Χανιά Κρήτης τηλ 2421028488. Υπάρχει τμήμα ψυχολογικής Στήριξης

Οργανισμός Απασχόλησης εργατικού Δυναμικού Ο.Α.Ε.Δ Πειραιώς 42, Αθήνα τηλ 210-5240527, 210-5240419, 210-5246231 για ταμείο ανεργίας και στο 210-5248369 για επιδοτούμενα προγράμματα

Σύλλογος Ανύπαντρης Μητέρας Ανθέων 19, Αγ. Ανάργυροι τηλ. 210-2315142 πληροφορίες για τα δικαιώματα των ανύπαντρων μητέρων , νομικές συμβουλές και θέματα λήψης αποφάσεων

Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι) Μουσαίου 2, Πλάκα τηλ 210-3311685-7:Ασχολείται με νομικά θέματα και θέματα σχέσεων που αφορούν τη γυναίκα σε σχέση με τον σύντροφό της

Το χαμόγελο του παιδιού :Κεντρικά Γραφεία Στουρνάρη 16, Αθήνα τηλ 210-3306140, φαξ 210-3843038 . Σκοπός του είναι η κατοχύρωση, προστασία και προώθηση των δικαιωμάτων των παιδιών που μένουν στον Ελλαδικό χώρο, ανεξάρτητα από την υπηκοότητα και τόπο καταγωγής.

Γραμμή Ζωής S.O.S 1056

Σύλλογος «ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗ» Μέτωνος 66, Χολαργός τηλ 210-6548218. Δίνεται βοήθεια

σε άτομα τοξικομανή και περιθωριοποιημένα.

Σωματείο «ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ» Στησιχόρου 15, Αθήνα, τηλ 210-7215901, 210-7293404. Βοηθάνε οικογένειες με ήδη γεννημένα παιδιά που παραπέμπονται από δημόσιους φορείς.

Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι και οι εξής γραμμές επικοινωνίας, στις οποίες μπορεί να απευθυνθεί κάποιος:

Συμβουλευτική γραμμή σεξουαλικής αγωγής τηλ 210-7997979 (κάθε μέρα 14ο -17ο).

Ανοικτή γραμμή για σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα τηλ 2310-859459 (Δευτέρα-Πέμπτη 08ο - 13ο)

Ανοιχτή γραμμή για παροχή ιατρικών συμβουλών τηλ 210-7286332)(Ρεβέκκα Τραγέα ,1.999)

Πολιτισμός

Οι πολιτισμικές πεποιθήσεις και πρακτικές είναι καθοριστικοί παράγοντες των γονεϊκών συμπεριφορών. Ο πολιτισμός επηρεάζει τις αλληλεπιδράσεις με το νεογνό καθώς και τον τρόπο παροχής φροντίδας των γονέων ή της οικογένειας. Για παράδειγμα η πρόβλεψη μιας περιόδου για ανάπαυση και ανάρρωση της μητέρας μετά τον τοκετό θεωρείται θεμιτή σε κάποιες κοινωνίες. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2.006)

Οι διαφορές των πολιτισμικών αξιών μπορεί να επηρεάσουν τις αλληλεπιδράσεις των γονέων με τους επαγγελματίες της φροντίδας υγείας. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2.006)

Κοινωνικοοικονομικές συνθήκες

Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες καθορίζουν συχνά τη πρόσβαση σε διαθέσιμες υπηρεσίες. Οι άγαμες μητέρες ή οι μητέρες χωρίς σύντροφο όπως συμβαίνει τις περισσότερες φορές με τις έφηβες αντιμετωπίζουν τη γέννηση του βρέφους με φόβο. Η παρουσία σοβαρών οικονομικών προβλημάτων μπορεί να επηρεάζει αρνητικά τις συμπεριφορές της νέας μητέρας. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2.006)

17. ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΗ ΓΟΝΕΪΚΟΤΗΤΑ

Η ηλικία, η μονογονεϊκή οικογένεια, η φτώχεια, το μορφωτικό επίπεδο, οι κοινωνικές σχέσεις, οι πολιτισμικές και πολιτικές αντιλήψεις, οι θρησκευτικές αντιλήψεις, οι ηθικοί φραγμοί, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και οι προσωπικές φιλοδοξίες για το μέλλον

επηρεάζουν τον τρόπο και τη συμπεριφορά των εφήβων στην ανάληψη των αναγκών της γονεϊκότητας. Παρά τη βιολογική ωριμότητα για μητρότητα, η έφηβη επηρεάζεται από την εγωκεντρικότητα και την άκαμπτη σκέψη της ηλικίας. Η αλλαγή της εικόνας και η ανάληψη νέων ρόλων που έχουν σχέση με την ευθύνη της φροντίδας του παιδιού, επιφέρει σύγχυση στην ανήλικη μητέρα. Στον αντίποδα βρίσκονται οι έφηβες που λόγω υψηλής αυτοαντίληψης και εγωκεντρισμού, θεωρούν τον εαυτό τους υπεράνω των συνομηλίκων που δεν έχουν τεκνοποιήσει. (Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, 2.006)

Ένα άλλο συχνό επακόλουθο του ρόλου της μητρότητας των εφήβων είναι η αίσθηση του αποκλεισμού από τις δραστηριότητες αναψυχής των συνομηλίκων τους. Η σύγκρουση των επιθυμιών και των απαιτήσεων με την ελαττωμένη αντοχή και η απογοήτευση οδηγούν την έφηβη σε έντονο προβληματισμό και ψυχοκοινωνικό στρες. Παρά το γεγονός ότι στις περισσότερες περιπτώσεις ο πατέρας αποχωρεί με την ανακοίνωση της κύησης από την έφηβη, η διατήρηση της σχέσης είναι ευεργετική για τη μητέρα και το βρέφος. (Herrman, 2008),

Επανειλημμένως εμφανίζονται ακατάλληλες συμπεριφορές των ανήλικων μητέρων προς τα βρέφη τους και ορισμένοι μελετητές θεωρούν ότι κάποτε οι έφηβες ακολουθούν επιθετική συμπεριφορά, κάτι το οποίο όμως δεν έχει τεκμηριωθεί όσο αφορά την κακοποίηση παιδιών από τις ανήλικες μητέρες τους. (Manuscript Author, 2014)

Το υψηλό ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας οφείλεται συνήθως στην απειρία, την ελλιπή ενημέρωση και γνώση και την ανωριμότητα των εφήβων μητέρων, οι οποίες δεν απευθύνονται στους αρμόδιους επαγγελματίες και τις κατάλληλες υπηρεσίες. Για μια ανήλικη μητέρα η μετάβαση στη μητρότητα είναι μια δύσκολή κατάσταση όχι όμως και μη αντιμετωπίσιμη εφόσον με την κατάλληλη στήριξη και εκπαίδευση επέρχεται η επίλυση των προβλημάτων. (ManuscriptAuthor, 2.014)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εφηβεία αποτελεί αναμφισβήτητα μια δύσκολη περίοδο στα σκαλοπάτια της ανάπτυξης του ατόμου. Μετά την παιδική ηλικία της πλήρους εξάρτησης περνά στην ήβη η οποία χαρακτηρίζει τις σωματικές μεταβολές, αποτελώντας βιολογικό φαινόμενο και την εφηβεία η οποία περιλαμβάνει επιπλέον και τις ψυχολογικές μεταβολές που συμβαίνουν. Μέσα από το οικογενειακό, φιλικό, σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον όπου οι έφηβοι δέχονται επιρροές θετικές ή αρνητικές προσπαθούν να ολοκληρώσουν τη σεξουαλικότητά τους, ένα βασικό στοιχείο της προσωπικότητάς τους. Η πρώιμη όμως έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας που επικρατεί πλέον στο σύγχρονες κοινωνίες, οδηγεί σε μια κοινωνική μάστιγα της εποχής την ως επί το πλείστον ανεπιθύμητη κύηση της εφηβείας.

Η εφηβική κύηση δυστυχώς έχει λάβει τρομερές εκτάσεις παγκοσμίως. Τα στατιστικά στοιχεία που συλλέγονται από παντού, δείχνουν το μέγεθος του προβλήματος. Η εγκυμοσύνη στην εφηβική ηλικία είναι επικίνδυνη τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί.

Εκτιμάται ότι 11% όλων των γεννήσεων παγκοσμίως είναι σε γυναίκες 15 έως 19 ετών. Το 95% των 16 αυτών εκατομμυρίων γεννήσεων συμβαίνουν σε αναπτυσσόμενες χώρες.

Τα πλείστα προβλήματα κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό στην εφηβική ηλικία όπως επίσης και στα νεογέννητα βρέφη από έφηβες μητέρες, καταγράφονται σε φτωχές χώρες.

Ο κίνδυνος θανάτου στην έφηβο μητέρα κατά τη γέννηση είναι σημαντικά μεγαλύτερος από ότι στην ενήλικη γυναίκα. Παρά το γεγονός ότι οι γεννήσεις παιδιών από έφηβη μητέρα ανέρχονται στο 11% των γεννήσεων όλων των παιδιών παγκοσμίως εντούτοις ευθύνονται για το 23% όλων των προβλημάτων υγείας που δημιουργούνται εξαιτίας των κυήσεων και των γεννήσεων.

Τόσο στις αναπτυσσόμενες αλλά και στις ανεπτυγμένες χώρες υπάρχουν πολλά προβλήματα που σχετίζονται ιδιαίτερα με αρνητική εξέλιξη της εγκυμοσύνης στην εφηβική ηλικία. Σε αυτά περιλαμβάνονται η αναιμία, οι ασθένειες που μεταδίδονται από το σεξ και ιδιαίτερα το AIDS, οι αιμορραγίες που συμβαίνουν μετά τη γέννα και ψυχικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη.

Ένα επιπρόσθετο πολύ σοβαρό πρόβλημα είναι το μαιευτικό συρίγγιο,όπου το αναπτύσσουν στην εφηβική ηλικία και τους προκαλεί σοβαρά προβλήματα στη ζωή τους, σωματικά και κοινωνικά.

Οι ιατρικές επιπλοκές, οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, η νοσηρότητα, και η θνησιμότητα τόσο της εφήβου όσο και του εμβρύου φέρουν το επιστημονικό προσωπικό στην προσπάθεια της αντιμετώπισης. Η λύση δεν είναι η αντισύλληψη ή η έκτρωση μετά το συμβάν, αλλά η πρόληψη με τη σοβαρή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και η διαφώτιση τόσο των νέων όσο και όλης της κοινωνίας για σωστή σεξουαλική παιδεία. (Κρεατσάς Γ. 2.003

. Η προστασία της εφήβου πρέπει να είναι το αμέριστο μέλημα όλων μας.

SUMMARY

Adolescence is undoubtedly a difficult time on the steps of the individual's development. After a childhood full dependence passes puberty denote physical changes, making biological phenomenon and adolescence that includes additional and psychological changes that occur. Inside the family, friendly, school and social environment where teenagers are influenced positive or negative endeavor to complete their sexuality, a key element of their personality. However, early onset of sexual activity that now prevails in modern societies, leading to a scourge of the time the mostly undesired pregnancy adolescence.

The teenage pregnancy unfortunately has received tremendous areas worldwide. The statistics collected from everywhere, showing the size of the problem. Pregnancy in teens is dangerous for both the mother and the child.

It is estimated that 11% of all births worldwide are in women 15-19 years old. 95% of these 16 million births occur in developing countries.

Most problems in pregnancy and childbirth in adolescence as well as in newborn babies of teenage mothers, recorded in poor countries.

The risk of death in adolescent mother at birth is significantly higher than that in adult woman. Despite the fact that births by teenage mothers account for 11% of all children born worldwide, however, they account for 23% of all health problems caused due to pregnancies and births.

Both in developing and in developed countries, there are many problems particularly associated with negative development of pregnancy in adolescence. These include anemia, diseases transmitted by sex and especially AIDS, bleeding occurring after birth and mental problems such as depression.

An additional serious problem is obstetric fistula, in which develop in adolescence and causes serious problems in their lives, physically and socially.

Medical complications, psychological and social effects, the morbidity and mortality of both the teenager and the embryo carrying the scientific staff in an effort to tackle. The solution is not contraception or abortion after the incident, but the prevention of serious sex

education and enlightenment of both new and the whole society for proper sexual education.

. Protecting the teenager should be the undivided concern us all.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Άρθρο Γ. Κρεατσάς,2011 Εφηβική εγκυμοσύνη Κάθε άλλο παρά ευχάριστη για τις έφηβες και τις οικογένειές τους ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ: 11/02/2011 07:47

Health Psychology Program, Department of Psychiatry, University of California, Box 0844, San Francisco, CA 94143-0844, USA. nadler@itsa.ucsf.edu

Author information

Βλησίδη Κάτια, www.afstudies.gr2012

Greydanus DE1, Railsback LD.1Raymond Blank Memorial Hospital for Children, Iowa Methodist Medical Center, Des Moines 50308

Γεωργακόπουλος Α., Παναγιώτης Επιτομή Μαιευτικής Γυναικολογίας και Νοσηλευτικής, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, 1989

Cleaver K and Rich A2005 Sexual health promotion, the barriers school nurses face

Deitra Lowdermilk, Shannon Perry, μετάφραση: Αικατερίνη Λυκερίδου, Άννα Δελτσίδου, Νοσηλευτική Μητρότητας,Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 2006

Εθνική Εκστρατεία για την Πρόληψη της Εφηβικής Εγκυμοσύνης, Φεβρουάριος 2002.) (Η Σχέση Ανάμεσα στην Πρόληψη τηςΕφηβικής Εγκυμοσύνης και σε Άλλα Κρίσιμα Κοιν ωνικά Ζητήματα (Not Just AnotherSingle Issue: Teen Pregnancy Prevention's Link t Other Critical Social Issues),

Έρευνες για την υγεία Behavioral Risk Factor Οχάιο Medicaid Vital Statistics

J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016 Αύγουστος Εγκυμοσύνη στην Εφηβεία. Είναι η Μαιευτική του κινδύνου.

:Ζεκάι Tahir Burak J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016 North American Society για Παιδιατρική και Εφηβική Γυναικολογία, Του εκδοτικού οίκου Elsevier Inc. All rights reserved. Γυναικεία Φροντίδα Υγείας, Παιδείας και Έρευνας Νοσοκομείο, Άγκυρα, Τουρκία. Ηλεκτρονική διεύθυνση:ayseozdemirkirbas@hotmail.com .

Hayter M Piercy H Massey MT Gregory T 2008 School Nurses and Sex Education

Καμμάς Αντώνης , Μαθήματα ανατομικής, ιατρικές εκδόσεις Βήτα, 2010

Κρεατσάς Γεώργιος, Γυναικολογία Μαιευτική νεαρής ηλικίας, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2.003

Καυγά Παλτόγλου Άννα, Σταθοπούλου Χαρίκλεια, Προαγωγή της σεξουαλικής υγείας των νέων, 2.010

Μάνος Γ. Κώστας , Ψυχολογία του εφήβου, εκδόσεις Γρηγόρη, 2.000

ManuscriptAuthor Paediatr Perinat Epidemiol. PMC 2015 8 Σεπτεμβρίου.

Moore ML, Adolescent Pregnancy Rates in European Countries, Lessons to be learned, 2000

Paediatr Perinat Epidemiol. Author manuscript; available in PMC 2015 September 08. Published in final edited form as: Paediatr Perinat Epidemiol. 2012 July

Netter H. Frank Ανατομία του ανθρώπου, 2004

Netter H. Frank Άτλας Βασικών Ιατρικών Επιστημών, επιμέλεια Ιωάννης Βαράκης, εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2004

PMID: 11684109 Int J Gynaecol Obstet. 2001 Nov;75(2):137-47.

Singh J 1998, Adolescent Childbearing in developing countries: A global review studies in family planning

Τραγέα Ρεβέκκα «Μαιευτική φροντίδα», Β' Τόμος, εκδόσεις: Δ. Γιαννακόπουλος, Αθήνα 1999

UNAIDS 2004 Report on the global AIDS epidemic XI International AIDS Conference, Bangkok, Thailand

Unsafe abortion in adolescents. Greydanus OE1, Railsback LD.

PubMed Narukhutrpichai P, Khrutmuang D, Chattrapiban T Τα Μαιευτικά και Νεογνικά Αποτελέσματα της εφηβικής εγκυμοσύνης στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Naresuan.,2014

Serfaty David Αντισύλληψη, Masson, Paris,1998, επιμέλεια Γεώργιος Κρεατσάς, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, 2.001

Χάιρ Νόρμαν, Σεξουαλική αγωγή της νεότητας, Χάρλεϋ στριτ, Λονδίνο, 1947 μετάφραση Ν. Ανδρικόπουλος, εκδόσεις Πυθαγόρας

Χάλακ Μ Gortzak-Uzan , Katz M, Shoham-Αξιολόγησης της Υγείας κράτους, Εφηβική εγκυμοσύνη: παράγοντες κινδύνου για δυσμενή περιγεννητική έκβαση 1999

Χανιώτης Ι. Φραγκίσκος Δημήτριος Ι. Χανιώτης Φυσιολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 2.009