

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας

Οικογενειακός Προγραμματισμός : η πορεία και η κατάσταση ενός  
κοινωνικού θεσμού σήμερα στην Ελλάδα

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Φανή Λαζαράκου

Τριμελής εξεταστική επιτροπή : Αν. Καθηγήτρια κα Καρακατσάνη Επιβλέπουσα , Αν.  
Καθηγητής Σπυριδάκης Ε., Επικ. Καθηγητής Σουλιώτης Κ. Μέλος

Κόρινθος , 31-8-2015

Copyright©2015 Φανή Λαζαράκου

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All Rights Reserved

αφιερωμένη στον μικρό μου Ιωάννη

## Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα μου Αν. Καθηγήτρια κα Καρακατσάνη τόσο για την συνεργασία όσο και για την θετική της στάση στην προσπάθεια μου αυτή αλλά και τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής.

Ευχαριστώ θερμά την οικογένεια μου.

Ευχαριστώ θερμά τα στελέχη του Τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β΄ Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών Αρεταίειο Νοσοκομείο και της Συμβούλου - Επισκέπτριας Υγείας της Εταιρείας για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

Ευχαριστώ θερμά και συνάδελφους στο Υπουργείο Υγείας για την υποστήριξη της εργασίας μου.

## Περιεχόμενα

Συντομογραφίες.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
Abstract.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	13
1.1 Ιστορική αναδρομή Οικογενειακού Προγραμματισμού στον διεθνή χώρο.....	13
1.2 Ονοματολογία και εννοιολογική εξέλιξη του οικογενειακού προγραμματισμού.....	18
1.3 Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός στην Ελλάδα.....	19
1.4 Δημογραφική Θεώρηση.....	23
1.5 Κοινωνιολογική προσέγγιση του θεσμού του Ο.Π.....	27
1.6 Οικογενειακός Προγραμματισμός και Ορθόδοξη Εκκλησία.....	32
1.7 Οικογενειακός Προγραμματισμός και Θρησκείες.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	41
2.1 Στόχοι Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	41
2.2 Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	47
2.2.1 Εκπαίδευση και Καθοδήγηση.....	47
2.2.2 Την παροχή αντισυλληπτικών μέσων και μεθόδων αντισύλληψης.....	49
2.2.3 Πρόληψη των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων.....	51
2.2.4 Αποφυγή ανεπιθύμητης κύησης – Έκτρωσης.....	52
2.2.5 Την σεξουαλική αγωγή και προαγωγή σεξουαλικής υγείας.....	54

2.2.6 Ανίχνευση Κακοηθειών / Προσυμπτωματικός Έλεγχος – Πρόληψη Ανδρικού και Γυναικείου Καρκίνου.....	59
2.2.7 Αντιμετώπιση των προβλημάτων αναπαραγωγής και στειρότητας.....	59
2.2.8 Υιοθεσία.....	63
2.2.9 Αντιμετώπιση Διαταραχών Σεξουαλικής Συμπεριφοράς.....	65
2.3 Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός στην Ελλάδα – Θεσμικό πλαίσιο.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	76
3.1 Β΄ Μ/Γ Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.....	76
3.2 Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	79
3.3 Η ίδρυση και η δράση της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	93
3.4.1 Νομική κατάσταση για την Αντισύλληψη και Έκτρωση σε Ευρωπαϊκές χώρες που ανήκουν στην IPPF.....	104
3.5 Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας – ESC.....	107
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	109
4.1 Έρευνα.....	109
4.2 Διεξαγωγή της έρευνας.....	110
4.3 Ανάλυση της έρευνας.....	125
Βιβλιογραφία .....	129
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	136

## Συντομογραφίες

Οικογενειακός Προγραμματισμός	Ο.Π.
Family Planning	F.P.
Υπουργείο Υγείας	Υ.Υ.
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Π.Φ.Υ.
Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών	Ο.Η.Ε
Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας	Π.Ο.Υ.
Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας	ΕΟΠΥΥ
World Health Organization	WHO
Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού	Ε.Ο.Π.
Ελληνικός Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού	Ε. Σ.Ο.Π.
International Planned Parenthood	I.P.P.F
European Society of Contraception	E.S.C
Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα	Σ.Μ.Ν.
Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού	Κ.Ο.Π.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια η χώρα μας περνά αδιαμφισβήτητα έντονη κοινωνικοοικονομική κρίση, κλονίζοντας κάθε άτομο σε διάφορα επίπεδα και παράλληλα με τις αλληλεπιδράσεις που σημειώνονται μέσα σε μια κοινωνία. Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ένας κοινωνικός θεσμός που φέρει στην φαρέτρα του αντικείμενα όπως την αντισύλληψη, ρύθμιση της τεκνοποίησης, σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, συμβουλευτική, κ.ά. ενώ κατά την εφαρμογή του διασταυρώνεται με αξίες, αντιλήψεις, ιδέες, κουλτούρες άλλοτε βαθιά ριζωμένες στην παράδοση και άλλοτε ως απόρροια και της παγκοσμιοποίησης. Ωστόσο Ο.Π. έλαβε και την μορφή πολιτικής υγείας όταν ξεκίνησε η συμμετοχή σε μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα συνεργασίας με τον Π.Ο.Υ. αλλά και σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο που τον διέπει στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η εφαρμογή του Ο.Π. έχει κεντρικό άξονα την προσωπικότητα του ατόμου, την αυτοεκτίμηση και τον αυτοπροσδιορισμό του, προασπίζει τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα του με σεβασμό και χωρίς διακρίσεις. Η ανασκόπηση του θεσμού, ως μεταβλητού, στην χώρα μας δύναται να συντελέσει στην σαφή και πλήρη κατανόηση της σημασίας του, την ανάδειξη όχι μόνο της πορείας του αλλά και της αξίας του. Η διεξαγωγή έρευνας συμβάλλει στην ανάδειξη της πορείας και της αξίας του, καλύπτοντας κενά, εξετάζοντας την συσχέτιση των επαγγελματιών υγείας και φορέων με τον Ο.Π. και καταγράφοντας προβλήματα/δυσκολίες ή/και της ανάπτυξης στρατηγικού σχεδιασμού, ώστε να βελτιωθεί η εφαρμογή του και να επιτευχθεί κοινωνική ευημερία.

Λέξεις-κλειδιά: οικογενειακός προγραμματισμός, αντισύλληψη, άμβλωση, γονιμότητα, στειρότητα, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, υιοθεσία, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, σεξουαλικότητα, θρησκεία



## Abstract

In recent years our country passes undeniably strong socio-economic crisis , undermining each person at various levels and in addition to the interactions occurring in a society .Family planning is a social institution that bears the quiver of objects as contraception , regulation of parenthood , sexual and reproductive health , counseling, etc. while when applying intersected with values, beliefs , ideas, cultures sometimes deeply rooted in tradition and sometimes as a result of globalization.

However F.P. received and health policy form when started participating in medium-cooperation program with WHO but also in accordance with the institutional framework of the entity in the field of primary health care. Application of F.P. has as an axis the personality , self-esteem and self-determination of human-being, defending sexual and reproductive rights with respect and indiscriminately.

The review of the institution, variable one, in our country can contribute to clear and complete understanding of its importance , highlighting not only the course but also its value.

The investigation contributes to present the progress and value , covering gaps by examining the correlation between health professionals and operators in the F.P. and recording problems / difficulties or/and strategic planning development in order to improve implementation and achieve social prosperity.

**Key words:** family planning, contraception, abortion, fertility, infertility, assisted reproduction, Adoption, sexual education, sexuality, religion

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο δείκτης γεννητικότητας στην Ελλάδα το 2012 είναι 9 όταν το 1980 ήταν 15,36. Ο συγκεκριμένος δείκτης αποτυπώνει τον ετήσιο αριθμό γεννήσεων ανά 1.000 κατοίκους. Η Ελλάδα κατατάσσεται τρίτη από την τελευταία χώρα, εν προκειμένω η Γερμανία, στην Ευρώπη βάσει του προαναφερόμενου δείκτη. Ο δε δείκτης γονιμότητας που «φανερώνει» τα παιδιά ανά γυναίκα σε αναπαραγωγική ηλικία ήταν 1,39 το ίδιο έτος, όταν 2,1 θεωρείται απαραίτητος αριθμός παιδιών ανά οικογένεια για την αντικατάσταση του πληθυσμού. Οι γεννήσεις έφτασαν στις 100.400 και ανά περιφέρεια διακρίνονται διαφορετικά ποσοστά. Οι μετακινήσεις πληθυσμού και η μετανάστευση είναι σημαντικά δεδομένα και ταυτόχρονα αποτελούν πρόκληση για την δημόσια υγεία στην χώρα μας κατά την περίοδο που πλήττεται από κοινωνικοοικονομική κρίση με επακόλουθα την τεράστια ανεργία, την μείωση των μισθών, μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που με την σειρά τους έχουν προκαλέσει μείωση της πρόσβασης των πολιτών σε ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας με ταυτόχρονη αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, την αύξηση των ψυχικών διαταραχών και την αύξηση κινδύνων για την δημόσια υγεία. Δημογραφικές και κοινωνικές συνιστώσες αποτελούν καθοριστικό παράγοντα του βαθμού χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Παράλληλα τα δεδομένα γύρω από το θέμα του γάμου αλλάζουν, λαμβάνουν και άλλη μορφή οι σχέσεις των δυο φύλων με το σύμφωνο συμβίωσης ή τελούν πολιτικό και όχι θρησκευτικό γάμο ή ακόμη και τα ποσοστά των διαζυγίων διαφοροποιούνται κατά την περίοδο της κρίσης στην χώρα μας. Επίσης σημειώνονται/παρατηρούνται περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών των οποίων η έναρξη ενδεχομένως να πραγματοποιηθεί μέσω γνωριμιών από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης μέσω διαδικτύου ή ακόμη και από οικεία/γνωστά άτομα, γεγονός όμως που προσβάλλει τη γενετήσια ελευθερία του. Για αυτό και θεωρείται επιτακτική η υλοποίηση προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης / διαφυλικής αγωγής σε μαθητές και ενημερωτικές ομιλίες σε εκπαιδευτικούς και γονείς.

Με την πάροδο των ετών διαφαίνεται ότι πολλά ζευγάρια αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την απόκτηση παιδιού με αποτέλεσμα να καταφεύγουν σε προσπάθειες για εξωσωματική γονιμοποίηση ή παρένθετη μήτρα ή και στη περίπτωση που αποκλειστεί κάποια από αυτές τις «λύσεις» μπαίνουν σε διαδικασία για υιοθεσία. Όλες οι προαναφερόμενες καταστάσεις φέρουν στην επιφάνεια πολλούς προβληματισμούς αρχής γενομένης από το ζευγάρι με μια ιδιόμορφη ψυχολογική κατάσταση, κοινωνικούς ή ακόμη και θρησκευτικούς ή νομικής φύσεως που

χρηζουν ιδιαίτερης διαχείρισης και υποστήριξης, καθώς δύναται να προέρχονται και από προβλήματα αναπαραγωγικά είτε νοσηρής κατάστασης.

Ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και της ανθρώπινης συμπεριφοράς έχουν τεθεί στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος δημιουργώντας ένα νέο μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας αυτό του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου. Η επικράτηση της ιατροκεντρικής αντίληψης που διαμόρφωσε το βιοϊατρικό μοντέλο της υγείας εξασθένησε λόγω της αδυναμίας για αποτελεσματική θεραπεία νοσημάτων όπως καρδιαγγειακών, καρκίνου ή AIDS. Εξάλλου σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. ο ορισμός της υγείας βρίσκεται στην κατεύθυνση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου αφού *«υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας»*. Η προαγωγή της υγείας σύμφωνα με την Διακήρυξη της Οτάβας του Π.Ο.Υ. είναι η διαδικασία μέσα από την οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να την βελτιώσουν. Δηλαδή η υγεία θα πρέπει να θεωρείται συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι αυτοσκοπός. Η ενδυνάμωση είναι η διαδικασία που καθιστά το άτομο ικανό να αποκτήσει τον έλεγχο των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία και την ζωή του. Βέβαια η ενδυνάμωση συνδέεται με τις παραδοσιακές έννοιες της αυτονομίας, της αυτοεκτίμησης και του αυτοπροσδιορισμού, δηλαδή με την ύπαρξη συνειδητής δυνατότητας επιλογής και δημιουργικότητας. Με αυτές τις έννοιες είναι άμεσα συνυφασμένος και ο οικογενειακός προγραμματισμός που κατά τον Π.Ο.Υ. επιτρέπει στους ανθρώπους να αποκτήσουν τον επιθυμητό αριθμό παιδιών και να αποφασίσουν το μεσοδιάστημα ανάμεσα στις εγκυμοσύνες. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων και της θεραπείας της στειρότητας / υπογονιμότητας. Επίσης η προώθηση του οικογενειακού προγραμματισμού είναι απαραίτητη για την διασφάλιση της ευεξίας και της αυτονομίας των γυναικών ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζεται/ενισχύεται η υγεία και η ανάπτυξη των κοινωνιών.

Η Διακήρυξη της Τζακάρτα για την Προαγωγή Υγείας το 1997 κάνει λόγο για τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία τους οποίους αντιμετωπίζει η προαγωγή υγείας ώστε να δημιουργήσει το μεγαλύτερο κέρδος για την υγεία, να συνεισφέρει στη μείωση των ανισοτήτων υγείας, να ισχυροποιήσει τα ανθρώπινα δικαιώματα και να οικοδομήσει το κοινωνικό κεφάλαιο. Ως προτεραιότητες για την προαγωγή υγείας τον 21<sup>ο</sup> αιώνα καθορίζονται η προώθηση της κοινωνικής ευθύνης για την υγεία, αύξηση των επενδύσεων για την ανάπτυξη της υγείας, εδραίωση και διερεύνηση συνεργασιών για την υγεία, αύξηση του δυναμικού της κοινότητας και ενδυνάμωση του ατόμου και η εξασφάλιση υποδομής για την προαγωγή υγείας.

Ο Ο.Π. είναι ένας κοινωνικός θεσμός που εμφανίστηκε στην χώρα μας την δεκαετία του '70 μέσω της δράσης μιας μη κυβερνητικής οργάνωσης της Ε.Ο.Π., ενώ σε άλλα κράτη πολύ νωρίτερα. Με την πάροδο των ετών έλαβε την μορφή της πολιτικής υγείας, μέσα στην δεκαετία του '80 μετά το Ν. 1036/1980 και με την στήριξη του ΟΗΕ εξειδικεύονται τα πρώτα στελέχη και δημιουργούνται τα πρώτα 10 Κ.Ο.Π., είναι άμεσα συνυφασμένος με την προαγωγή υγείας αλλά και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η ιστορική αναδρομή του κοινωνικού αυτού θεσμού και η διεξαγωγή έρευνας τόσο σε κρατική δομή όσο και σε μη κυβερνητική οργάνωση συμβάλλει στη κατανόηση της πορείας και της αξίας του. Η έρευνα είναι ποιοτική, αφορά διενέργεια συνέντευξης με την χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, απευθυνόμενο σε επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β΄ Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών ή/και είναι μέλη της Ε.Ο.Π. και με σκοπό να αναδείξει την πορεία και την αξία του θεσμού, διερευνώντας την συσχέτιση των επαγγελματιών υγείας και των φορέων με το θεσμό αλλά και τα προβλήματα ή τις δυσκολίες ή/και ανάπτυξης στρατηγικού σχεδιασμού, ώστε να βελτιωθεί η εφαρμογή του και να είναι εφικτή η κοινωνική ευημερία.

Η εργασία αυτή αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο διαιρείται σε επτά υποκεφάλαια που περιλαμβάνουν ιστορική αναδρομή του Ο.Π. σε διεθνή κλίμακα, ονοματολογία και περιεχόμενο του Ο.Π., ο Ο.Π. στην Ελλάδα, δημογραφική θεώρηση του Ο.Π., κοινωνιολογική προσέγγιση του Ο.Π., Ο.Π και Ορθόδοξη Εκκλησία, Ο.Π. και θρησκείες. Μέσα από το πρώτο κεφάλαιο διαφαίνεται η πορεία του σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, η έννοια και το περιεχόμενο του, η σχέση του θεσμού με την δημογραφική πολιτική, με την κοινωνία, την Ορθόδοξη Εκκλησία και τις άλλες θρησκείες. Το δεύτερο κεφάλαιο αποτελείται από τρία υποκεφάλαια: οι στόχοι, οι υπηρεσίες και το θεσμικό πλαίσιο του Ο.Π.. Μέσα από το κεφάλαιο αυτό διακρίνονται οι στόχοι και υπηρεσίες όπως έχουν διαμορφωθεί και το θεσμικό πλαίσιο που διέπει την εφαρμογή του. Στο τρίτο κεφάλαιο υπάρχουν τέσσερα υποκεφάλαια: η Β΄ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, το Ιατρείο Ο.Π. της Κλινικής, η ίδρυση και δράση της Ε.Ο.Π., η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού και η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο ουσιαστικά γίνεται παρουσίαση του Ιατρείου Ο.Π. και της Ε.Ο.Π αναφορικά με την λειτουργία και την δράση τους, καθώς αποτελούν πεδία διεξαγωγής της έρευνας, αλλά και φορέων που ασκούν επίδραση και στα δυο πεδία, λόγω της συμμετοχής της Ε.Ο.Π. στην Διεθνή Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού όσο και στην Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής

Υγείας αλλά και της σχέσης συνεργασίας του Ιατρείου με την Εταιρεία. Το τέταρτο κεφάλαιο υποδιαιρείται σε τρία υποκεφάλαια που αφορούν : στην έρευνα, στην διεξαγωγή της και στην ανάλυση της. Γίνεται παρουσίαση της έρευνας, μεθοδολογία, παράθεση των συνεντεύξεων και των αποτελεσμάτων της, καταγραφή συμπερασμάτων και υποβολή προτάσεων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### 1.1 Ιστορική αναδρομή Οικογενειακού Προγραμματισμού στον διεθνή χώρο

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός, ως κίνημα, άρχισε στις αρχές του αιώνα μας με πρωτοπόρους τρεις γυναίκες την Margaret Sanger (Εικόνα 1) στις ΗΠΑ το 1912, σε βιομηχανική περιοχή της Ν. Υόρκης και τις Mary Stope (ιατρός) (Εικόνα 2) και Edith Howmartyn (Εικόνα 3) στη Μ. Βρετανία το 1915.



Εικ. 1: Margaret Sanger



Εικ. 2: Mary Stope



Εικ. 3: Edith Howmartyn

Στο ξεκίνημα της η Sanger είδε την κίνηση της συνδεδεμένη μόνο με την υγεία και την ευτυχία της οικογένειας, ονομάστηκε κίνηση για τον έλεγχο των γεννήσεων (Birth Control) και στηρίχθηκε στην άποψη ότι ο έλεγχος των γεννήσεων και η απελευθέρωση της γυναίκας από τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συνδέεται άμεσα με την προαγωγή της υγείας μητέρας και παιδιού. Στα χρόνια που ακολούθησαν η κίνηση αυτή παίρνει συνεχώς όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις και σε αυτό βοήθησε αποφασιστικά η υιοθέτηση της από τα γυναικεία σωματεία, κυρίως στην Αγγλία. Στα χρόνια που ακολούθησαν η κίνηση αυτή λάμβανε συνεχώς όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις και σ' αυτό βοήθησε αποφασιστικά η υιοθέτησή της από τα γυναικεία σωματεία, κυρίως της Αγγλίας. (Ο.Π., Ε.Ο.Π.,σελ.13,1986)

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός θα περάσει πολλά κρίσιμα στάδια:

Το 1916 η Margaret Sanger, η πιο μαχητική πρωτοπόρος της ιδέας ελέγχου των γεννήσεων, λειτουργεί στη Νέα Υόρκη την πρώτη κλινική ελέγχου των γεννήσεων. Η ενέργεια αυτή θεωρήθηκε επαναστατική και η Sanger συλλαμβάνεται και φυλακίζεται. Αυτό όμως δεν αποθαρρύνει τη Μ. Sanger και τους φίλους της, οι οποίοι συνεχίζουν το έργο τους και το 1921 συγκροτούν στην Αμερική τον «Σύνδεσμο ελέγχου των γεννήσεων» (Birth Control).

Οι προσπάθειες της για τον έλεγχο των γεννήσεων βρίσκουν απήχηση σε δυο γυναίκες τη Mary Stope και την Edith How-martyn στην Αγγλία. Συγκεκριμένα η Mary Stope ανοίγει το 1921 στο Λονδίνο τη δική της κλινική, «Mary Stope Mother's Clinic for Birth Control» και παράλληλα η Edith How-martyn προτρέπει τις γυναικείες οργανώσεις της Αγγλίας να θέσουν το θέμα της αντισύλληψης στο αγγλικό κοινοβούλιο. Ακολουθούν πολλές διαλέξεις και συνέδρια. (Τριχόπουλος,σελ.199,1986)(Ο.Π.,Ε.Ο.Π.,σελ. 13,1986) (Marie Stopes, Wikipedia,family planning)

Στη συνέχεια για την περαιτέρω εξάπλωση και διεθνοποίηση του κινήματος, συγκαλείται το 1930 στη Ζυρίχη η πρώτη διεθνής συνάντηση για τον έλεγχο των γεννήσεων στην οποία παίρνουν μέρος αντιπρόσωποι από 12 χώρες. Η συνάντηση είχε και ένα πιο ειδικό σκοπό: να πλησιάσει και να εξασφαλίσει την υποστήριξη του ιατρικού κόσμου, πράγμα πολύ σημαντικό για την εποχή εκείνη και που σε ένα βαθμό το κατόρθωσε. Γενικά η εκτίμηση είναι ότι η συνάντηση της Ζυρίχης πέτυχε τους σκοπούς της και αξίζει εδώ να αναφέρουμε περιληπτικά τις προτάσεις της:

- Ο έλεγχος των γεννήσεων θα πρέπει να θεωρηθεί αντικείμενο της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής .
- Η αντισύλληψη είναι ο κυριότερος τρόπος περιορισμού των εκτρώσεων.
- Η αντισύλληψη πρέπει να εισαχθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα των Ιατρικών Σχολών.
- Η στειροποίηση θα πρέπει να επιτρέπεται για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικούς, όπου η αντισύλληψη δεν μπορεί να εφαρμοστεί και τέλος
- Οι γιατροί δε θα πρέπει να χορηγούν αντισυλληπτικά, για τα οποία δεν είναι γνωστή η χημική τους σύνθεση. (Ο.Π.,Ε.Ο.Π.,σελ 13-4,1988) (Κρεατσάς,2003)(Τριχόπουλος,1986)

Στη συνέχεια, μέχρι την έναρξη του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, το κίνημα ελέγχου των γεννήσεων άρχισε να εξαπλώνεται προοδευτικά σε Ευρώπη, Ασία και Βόρεια Αμερική. Κατά τη διάρκεια όμως του Πολέμου η πρωτοβουλία της Ζυρίχης για διεθνή συνεργασία στον τομέα αυτό διακόπηκε εξ ολοκλήρου. Η πρόοδος δημιουργίας δομών παροχής υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού αναστάλθηκε λόγω της αδυναμίας των κυβερνήσεων σε οργανωτικό επίπεδο, αλλά και της έλλειψης πόρων. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της έλλειψης ελαστικού για την παραγωγή αντρίκων προφυλακτικών. Μετά το τέλος όμως του πολέμου άρχισαν να γίνονται προσπάθειες για την ανασύνταξη των σκόρπιων δυνάμεων που κινήθηκαν διεθνώς σε αυτό το χώρο. Η Σουηδέζα Elise Ottense – Jensen για να δοθεί συνέχεια στις πρωτοβουλίες που πάρθηκαν στη Ζυρίχη το 1930, οργανώνει το 1946 διεθνές συνέδριο στη Στοκχόλμη. Στη συνάντηση αυτή συμφωνήθηκε ότι όλες οι μελλοντικές δραστηριότητες της κίνησης θα έπρεπε να αποσκοπούν στην πραγμάτωση του παρακάτω βασικού σκοπού : να προωθηθεί η σωματική και πνευματική υγεία, η ευημερία και ευτυχία του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας, σε ένα καινούργιο και ενωμένο κόσμο. Ανάμεσα στα ψηφίσματα που πάρθηκαν, το πρώτο ήταν το ακόλουθο: «Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα να είναι επιθυμητό και από τους δυο γονείς και όλοι οι γονείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για τον αριθμό των παιδιών που θα φέρουν στον κόσμο». Θα μπορούσε να λεχθεί γενικά ότι στη συνάντηση της Στοκχόλμης κυριάρχησε το θέμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ως βασική αρχή της κίνησης.

Η επόμενη διεθνής συνάντηση μετά τη Στοκχόλμη έλαβε χώρα στο Cheltenham το 1948 με θέμα: «Population and World Resources» για να ακολουθήσει η οργάνωση στη Βομβάη το 1952, του Γ΄ Παγκοσμίου Συνεδρίου του Ο.Π. Εκεί ιδρύθηκε η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (International Planned Parenthood Federation, I.P.P.F) με ιδρυτικά μέλη τις Εταιρείες Οικογενειακού Προγραμματισμού των κρατών: Ινδίας, Η.Π.Α., Ολλανδίας, Σουηδίας, Γερμανίας, Σιγκαπούρης και Χονγκ-Κονγκ. Η M. Sanger και η Lady Ramma Rau εξελέγησαν πρόεδροι (joint presidents) της ομοσπονδίας. Η ίδρυση της I.P.P.F απετέλεσε διεθνώς τον βασικότερο σταθμό στην ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού. (Τριχόπουλος,σελ.200,1986)(Ο.Π., Ε.Ο.Π.,σελ.15, 1986) (Κρεατσάς,σελ25-27,2003)

Μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου άρχισαν να γίνονται προσπάθειες για την ανασύνταξη των οργανώσεων που ενδιαφέρονταν για το αντικείμενο αυτό. Η Σουηδέζα Elise

Ottesen-Jensen, για να δώσει συνέχεια στις πρωτοβουλίες της Ζυρίχης, οργανώνει το 1946 διεθνές συνέδριο στη Στοκχόλμη, στο οποίο κυριάρχησε το θέμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Στη συνάντηση αυτή συμφωνήθηκε ότι όλες οι μελλοντικές δραστηριότητες της κίνησης θα έπρεπε να αποσκοπούν στη πραγματοποίηση του παρακάτω βασικού σκοπού: «...την προώθηση της σωματικής και πνευματικής υγείας, την ευημερία και την ευτυχία του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας, σ' ένα καινούργιο και ενωμένο κόσμο...». Ανάμεσα στα ψηφίσματα της Στοκχόλμης, το πρώτο ήταν: «Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα να είναι επιθυμητό και από τους δυο γονείς και όλοι οι γονείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για τον αριθμό των παιδιών που θα φέρουν στον κόσμο». (Κρεατσάς,2003)(Τριχόπουλος,σελ.201,1986)

Η επόμενη διεθνής συνάντηση μετά τη Στοκχόλμη έλαβε χώρα στο Cheltenham το 1948 με θέμα «*Population and World Resources*», για να ακολουθήσει το Γ' Παγκόσμιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού στη Βομβάη το 1952. Εκεί ιδρύθηκε η «Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού» [(International Planned Parenthood Federation (IPPF)] με ιδρυτικά μέλη τις Εταιρίες Οικογενειακού Προγραμματισμού των ακόλουθων κρατών: Ινδία, ΗΠΑ, Ολλανδία, Σουηδία, Γερμανία, Σιγκαπούρη και Χονκ-Κονγκ. Η M. Sanger και η Lady Ramma Rau εξελέγησαν πρώτες πρόεδροι της ομοσπονδίας. Η ίδρυση της IPPF απετέλεσε διεθνώς ένα βασικό σταθμό στην ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού. (Ο.Π.,Ε.Ο.Π.,σελ 13-14,1986)(Κρεατσάς,2003) (Τριχόπουλος,σελ.201,1986) (Marie Stopes, Wikipedia)

Στα μέσα της δεκαετίας του '50 και συγκεκριμένα το 1956 ο G. Pincus (Εικόνα 4), του ιδρύματος Πειραματικής Βιολογίας Worcester της Μασαχουσέτης, ανακάλυψε το αντισυλληπτικό χάπι, το οποίο αποτέλεσε μια σημαντική επανάσταση στο χώρο της αντισύλληψης.(Jensen EV. Remembrance,Endocrinology,1992)



Εικ. 4: G. Pincus

Στο μεταξύ, μέσα στη δεκαετία του '50 και συγκεκριμένα το 1956 έρευνες των G. Pincus, του ιδρύματος Πειραματικής Βιολογίας Worcester της Μασαχουσέτης, M. C. Chang και J. Roch δημιουργούν το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι, το οποίο φέρνει μια σημαντική επανάσταση στο χώρο της αντισύλληψης και εξακολουθεί μέχρι σήμερα να δεσπόζει στην αντισυλληπτική φαρέτρα. (Segal SJ. ,Popul. Today,2000)

Το 1953, ο Sanger και ο McCormick απευθύνθηκαν στον Pincus για την ανακάλυψη μιας νέας αντισυλληπτικής μεθόδου, που θα έλεγχε τον αριθμό των γεννήσεων. Ο Pincus ήδη γνώριζε ότι η προγεστερόνη μπορούσε να εμποδίσει την ωορρηξία. Υπό την χρηματοδότηση του McCormick μέσα σε λίγους μήνες αυτός και ο συνεργάτης του Min-Chuah Chang απέδειξαν ότι επανειλημμένες εγχύσεις προγεστερόνης εμποδίζουν την ωορρηξία στα ζώα.(Werthessen NT, Johnson RC. , Biol. Med,1974)

Εντούτοις, η πραγματική πρόκληση για τον Pincus παρέμεινε η παρασκευή ενός αντισυλληπτικού δισκίου με χαμηλό κόστος. Σ' αυτόν τον τομέα ασχολήθηκαν δύο μεγάλες



φαρμακοβιομηχανίες , η Syntex και η Searie που κατέφεραν η καθεμία χωριστά να παρασκευάσουν χάπια με συνθετική προγεστερόνη. Αν και ήταν πολύ διστακτικές στην χρήση των νέων δισκίων για αντισυλληπτικούς λόγους, επέτρεψαν στον Pincus και στον συνεργάτη του Dr John Rock να ξεκινήσουν τις ανθρώπινες δοκιμές. (Segal SJ., Popul. Today,2000)

Μετά την αρχική επιτυχία σε μικρές ομάδες γυναικών, ο Pincus και ο Rock προώθησαν τις δοκιμές σε ευρεία κλίμακα προκειμένου να πάρουν την έγκριση του F.D.A , που θα έφερνε το φάρμακο στην αγορά. Λαμβάνοντας υπόψη την ισχυρή νομική, πολιτιστική και θρησκευτική αντίθεση στον έλεγχο των γεννήσεων στην Αμερική στην δεκαετία του '50, το επόμενο βήμα φαινόταν ακατόρθωτο.

Η τέλεια τοποθεσία για να πραγματοποιηθούν οι δοκιμές ήταν το Puerto Rico. Μια πυκνοκατοικημένη, φτωχή, περιοχή υπό την ηγεμονία της Αμερικής όπου δεν υπήρχε νομική αντίθεση στην εφαρμογή αντισυλληπτικών μεθόδων αλλά αντιθέτως επικρατούσε η άποψη ότι με το έλεγχο των γεννήσεων θα μπορούσε το καθεστώς να ελέγξει την φτώχεια και μάλιστα αυτός ήταν και ο λόγος για τον οποίο υπήρχαν στη χώρα αυτή 67 κλινικές με στόχο τον έλεγχο των γεννήσεων. Επίσης, ο Pincus γνώριζε ότι αν μπορούσε να αποδείξει ότι οι φτωχές, αμόρφωτες γυναίκες του Puerto Rico μπορούσαν να ακολουθήσουν την θεραπευτική αγωγή, τότε οποιαδήποτε γυναίκα στον κόσμο ήταν σε θέση να πάρει το χάπι. (Segal SJ., Popul. Today,2000)

Οι πρώτες δοκιμές ξεκίνησαν το 1956, στην κλινική Pio Pedras και σε σύντομο χρονικό διάστημα επεκτάθηκαν και σε άλλες περιοχές του νησιού. Αν και το Puerto Rico ήταν καθολικό νησί, οι γυναίκες δέχθηκαν το χάπι ευπρόσδεκτα, σαν εναλλακτική λύση μιας και στο παρελθόν οι περισσότερες γυναίκες στηρίχθηκαν στην άμβλωση ή στην στείρωση προκειμένου να αποφύγουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. (Diczfalusy E.,Eur.J.Contaect. Reprod.,1999)

Στις πρώτες δοκιμές ο Rock επέλεξε τη λήψη υψηλών δόσεων per os Enovid, το εμπορικό όνομα της συνθετικής προγεστερόνης, έτσι ώστε να εξασφαλίσει ότι καμιά εγκυμοσύνη δεν θα εμφανιζόταν στις γυναίκες που λάμβαναν κανονικά το χάπι. Αργότερα όμως ανακαλύφθηκε ότι το Enovid είχε καλύτερα αποτελέσματα με το συνδυασμό χαμηλών δόσεων οιστρογόνων και προγεστερόνης.

Μετά από ένα έτος δοκιμών, ο Dr Rice-Wray διευθυντής της ένωσης οικογενειακού προγραμματισμού του Puerto Rico, ανέφερε τα αποτελέσματα στον Pincus. Το χάπι ήταν 100% αποτελεσματικό όταν λαμβανόταν κατάλληλα. Επίσης τον ενημέρωσε ότι 17% των γυναικών παραπονέθηκε για ναυτία, εμετό, ίλιγγο, πονοκέφαλο και άλγος στο στομάχι. Οι παρενέργειες αυτές εκτιμήθηκαν από τον Pincus και τον Rock ως ψυχοσωματικές μιας και οι ασθενείς τους στην Βοστώνη παρουσίασαν πολύ λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Επιπλέον, αυτές οι παρενέργειες ήταν δευτερεύουσες μπροστά στο όφελος του φαρμάκου. (Segal SJ,Popul.Today 2000)

Το «χάπι» πέρα από ένα πάρα πολύ αποτελεσματικό φάρμακο ήταν και το ορόσημο για την πλήρη απελευθέρωση της γυναίκας και τη δυνατότητα αυτοδιάθεσης και ελέγχου του σώματός της από την ίδια. Για κάποιον ανεξήγητο όμως λόγο, η ανθρωπότητα αντιμετώπισε αυτό το γεγονός με αντιφατικό τρόπο, άλλοι ως πολύ αναμενόμενη εξέλιξη και άλλοι ως την... επέλευση της Δευτέρας Παρουσίας και την αναβίωση των Σοδόμων και των Γομόρρων. Στις 25 Ιουλίου 1968, ο Πάπας Παύλος VI εξέδωσε παπική εγκύκλιο με τον τίτλο "Humanae Vitae", όπου επεσήμαινε ότι η χρήση αντισυλληπτικών αποτελούσε θανάσιμο αμάρτημα για τους πιστούς.

Σε παγκόσμια κλίμακα αρχίζει να γίνεται αποδεκτός ο θεσμός του Ο.Π. μέσα στη δεκαετία του 1960 και εδραιώνεται με Διεθνείς Διακηρύξεις του Οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών σύμφωνα με τις οποίες «η ρύθμιση της γονιμότητας αποτελεί βασικό, αναφαίρετο δικαίωμα και μέρος της ατομικής ελευθερίας κάθε ανθρώπου». (Θέματα Ο.Π.,σελ.3,1990)

Σημαντικός σταθμός στην εξέλιξη του Οικογενειακού Προγραμματισμού, ήταν η αναγνώριση του από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ). Η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, για πρώτη φορά το 1966 διακήρυξε ότι «κάθε οικογένεια θα πρέπει να καθορίζει ελεύθερα τον αριθμό των μελών της» (General Assembly, Resolution 2211). Δύο χρόνια αργότερα το 1968, στην 20<sup>η</sup> επέτειο από την ίδρυση του ΟΗΕ στην Τεχεράνη, το Παγκόσμιο Συνέδριο των Δικαιωμάτων του Ατόμου, διευρύνοντας και εξατομικεύοντας το δικαίωμα τεκνογονίας διατύπωσε την αρχή ότι είναι βασικό δικαίωμα των γονέων:

1. Να επιλέγουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τη χρονική κλιμάκωση γέννησης των παιδιών τους,
2. Να έχουν επαρκή κατάρτιση και πληροφόρηση σ' αυτό τον τομέα (Resolution XVIII).

Καθοριστική είναι η απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του 1969, (General Assembly, Resolution 2542 Article 22), η οποία συνιστά στα κράτη – μέλη του ΟΗΕ να εξασφαλίσουν όχι μόνο τις απαραίτητες γνώσεις, αλλά και τα κατάλληλα μέσα για τον έλεγχο της γονιμότητας, ώστε το ζευγάρι να μπορεί να αποφασίσει ελεύθερα και υπεύθυνα για το αν και πότε θα τεκνοποιήσει καθώς και για τον αριθμό των τέκνων. Με την απόφαση αυτή οι ευθύνες άσκησης του δικαιώματος της ελεύθερης τεκνογονίας κατανέμονται μεταξύ κράτους και ατόμου. Η καθολική αποδοχή των αρχών του Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτυπώνεται και στα «Παγκόσμια Σχέδια Δράσης για τον Πληθυσμό» που αποδέχτηκαν ομόφωνα τα κράτη - μέλη του ΟΗΕ στις Παγκόσμιες Συνεδριάσεις Πληθυσμού στο Βουκουρέστι (1974) καθώς και στην Πόλη του Μεξικού (1984). Ακόμη, το θεσμό του Οικογενειακού Προγραμματισμού αποδέχθηκε ανεπιφύλακτα το Συμβούλιο της Ευρώπης, συνιστώντας, με δύο αποφάσεις του (το 1975 και το 1978), στα κράτη -μέλη του να λάβουν διοικητικά και νομοθετικά μέτρα, ώστε το άτομο ελεύθερο και υπεύθυνο να μπορεί να ρυθμίζει την τεκνοποίησή του, έχοντας στη διάθεσή του τις απαραίτητες πληροφορίες και τις κατάλληλες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες.

Συγκεκριμένα με την με αριθ. απόφαση 29 /1975 υποχρεούνται τα κράτη-μέλη του να διαμορφώνουν ανάλογη πολιτική που θα παρέχει τη δυνατότητα σε όλους τους πολίτες «να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα για τον αριθμό και την χρονική κλιμάκωση των παιδιών που επιθυμούν να αποκτήσουν».

- ✚ Το 1978 τόσο με την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας της Π.Ο.Υ. όσο και με την Διεθνή Διάσκεψη της Alma Ata επισημαίνεται ότι ο Ο.Π. αποτελεί αναπόσπαστο και ακέραιο τμήμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η Π.Φ.Υ την χρονική αυτή περίοδο αναγορεύεται σε πρωτίστης σημασίας παράγοντα, αποτελεί τον «ακρογωνιαίο λίθο» κάθε στρατηγικής υγείας για το μέλλον. Επίσης ο Χάρτης της Οτάβας τονίζει ότι η κοινωνική δικαιοσύνη και ισοτιμία αποτελούν προϋπόθεση για την υγεία και η συνηγορία, η διαμεσολάβηση και η διευκόλυνση είναι οι διαδικασίες για την επίτευξη της υγείας. Το 1988 οι Συστάσεις της Αδελαΐδας για την υγιή Δημόσια Πολιτική έδωσαν έμφαση στην ανάγκη για συμμετοχή των ανθρώπων, τη συνεργασία ανάμεσα στους διάφορους τομείς της πολιτικής και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. (Ο.Π., Ε.Ο.Π., σελ15-16,1986)(Κρεατσάς,σελ.27,2003) (Τριχόπουλος,σελ.201-202,1986)

## 1.2 Ονοματολογία και εννοιολογική εξέλιξη του οικογενειακού προγραμματισμού

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ως ιδέα και πράξη έχει περάσει από πολλά στάδια εξέλιξης, μέχρι να φθάσει στη σημερινή του μορφή.

Αρχικά, ξεκίνησε ως κίνηση ελέγχου των γεννήσεων (Birth Control), με βασικό στόχο την προαγωγή της υγείας μητέρας – παιδιού και θεωρήθηκε λιγότερο ή περισσότερο ως αποκλειστική υπόθεση της γυναίκας. Η διεθνοποίηση όμως της κίνησης και οι προσπάθειες σε εθνικό επίπεδο να προσεταιριστούν και να εξασφαλίσουν την υποστήριξη της κοινής γνώμης, της ιατρικής κοινότητας και των κυβερνήσεων, επέβαλαν για λόγους τακτικής την τροποποίηση του τίτλου από «Έλεγχο Γεννήσεων» σε «Οικογενειακό Προγραμματισμό».

Εδώ δεν θα πρέπει να υποτιμηθεί η σημασία των λέξεων. Με την αλλαγή αυτή εκτός από την μεγαλύτερη απήχηση που εξασφάλισε η παρουσία της λέξης «οικογένεια» στο νέο τίτλο, δινόταν και μεγαλύτερη έμφαση στην χρονική κλιμάκωση γέννησης των παιδιών με τη χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών μεθόδων και μεγαλύτερη διεύρυνση στο πεδίο της κίνησης αφού τώρα για πρώτη φορά συμπεριλάμβανε εκτός από τη γυναίκα, τον άνδρα και τα παιδιά. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι εκείνη την εποχή 10ετία του 1930 επικράτησε και η αντίληψη, ότι η κίνηση θα έπρεπε να αποστασιοποιηθεί από την «ευγονική» που είχε υιοθετηθεί από τους πρωτεργάτες της περασμένης δεκαετίας, λόγω πιθανής παρερμηνείας του όρου και συσχέτισής του με ρατσιστικές θέσεις. Η ευγονική αποτελεί μέρος του περιεχομένου του Ο.Π. δίχως όμως να είναι συνυφασμένη με διακρίσεις.(Ο.Π., Ε.Ο.Π., σελ.17,1986)(Κρεατσάς,σελ 26,2003)

Στη συνέχεια γίνεται νέα αλλαγή του τίτλου και μέχρι να συγκροτηθεί η I.P.P.F. (International Planned Parenthood Federation) το 1952, είχε ήδη επίσημα επικρατήσει ο όρος «Planned Parenthood» (Προγραμματισμένη Γονεϊκότητα) αντί για «Family Planning». Ο νέος τίτλος εκφράζει πολύ περισσότερες θέσεις από αυτές που περιέχει εννοιολογικά ο όρος «Οικογενειακός Προγραμματισμός». Προσδίδει ευρύτερο περιεχόμενο στο κίνημα και υποδηλώνει ότι τα θέματα που συνδέονται με την αναπαραγωγή και γονική ιδιότητα του ατόμου, μέσα στο πνεύμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ευθυνών, επεκτείνονται πέρα από τη σφαίρα της παραδοσιακής οικογένειας και περιλαμβάνουν κατάλληλη πληροφόρηση στην παιδική ηλικία, για το πώς έρχεται στον κόσμο ένα παιδί (Facts of Life), και κυρίως για το βασικό δικαίωμα του ατόμου στη γνώση και τα μέσα, με τα οποία επιτυγχάνεται στην αναπαραγωγική ηλικία ο περιορισμός ή η προαγωγή της γονιμότητας, στοιχείο σημαντικό για την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ο οποίος αρχικά ξεκίνησε σαν κίνημα ελέγχου των γεννήσεων, απέκτησε δύο διαστάσεις: Η μια αφορά το άτομο, και η άλλη την παγκόσμια πληθυσμιακή κατάσταση (δημογραφική). Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ως ανθρώπινο δικαίωμα, περιγράφει το δικαίωμα που έχει το άτομο να ελέγχει τη γονιμότητά του και να είναι ελεύθερο να αποφασίσει αν θα κάνει ή όχι παιδιά, πόσα και πότε, ανεξάρτητα από την όποια δημογραφική πολιτική που θέλει να εφαρμόσει η πολιτεία.(Ο.Π.,Ε.Ο.Π., σελ.17,1986) (Κρεατσάς,σελ.25,2003) (Τριχόπουλος, σελ.202,1986)

Κατά την πορεία του ο Ο.Π. εξελίχθηκε διεύρυνε τους στόχους και το περιεχόμενό του, χωρίς όμως να ξεφεύγει από την φιλοσοφία και τις βασικές του αρχές. Στόχος του είναι να προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες ανάγκες κάθε χώρας, που αφορούν την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, τις δημογραφικές ανάγκες, την κοινωνικοοικονομική και πολιτιστική ανάπτυξη της χώρας. Κατά αυτή την έννοια η Ευρώπη έχει διαφορετικές ανάγκες από τις αναπτυσσόμενες

χώρες, όπου η γονιμότητα είναι ανεξέλεγκτη και η βρεφική και μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα είναι υψηλές. Ο Ο.Π. δεν αφορά μόνο την αντισύλληψη και την δημογραφική πολιτική κάθε χώρας.

Σήμερα το περιεχόμενο του Ο.Π. περιλαμβάνει και άλλους τομείς που αφορούν τη γενετήσια σχέση και τα προβλήματα που συνδέονται με αυτή όπως: η στειρότητα, η υιοθεσία, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, και γενικά όλες οι πλευρές της σεξουαλικής υγείας και την ευγονική. Ο καθορισμός των προτεραιοτήτων δράσης στους τομείς αυτούς αποτελεί διαρκή προσπάθεια του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Με τον τρόπο αυτό προοδευτικά διευρύνεται και διαφοροποιείται το περιεχόμενο του όρου Ο.Π., περιλαμβάνει ζητήματα π.χ. κακοποίησης, ώστε να διαφαίνεται καθαρά ότι η εξέλιξη της εννοιολογικής του τοποθέτησης είναι άεναη. (Ο.Π., Ε.Ο.Π., σελ 17,1988) (Τριχόπουλος,σελ201, 1986)(Κρεατσάς, σελ.25,2003)

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. ο οικογενειακός προγραμματισμός επιτρέπει στους ανθρώπους να επιτυγχάνουν τον αριθμό των παιδιών που επιθυμούν και να αποφασίζουν τα διαστήματα ανάμεσα στις εγκυμοσύνες. Αυτό είναι εφικτό μέσω των μεθόδων αντισύλληψης και της θεραπείας της υπογονιμότητας.Ο Ο.Π. επιτρέπει στους ανθρώπους να κάνουν επιλογές, μετά από ενημέρωση, ως προς την σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία. (WHO, Family Planning)

Η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού προωθεί την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία με δικαιώματα διασφαλισμένα για όλους, δίχως διακρίσεις, δεσμεύεται για την ισότητα των δυο φύλων και την ελαχιστοποίηση του στίγματος.(www.ippf.org)

### 1.3 Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός στην Ελλάδα

Ο απόηχος των διεθνών ευγονικών συζητήσεων είχε φθάσει από τη δεκαετία του '20 στην Ελλάδα, όπου το θέμα απασχόλησε επανειλημμένα γιατρούς από όλο το πολιτικό φάσμα. "Γάμος, μητρότης ρωμαλέα, πλουσία και γόνιμος. Ίδού τι έχει ανάγκη η φυλή μας διά να ορθοποδήσει εις την εθνικήν της σταδιοδρομίαν", έγραφε το 1922 ο γιατρός Μ.Μ. Μουσειδης στο βιβλίο του "Ευγενισμός και γάμος". Τα πρώτα αυτά χρόνια, η φροντίδα των ελλήνων ευγονιστών αφορούσε περισσότερο την πρόληψη της γέννησης "ελαττωματικών" παιδιών και οι προτάσεις τους περιορίζονταν συχνά στην ανάγκη καθιέρωσης ενός προγαμιαίου πιστοποιητικού υγείας των μελλονύμφων. Η ψήφιση, ωστόσο, του χιτλερικού νόμου του 1933 είχε σημαντικό αντίκτυπο στην Ελλάδα, όπου ξέσπασε μια έντονη διαμάχη μεταξύ οπαδών και πολεμίων του μέτρου της στειρώσεως των "ανεπιθύμητων" ατόμων. Ορισμένοι δήλωσαν τότε την απέχθειά τους προς τη ναζιστική ρύθμιση ως μέτρο ανελεύθερο και απάνθρωπο (π.χ. Σ. Βλαβιανός), ενώ αρκετοί ζήτησαν τη μερική εφαρμογή της (π.χ. για τους λεπρούς ο Κ. Χαριτάκης, για τους συφιλιδικούς ο Δ. Κόλιας). Μεγάλη, ωστόσο, μερίδα θα επιδείκνυε μια εύγλωττη αμφιθυμία: η στειρώση "συνετός και μεμετρημένως και υπό ωρισμένας προϋποθέσεις εφαρμοζομένη είναι ικανή να προσφέρει υπηρεσίας θετικής διά την καταπολέμησιν του εκφυλισμού και την προστασίαν και βελτίωσιν της φυλής", ανέφερε ο ίδιος Μ.Μ. Μουσειδης σε μεταγενέστερη μελέτη του. Συμπλήρωνε, ωστόσο, ότι η νομοθετική θέσπισή της ήταν πρόωρη, καθώς στην Ελλάδα η ευγονική συνείδηση δεν είχε ακόμη διαδοθεί ικανοποιητικά. Στην Ελλάδα η ευγονική αναπτύχθηκε κυρίως από παιδίατρος στα μέσα της δεκαετίας και περιστρεφόταν γύρω από τη βελτίωση της ποιότητας του βιολογικού κεφαλαίου και την υιοθέτηση ήπιων ευγονικών μέτρων. Οι παιδίατροι συνέδεαν την ευγονική με την παιδοκομία, αργότερα με την επίδραση της γαλλικής σχολής ευγονισμού, και με την κοινωνική υγιεινή. Κατά την ίδια περίοδο αξίζει να αναφερθεί ότι επικρατούσε η αντίληψη ότι η κίνηση του Ο.Π. θα έπρεπε να αποστασιοποιηθεί από την ευγονική

λόγω πιθανής παρερμηνείας του όρου και συσχέτισης του με ρατσιστικές θέσεις. (Μουσειδης Μ., 1934, σελ 67-68)( Θεοδώρου & Καρακατσάνη, σελ 415-419, 2010)(Ο.Π., Ε.Ο.Π., σελ 17, 1988)

Παράλληλα η επίσημη θέση της Εκκλησίας της Ελλάδας είναι αποτυπωμένη στην εγκύκλιο της Ιεραρχίας της 14<sup>ης</sup> Οκτωβρίου του 1937. Η εξάπλωση του κινήματος του οικογενειακού προγραμματισμού την εποχή του μεσοπολέμου, κυρίως στα αστικά κέντρα, θορύβησε την Ελλαδική Ορθόδοξη Εκκλησία. Η λήψη αποφάσεων από τις Δυτικές Εκκλησίες επέτεινε την ανάγκη για την επιβολή σταθερής και ενιαίας θέσης από την Ορθόδοξη προοπτική. Έτσι εκδόθηκε η εγκύκλιος της Ιεραρχίας, στην οποία γίνεται αναφορά στην κατάσταση της εποχής για την αποφυγή της τεκνογονίας και την παρεμπόδιση της συλλήψεως. Καταδικάζονται οι εκτρώσεις, η έκθεση βρεφών και η χρήση αφύσικων και αθέμιτων μέσων για την παρεμπόδιση της συλλήψεως.

Η εγκύκλιος προτείνει στους συζύγους την αποχή από την επαφή και εγκράτεια ως τα μοναδικά μέσα για την αποφυγή της τεκνογονίας, όταν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος. Γνωστοποιεί στους πνευματικούς πατέρες ότι η ανοχή των αντισυλληπτικών αποτελεί απόκλιση από το θέλημα του Θεού. Επισημαίνει δε στους ιατρούς ότι γίνονται «φονείς» με τις εκτρώσεις και τους αποτρέπει από το να διαδίδουν αντισυλληπτικά μέσα. Η προτεινόμενη αποχή και εγκράτεια εννοείται το διάστημα κατά το οποίο η σύζυγος είναι στις γόνιμες ημέρες. Δεν γίνεται σαφής αναφορά της φυσικής μεθόδου των άγονων ημερών, όμως η αποχή θεωρείται απαραίτητη για την γόνιμη περίοδο της συζύγου και όχι σε μόνιμη βάση.(Swartz B., σελ 7, 1985)

Ωστόσο η εγκύκλιος του 1937 προκάλεσε αντιδράσεις στους εκκλησιαστικούς κύκλους και δεν έγινε ευρύτερα αποδεκτή ως δείκτης πορείας από μεγάλη πορεία πνευματικών. Επικρίθηκε η αυστηρή προοπτική της για το θέμα της τεκνογονίας και κυρίως η έλλειψη έκφρασης της Ορθόδοξης άποψης για την ηθική κλιμάκωση των πιστών. Επιπρόσθετα κατηγορήθηκε ο τρόπος συγγραφής της και αμφισβητήθηκε η διατύπωση ενιαίας γραμμής και προοπτικής από το σύνολο της Ελλαδικής Ορθόδοξης Εκκλησίας. (Β. Φαναράς,1992)

Παρόλο που η άμβλωση θεωρείται «εγκληματική ενέργεια» μεταξύ 1950 και 1986, λόγω του έντονου πατριαρχικού πολιτικού ρόλου, οι Ελληνίδες βασίζονται στην έκτρωση, ώστε να περιορίζουν το μέγεθος της οικογένειας. Εξάλλου μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο οι στάσεις/συμπεριφορές απέναντι στην έκτρωση άλλαξαν δραστικά καθώς ο λιμός, η φτώχεια και ο επακολουθών εμφύλιος πόλεμος ώθησαν στην δημιουργία μικρότερων οικογενειών. Η άμβλωση/έκτρωση θεωρείται ως μια μέθοδος ελέγχου των γεννήσεων από τις γυναίκες.(Paxson,σελ. 309,2001)

Η εμφάνιση του Ο.Π. στην Ελλάδα για πρώτη φορά παρατηρείται το 1976, σύμφωνα με άρθρο της Paxson Η., όταν ο μετεκπαιδευθείς στην Αγγλία έλληνας γυναικολόγος συνέβαλε στην ίδρυση μη κυβερνητικού συνδέσμου Οικογενειακού Προγραμματισμού, έχοντας την πεποίθηση πως οι γυναίκες που είναι καλύτερα ενημερωμένες σχετικά με τα μοντέρνα μέσα αντισύλληψης, συγκεκριμένα για το αντισυλληπτικό χάπι και τα ενδομητρικά σπειράματα, ο ανερχόμενος εθνικός ρυθμός εκτρώσεων θα μειωνόταν. Το 1974 λειτουργεί για πρώτη φορά στο Περιφερειακό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού με πρωτοβουλία του Καθηγητή Δ. Κασκαρέλη. Ωστόσο σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού γίνεται λόγος για μια εταιρεία που συστήθηκε το 1973 κυρίως από γιατρούς, χωρίς να έχει καμία δημόσια εμφάνιση ή δραστηριότητα μέχρι την ίδρυση της Ε.Ο.Π. το 1976. Τον Νοέμβριο του 1976 μια μικρή ομάδα ευαισθητοποιημένων ατόμων συνέταξε το καταστατικό της Ε.Ο.Π. υπέγραψε την ιδρυτική πράξη και εξέλεξε προσωρινό Διοικητικό Συμβούλιο. Η Πολιτεία δεν φαίνεται να έχει πρωτοβουλία επί του θέματος μέχρι τότε και ενδεχομένως

αποδίδεται στη σύγκυση του Ο.Π. με την δημογραφική κατάσταση της χώρας, στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, στην απροθυμία της Πολιτείας, στην αντιπαράθεση με την Εκκλησία και στην παρεμβολή της επταετούς δικτατορίας. Η θεσμοθέτηση του Ο.Π. στην χώρα μας καθυστέρησε σημαντικά και η ορθή τοποθέτηση του ρόλου του εκφράζεται με το Ν.1036/80, με τον οποίο επίσημα γίνεται αποδεκτός στο πλαίσιο δημογραφικού προβλήματος και διεθνών συγκυριών. (Ο.Π.,Ε.Ο.Π., σελ. 21,1988)(θέματα Ο.Π., σελ.5,1990)(Paxson, σελ 309,2001)

Από την πλευρά της Εκκλησίας δε στο διάγγελμα περί τεκνογονίας, στις 9 Οκτωβρίου 1978, επισημαίνεται ότι επανέρχεται μετά από σαράντα χρόνια το επίμαχο θέμα της φυγοτεκνίας. Δέχεται ότι η κατάσταση επιδεινώθηκε και κρίνει απαραίτητο πως πρέπει η Ιεραρχία της Εκκλησίας της Ελλάδος να τοποθετηθεί, όπως είχε κάνει το 1937. Παροτρύνει τους εγγάμους άνδρες να εκπληρώσουν το καθήκον τους και να συνδέουν την συζυγία με την εξ αυτής παιδοποιία. Μάλιστα αναφέρεται ρητά στις συζύγους να αποφεύγουν οποιαδήποτε αντισυλληπτικά μέσα και τρόπους, ενώ συμβουλεύει τους ιατρούς να μη συμμετέχουν στις φονικές εκτρώσεις. Παράλληλα καλεί τους πνευματικούς πατέρες να ακολουθούν κοινή γραμμή, αυτή που εξέφρασε η εγκύκλιος του 1937. Το διάγγελμα αυτό δεν αγνοεί τις δύσκολες σύγχρονες περιστάσεις για την ανατροφή των παιδιών και αναγνωρίζει ότι η προτεινόμενη διέξοδος της συζυγικής εγκράτειας θεωρείται «στενή και τεθλιμμένη οδός». Επιπλέον η ηπιότερη λύση που προβάλλεται για την εφαρμογή της εκκλησιαστικής οικονομίας και συγκατάβασης αφήνεται στην κρίση των πνευματικών, όταν διαπιστώνεται η αναγκαιότητα της. (Σταυρόπουλος Αλ., 1977)

Στην χώρα μας ο Ο.Π. ουσιαστικά ήταν κοινωνικά ανύπαρκτος μέχρι την εμφάνιση της Ε.Ο.Π.. Μια γυναίκα, που μετακόμισε από την περιφέρεια σε αστική περιοχή, υποστήριξε ότι όταν η άμβλωση ήταν παράνομη ήταν πιο εύκολη και η πραγματοποίησή της, διότι πάντα υπήρχαν ιατροί που προχωρούσαν στην επέμβαση λόγω της οικονομικής απολαβής. Εν τω μεταξύ το αντισυλληπτικό χάπι αρχικά εξαπλώθηκε στην Ελλάδα το 1963, αλλά μόνο με την συνταγή ιατρού και για τις διαταραχές εμμήνου ρύσεως. Τα ενδομητρικά σπειράματα είναι διαθέσιμα αργότερα αλλά όχι ιδιαίτερα ευρέως αποδοχής. Σύμφωνα με το νόμο αντισυλληπτικές μέθοδοι θα πρέπει να διαφημίζονται όπως το προφυλακτικό για την αποφυγή μετάδοσης σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, ως εκ τούτου αποκλείοντας όλες τις μεθόδους αντισύλληψης εκτός του προφυλακτικού. Ωστόσο Έλληνας ιατρός, το 1992, διαβεβαιώνει ότι «η έκτρωση ήταν και ακόμη παραμένει η κύρια μέθοδος ελέγχου γεννήσεων». (Paxson, pg307-8,2001)(Margaritidou & Mestheneos,1992)

Η Ε.Ο.Π μέσα από την δράση της προσπαθεί να προωθήσει τον Ο.Π. τόσο στο κοινό με ενημερωτικές ομιλίες και ευαισθητοποίηση όσο και με τη λειτουργία Συμβουλευτικού Σταθμού, όπου προσέρχονταν νέοι, σπουδαστές και εργαζόμενοι για ενημέρωση –παροχή πληροφοριών ή άλλων υπηρεσιών. Επιπρόσθετα βασικός στόχος της Εταιρείας αποτελεί η προσπάθεια να πείσει αρμόδιους κρατικούς φορείς, την κυβέρνηση για τη νομική αναγνώριση και θεσμοθέτηση του Ο.Π. Γεγονός που αποδεικνύεται με την ψήφιση του Ν.1036/80, καθώς προηγήθηκαν εισηγήσεις της Ε.Ο.Π. στον Υπουργό κ. Δοξιάδη και η σκληρή μάχη της Προέδρου της Εταιρείας και Βουλευτού κας Β. Τσουδερού για την ψήφιση του. Ακόμη με επιστολή των Εταιρειών Ο.Π. αιτούνται την αλλαγή του άρθρου 22 του Σχεδίου Νόμου του Ε.Σ.Υ. και με ακόλουθη επιστολή στο ΚΕ.ΣΥ. επισημαίνουν ότι η δράση των μη κυβερνητικών οργανώσεων έχει αναγνωριστεί διεθνώς και θα πρέπει να είναι παράλληλος και συμπληρωματικός προς τους κρατικούς φορείς.(Ο.Π.,Ε.Ο.Π., σελ38,77-78,1988)

Προγράμματα ελέγχου των γεννήσεων εφαρμόζονται ευρέως τόσο για λόγους υγείας όσο και για την προάσπιση και διασφάλιση ως ανθρώπινου δικαιώματος της απόφασης του ατόμου, ζευγαριού εάν, τότε θα γίνεται η γέννηση των παιδιών και ποιο θα είναι το μέγεθος της

οικογένειας. Η υποστήριξη των κυβερνήσεων αποδίδεται σαφώς στην ανησυχία τους ότι η υπέρμετρη αύξηση του πληθυσμού θα οδηγήσει σε οικονομική ύφεση. Μετά την θεσμοθέτηση του Ο.Π. στην χώρα μας παρατηρείται ότι το 1984 για την επίτευξη του στόχου «Υγεία για όλους ως το τέλος του 2000» η Ευρωπαϊκή Συνέλευση της Π.Ο.Υ υιοθετεί ένα σχέδιο δράσης με 38 επιμέρους στόχους, που όλα τα κράτη – μέλη αποδέχονται και δεσμεύονται για την υλοποίησή τους με τους ταχύτερους δυνατούς ρυθμούς. Συγκεκριμένα οι στόχοι ήταν :

Στόχος 13: Μέχρι το 1990, οι εθνικές πολιτικές σε όλα τα κράτη-μέλη θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι νομοθετικοί, οργανωτικοί και οικονομικοί μηχανισμοί, θα παρέχουν ευρεία διατομεακή υποστήριξη και πόρους για την προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής και θα εξασφαλίζουν αποτελεσματική συμμετοχή του πληθυσμού σε όλα τα επίπεδα διαμόρφωσης μιας τέτοιας πολιτικής.

Στόχος 14: Μέχρι το 1990, όλα τα κράτη – μέλη, θα πρέπει να έχουν ειδικά προγράμματα, τα οποία θα ενισχύουν τον μεγαλύτερο ρόλο της οικογένειας καθώς και άλλων κοινωνικών ομάδων στην ανάπτυξη και στήριξη υγιέστερων τρόπων ζωής.

Στόχος 15: Μέχρι το 1990 εκπαιδευτικά προγράμματα σε όλα τα κράτη – μέλη θα πρέπει να αυξήσουν την γνώση, την κινητοποίηση και τις δεξιότητες των πολιτών για την απόκτηση και διατήρηση της υγείας τους.

Στόχος 16: Μέχρι το 1995 σε όλα τα κράτη – μέλη θα πρέπει να έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι όσον αφορά τη θετική συμπεριφορά απέναντι στην υγεία όπως διατροφή, αποφυγή του καπνίσματος, κατάλληλη φυσική δραστηριότητα και καλό έλεγχο του άγχους και της ψυχικής έντασης (stress). Στόχος 16.3 : να αναπτύξουν πολιτικές και προγράμματα που θα βοηθούν τον πληθυσμό να κάνει χρήση των υπηρεσιών του Ο.Π. με αποτελεσματικό και ασφαλή τρόπο και να διάγει μια υγιέστερη σεξουαλική ζωή.

Πολλές πτυχές του Ο.Π. εμπεριέχουν στόχους που αφορούν την πρωτοβάθμια πρόληψη από νεοπλάσματα, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα , την μείωση των δεικτών βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας, τον περιορισμό της βίαιης κοινωνικής συμπεριφοράς,κ.ά.

Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στον στόχο 29, για την απαιτούμενη συνεργασία μεταξύ των ατόμων που παρέχουν και των ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας καθώς και στη συλλογική εργασία μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού που πρέπει να λειτουργεί σαν ομάδα υγείας μέσα σε πνεύμα αμοιβαίου σεβασμού και εκτίμησης και όχι σαν άτομα μεμονωμένα με περιχαρακωμένες αρμοδιότητες. (Θέματα Ο.Π.,σελ 3-4,1990)(2ο Παγκόσμιο Συνέδριο Προαγωγής Υγείας , Αδελαΐδα,1988<http://who.int/>)

Αξιοσημείωτο είναι ότι η χώρα μας ξεκίνησε την ανάπτυξη προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού και την εξειδίκευση των πρώτων στελεχών με την τεχνική και οικονομική υποστήριξη του Ο.Η.Ε. το 1982. Η χρηματοδότηση γινόταν μέσω του υπεύθυνου γραφείου του Ο.Η.Ε. στην Αθήνα και της Εθνικής Τράπεζας. Το 1983 ξεκίνησε η λειτουργία 10 Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού (Κ.Ο.Π.). Στις 31.12.1986 έκλεισε το γραφείο αυτό στην Ελλάδα και έμεινε υπόλοιπο για το πρόγραμμα το οποίο ανέρχεται στο ύψος του 1.314.298 δρχ. και πιστώθηκε σε λογαριασμό του δημοσίου στην Τράπεζα της Ελλάδος ύστερα από υπόδειξη της Διεύθυνσης Οικονομικών του Υπουργείου Υγείας. Το ποσό αυτό προοριζόταν για την έκδοση ενημερωτικού υλικού και εγχειριδίου σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό. Όμως η ανάληψη των χρημάτων αυτών κατά το οικονομικό έτος 1987-1988 δεν ήταν δυνατή, καθώς δεν ολοκληρώθηκε η μελέτη, αφού κρίθηκε απαραίτητη η συνεργασία με πολλούς φορείς. Αυτό είχε

ως αποτέλεσμα να μην απορροφηθούν τα χρήματα που θα συνέβαλαν στην ολοκλήρωση του προγράμματος. Συνεπώς ζητήθηκε στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους η έγκριση μεταφοράς αυτού του ποσού στον προϋπολογισμό του 1989, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος να εκτεθεί το Υπουργείο Υγείας απέναντι στον Ο.Η.Ε. ή ακόμη και το ενδεχόμενο επιστροφής των χρημάτων. Με την στήριξη του Υπουργείου Υγείας λειτουργούν πλέον 40 Κ.Ο.Π. και το πρόγραμμα επεκτείνεται σε υπηρεσίες Δήμων, ΠΚΚΠΑ και ΙΚΑ που έχουν εκδηλώσει ανάλογο ενδιαφέρον. (Υπουργείου Υγείας, 10 Ιανουαρίου 1989)(θέματα Ο.Π., σελ.5,1990)

Ενώ η αλλαγή της θέσης της Εκκλησίας στα τέλη της δεκαετίας του '90 η οποία συγκροτεί διάφορες υπηρεσίες όπως το Κέντρο Στήριξης της Οικογένειας και τη δημιουργία του θεσμού των Σχολών Γονέων της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών με σκοπό να βοηθήσει νεαρά άτομα σε θέματα Ο.Π. σε συνεργασία με την Ε.Ο.Π. και την Β΄ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Θετική εξέλιξη και πολύ ευνοϊκή για την προώθηση του Ο.Π. και την ολοένα μεγαλύτερη αποδοχή του. (Κρεατσάς, σελ 257-8, 2003)(kappadokia-agiotoskos,2014)

Με την πάροδο των ετών και τις αλλαγές του θεσμικού πλαισίου του εν λόγω θεσμού στην χώρα μας δημιουργούνται Κ.Ο.Π. και στην περιφέρεια αλλά και σε φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως το ΙΚΑ ΕΤΑΜ, με απόφαση του Διοικητή και αποτελούν υπηρεσίες Ο.Π., οι οποίες με τον Ν.3918/2011 μεταφέρθηκαν στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και με τον Ν.4238/2014 εντάχθηκαν στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας μαζί με τα Κέντρα Υγείας. Η δράση της Ε.Ο.Π. ταυτόχρονα φαίνεται να διεκδικεί και να λαμβάνει μέρος σε γνωμοδοτικές επιτροπές, ως μη κυβερνητική οργάνωση, όπως απορρέει και από τις τελευταίες εξελίξεις αναφορικά με τον εκσυγχρονισμό του θεσμού του Ο.Π. και μετά από πρωτοβουλία αρμόδιας υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας να προσκαλέσει όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και να συνεργαστούν πάνω στο ζήτημα αυτό.

Μετά από συνεχείς και αλληπάλληλες συναντήσεις στο πλαίσιο συνεργασίας του Υπουργείου Υγείας με Υπηρεσίες Ο.Π. , κατά την διάρκεια των δυο τελευταίων ετών , όπως π.χ. Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, αλλά και με φορείς όπως η Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας (τ.Ε.Ο.Π.) συγκροτήθηκε Πιλοτικό Δίκτυο Μονάδων ή Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού. Η εφαρμογή αυτού καθορίστηκε με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας στις 20.7.2015.(Ν.3918/11)(Ν.4238/2014)(εγκύκλιος Υ.Υ.54999/2015)

#### 1.4 Δημογραφική Θεώρηση

Αρχικά κρίνεται σκόπιμο να παρατεθούν ορισμοί σχετικά με την δημογραφία, το δημογραφικό πρόβλημα και την υπογεννητικότητα, καθώς θα βοηθήσουν στην συσχέτιση με τον οικογενειακό προγραμματισμό. Συγκεκριμένα:

Ως δημογραφία ορίζεται η στατιστική μελέτη του πληθυσμού (μιας ορισμένης γεωγραφικής περιοχής , μιας χώρας, κ.τ.λ), που εξετάζει την σύνθεση , την αυξομείωση, το όριο ζωής, τη διαβίωση και άλλα πληθυσμιακά φαινόμενα και μεγέθη.

Ως δημογραφικό πρόβλημα ορίζεται οι δυσκολίες που προκύπτουν από την δυσανάλογη αύξηση η μείωση του πληθυσμού ή των δυνατοτήτων απασχόλησης.



Ως υπογεννητικότητα η ύπαρξη δείκτη γεννήσεων χαμηλότερου από αυτόν που θεωρείται φυσιολογικός ή επιθυμητός και ως Γήρανση του πληθυσμού η ποσοστιαία αύξηση των ανθρώπων προχωρημένης ηλικίας σε βάρος νεοτέρων. (Μαίευση και Δημογραφικό στην Ελλάδα, σελ 115, 2007)

Η δημογραφική θεώρηση του Ο.Π. συχνά δημιουργεί παρεξηγήσεις που μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε ακραίες θέσεις. Μάλιστα μερικοί υποστηρίζουν ότι σε χώρες που υπάρχει υπογεννητικότητα, όπως η Ελλάδα, δεν θα πρέπει να γίνεται λόγος για Ο.Π. Η θέση αυτή δεν είναι ορθή. Η ανάγκη για τον έλεγχο των γεννήσεων αποτελεί παγκόσμιο κοινό θέμα, μια και το ανθρώπινο γένος αντιμετωπίζει μια δεύτερη πληθυσμιακή έκρηξη. Η πρώτη που χρονολογείται πριν από περίπου 10.000 χρόνια συνδέθηκε με την αλλαγή τρόπου ζωής από αυτόν του κυνηγού – συλλέκτη έτοιμης τροφής σε αυτόν του γεωργού – κτηνοτρόφου, τότε υπολογίζεται ότι ζούσαν στη Γη περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι. Η δεύτερη πληθυσμιακή έκρηξη σημειώθηκε μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η οποία επεκτάθηκε στις αναπτυσσόμενες χώρες, με την ανακάλυψη των αντιβιοτικών, την ευρεία χρήση της ανοσοποίησης και την πολιτική σταθερότητα.

Ο πληθυσμός της γης ξεπέρασε το φράγμα των 2 δισεκατομμυρίων την δεκαετία του 1920, έφθασε τα 4 δισεκατομμύρια το 1975, τα 5 το 1987 και μέχρι το 2000 διαφαίνεται ότι ξεπέρασε τα 6. Για το 2050 προβλέπεται πληθυσμός με την υψηλή αύξηση 12,4 δις και με την χαμηλότερη 8,4 δις. (Τριχόπουλος, σελ. 201, 1986) (Γαλάνης, σελ. 5-6, 1995)

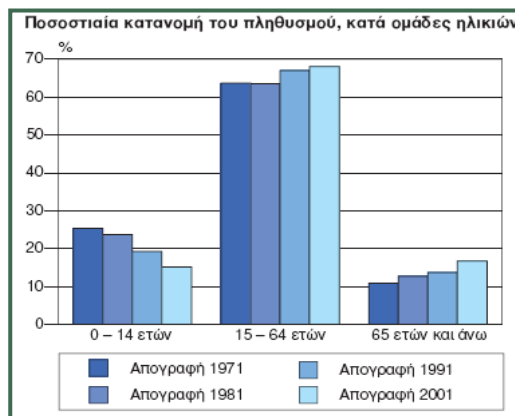
Από στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας προκύπτει ότι ο πληθυσμός της Ελλάδος σταδιακά αυξάνεται όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

I. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ				
Ia. Πραγματικός πληθυσμός της Ελλάδος, κατά φύλο και ομάδες ηλικιών				
	Απογραφές			
	1971 <sup>(1)</sup>	1981 <sup>(1)</sup>	1991 <sup>(1)</sup>	2001 <sup>(1)</sup>
<b>Σύνολο Ελλάδος</b> .....	<b>8.768.372</b>	<b>9.739.589</b>	<b>10.259.900</b>	<b>10.964.020</b>
Άρρενες .....	4.286.749	4.779.571	5.055.408	5.427.682
Θήλειες .....	4.481.624	4.960.018	5.204.492	5.536.338
0 – 14 ετών .....	2.223.904	2.307.297	1.974.867	1.664.085
15 – 64 ετών .....	5.587.352	6.192.751	6.880.681	7.468.395
65 ετών και άνω .....	957.116	1.239.541	1.404.352	1.831.540
<b>Ποσοστιαία κατανομή %</b>				
Άρρενες .....	48,89	49,07	49,27	49,50
Θήλειες .....	51,11	50,93	50,73	50,50
0 – 14 ετών .....	25,36	23,69	19,25	15,18
15 – 64 ετών .....	63,72	63,58	67,06	68,12
65 ετών και άνω .....	10,92	12,73	13,69	16,71

(1) Δειγματοληπτική επεξεργασία 25% και 10% των ερωτηματολογίων των Απογραφών 1971 και 1981, αντίστοιχα, και καθολική επεξεργασία των ερωτηματολογίων των Απογραφών 1991 και 2001.

(Μαίευση & Δημογραφικό, 2007)

Πέρα από τον πίνακα όμως και από τα στοιχεία του διαγράμματος διαφαίνεται η αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού σε σύγκριση με τους νέους.



(Μαίευση & Δημογραφικό, 2007)

Η γήρανση του πληθυσμού και ο μειωμένος αριθμός αύξησης του πληθυσμού οφείλεται αφ' ενός στην μείωση των γεννήσεων, σε σημείο που οι θάνατοι να τις ξεπερνούν, αφ' ετέρου στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης διαμέσου των ετών. (Μαίευση & Δημογραφικό,σελ115-8,2007)

Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι η αναπαραγωγή ενός λαού ή μιας κοινωνικής ομάδας επηρεάζεται από την κοινωνικο – οικονομική και από την πολιτιστική του ανάπτυξη και όχι από την άγνοια ή την αντίθεση στην ρύθμιση της γονιμότητας και μάλιστα στο όνομα κάποιων εθνικών ή διεθνών αναγκών. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ανθρώπινο γένος είναι πολλαπλά σε σχέση με τις πληθυσμιακές τάσεις. Τα σημαντικότερα είναι:

- ✚ Οικονομία: οι αναπτυσσόμενες χώρες παρουσιάζουν δυσκολία ως προς την βελτίωση του βιοτικού τους επιπέδου με τις παρατηρούμενες αυξήσεις στον πληθυσμό τους και οι αναπτυγμένες χώρες παρουσιάζουν δυσκολία διατήρησης του βιοτικού τους επιπέδου με τις περιβαλλοντολογικές αλλαγές και τις ενεργειακές απαιτήσεις που σημειώνονται;
- ✚ Διατροφή: είναι εύκολο ο άνθρωπος να βελτιώσει την διατροφή του αρκετά και να εξασφαλίσει επαρκή διατροφή για όλους;
- ✚ Κατανομή εισοδημάτων: θα μπορούσε η ελάττωση της γονιμότητας μεταξύ των φτωχότερων πληθυσμών να συμβάλλει στον «δίκαιο» καταμερισμό ή σύγκλιση της κατανομής των εισοδημάτων;
- ✚ Μόρφωση: με τους ρυθμούς ανάπτυξης θα δύνανται οι αναπτυσσόμενες χώρες να προσφέρουν ποιοτική μόρφωση σε όλα τα παιδιά, την στοιχειώδη;
- ✚ Υγεία: θα καταφέρουν οι χώρες να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, έτσι ώστε να παρέχεται η βασική ιατρική φροντίδα και κοινωνικά ασφάλιση σε όλους;
- ✚ Πηγές: θα είναι εύκολο για τις αναπτυγμένες χώρες να βελτιώσουν το βιοτικό επίπεδο στο μέλλον, χωρίς να εξαντληθούν τα φυσικά αποθέματα τροφής και ενέργειας;
- ✚ Περιβάλλον: θα μπορέσει να συμβαδίσει η εφαρμογή της τεχνολογίας με ένα υγιές περιβάλλον;
- ✚ Πυκνότητα: η αναλογία ανθρώπων και χώρου μήπως απειλεί την ψυχική υγεία, την κοινωνική σταθερότητα ή την αισθητική ακεραιότητα;
- ✚ Πολιτικές σχέσεις: οι τάσεις στην αύξηση , στην ανακατανομή και σύνθεση του πληθυσμού μήπως οδηγούν σε ένα πρόβλημα πολιτικό, τόσο σε κρατικό όσο και σε διεθνές επίπεδο;
- ✚ Ο ρόλος και η θέση της γυναίκας: ποιος ο σύγχρονος ρόλος της γυναίκας και η θέση της πάνω στη γονιμότητα και στην παραγωγική διαδικασία; Έχουν την δυνατότητα οι γυναίκες να επιτύχουν τις προσωπικές τους επιδιώξεις ενώ γεννούν και μεγαλώνουν παιδιά;
- ✚ Ανάπτυξη των παιδιών: θα εμποδίσουν οι σύγχρονες δημογραφικές τάσεις τις επόμενες γενεές να ζήσουν σωστά και χωρίς ψυχολογικές επιβαρύνσεις;
- ✚ Ανθρώπινα δικαιώματα: οι σύγχρονες δημογραφικές τάσεις αποτελούν απειλή για την διατήρηση ή την εξάπλωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων; (Γαλάνης,σελ.7,1995)(Τριχόπουλος,σελ.202, 1986)

Ο οικογενειακός προγραμματισμός δεν είναι σε θέση μόνος του να δώσει απαντήσεις σε όλα τα παραπάνω ερωτήματα, αλλά τουλάχιστον έχει την δυνατότητα να αμβλύνει το πρόβλημα.

Ο Ο.Π. μπορεί μέσω των στόχων και των υπηρεσιών του να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των παραπάνω ζητημάτων που προκύπτουν. (Τριχόπουλος,σελ.202, 1986)

Η ελάττωση της θνησιμότητας που έχει επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην αύξηση του πληθυσμού όσο και στην κατανομή των ηλικιών. Η ραγδαία ελάττωση της θνησιμότητας οφείλεται στα αντιβιοτικά, την ανοσοποίηση, την βελτίωση της ποιότητας του πόσιμου ύδατος, την βελτίωση της απομάκρυνσης των λυμάτων, τις καλύτερες μεταφορές, τη βελτίωση της γεωργικής παραγωγής και την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Μια άλλη παράμετρος που επηρεάζει την πληθυσμιακή κατάσταση αλλά και τις δυναμικές της είναι η μετανάστευση. Η μεταναστευτική πολιτική αποτελεί ζήτημα, για το οποίο δεν έχουν ληφθεί όλα εκείνα τα μέτρα που θα προστατεύσουν τόσο τα άτομα που έρχονται στην χώρα μας όσο και τους πολίτες, που υπεισέρχεται σε πολλά επίπεδα ενός κράτους με κυριότερο αυτό της Δημόσιας υγείας. Από τα στοιχεία της απογραφής του μόνιμου πληθυσμού της χώρας μας το 2011 η σύνθεση του πληθυσμού έχει ως εξής:(ΕΛΣΤΑΤ) (Γαλάνης,σελ.6,1995)

- ✚ 9.903.268 άτομα που έχουν ελληνική υπηκοότητα
- ✚ 199.101 άτομα που έχουν υπηκοότητα άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- ✚ 708.003 άτομα που έχουν υπηκοότητα λοιπών χωρών
- ✚ 4.825 άτομα που είναι χωρίς υπηκοότητα ή έχουν αδιευκρίνιστη υπηκοότητα.

Ως προς το δημογραφικό ενδιαφέρον της χώρας μας από τα στοιχεία που φαίνονται στον προηγούμενο πίνακα, το 50,3% του πληθυσμού είναι κατά νόμο έγγαμοι (έγγαμοι, σύμφωνα συμβίωσης, σε διάσταση). Το 39,0% είναι άγαμοι, με τους άρρενες να υπερτερούν (21,5% )

Στη συνέχεια ιδιαίτερης σημασίας τυγχάνουν τα στοιχεία, όπως αυτά προκύπτουν από τον κάτωθι πίνακα:

(ΕΛΣΤΑΤ,2015)

	1991	2001	2002	2003	2004
Γάμοι .....	65.568	58.491	57.872	61.081	51.377
Επί 1.000 κατοίκων ...	( <sup>1</sup> )6,4	( <sup>1</sup> )5,3	( <sup>1</sup> )5,3	( <sup>1</sup> )5,5	( <sup>1</sup> )4,6
Διαζύγια .....	6.351	11.184	11.080	12.033	12.307
Επί 1.000 γάμων .....	96,9	191,2	191,5	197,0	239,5

ΕΛΣΤΑΤ,2007

*Οι δημογραφικοί δείκτες των ετών 1991, 2001, 2002, 2003 και 2004 καταρτίστηκαν βάσει του εκτιμώμενου πραγματικού πληθυσμού, ο οποίος αναθεωρήθηκε σύμφωνα με τον πληθυσμό της Απογραφής 2001*

Η εικόνα του αριθμού των γάμων και των διαζυγίων, όπως παρουσιάζονται στον πίνακα

Ομάδες ηλικιών	Σύνολο	Άγαμοι	Έγγαμοι	Χήροι	Διαζευγμένοι	Με σύμφωνο Συμβίωσης	Σε διάσταση	Χήροι από Σύμφωνο Συμβίωσης	Διαζευγμένοι από Σύμφωνο Συμβίωσης
Σύνολο	10.815.197	4.227.033	5.364.221	820.392	331.653	1.763	69.725	78	332
0-14	1.589.089	1.568.836	250	0	2	1	0	0	0
15-19	553.225	546.361	6.431	25	269	42	89	5	3
20-29	1.350.773	1.088.552	249.234	938	7.493	392	4.107	16	41
30-39	1.635.129	564.087	1.001.005	6.185	49.604	513	13.640	16	79
40-49	1.580.906	229.180	1.201.657	23.822	103.708	441	21.954	20	124
50-59	1.391.713	107.179	1.107.005	67.820	92.064	241	17.324	18	62
60-69	1.133.921	57.880	879.777	138.435	49.029	97	8.678	2	23
70-79	1.017.163	41.577	671.883	277.371	25.022	28	3.281	1	0
80+	583.278	23.381	246.979	305.796	6.462	8	652	0	0

έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς την τελευταία 15ετία διαγράφεται πτώση του αριθμού των γάμων που πραγματοποιούνται (ανά 1000 κατοίκους) και παράλληλα μια αύξηση των διαζυγίων, που έχουν διπλασιαστεί ως απόλυτος αριθμός (12307 το 2004 έναντι 6351 το 1991) και υπερδιπλασιαστεί ως ποσοστό επί των γάμων (239,5 διαζύγια/1000 γάμους το 2004 έναντι 96,9 διαζυγίων/1000 γάμους το 1991). Ο πληθυσμός αυξάνεται και η χώρα μας, δυστυχώς, την τελευταία 20ετία υπολείπεται πολύ των επιθυμητών επιπέδων. (Κρεατσάς, 2003) (Μαίευση και Δημογραφικό, 2007)

Η μείωση του συντελεστή γονιμότητας σχετίζεται με την αυξανόμενη ηλικία γάμου των γυναικών η οποία αυξήθηκε από 22,3 χρόνια τη δεκαετία του '80 σε 25,9 το 1998 καθώς και με την αυξημένη ηλικία απόκτησης του πρώτου παιδιού από τις γυναίκες αυτές (από 23,3 τη δεκαετία του '80 σε 28,6 το 1998). Φυσικά με την πάροδο του χρόνου η ηλικία γάμου των γυναικών αυξάνεται, αν λάβουμε υπόψη ότι οι προτεραιότητες τους μεταβάλλονται λόγω των επαγγελματικών τους φιλοδοξιών ή της επιθυμίας απόκτησης τίτλων σπουδών με συνέπεια η δημιουργία της οικογένειας να αποτελεί στόχο που ακολουθεί και πραγματοποιείται σε μεγαλύτερη ηλικία.

Αναπόφευκτη είναι η καταφυγή στις δημογραφικές δυνάμεις και η χρησιμοποίηση της ιατρικής γνώσεως και τεχνολογίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος σύμφωνα με πηγές τόσο από τον ιατρικό κύκλο όσο και από τον κοινωνικό.

Στην Ελλάδα ο Ο.Π. αποκτά δημογραφική διάσταση και παρουσιάζει ποιοτικό και όχι ποσοτικό χαρακτήρα, ακολουθώντας το πρότυπο που υιοθετήθηκε στην Ευρώπη, διαφοροποιούμενο από αυτό που εφαρμόζεται στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι οποίες αντιμετωπίζουν πιεστικό πρόβλημα υπερπληθυσμού.

Ο Ο.Π. κατάλληλα θεσμοθετούμενος και ενισχυόμενος με μέτρα δημογραφικής πολιτικής δεν αντιστρατεύεται τον στόχο της αύξησης των γεννήσεων αλλά ενδέχεται και να τον ισχυροποιεί και να επιταχύνει την επίτευξη του. *Η έννοια του Ο.Π. και η δημογραφική πολιτική δεν είναι έννοιες ασυμβίβαστες, δεν δρουν ανταγωνιστικά αλλά συμπληρωματικά* και μπορούν να εναρμονιστούν μεταξύ τους, όταν δε υπάρχει το κατάλληλο θεσμικό και νομικό πλαίσιο αλλά και τα κατάλληλα κοινωνικοοικονομικά κίνητρα τεκνοποίησης. Η πολιτική της ενίσχυσης των γεννήσεων και η πολιτική του Οικογενειακού Προγραμματισμού μπορούν να εναρμονιστούν μεταξύ τους και να προσανατολιστούν προς την ίδια κατεύθυνση. Αυτό συμβαίνει διότι μεν η πρώτη αποβλέπει στη διεύρυνση του μεγέθους της οικογένειας, με την απόκτηση παιδιών που θα είναι επιθυμητά από το ζευγάρι που η δε δεύτερη στοχεύει να παρέχει στα ζευγάρια όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και τα μέσα που θα επιτρέψουν υπεύθυνα και ελεύθερα στα ζευγάρια να αποκτήσουν όσα παιδιά επιθυμούν και όταν τα επιθυμούν. (Ο.Π., Ε.Ο.Π., σελ. 17-19, 1986) (Γαλάνης, σελ. 97, 1995) (Τριχόπουλος, σελ. 202, 1986)

## 1.5 Κοινωνιολογική προσέγγιση του θεσμού του Ο.Π.

Οι κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων και μεταξύ των κοινωνικών ομάδων ή μεταξύ των ανθρώπων και των κοινωνικών θεσμών δεν οφείλονται σε τυχαίους παράγοντες ούτε συμβαίνουν τυχαία, αλλά αντίθετα έχουν την τάση να εκδηλώνονται με συστηματικό και προτυποποιημένο τρόπο. Η κοινωνιολογία ενδιαφέρεται περισσότερο να ανακαλύψει και να ερμηνεύσει αυτό που συνιστά μια σταθερά επαναλαμβανόμενη κοινωνική συμπεριφορά, αυτό που αποτελεί κυρίως τον κανόνα και όχι τόσο αυτό που αποτελεί την εξαίρεσή του. Επιπλέον ενδιαφέρεται για το πώς η κοινωνική ζωή εμφανίζεται να είναι δομημένη και διαρθρωμένη

σύμφωνα με ένα σύνολο κανόνων. Νόμοι και ηθικές αξίες προδιαγράφουν συγκεκριμένους τύπους συμπεριφοράς, ενώ άλλοι κανόνες της κοινωνικής ζωής δεν είναι άμεσα ορατοί ή βρίσκονται σε λανθάνουσα κατάσταση, ενεργοποιούμενοι σε κατάλληλες συνθήκες και μετά από την επίδραση ορισμένων ερεθισμάτων. Το σύνολο της εικόνας της κοινωνικής ζωής, το εμφανές και το αφανές, το ορατό και λανθάνον αλλά υπαρκτό, προκαλεί ερωτήματα για το πώς η συλλογική κοινωνική ζωή διαμορφώνει τη συμπεριφορά των ανθρώπων.

Ο Durkheim στην μελέτη του για την αυτοκτονία υποστήριξε, ότι παρόλο που φαίνεται ότι πρόκειται για μια ατομική πράξη, μπορεί να ερμηνευθεί κοινωνιολογικά. Όσο περισσότερο ισχυροί είναι οι δεσμοί μεταξύ των ατόμων μια κοινωνικής ομάδας, τόσο μικρότεροι είναι οι δείκτες αυτοκτονιών των μελών της ομάδας. Ωστόσο η κοινωνιολογία δείχνει ενδιαφέρον για ένα κοινωνικό πρόβλημα που απασχολεί τους ανθρώπους, μια κοινωνική συμπεριφορά που θεωρείται λαθεμένη, ανορθόδοξη, μη αποδεκτή, αποκλίνουσα (Berger, 1968). Μια άλλη θεωρία υποστηρίζει ότι η κοινωνία είναι αποτέλεσμα των ενεργειών και δραστηριοτήτων των ατόμων τα οποία λειτουργούν ως ανεξάρτητες μονάδες (Giddens, 1986). Η οικογένεια, η εκπαίδευση, η κοινωνική οργάνωση, η κοινωνική ιεραρχία είναι θεσμοί κοινωνικοί που επιδρούν σημαντικά στην υγεία. Η κοινωνική ζωή εκτυλίσσεται και εξελίσσεται, συγκεκριμένοι τύποι – κώδικες συμπεριφοράς αναπαράγονται διαδοχικά από γενεά σε γενεά ως αποδεκτοί, ορθοί και κοινωνικά αναγνωρίσιμοι τρόποι έκφρασης της κοινωνικής συμπεριφοράς (Worsley, 1987). Παράλληλα η κοινωνιολογία τον χώρο της υγείας ενδιαφέρεται κυρίως για την διερεύνηση των βασικών προσδιοριστικών παραγόντων που διαμορφώνουν και συνθέτουν το τοπίο της υγείας και της αρρώστιας. Η διερεύνηση αυτή γίνεται προς τρεις κατευθύνσεις:

1. Στον προσδιορισμό των παραμέτρων εκείνων που επηρεάζουν την υγεία και πηγάζουν από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας, κατάσταση υγείας και δείκτες υγείας, διαφορές και ανισότητες στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής).
2. Στην ανάλυση και ερμηνεία της εμπειρίας της αρρώστιας, των επιπλοκών και των επιπτώσεων της στην προσωπική και κοινωνική ζωή του ατόμου που νοσεί (αντιλήψεις, πεποιθήσεις, στάσεις και συμπεριφορά υγείας, αγχογόνοι παράγοντες και γεγονότα ζωής, κοινωνική ένταξη και υποστήριξη, θεραπευτική σχέση επαγγελματιών υγείας και αρρώστου, άσκηση συναφών κοινωνικών ρόλων).
3. Στην οργάνωση και κατανομή των πόρων του συστήματος υγείας (αναζήτηση φροντίδας υγείας, υπηρεσίες παροχής ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας υγείας, ανισότητες στην προσφορά και στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας).

Κατ' ακολουθία κοινωνικοί παράγοντες, όπως η εργασία, η κουλτούρα, ο τρόπος ζωής κ.ά. συμβάλλουν σημαντικά στην κατανόηση και εξήγηση παρατηρούμενων διαφοροποιήσεων στην υγεία μεταξύ κοινωνικών ομάδων (Townsend et al 1988). Οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των δυο φύλων καθορίζεται από τη στάση και συμπεριφορά των δυο ατόμων με συνέπεια να επιδρά στην υγεία τους και να εξαρτάται ταυτόχρονα από πολλούς παράγοντες (πεποιθήσεις, αντιλήψεις, κοινωνικοί ρόλοι, θέσεις κ.ά) και να αφορά σε κοινωνική συμπεριφορά. (Σαρρής, 2001) (Τούντας, 2000)

Σε έργο του Foucault, ο Άγιος Φραγκίσκος της Σάλης παρότρυνε τους ανθρώπους να ακολουθούν την ενάρετη συζυγική ζωή: στους παντρεμένους πρότεινε, ως φυσικό καθρέφτη, το πρότυπο του ελέφαντα και τα έθιμα του απέναντι στη σύντροφό του. «Δεν είναι παρά ένα τεράστιο ζώο, κι όμως έχει τη μεγαλύτερη αξιοπρέπεια απ' όσα ζουν πάνω στη Γη και την ορθότερη φρόνηση..... Δεν αλλάζει ποτέ σύντροφο και αγαπά με τρυφερότητα εκείνη που έχει διαλέξει, αλλά συνουσιάζεται μαζί της κάθε τρία χρόνια, κι αυτό για πέντε μέρες, και τόσο κρυφά,

ώστε ποτέ κανείς δεν τον έχει δει να εκτελεί την πράξη. Εμφανίζεται μολαταύτα την έκτη ημέρα, πρώτα από όλα πηγαίνει στο ποτάμι και πλένει το κορμί του, γιατί δεν θέλει με κανένα τρόπο να γυρίσει στο κοπάδι πριν εξαγνιστεί». Αλλά θα μπορούσε να παινεύει κανείς και τον Κάτωνα τον Νεότερο, ο οποίος μέχρι την ημέρα που παντρεύτηκε δεν είχε ποτέ σεξουαλικές σχέσεις με γυναίκες κι ακόμα περισσότερο τον Λαίλιο που στη μακρόχρονη ζωή του δεν πλησίασε παρά μονάχα μια γυναίκα, εκείνη που παντρεύτηκε. Σε παλαιότερες εποχές γίνεται λόγος για τον καθορισμό αυτού του προτύπου αμοιβαίου και πιστού συζυγικού δεσμού. Ο Νικοκλής, στον λόγο που του αποδίδει ο Ισοκράτης, φανερώνει όλη την ηθική και πολιτική σπουδαιότητα που δίνει στο γεγονός ότι « από τότε που παντρεύτηκε δεν είχε ποτέ του σεξουαλικές σχέσεις με άλλη από την δική του γυναίκα». Στην ιδανική πολιτεία ο Αριστοτέλης θέλει να θεωρείται «ατιμωτική πράξη» η σχέση του συζύγου με κάποια άλλη γυναίκα ή εκείνη της συζύγου με κάποιον άλλον άντρα. Αναδεικνύονται αξίες όπως η πίστη, η συντροφικότητα, η αγάπη, οι ρόλοι και οι θέσεις των δυο φύλων και πως αντικατοπτρίζεται η σχέση των δυο φύλων στο κοινωνικό σύνολο.(Foucault,σελ25-26,1989)

Η γυναίκα είναι κυρίως συνυφασμένη με την κυοφορία, την παρακολούθηση της κύησης, την γέννηση τέκνου/η δημιουργία οικογένειας, την μητρότητα (προστασία της αναπαραγωγικής υγείας) με αποτέλεσμα και ο Ο.Π. να περιστρέφεται γύρω από την γυναίκα, τη θέση και τον ρόλο που κατέχει στην κοινωνία. Στην Μινωική Κρήτη οι γυναίκες είχαν τα ίδια δικαιώματα και τις ίδιες ελευθερίες με τους άνδρες. Η μονογαμία επικρατεί και ο γάμος είναι ιερός και αδιάλυτος. Η γυναίκα έχει την δυνατότητα να επιλέξει τον άνδρα της ενώ οι συζυγικές σχέσεις βασίζονται σε αμοιβαία αγάπη και εκτίμηση. Οι τρόποι συμπεριφοράς των συζύγων παρουσιάζονται απλοί, ευγενικοί και εγκάρδιοι. Στην Αρχαία Αθήνα ωστόσο οι γυναίκες δεν είχαν πολιτικά δικαιώματα, αποστολή της ενάρετης γυναίκας ήταν η φύλαξη του οίκου και η εκτέλεση των καθηκόντων που αφορούσαν την καλή λειτουργία του, με την βοήθεια δούλων, ενώ και η απόκτηση παιδιών κυρίως αρσενικών για την διαίωνιση της οικογένειας. Οι γάμοι εξυπηρετούσαν πρωτίστως κοινωνικές και θρησκευτικές ανάγκες. Ο σύζυγος αναλάμβανε την κηδεμονία της νέας και λάμβανε προίκα την οποία διαχειριζόταν εκείνος. Οι μόνες εξόδους των γυναικών ήταν σε μεγάλες θρησκευτικές γιορτές, γιορτές συγγενών και κηδείες.

Στην Αρχαία Ρώμη οι γυναίκες δεν είχαν νομικά και πολιτικά δικαιώματα και ήταν υποταγμένες στην πατρική εξουσία (πατέρας, σύζυγος και αργότερα γιός). Η κατάσταση άλλαξε με την εμφάνιση του Χριστιανισμού. Η κοινωνική τάξη της Ρωμαίας οικοδόσποινας στην πράξη ήταν συνήθως υψηλή. Τα καθήκοντά της ήταν μητρικά και συζυγικά, δηλαδή ο γάμος και η ανατροφή των παιδιών. Κατά την περίοδο του Καίσαρα και περίπου 30 χρόνια από την εποχή του Αυγούστου γυναίκες από εύπορες τάξεις δημιουργούν ένα κίνημα με το οποίο διεκδικούν δικαιώματα που αφορούν την ελευθερίες στην δημόσια και στην ιδιωτική τους ζωή. Κατά γενική ομολογία μελετητών η θέση της γυναίκας στο Βυζάντιο ήταν πολύ καλύτερη, αφού υπήρξαν γυναίκες αυτοκράτειρες – ηγετικές μορφές που συνέβαλαν στην δημιουργία υπηρεσιών παροχής υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας και περίθαλψης, στην λειτουργία των οποίων διαδραμάτισαν και σημαντικό ρόλο. Ωστόσο η αυστηρότητα επικρατούσε αρκετά δυναμικά εφόσον γευμάτιζαν και σε χωριστά τραπέζια οι γυναίκες από τους άνδρες ή όταν γυναίκες έγγαμες γευμάτιζαν με την συντροφιά τρίτων ανδρών αποτελούσε αιτία διαζυγίου.

Στην εποχή του Μεσαίωνα δε η θέση της γυναίκας ήταν κατώτερη του ανδρός. Η θέση της άλλαξε από αιώνα σε αιώνα αλλά πολύ περισσότερο από τάξη σε τάξη. Βασικό μέλημα της η ενασχόληση της με το σπίτι και την ανατροφή των παιδιών. Πάντως οι γεννήσεις δεν παρουσίασαν αύξηση καθώς επικρατούσαν έντονα θρησκευτικοί λόγοι κατά τους οποίους υπαγορευόταν αποχή από την σεξουαλική επαφή για περίπου πέντε μήνες τον χρόνο, λόγω π.χ. νηστείας. Κατά την περίοδο της Αναγέννησης και του Διαφωτισμού, όπου βασικός ρόλος της

γυναίκας είναι να μεταβιβάσει πνευματικές αξίες στην επόμενη γενιά, σημειώνεται μεταβολή του ρόλου της γυναίκας. Ο Diderot υποστήριξε ότι οι γυναίκες και οι άνδρες δεν διαφέρουν τόσο, ο Voltaire ότι οι γυναίκες σε διανοητικό επίπεδο μπορούν να κατορθώσουν ότι και οι άνδρες και ο Condorcet διεκδίκησε την γυναικεία ισότητα στην πολιτική και στην μόρφωση. Στην Γαλλία μια από τις πρώτες φωτισμένες γυναίκες Olympe des Gouges διεκδίκησε τα δικαιώματα των γυναικών στην μόρφωση και στην πολιτική. Παρά τις αντικρουόμενες απόψεις σε σχέση με τη γυναικεία φύση οι Διαφωτιστές συμφώνησαν στην εκπαίδευση της γυναίκας, είτε για την σωστή μετάδοση πολιτιστικών αξιών είτε για έναν ευρύτερο στόχο. Επίσης στην παγκόσμια και διδακτική λογοτεχνία η γυναίκα φέρει τέσσερις ρόλους : ως κόρη, μητέρα, σύζυγος και χήρα.

Όλες οι πληροφορίες για την θέση της Ελληνίδας στην Τουρκοκρατία φαίνεται να δείχνουν πολεμική δράση και για ηρωικές πράξεις γυναικών, π.χ. οι γυναίκες της Μάνης και του Σουλίου. Η μητρότητα ήταν ιδιαίτερα σημαντική γιατί χρειάζονταν πολεμιστές. Με την Βιομηχανική Επανάσταση ακολούθησαν ραγδαίες μεταβολές και ανακατατάξεις τεχνικές, οικονομικές, κοινωνικές και πνευματικές που διασταυρώθηκαν με ιδέες του Διαφωτισμού που κυριαρχούσαν με αποτέλεσμα να «ντύσουν» με πνευματικό μανδύα σύνολο μεταρρυθμίσεων και στον ιδεολογικό χάρτη. Οι αλλαγές αυτές δεν άφησαν ανεπηρέαστες τις γυναίκες και τα παιδιά που ξεκίνησαν να αποτελούν κατά πλειοψηφία το εργατικό δυναμικό στα εργοστάσια και εν συνεχεία επήλθε η αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος. Πλέον δεν αποτελεί κύριο μέλημα των γυναικών η τεκνοποίηση και η ανατροφή των παιδιών, αφού αναλαμβάνουν πολλές υποχρεώσεις για να ανταποκριθούν σε ένα νέο κοινωνικό μοντέλο.

Η εμφάνιση του κινήματος του φεμινισμού σηματοδοτεί σημαντικές μεταβολές ως προς τη θέση της γυναίκας στον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Οι φεμινίστριες του πρώτου κινήματος , στα χρόνια μέχρι το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, διεκδικούσαν «ίσα δικαιώματα, αστικά και πολιτικά, η διαφορετικότητα των γυναικών να θεωρηθεί ως μέρος της ιδιότητας του πολίτη. Στα μεσοπολεμικά χρόνια η διαμάχη ήταν έντονη ανάμεσα στην τάση για ισότητα και στην κατοχύρωση της προστατευτικής νομοθεσίας κυρίως για τη μητρότητα. Από το 1946 ως το 1970 το σύστημα δεν αναγνώριζε τις γυναίκες ως πολίτες δικαιούχους των οικογενειακών επιδομάτων αλλά ως άτομα εξαρτώμενα από τους άνδρες συζύγους τους. Το δεύτερο κύμα μάχεται για την εξασφάλιση και θεσμική κατοχύρωση των ίσων νομικών, εκπαιδευτικών και οικονομικών δικαιωμάτων για τις γυναίκες. Κρίσιμα ζητήματα αποτελούν η μάχη για τα αναπαραγωγικά δικαιώματα ενάντια στη σεξουαλική και οικιακή βία. Στο πλαίσιο αυτό αναπτύχθηκαν καμπάνιες με κεντρικά θέματα το δικαίωμα στην άμβλωση, τη δημιουργία κέντρων για την περίθαλψη κακοποιημένων γυναικών (Χ. Τσέκερη & Ν.Κατριβέση,intellectum, 2007-8, τευχ.3)(Κορωναίου Αλ., 2000)(Δ. Λοϊζος, ηλεκτρ. διαθέσιμο, 01/2014) (Περιβάλλον & Εγκυμοσύνη, Ιούνιος 2015)

Με την πάροδο των ετών, την εμφάνιση του κινήματος του φεμινισμού, την απελευθέρωση της γυναίκας ως προς τις γενετήσιες σχέσεις, την δυνατότητα απασχόλησης της στην εργασία ακόμη και το δικαίωμα ψήφου μεταμόρφωσε τον ρόλο της γυναίκας και τη θέση της στο κοινωνικό σύνολο. Η αναγκαιότητα που επέφερε την γυναίκα στην αγορά εργασίας και στη συνέχεια την οικονομική αυτοδυναμία, την ιδιωτική πρωτοβουλία και τον ανταγωνισμό ,στον χώρο εργασίας, ανάμεσα στα δυο φύλα, συνέβαλαν στην αλλαγή του ρόλου της γυναίκας και της θέσης της στην κοινωνία. Γίνεται διαφορετικός, πιο δυναμικός καθώς η γυναίκα κερδίζει θεσμικά, οικονομικά, νομικά και κοινωνικά την ισοτιμία. Υπό το πρίσμα της αλλαγής αυτής παρατηρούνται και αλλαγές ως προς τις μορφές των οικογενειών και των σχέσεων των δυο φύλων.(Β.Φίλια,1996)(Paxson,2001)

Σύμφωνα με θέσεις ελλήνων επιστημόνων η άνιση θέση της γυναίκας απέναντι στον άνδρα αντανακλά τη δυσανάλογη ενεργειακή επένδυση των δυο φύλων στην αναπαραγωγή. Η θέση της

γυναίκας στην ελληνική κοινωνία ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με την αναπαραγωγή και την μητρότητα, την ανατροφή των παιδιών. Αναζητώντας λογικά αίτια γιατί οι γυναίκες έπρεπε να φτάσουν να αποδεχτούν την έκτρωση, κάποιοι Έλληνες επαγγελματίες το είχαν αποδώσει σε μια πολιτιστική αντίσταση στην αντισύλληψη, έχοντας κοινό σημείο με κοινωνικούς θεωρητικούς στην δεκαετία του 1980 οι οποίοι έψαχναν να βρουν ανθρώπινο στοιχείο σε δραστηριότητες/ενέργειες άμεσης αντίστασης. Συγκεκριμένα στην θεωρία της αντίστασης εμπλέκονται έλληνες ψυχολόγοι, γυναικολόγοι και εθελοντές οικογενειακού προγραμματισμού (Agrafiotis et al, 1990) (Naziri, 1990, Behrakis 1989, Tseperi and Mestheneos 1994) που προσπαθούν να αντιληφθούν την πραγματικότητα, την οποία μια ψυχολόγος έδωσε σε μια φράση: «ακόμη και γυναίκες που έχουν ολοκληρωμένη την γνώση, την πληροφορία ακόμη προβαίνουν σε εκτρώσεις, πολλές εκτρώσεις και είναι γυναίκες που αναμένουν να έχουν αυτές». Επιπλέον η θεωρία της αντίστασης ξεκινά με μια παρατήρηση που έχει ως εξής: η κατάσταση μιας ενήλικης γυναίκας είναι παραδοσιακά εξασφαλισμένη όταν αυτή γίνεται μητέρα. Η εθνογραφική ανασκόπηση τείνει να επιβεβαιώσει αυτόν τον ισχυρισμό (Loizos and Papataxiarchis 1991), όταν η Muriel Dimen (1986) υπογραμμίζει ότι: «Οι γυναίκες ξεκινούν σαν κόρες, ακολουθούν την ενηλικίωση σαν νέες, χωρίς να παίρνουν ικανοποίηση μέχρι να γίνουν μητέρες αγοριών, και γίνονται πιο ισχυρές μόνο όταν γίνονται πεθερές». (Paxson,σελ.313,2001)

Επίσης αργότερα μια κοινωνική ψυχολόγος διατείνεται ότι πολλές έρευνες δείχνουν πως η γυναίκα δεν νομιμοποιείται, καθορίζεται – δεν καθορίζεται, στο φύλο της μέχρι να γίνει μητέρα. Αυτό είναι προφανές από το γεγονός ότι πολλές γυναίκες που δεν έχουν γίνει μητέρες αισθάνονται πως έχουν απορριφθεί από το κοινωνικό σύνολο. Μια παιδοψυχολόγος πάλι εξηγεί ότι η ερωτική πράξη είναι συνδεδεμένη με την γέννηση ενός παιδιού, δεν είναι αυτόνομη και αν θέλει η γυναίκα προχωρεί στην απόκτηση παιδιών. Μάλιστα επικρατεί ως ταμπού σχετικά με την απόλαυση από τις επαναλαμβανόμενες ερωτικές πράξεις, μη ελεγχόμενες, είναι κάτι για το οποίο αποδίδεται και «ποινή» ή «τιμωρία». Οι Ελληνίδες γυναίκες θεωρούν ότι η έκτρωση έχει σχέση με την σεξουαλικότητα και όχι με την μητρότητα. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1965 διαπιστώθηκε ότι περίπου το 1/3 των παντρεμένων γυναικών ανέφεραν μια ή περισσότερες προκλητές εκτρώσεις με αντιστοιχία 75 προκλητών εκτρώσεων επί 100 παντρεμένων γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Σε άλλη έρευνα που στηρίζεται σε δηλώσεις μαιευτήρων της περιοχής Αθήνας (Καδάς και συν.1978) αναφέρονται 78.000 εκτρώσεις σε ένα χρόνο. Διαπιστώθηκε ότι η μια στις δυο γυναίκες ήταν άγαμες και 27% από αυτές ήταν κάτω από 20 ετών. Σε αυτό το σημείο είναι άξιο αναφοράς ότι μέχρι το 1977 η έκτρωση δεν ήταν νόμιμη ενώ το 1978 επιτράπηκε για περιπτώσεις ευγονικής και επί προβλημάτων ψυχικής υγείας της γυναίκας. Από το 1987 η διακοπή κύησης στην Ελλάδα είναι ελεύθερη επιλογή της γυναίκας. (Paxson,σελ.314, 2001)(Μαργαριτίδου & Μεσθenaίου, σελ.1-2,1991)

Συνεπώς ο ρόλος της γυναίκας ήταν άμεσα συνυφασμένος με την οργάνωση του σπιτιού, την μητρότητα, την ανατροφή των παιδιών και την επίτευξη της οικογενειακής ευτυχίας του άντρα της. Η γυναίκα αρχικά δεν μπορούσε να δεχτεί ή να ανακαλύψει την νέα της «ταυτότητα», καθώς δεν υπήρχε κοινωνική κάλυψη στη φυσιο - βιολογική λειτουργία της γυναίκας, όπως η μητρότητα εκτός γάμου, ενώ στην γυναικεία συνείδηση ήταν βαθιά ριζωμένος ο μύθος της αντρικής ισχύος και το στερεότυπο της αρρενωπότητας και το στερεότυπο της διακοσμητικής θηλυκότητας που επέβαλλαν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Παράλληλα σε άλλη έρευνα (Ζαβιτσιάνος και συν. 1980) τα ευρήματα έδειξαν ότι 40% των άγαμων γυναικών – σπουδαστριών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης της Αθήνας έχουν σεξουαλικές σχέσεις και από αυτές το 25% έχουν υποβληθεί σε μια προκλητή έκτρωση, ενώ από τα αγόρια 75% έχουν γενετήσιες σχέσεις και εξ αυτών 11% είχαν την ευθύνη για μια τουλάχιστον κύηση που κατέληξε σε έκτρωση. Σύμφωνα με άλλα ερευνητικά στοιχεία (Δανέζης 1980) η σχέση



γεννήσεων προς εκτρώσεις είναι 1:1 ή και ακόμη μεγαλύτερη, ενώ περίπου 1,5 εκατομμύριο Ελληνίδων βρίσκεται σε κίνδυνο ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Το 1985 σε δείγμα 165 γυναικών που χρησιμοποιούσαν δημόσιες μαιευτικές υπηρεσίες, επειδή διένυαν την περίοδο της κύησης, φάνηκε ότι σε ποσοστό 17% των γυναικών ήταν σε θέση να αναγνωρίσουν τον όρο «οικογενειακός προγραμματισμός» (Δραγώνα,1987). Στην συνέχεια μια άλλη έρευνα (Ναζίρη 1990), με δείγμα 500 φοιτητών παιδαγωγικών τμημάτων, έδειξε ότι το 68,2% θεωρούν την έκτρωση μια αποδεκτή λύση και 35% δεν έχουν αρχίσει σεξουαλικές σχέσεις. Σε μια προηγούμενη μελέτη της ίδιας ερευνήτριας, σε πληθυσμό που ήταν χρήστες του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού της περιοχής της Θεσσαλονίκης, βρέθηκε η αναλογία 3 γεννήσεις με 1,8 εκτρώσεις. Για την αντισύλληψη τα ευρήματα ήταν: 61% διακεκομμένη συνουσία, 6% χάπι, 15% ενδομήτριο σπείραμα. Η τελευταία έρευνα (Aragiotis et al 1990) που έγινε στην Αθήνα για τη στάση και χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, έδειξε ότι 46,7% του πληθυσμού χρησιμοποιούν το προφυλακτικό, 6,6% των γυναικών το χάπι και 4% το ενδομήτριο σπείραμα. (Μαργαριτίδου & Μεσθεναίου, 1991)

Κατά την δεκαετία του 2000 – 2010 ευρήματα από έρευνες ακαδημαϊκών δείχνουν ότι υπάρχει η τάση χρήσης του προφυλακτικού, αλλά έντονα οι γυναίκες φαίνεται να γνωρίζουν και να καταφεύγουν στην επείγουσα αντισύλληψη. Επιπλέον μια άλλη έρευνα, που διεξήχθη σε αστικές και μεγάλες αστικές πόλεις αλλά και στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη για τη γνώση της αντισύλληψης, παρουσιάζει ενδιαφέρον Συγκεκριμένα παρατηρούνται υψηλά ποσοστά 79% και 82% ατόμων σε αστικές και μεγάλες αστικές πόλεις που δεν γνωρίζουν / δεν έχουν πλήρη ενημέρωση σχετικά με την αντισύλληψη, όπως π.χ. στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη.

Η διαφοροποίηση του ρόλου και της θέσης της γυναίκας στην κοινωνία επιδρούσε και επιδρά ανάλογα με τις μεταβολές που σημειώνονται σε μια κοινωνία, στην διαμόρφωση της σχέσης της με τον άντρα, στην μορφή που θα αποκτούσε η οικογένεια, στην υιοθέτηση στάσης απέναντι σε θέματα αντισύλληψης και προάσπισης της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, θέματα που άπτονται του οικογενειακού προγραμματισμού.

## 1.6 Οικογενειακός Προγραμματισμός και Ορθόδοξη Εκκλησία

Η θέση της Εκκλησίας και οι θρησκευτικές αντιλήψεις επηρεάζουν την δράση και συμπεριφορά κάθε ατόμου μέσα στην κοινωνία αλλά και την στάση του απέναντι στον γάμο, την δημιουργία οικογένειας κ.ά.. Η Ορθόδοξη Εκκλησία επισήμως δεν απαγορεύει την αντισύλληψη. Μέσα μόνιμης αντισύλληψης δεν είναι αποδεκτά εκτός και αν δικαιολογούνται από ηθικούς και ιατρικούς λόγους όπως γενετικές παθήσεις, καταστάσεις που θέτουν την ανατροφή του παιδιού αδύνατη ή υψηλό ρίσκο μητρικής θνητότητας. Η ανθρώπινη ζωή ξεκινά από τη στιγμή της σύλληψης και επομένως κάθε μορφή έκτρωσης και επείγουσας αντισύλληψης απαγορεύονται με εξαίρεση την περίπτωση που τίθεται σε κίνδυνο η ζωή της μητέρας. Εξάλλου και μια εγκύκλιος της Ελληνικής Ορθόδοξης Εκκλησίας ζητά από τους πιστούς που αντιδρούν να αναγνωρίσουν ότι τα παιδιά σε μια οικογένεια είναι ευλογία και όχι κατάρα. Η αποχή και η μέθοδος του ρυθμού είναι αποδεκτές σαν μέθοδοι αντισύλληψης από την πλευρά της Εκκλησίας. Επειδή η δημοσιεύσεις γύρω από την έκτρωση ήταν ευρεία η Εκκλησία εξέδωσε μια εγκύκλιο στους ιερείς καταθέτοντας την θέση της, δηλαδή « η φονική τάση παρακίνησης σε έκτρωση απειλεί τον πυρήνα της οικογενειακής ενότητας και διακινδυνεύει την επιβίωση του έθνους μας». Η Ορθόδοξη Εκκλησία υποστηρίζει φαρμακευτικές και χειρουργικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, αλλά δεν υποστηρίζει τη δωρεά γεννητικών κυττάρων την οποία εντάσσει στο πλαίσιο της μοιχείας. (Αγιορείτικο Βήμα,2015)(Swartz B.,σελ 7-8,1985)

Κατά τα έτη 1989-1992 η Εκκλησία διεξάγει έρευνα προκειμένου να εξετάσει τις αντιφάσεις που χαρακτηρίζουν τον Ελλαδικό χώρο: από την μια να θανατώνονται 200.000 ζώες το χρόνο με τις εκτρώσεις ως ανεπιθύμητα τέκνα, ενώ χιλιάδες ζευγάρια προστρέχουν στην ιατρική βοήθεια δαπανώντας κόπο, χρόνο, χρήμα, ψυχικές δυνάμεις για να αποκτήσουν ένα παιδί με τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και από την άλλη πολλά ζευγάρια έχοντας αποκτήσει 1-2 τέκνα προσπαθούν συστηματικά να αποφύγουν την τεκνογονία, δαπανώντας ένα αξιόλογο χρηματικό ποσό στις μεθόδους αντισύλληψης. Οι ερωτώμενοι ήταν ιερομόναχοι σε μοναστήρια και πόλεις αλλά και έγγαμοι πνευματικοί. Τα στοιχεία, που συγκεντρώθηκαν, παρουσιάζουν σημαντικό ενδιαφέρον. Σημειώνονται οι ποιμαντικές τάσεις, συγκλίσεις, αποκλίσεις στη σύγχρονη διαποίμανση των πιστών και ιδιαίτερα στο πρόβλημα της τεκνογονίας στον ελλαδικό χώρο. Η αναφορά του προβλήματος κυμαίνεται στο πλαίσιο του Ορθόδοξου γάμου.

Η τεκνογονία και η συζυγική συνουσία αφορούν κατά κύριο λόγο το ανδρόγυνο. Ο πνευματικός πατέρας με διάκριση πρέπει να συμβουλευεί το ζεύγος. Διαφορετικά οι επεμβάσεις σε συζυγικά, προσωπικά θέματα, ελλοχεύουν τον κίνδυνο επιπλοκής στη διαποίμανση αλλά και στην ενότητα των συζύγων. Αρκετοί πιστεύουν ότι τα θέματα αυτά πρέπει να μείνουν στην κρίση του πνευματικού, ο οποίος πρέπει να σκέφτεται σωστά, γνωρίζοντας τον πραγματικό σκοπό του γάμου, ενώ άλλοι καταδικάζουν την αναφορά κατά την πνευματική καθοδήγηση, σε συζυγικά θέματα σεξουαλικής φύσεως. (Φαναράς Β.,2000)

Αργότερα ο Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος ίδρυσε 14 Ειδικές Συνοδικές Επιτροπές για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων της σύγχρονης ζωής, μερικές από τις οποίες είναι για τα εξής θέματα: Βιοηθική (1988), Ακαδημία Εκκλησιαστικών Τεχνών (1999), Γάμου, Οικογένειας, Προστασίας του Παιδιού και Δημογραφικού Προβλήματος (1999), Γυναικείων Θεμάτων (1999), Μεταναστών, Προσφύγων και Παλλινოსτούντων (2006), κ.λ.π. Κατά την διάρκεια της αρχιερατείας του έλαβε και άλλες πρωτοβουλίες. Το 1998 ίδρυσε το γραφείο αντιπροσωπείας της Εκκλησίας της Ευρώπης και στην UNESCO, καθώς και ειδική Συνοδική Επιτροπή παρακολούθησης Ευρωπαϊκών θεμάτων, συνέστησε το Ίδρυμα Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης «Διακονία» (1999) για την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων με έμφαση στους τοξικομανείς, ενώ παρείχε και κέντρο πρόληψης, ίδρυσε την «Στέγη Μητέρας» για την στήριξη ανύπανδρων μητέρων και κακοποιημένων γυναικών αλλά και το Κέντρο Στήριξης Οικογένειας (ΚΕ.Σ.Ο) για τη μέριμνα θυμάτων εμπορίας και παράνομης διακίνησης προσώπων. Η θέση της Εκκλησίας είναι πιο προστατευτική, πιο ενεργή και ενασχολείται με θέματα γάμου - συμβουλευτικής, περιπτώσεις κακοποίησης, άγαμων μητέρων και πολύτεκνων ή ακόμη και άπορων οικογενειών. Από το 2002 λειτουργεί η Αλληλεγγύη, μια μη κυβερνητική οργάνωση της Εκκλησίας με σκοπό την προσφορά ανθρωπιστικής βοήθειας.(agiotokos, 2014)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας το 1932 οι γάμοι ήταν 39.283. Κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης στην χώρα μας, περίπου το 2008, οι γάμοι ανέρχονταν στους 53.500 ενώ το 2013 στους 51.256. Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει γενικά από το 1932 μέχρι 2013 την στατιστική κίνηση των γάμων στην χώρα μας.

Γάμοι - Απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά : "1932-2013"

Έτος	Γάμοι	
	Απόλυτοι αριθμοί	Επί 1.000 κατοίκων
1932	39.283	6,00
1933	46.263	6,98

1934	47.301	7,03
1935	45.690	6,68
1936	38.750	5,59
1937	45.833	6,52
1938	46.027	6,46
1939	47.559	6,59
1940	32.830	4,49
1955	66.274	8,32
1956	55.233	6,88
1957	68.818	8,50
1958	69.178	8,46
1959	74.213	8,99
1960	58.165	6,98
1961	70.914	8,44
1962	70.695	8,37
1963	78.038	9,20
1964	76.042	8,94
1965	80.728	9,44
1966	71.666	8,32
1967	81.706	9,37
1968	65.371	7,48
1969	72.544	8,27
1970	67.439	7,67
1971	73.350	8,31
1972	60.144	6,77
1973	73.762	8,26
1974	68.059	7,59
1975	76.452	8,45
1976	63.540	6,93
1977	76.228	8,19
1978	72.523	7,69
1979	79.023	8,28
1980	62.352	6,47
1981	71.178	7,32
1982	67.784	6,92
1983	71.143	7,23
1984	54.793	5,54
1985	63.709	6,41
1986	58.091	5,83
1987	66.166	6,62
1988	47.873	4,77
1989	61.884	6,13
1990	59.052	5,81
1991	65.568	6,39
1992	48.631	4,69
1993	62.195	5,94
1994	56.813	5,38
1995	63.987	6,02
1996	45.408	4,24
1997	60.535	5,62
1998	55.489	5,12
1999	61.165	5,62
2000	48.880	4,48
2001	58.491	5,34
2002	57.872	5,27
2003	61.081	5,54
2004	51.377	4,64
2005	61.043	5,50
2006	57.802	5,18
2007	61.377	5,48
2008	53.500	4,76
2009	59.212	5,25
2010	56.338	4,98
2011	55.099	4,95
2012	49.705	4,48
2013	51.256	4,63

(ΕΛΣΤΑΤ,2015)

Επίσης άξιο αναφοράς είναι ότι σύμφωνα πάλι με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ το 1991 οι περισσότεροι γάμοι ήταν θρησκευτικοί ενώ το 2013 από το σύνολο οι μισοί ήταν θρησκευτικοί και οι άλλοι μισοί πολιτικοί.

(ΕΛΣΤΑΤ,2015)

ΓΑΜΟΙ ΚΑΤΑ ΤΥΠΙΚΟ ΤΕΛΕΣΗΣ ΤΩΝ ΕΤΩΝ 1991 - 2013

ΕΤΟΣ	ΑΠΟΛΥΤΟΙ ΑΡΙΘΜΟΙ			ΠΟΣΟΣΤΑ %		
	Σύνολο	Θρησκευτικοί	Πολιτικοί	Σύνολο	Θρησκευτικοί	Πολιτικοί
1991	65.568	59.710	5.858	100,0	91,1	8,9
1992	48.631	42.406	6.225	100,0	87,2	12,8
1993	62.195	56.204	5.991	100,0	90,4	9,6
1994	56.813	50.889	5.924	100,0	89,6	10,4
1995	63.987	57.258	6.729	100,0	89,5	10,5
1996	45.408	38.670	6.738	100,0	85,2	14,8
1997	60.535	53.652	6.883	100,0	88,6	11,4
1998	55.489	49.081	6.408	100,0	88,5	11,5
1999	61.165	53.495	7.670	100,0	87,5	12,5
2000	48.880	40.269	8.611	100,0	82,4	17,6
2001	58.491	48.087	10.404	100,0	82,2	17,8
2002	57.872	45.578	12.294	100,0	78,8	21,2
2003	61.081	47.871	13.210	100,0	78,4	21,6
2004	51.377	37.496	13.881	100,0	73,0	27,0
2005	61.043	43.601	17.442	100,0	71,4	28,6
2006	57.802	39.579	18.223	100,0	68,5	31,5
2007	61.377	40.734	20.643	100,0	66,4	33,6
2008	53.500	32.380	21.120	100,0	60,5	39,5
2009	59.212	34.375	24.837	100,0	58,1	41,9
2010	56.338	30.327	26.011	100,0	53,8	46,2
2011	55.099	28.472	26.627	100,0	51,7	48,3
2012	49.705	23.980	25.725	100,0	48,2	51,8
2013	51.256	25.624	25.632	100,0	50,0	50,0

Επιπλέον οι γεννήσεις εντός γάμου το 1980 ανέρχονται 145.968 και οι εκτός γάμου 2.166. Στην ηλικιακή ομάδα 20 – 24 ετών διαφαίνεται το μεγαλύτερο ποσοστό τόσο για τις γεννήσεις εντός γάμου όσο και εκτός γάμου. Κατά το έτος 2013 οι γεννήσεις εντός γάμου είναι 87.797 και εκείνες εκτός γάμου 6.337. Στην ηλικιακή ομάδα 25 – 29 ετών οι περισσότερες γεννήσεις, συγκεκριμένα 1.171 γεννήσεις, εκτός γάμου και στην ηλικιακή ομάδα 30-34 ετών οι περισσότερες γεννήσεις, 34.405, εντός γάμου. Τα στοιχεία όπως παρουσιάζονται στους πίνακες που ακολουθούν:

ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ - ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΖΩΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 1980 ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΤΟΣ ή ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ

	ΣΥΝΟΛΟ	ΕΝΤΟΣ ΓΑΜΟΥ	ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>148.134</b>	<b>145.968</b>	<b>2.166</b>
ΚΑΤΩ ΤΩΝ 15 ΕΤΩΝ	187	167	20
15-19	18.446	17.971	475
20-24	54.118	53.451	667
25-29	42.981	42.507	474
30-34	22.033	21.727	306
35-39	7.697	7.559	138
40-44	2.287	2.227	60
45-49	270	261	9
50+ ΕΤΩΝ	41	37	4
ΔΕΝ ΔΗΛΩΣΑΝ	74	61	13

(ΕΛΣΤΑΤ,2015)

ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ - ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΖΩΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2013 ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΤΟΣ ή ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ

	ΣΥΝΟΛΟ	ΕΝΤΟΣ ΓΑΜΟΥ	ΕΚΤΟΣ ΓΑΜΟΥ
<b>Σύνολο</b>	<b>94.134</b>	<b>87.797</b>	<b>6.337</b>
Μέχρι 14 ετών	93	5	88
15-19	2.172	844	1.328
20-24	8.544	7.000	1.544
25-29	23.160	21.989	1.171
30-34	35.433	34.305	1.128
35-39	19.697	18.952	745
40-44	4.307	4.054	253
45-49	639	579	60
50 και άνω	89	69	20
Δεν δήλωσαν	-	-	-

(ΕΛΣΤΑΤ,2015)

μας επιτρέπουν να οδηγηθούμε στα εξής συμπεράσματα:

- ✚ η ηλικιακή ομάδα της μητέρας έχει μεταβληθεί κρίνοντας από το σημείο όπου διαπιστώνονται οι περισσότερες γεννήσεις
- ✚ οι γεννήσεις έχουν μειωθεί στο σύνολο τους και
- ✚ οι γεννήσεις εκτός γάμου έχουν σχεδόν τριπλασιαστεί

Ο γάμος είναι ένας θεσμός που αποτελεί παγιωμένη απάντηση της κοινωνίας σε συνεχώς επανερχόμενα προβλήματα και η μορφή του γάμου ανταποκρίνεται σε ένα ορισμένο είδος οικογενειακής παράδοσης. Από την πατριαρχική μορφή οικογένειας, στην οποία υπήρχε σαφής κατανομή λειτουργικών, συναισθηματικών ρόλων ανάμεσα στη γυναίκα και στον άντρα, η διαχείριση και η περιουσία ανήκε στον άνδρα αλλά και σύστημα ιεραρχίας και ηγεσίας με τον άνδρα στη κεφαλή της οικογένειας διακρίνεται μια άλλη κάτω από την επιρροή αλλαγμένων πραγματικών κοινωνικών συνθηκών και αντιλήψεων. Η γυναίκα εμφανίζεται στην αγορά

εργασίας, η επαγγελματοποίηση της γυναίκας επιφέρει και σχετική αυτονομία και ανεξαρτητοποίηση της απέναντι στον άντρα, αύξηση του μορφωτικού της επιπέδου και μεταβολή της σύνδεσης της με την εστία/σπίτι που οδηγεί και αλλαγή στην σεξουαλική της συμπεριφορά. Όλα αυτά φανερώνουν ότι ο παραδοσιακός γάμος κλονίζεται καθώς δεν καλύπτει τις διαμορφωμένες συνθήκες. Με την πάροδο των ετών επέρχονται τεράστιες μεταβολές κατ' ουσία στον γάμο και ο δοκιμαστικός γάμος γίνεται αναγκαιότητα που θα επιτρέψει την διαπίστωση των στοιχείων ταυτότητας ή διάστασης, συναντίληψης ή αγεφύρωτων δεδομένων που κάνουν δυνατή ή αδύνατη τη συμβίωση. Η νομιμοποίηση της σχέσης παίρνει άλλο χαρακτήρα, πιο χαλαρό ενώ η ισότητα ανάμεσα στα δυο φύλα πραγματοποιείται στο πλαίσιο μιας λιγότερο ή περισσότερο σταθερής συμβίωσης βασιζόμενη σε βαθύτερα πνευματικο-συναισθηματικά στοιχεία. (Φίλιας Β.,1996) (Paxson, 2001)

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι ένας θεσμός κατεξοχήν κοινωνικός που καταπολεμά τις προκαταλήψεις, καλλιεργεί τη γνώση και προωθεί την ενημέρωση προς την κατεύθυνση της πρόληψης, της υγείας και της ευτυχίας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας βάσει του μηνύματος του Προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας του Οικογενειακού Προγραμματισμού κ. Γ. Κιντή το 1988. Η Εκκλησία προσεγγίζει τα θέματα που έχουν να κάνουν με την οικογένεια, τον γάμο και την σχέση των δυο φύλων κάπως πιο αυστηρά. Παρόλα αυτά παρατηρείται μια τεράστια αλλαγή της θέσης της, όταν σημειώνονται δράσεις/συνεργασίες αναφορικά με θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, προβάλλοντας έναν προστατευτικό ρόλο στην άγαμη μητέρα, στον άπορο, στο κακοποιημένο άτομο, κ.ά., μέσω του Κέντρου Στήριξης της Οικογένειας και με το κάλεσμα όλων ανεξάρτητα της εξωτερικής εμφάνισης (π.χ. σκουλαρίκι στη μύτη) στους κόλπους της Εκκλησίας από τον Αρχιεπίσκοπο Χριστόδουλο κατά την θητεία του.(Ο.Π., Ε.Ο.Π., σελ. 7,1988)(kappadokia-agiotokos,2012)

Κλείνοντας γίνεται σαφές ότι ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού συναντάται / διασταυρώνεται με άλλους θεσμούς όπως αυτόν του γάμου, της θρησκείας κατά την δράση του και μαζί αποσκοπούν στην ευτυχία του ατόμου της οικογένειας και της κοινωνίας μέσα από την αντιμετώπιση και διαχείριση ζητημάτων γονιμότητας, συντροφικότητας, διαφυλικής αγωγής κ.ά. Ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα, αφού είναι άμεσα συνυφασμένος με ένα ευρύτερο πλέγμα παραγόντων, μέτρων και μέσων που πρέπει να συγκλίνουν όλα μαζί ώστε να δημιουργήσουν ένα κατάλληλο κλίμα, που θα περιορίζει τις ανισότητες και θα αμβλύνει τυχόν αντιθέσεις μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Θρησκευτικές τοποθετήσεις γύρω από την τεκνοποίηση και τις γενετήσιες σχέσεις, κοινωνικοί φραγμοί, προβλήματα ταυτότητας και ρόλου του άνδρα και της γυναίκας μέσα στην κοινότητα και στην οικογένεια, αποδοχή της πρώιμης σεξουαλικότητας των νέων, απελευθέρωση της γυναίκας, προγαμιαίες σχέσεις και γενικά η στάση της κοινωνίας μπροστά στις ανθρώπινες σχέσεις αποτελούν βασικά στοιχεία του οικογενειακού προγραμματισμού. Στο επίκεντρο πάντα είναι η υγεία του ατόμου και της οικογένειας και πέρα από τους βιολογικούς παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία και η κληρονομικότητα που επιδρούν στην υγεία τους, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες όπως γενικές κοινωνικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες, αλλά και άμεσου περιβάλλοντος, η κατοικία, η εργασία, οι υπηρεσίες υγείας και παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις και τις συμπεριφορές.(Ο.Π.,Ε.Ο.Π.,1988)(Τούντας,σελ.393,2000)(Θέματα Ο.Π.,1990)(Κακλαμάνη & Φραγκούλη Κουμαντάκη,1994)

## 1.7 Οικογενειακός Προγραμματισμός και Θρησκείες

Η θρησκεία φαίνεται πως παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των προγραμμάτων/δράσεων του οικογενειακού προγραμματισμού. Μια μελέτη που έγινε για

λογαριασμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και συμπεριλήφθηκε στις αναφορές και μελέτες του (1985) αφορούσε επτά χώρες όπως την Πορτογαλία, Ιταλία και Ισπανία (Ρωμαιοκαθολικές), την Ελλάδα (Ορθόδοξη), το Μαρόκο, την Τунησία και την Τουρκία (Μουσουλμανικές), προκειμένου να εξετάσει την αποδοχή ή μη της αντισύλληψης, τον τρόπο προσέγγισης της έκτρωσης. Ωστόσο στη σύγχρονη βιβλιογραφία γίνεται αναφορά και για την στάση των θρησκειών απέναντι στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και στην παρένθετη μήτρα. Δεδομένου της αλλαγής της σύνθεσης του πληθυσμού λόγω π.χ. μετανάστευσης και δη στην χώρα μας ακόμη πιο έντονα, κρίνεται αναγκαία η παράθεση της στάσης των θρησκειών απέναντι σε θέματα όπως αντισύλληψη, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή κ.ά. και που συμβάλλει στην ορθή εφαρμογή του Ο.Π.

Ο Χριστιανισμός διαιρείται σε τρεις βασικές ομολογίες : την Ρωμαιοκαθολική, την Προτεσταντική και την Ορθόδοξη Εκκλησία. Η χριστιανική προσέγγιση στις σεξουαλικές πρακτικές βασίζεται στην απελευθέρωση του ανθρώπου από τις σαρκικές επιθυμίες και όχι στην αναπαραγωγή και την δημιουργία της οικογένειας. Η συνουσία γίνεται αποδεκτή μόνο ως μέσο πολλαπλασιασμού στο πλαίσιο του γάμου, ενώ η άντληση απόλαυσης θεωρείται απεχθής και αμαρτωλή. Ο πόνος ενός ζευγαριού που δεν μπορεί να συλλάβει ή που φοβάται να φέρει στον κόσμο ένα παιδί με αναπηρία γίνεται κατανοητός από την Εκκλησία. Βέβαια η θέση των χριστιανικών θρησκειών ως προς τη γονιμότητα είναι νεφελώδης και ανομοιογενής. Η επιθυμία τεκνοποίησης θεωρείται φυσική και εκφράζει εσωτερική επιθυμία για το βίωμα της πατρότητας και της μητρότητας. Όσον αφορά στην αντισύλληψη και την διακοπή της κύησης υπάρχουν σημαντικές διαφορές. Η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία τίθενται ενάντια σε κάθε μορφή αντισύλληψης μιας και η τεκνοποίηση θεωρείται ο βασικός σκοπός του γάμου. Εξαιρέση αποτελεί η διακεκομμένη συνουσία η οποία γίνεται αποδεκτή για οποιοδήποτε λόγο ιατρικό, οικονομικό, κοινωνικό. Αυτά προκύπτουν και από την έρευνα του 1985, όπως προαναφέρθηκε. Και για τις δυο Εκκλησίες η ανθρώπινη ζωή ξεκινά από τη στιγμή της σύλληψης και επομένως κάθε μορφή έκτρωσης και επείγουσας αντισύλληψης απαγορεύονται με εξαίρεση την περίπτωση που τίθεται σε κίνδυνο η ζωή της μητέρας. Η Προτεσταντική εκκλησία τις τελευταίες δεκαετίες επέτρεψε τη χρήση αντισύλληψης. Θεωρεί ότι σκοπός της ανθρώπινης σεξουαλικότητας είναι να συνεισφέρει στην ανθρώπινη ευεξία, την ευχαρίστηση, στην οικογενειακή αναπαραγωγή και σε ένα ανώτερο επίπεδο ζωής. Εντούτοις σε κάποιες συντηρητικές προτεσταντικές κοινότητες επικρατεί αυστηρότητα. Η αποδοχή της έκτρωσης ποικίλει ανάλογα με την κοινότητα από τελείως απαγορευμένη, επιτρεπτή μόνο για λόγους υγείας ως και αποδεκτή σε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Ο γάμος θεωρείται αναπαραγωγικός και η αντισύλληψη δεν απαγορεύεται εντός ενός γάμου που έχει ήδη δώσει απογόνους.

Στις περιπτώσεις υπογονιμότητας η Καθολική Εκκλησία δεν επιτρέπει εναλλακτικές μορφές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη βάση του ότι η γονιμοποίηση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη σεξουαλική πράξη. Οι οδηγίες από το Βατικανό απαγορεύουν ξεκάθαρα την εξωσωματική γονιμοποίηση, την παρένθετη μήτρα και την κρυοσυντήρηση των εμβρύων. Η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών γίνεται επίσης αποδεκτή όταν το δείγμα λαμβάνεται από τον κόλπο μετά την επαφή και επανεμφυτεύεται στις σάλπιγγες. Μάλιστα σε πρόσφατο άρθρο αναφέρθηκε ότι ο Πάπας δήλωσε πως υπάρχουν τρόποι που εγκρίνει η Εκκλησία για οικογενειακό προγραμματισμό, για υπεύθυνη ρύθμιση της τεκνοποίησης και η φράση «δεν είναι αλήθεια πως για να είσαι καλός Καθολικός πρέπει να κάνεις παιδιά σαν τα κουνέλια» υπήρξε σε όλα τα μέσα μαζικής επικοινωνίας. Αλλά και η Προτεσταντική εκκλησία αντιτάσσεται στην εξωσωματική γονιμοποίηση με γαμέτες δωρητών και στην παρένθετη μήτρα. (Kissling Frances 1993), (Ford M. Norman, 2008)(Berer Marge, 2013)(Xatzinikolaou N.,November,2008)(Αγιορείτικο Βήμα,2015)(Βασιλειάδης Π., 1992)

Το Ισλάμ είναι ένα σύστημα κανόνων: η Σαρία, που εκφράζεται κυρίως μέσα από το Κοράνι και τη Χαντίθ, που ρυθμίζει τις πνευματικές και πολιτικές παραμέτρους της ιδιωτικής και κοινωνικής ζωής των υποστηρικτών του. Το κάλυμμα του προσώπου αλλά και το σύνολο των περιοριστικών αναφέρεται αποκλειστικά ως υποχρέωση των συζύγων του Προφήτη. Η οικογένεια και ο γάμος είναι θεμελιώδη ζητήματα για την Ισλαμική κοινότητα αλλά δεν είναι υποχρεωτικά καθήκοντα. Η Σαρία αναγνωρίζει την φυσικότητα των σεξουαλικών ορμών, επιτρέπει τη συνουσία εντός γάμου, με σκοπό την αναπαραγωγή αλλά και αποκλειστικά ως ευχαρίστηση. Το Κοράνι συσχετίζει την σεξουαλική επαφή με την αναπαραγωγή και επιτρέπει μόνο την κολπική επαφή. Αποφυγή της σεξουαλικής επαφής κατά τη διάρκεια της εμμηνούρσεως, ασθενείας και αναπηρίας.

Το Ισλάμ δίνει μεγάλη έμφαση στη γονιμότητα καθώς βασικός στόχος του είναι η εξάπλωση και η διεύρυνση των μουσουλμανικών κοινοτήτων. Ο οικογενειακός προγραμματισμός δεν απαγορεύεται παρόλο που κάποιοι θεωρούν ότι παραβιάζει τη θεία βούληση. Η διακεκομμένη συνουσία επιτρέπεται στο Κοράνι αλλά και εφόσον συνυπάρχουν ιατρικοί ή κοινωνικοοικονομικοί λόγοι συνίσταται. Γενικά οι σύγχρονοι μέθοδοι αντισύλληψης επιτρέπονται από την έναρξη του έγγαμου βίου αλλά να είναι αναστρέψιμες, ασφαλείς και νόμιμες. Αποδεκτοί λόγοι αντισύλληψης αποτελεί και η διατήρηση της εμφάνισης της γυναίκας και η βελτίωση του επιπέδου ζωής των απογόνων. Η αντιμετώπιση και θεραπεία της υπογονιμότητας αποτελεί καθήκον ενός ζευγαριού και είναι αποδεκτές στο πλαίσιο υποστήριξης του γάμου, του σχηματισμού οικογένειας και αναπαραγωγής, όταν οι φυσικοί τρόποι αποτυγχάνουν. Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι αποδεκτή ενώ η χρήση μοσχευμάτων δωρητών θεωρείται ότι περίπτωση μοιχείας. Η κατάψυξη εμβρύων αντιμετωπίζεται θετικά και τα προ-έμβρυα είναι ιδιοκτησία του ζευγαριού και μπορούν να χρησιμοποιηθούν αργότερα και μετά από επιθυμία του ζευγαριού. Η έκτρωση ενός βιώσιμου κήματος θεωρείται έγκλημα όπως ο φόνος και η επείγουσα αντισύλληψη αποδοκιμάζεται. Είναι αποδεκτές σε συγκεκριμένες περιπτώσεις όπως όταν τίθεται σε κίνδυνο η ζωή της μητέρας, υπάρξουν διαταραχές ή θάνατος του εμβρύου, περιστατικό βιασμού ή οικονομικοί λόγοι.(Srikanathan Amirtha , 2008)( Barbara Swartz, WHO,1985)(Βασιλειάδης Π, 1992)

Στον Ινδουισμό παρατηρείται ομοσπονδία πολυθεϊστικών θρησκειών και με βασικά στοιχεία το κάρμα, το οποίο είναι μια ανταπόδοση στις πράξεις του καθενός και η μετεμψύχωση. Οι σεξουαλικές σχέσεις έχουν σκοπό την αναπαραγωγή και την απόλαυση στο πλαίσιο του γάμου, ο οποίος αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την σταθερότητα της κοινωνικής τάξης. Αναφορικά με την αντισύλληψη δεν υπάρχει καμία απαγόρευση ή υποχρέωση, αντίθετα αντιμετωπίζεται με ευελιξία καθώς οι αποφάσεις έχουν να κάνουν με το κίνητρο και το σκοπό. Το θέμα είναι προσωπικό και όχι θρησκευτικό. Ωστόσο η σύλληψη ενός παιδιού θεωρείται θεία πράξη και συνεπώς η έκτρωση και η επείγουσα αντισύλληψη είναι καταδικαστέες. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή εφαρμόζεται αλλά είναι και αμφιλεγόμενη καθώς δημιουργούνται περισσότερα έμβρυα από αυτά που εμφυτεύονται.

Ο Βουδισμός φέρει ως ουσία την εγκατάλειψη των υλιστικών επιθυμιών και των παθών της ζωής, αν και επηρεάζεται από τις τοπικές κουλτούρες και παραδόσεις. Η μετενσάρκωση, η διαφώτιση και η νιρβάνα αποτελούν στόχο μέσω της εσωτερικής αναζήτησης. Η σημασία της γονιμότητας υπάρχει κυρίως λόγω της παράδοσης, ο γάμος και η σεξουαλικότητα είναι θετικά στοιχεία ανεξάρτητα από την θρησκεία. Τα δυο φύλα μπορούν να χρησιμοποιούν ελεύθερα μέσα αντισύλληψης, τέτοια που να μην καταστρέφουν το προϊόν της σύλληψης, καθώς για τον Βουδισμό η ζωή ξεκινά τη στιγμή της σύλληψης. Η αποχή είναι ένα μέσο ως πρώτη επιλογή. Η άμβλωση είναι κατακριτέα, θεωρείται φόνος, εκτός αν η αιτιολογία είναι ηθικά άρτια. Στο θέμα



της υποβοηθούμενης γονιμοποίησης ισχύει ότι και στον Ινδουισμό.(Suwanbubha P., 2003)(Phillip A.L. , 2005)(Buddhist view of abortion, 2005)

Ο Κομφουκιανισμός και ο Ταοϊσμός (Κίνα) δυο θρησκείες των οποίων η διδασκαλία του στηρίζεται στο δόγμα ότι η ειρήνη και η αρμονία ήταν οι αρχικές συνθήκες του σύμπαντος αποτελούν το Θείο σκοπό της ανθρώπινης ζωής και δεν αποδέχονται την ύπαρξη κάποιου θεού δημιουργού έξω από τον κόσμο. Σύμφωνα με την κινέζικη παράδοση η οικογένεια αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο και η μεγαλύτερη τραγωδία στη ζωή είναι η απουσία απογόνων. Οι τέσσερις σκοποί της ανθρώπινης σεξουαλικότητας κατά αυτή είναι η αναπαραγωγή, η πνευματική ανάταση, η ευχαρίστηση και η υγεία. Ο Κομφουκιανισμός δίνει έμφαση στο πρώτο ενώ ο Ταοϊσμός εστιάζει στην υγεία και τη μακροζωία. Οι απόψεις τους δεν αντιτίθενται σε καμία μέθοδο αντισύλληψης αν και λόγω των αρχών προτιμούνται οι φυσικές μέθοδοι. Η έκτρωση και η επείγουσα αντισύλληψη, δεν υποστηρίζονται αλλά και δεν απαγορεύονται και γίνονται ζήτημα κριτικής σε περίπτωση που είναι άσκοπες. (Srikanathan Amirrtha , 2008)

Η εβραϊκή θρησκεία βασίζεται σε μια πολύ στενή σχέση μεταξύ της πίστης και της πρακτικής εφαρμογής των διδασκαλιών της. Ο εβραϊκός νόμος αποτελείται από το γραπτό μέρος (Τορά ή πεντάτευχο) και το προφορικό (Ταλμούδ). Αναφορές γίνονται στην κοινωνική, νομική και θρησκευτική θέση της γυναίκας, γραμμένες αποκλειστικά από άνδρες, αντανακλούν κυρίως προσωπικές εμπειρίες και βιολογικές και λειτουργικές διαφορές μεταξύ των δυο φύλων. Σύμφωνα με τον Ιουδαϊκό νόμο αναγνωρίζεται η σεξουαλική επιθυμία και συνεπώς δεν δικαιολογείται η αποχή αντιθέτως η συνεύρεση του ζευγαριού περιλαμβάνεται στις συζυγικές υποχρεώσεις. Σε περίπτωση υπογονιμότητας, από θρησκευτικής άποψης, η γυναίκα οφείλει να εξεταστεί πρώτη. Η αντισύλληψη επιτρέπεται υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις και δύναται να λαμβάνει η γυναίκα και όχι ο άνδρας. Στη γυναίκα επιτρέπεται η χρήση αντισυλληπτικών με σκοπό τη μη σύλληψη για ιατρικούς λόγους και σύμφωνα με την παράδοση της ταλμουδικής περιόδου η σειρά είναι η εξής: αντισυλληπτικά από το στόμα, ενδομητρικά εμφυτεύματα, ταμπόν, σπερματοκτόνα, διάφραγμα. Η εξωσωματική γονιμοποίηση και η εμβρυομεταφορά είναι γενικώς αποδεκτές, ενώ η κατάψυξη εμβρύων και σπέρματος γίνεται εφόσον εξασφαλίζεται η διατήρηση της ταυτότητας του πατέρα. Για τον Ιουδαϊσμό το παιδί ανήκει στον άνδρα που έδωσε το σπέρμα και τη γυναίκα που το κυοφόρησε. Η έκτρωση για τον Ιουδαϊσμό θεωρείται απεχθής, καθώς το έμβρυο θεωρείται μέρος του σώματος της γυναίκας, αλλά επιβάλλεται όταν η υγεία της μητέρας βρίσκεται σε κίνδυνο. (Srikanathan Amirrtha ,2008)

Σύμφωνα με τη άποψη του κυβερνητικού σώματος μαρτύρων του Ιεχωβά τα ζευγάρια είναι ελεύθερα να αποφασίσουν αν θα αποκτήσουν ή όχι παιδιά, ωστόσο η μέθοδος αντισύλληψης που θα επιλέξουν να μην εμπεριέχει την έννοια της άμβλωσης. Βάσει της ερμηνείας της Βίβλου από τους Μάρτυρες του Ιεχωβά δεν απαγορεύεται η πρακτική της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η χρήση γαμετών από δωρητές θεωρείται μοιχεία και αναφορικά με την κατάψυξη των σπερματοζωαρίων δίνεται η δυνατότητα να αποφασίσει ο πιστός για τη διατήρηση τους στην ψύξη για μελλοντική χρήση ή όχι. (Srikanathan Amirrtha ,2008)

Η θρησκεία είναι ένας παράγοντας επίδρασης στον τρόπο ζωής κάθε ατόμου, ασκώντας επιρροή στον τρόπο αντίληψης και προσέγγισης και στην υιοθέτηση σεξουαλικής συμπεριφοράς αφού αποτελεί μέρος του συστήματος αξιών που φέρει κάθε ένας. Μετά τα παραπάνω διαφαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές από χώρα σε χώρα, από λαό σε λαό και από πιστό σε πιστό. Είναι αναγκαία η γνώση της διαφορετικότητας για την καλύτερη άσκηση του δράσης του οικογενειακού προγραμματισμού σε κάθε άνθρωπο ανεξάρτητα από την καταβολή, την ιδεολογία και τα πιστεύω του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### 2.1 Στόχοι Οικογενειακού Προγραμματισμού

Με την αναδρομή στους κύριους σταθμούς της ιστορίας του οικογενειακού προγραμματισμού έγινε αναφορά και στους αρχικούς στόχους του θεσμού αυτού. Στη συνέχεια το κίνημα εκφράζει πολύ περισσότερες θέσεις από αυτές που περιέχει εννοιολογικά ο όρος οικογενειακός προγραμματισμός. Επειδή οι στόχοι αφορούν και επίλυση προβλημάτων που δεν είναι άμεσα συνυφασμένα με το σχηματισμό της οικογένειας, δοκιμότερος θα ήταν ο όρος «υπεύθυνες γενετήσιες σχέσεις». Ιστορικά δυο ήταν οι στόχοι του κινήματος : 1) η αντισύλληψη για την υγεία της γυναίκας και την ευτυχία της οικογένειας και 2) η αντισύλληψη για λόγους δημογραφικής πολιτικής. (Τριχόπουλος,σελ 202, 1986)

Παράλληλα με τις διακηρύξεις του Ο.Η.Ε αρχίζει και η δραστηριοποίηση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Το 1968 επισημαίνεται ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί σημαντικό στοιχείο των βασικών υπηρεσιών υγείας ενώ το 1970 ορίζει ένα βασικό πλαίσιο αρχών σύμφωνα με το οποίο : «ο Ο.Π. αναφέρεται σε πρακτικές που βοηθούν τα άτομα ή τα ζευγάρια προκειμένου να επιτύχουν ορισμένους σκοπούς όπως να αποφεύγουν ανεπιθύμητες γεννήσεις, να προκαλούν επιθυμητές γεννήσεις, να ρυθμίζουν τα διαστήματα μεταξύ των κήσεων, να ελέγχουν τον χρόνο των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων και να καθορίζουν τον αριθμό των γεννήσεων».

Στον ελληνικό χώρο η αλλαγή των ηθών τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται πολύ γρήγορα και η νέα γενιά, υιοθετώντας τις σύγχρονες τάσεις, είναι αποφασισμένη να ελέγχει την γονιμότητά της. Με αυτό το δεδομένο ο στόχος θα πρέπει να είναι η διαφώτιση για την πιο εξατομικευμένη επιλογή της καλύτερης αντισυλληπτικής μεθόδου και η ριζική αλλαγή θέσεως απέναντι στο θέμα των εκτρώσεων. Φαίνεται ότι γίνονται τόσες πολλές εκτρώσεις στην Ελλάδα γιατί θεωρούνται σαν μια εύκολη λύση, σαν μια λύση χωρίς ιατρικές και ηθικές διαστάσεις. Η χώρα μας παρουσιάζει σοβαρό πρόβλημα υπογεννητικότητας και ευτυχώς έχει γίνει αντιληπτό από την ελληνική κοινωνία με συνέπεια να αποφεύγονται παρεξηγήσεις που μειώνουν την αξία του εν λόγω θεσμού. Ο Ο.Π. δεν αφορά μόνο την αντισύλληψη και τη δημογραφική πολιτική, αλλά ασχολείται με την ευγονική και τη γενετήσια ή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων. Πλέον ο Ο.Π. περιλαμβάνει στους στόχους του και άλλους τομείς που αφορούν στις γενετήσιες σχέσεις και προβλήματα που είναι συνυφασμένα με αυτές, όπως η στειρότητα, η υιοθεσία, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και όλες τις πλευρές τις σεξουαλικής υγείας. (Τριχόπουλος,1986)(Θέματα Ο.Π.,1990)(Ο.Π.,Ε.Ο.Π. 1988)(Κρεατσάς, 2003)

Σύμφωνα με μια ανασκόπηση, που πραγματοποιήθηκε το 2004 από την κοινωνιολόγο-ερευνήτρια κα Καπόλου, παρουσιάζεται ότι ο ρυθμός γονιμότητας στην χώρα μας είναι πολύ χαμηλός παρά την επίμονη παραδοσιακή σημασία που δίνεται στον γάμο και τη μητρότητα. Επίσης η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία δεν περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα των μαθητών και η έλλειψη ακριβούς ενημέρωσης σχετικά με την αντισύλληψη και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ειδικά στην εφηβεία, ακόμη φαίνεται να έχουν επικριτικό αντίκτυπο όταν αποτελούν επιλογή της γυναίκας. Επιπλέον έδειξε πως παρόλο που ο δημόσιος τομέας έχει υποχρέωση να παρέχει υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού από το 1980, μόνο 2% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας χρησιμοποίησαν αυτές τις υπηρεσίες το 1990 και κυρίως σε

αστικά κέντρα. Μάλιστα το 2001 μια στις τέσσερις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας είχαν ήδη τουλάχιστον μια ανεπιθύμητη κύηση που κατέληξε με έκτρωση, με ρυθμό μια στις δέκα στην ηλικιακή ομάδα 16-24 ετών και μια στις τρεις στην ηλικιακή ομάδα 35-45 ετών. (Καπόλου, 2004)

Μια μελέτη που έχει δημοσιευθεί στο PubMed και έχει πραγματοποιηθεί από Έλληνες ιατρούς και επισκέπτριες υγείας, έγινε με σκοπό να αναλύσει τις ψυχολογικές και συναισθηματικές ανάγκες των γυναικών, 236 υπογόνιμων που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση και να δείξει την σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης που μπορούν τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού να παρέχουν στις ίδιες. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η ψυχολογική υποστήριξη και η επιστημονική ενημέρωση που παρέχονταν σε αυτές τις γυναίκες, συμμετέχουσες σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης, ήταν ανεπαρκείς. Συγκεκριμένα το 59,3% των γυναικών αυτών αναζητούσαν ιατρική πληροφόρηση και 32,5% αναζητούσαν συναισθηματική υποστήριξη. Τα ποσοστά αυτά ποίκιλλαν σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, την ηλικία και την καταγωγή. Στο συμπέρασμα που οδηγήθηκαν οι επιστήμονες ήταν ότι τέτοιου είδους υπηρεσίες θα πρέπει να παρέχονται από τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού. (Gregoriou et al, 2004)

Λίγο αργότερα, 2008, μια άλλη ομάδα ιατρών από τον ακαδημαϊκό χώρο και συνεργάτες αυτών με αφορμή τον υψηλό ρυθμό εκτρώσεων στην Ελλάδα προχώρησε σε έρευνα με σκοπό να αποσαφηνίσει τους ρυθμούς αυτούς. Η Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικής και Γυναικολογίας συγκέντρωσε στοιχεία που απέδειξαν ότι ο ρυθμός των εκτρώσεων φαίνεται να μειώνεται με την αύξηση της χρήσης αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης. Τα δεδομένα/στοιχεία είχαν συγκεντρωθεί από δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και εν συνεχεία έγινε προσπάθεια να συσχετιστούν με τις πρόσφατες κατευθύνσεις οικογενειακού προγραμματισμού και ελέγχου των γεννήσεων. Αποτέλεσμα της έρευνας αυτής ήταν μείωση του ρυθμού των εκτρώσεων στην χώρα μας που οφείλεται ενδεχομένως στην καλύτερη οργάνωση των συμβουλευτικών προγραμμάτων. Τα προγράμματα αυτά, που οργανώθηκαν από την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού υπό την εποπτεία του Πανεπιστημίου Αθηνών, είχαν οδηγήσει σε μείωση του ρυθμού των εκτρώσεων στην Ελλάδα. (Creatsas et al, 2008)

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η μη ασφαλής έκτρωση αποτελεί για πολλές γυναίκες, συμπεριλαμβάνοντας και τις έφηβες, «λύση», όταν τους προκύψει μια ανεπιθύμητη κύηση και δεν έχουν την δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες. Τα εμπόδια, που αναχαιτίζουν μια «ασφαλή» έκτρωση μπορεί να περιλαμβάνουν την περιοριστική νομοθεσία, μικρή διαθεσιμότητα υπηρεσιών, υψηλό κόστος, «στίγμα», η αντιμετώπιση των επαγγελματιών υγείας και η παραπληροφόρηση, χειριστική συμβουλευτική, ιατρικώς μη απαραίτητες δοκιμασίες κ.α. που καθυστερούν την οποιαδήποτε απαραίτητα φροντίδα. Στην χώρα μας η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που οδηγεί σε άμβλωση δημιουργεί πολλά προβλήματα που απασχολούν γιατρούς, θεολόγους, νομοθέτες, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους και προβλήματα που δεν αφήνουν ανέπαφο κανένα σχεδόν άνθρωπο, οποιασδήποτε κοινωνικής τάξης, θρησκείας και πνευματικού επιπέδου. Από την αρχαιότητα η άμβλωση δεν θεωρείτο απαγορευμένη πράξη, διότι η γυναίκα είχε αρκετά παιδιά η δεν ήθελε να παραμορφώσει το σώμα της και μπορούσε ελεύθερα να υποβληθεί σε μια έκτρωση. Ο Ιπποκράτης ήταν αυτός που εξεγέρθηκε κατά της άμβλωσης και απαγόρευε στους μαθητές του την εκτέλεση της σε οποιοδήποτε μήνα της κύησης. Ο φιλόσοφος όμως Αριστοτέλης συνιστούσε την έκτρωση για λόγους κοινωνικούς ή οικονομικούς κατά τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης. Κι αυτό διότι πίστευε ότι το έμβryo δεν είχε ζωή ωστόσο απαγόρευε την έκτρωση σε προχωρημένη κύηση καθώς τότε το έμβryo είχε ζωή.

Ο Χριστιανισμός από την άλλη θεωρεί ότι το έμβryo έχει ψυχή και η άμβλωση γίνεται έγκλημα κατά του εμβρύου. Η Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία πιστεύει ότι κάθε ανθρώπινη ζωή

συμπεριλαμβανομένου και το έμβρυο έχει ψυχή και ζωή. Με την πάροδο των ετών και συγκεκριμένα όταν η δημοσιότητα που έλαβε το ζήτημα γύρω από τον τεράστιο αριθμό των εκτρώσεων στην Ελλάδα, τότε η Εκκλησία προχώρησε στην συγκρότηση ειδικής επιτροπής για την ανασκόπηση και εξέταση του θέματος αυτού. Μάλιστα η θέση της Εκκλησίας είναι πως « τα παιδιά σε μια οικογένεια είναι ευλογία και όχι κατάρα». Στην χώρα μας η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης προβλέπεται από τις διατάξεις του Νόμου υπ' αριθ. 1609/1986 «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασίας της υγείας της γυναίκας» και συγκεκριμένα από το άρθρο 2 με την αντικατάσταση των παραγράφων 4 και 5 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα : « 4. Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα – γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα αν συντρέχει μια από τις ακόλουθες περιπτώσεις:α) δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης, β) έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες, γ) υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού. δ) η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης. 5. Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης.» (WHO, preventing unsafe abortion)(Ελισάβετ Καστανίδη-Συμεωνίδη, σελ 245-51,1984) (Barbara Swartz,σελ 7-8,1985)(N.1609/1986)(Ο.Π., Ε.Ο.Π, σελ 74,1988)

Επιπρόσθετα υπάρχουν ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας και γι' αυτά η επιθυμία τεκνοποίησης σηματοδοτεί την έναρξη μιας δυσάρεστης εμπειρίας ζωής που επιβαρύνει σε πολλές διαστάσεις όπως την συναισθηματική, κοινωνική, επαγγελματική, οργανική και πνευματική ζωή του ζευγαριού. Η υπογονιμότητα έχει ιεραρχηθεί ως μια από τις αγχογόνες καταστάσεις στη ζωή ενός ατόμου συγκρινόμενη με το διαζύγιο ή τον θάνατο οικογενειακού μέλους, ακόμα και με σωματικές ασθένειες όπως ο καρκίνος. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. εκτιμάται ότι ένα στα έξι ζευγάρια των δυτικών κοινωνιών αντιμετωπίζει υπογονιμότητα ως ένα βαθμό στη ζωή τους και κάνει λόγο για αναγνώριση της υπογονιμότητας ως πρόβλημα της παγκόσμιας δημόσιας υγείας. (Ευθυμίου & Περδικάρη,2013)(WHO, 2002)(WHO, 2007)

Η εμπειρία της υπογονιμότητας βάσει της Mahlstedt νοηματοδοτείται ως απώλεια από το άτομο, ενώ αξιοσημείωτη είναι η αναφορά σε μια κριτική ανασκόπηση, για τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας και τη θεραπεία αυτής, όπου περιγράφεται μια πολυάριθμη σειρά απωλειών (απώλεια : συναισθηματικής σχέσης, σχέσεων του κοινωνικού δικτύου, υγείας και σεξουαλικής ικανοποίησης, status/κύρους, αυτοεκτίμησης, αυτοπεποίθησης και/ή ελέγχου, ελπίδας, προσδοκίας, ασφαλείας). Για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας εφαρμόζονται διάφορες φαρμακευτικές και χειρουργικές θεραπείες. Αν αυτές δεν αποδώσουν, τότε εναλλακτικά χρησιμοποιούνται η ενδομήτρια σπερματέγχυση και η εξωσωματική γονιμοποίηση. Το ποσοστό γεννήσεων ζώντων ήταν 28% τη δεκαετία του '60 και έφτασε στο 34% το 2004. Περίπου 60-70% των ζευγαριών που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση αποκτούν παιδί. Από τα ζευγάρια αυτά σε ποσοστό 80% θα το επιτύχουν στις τέσσερις πρώτες προσπάθειες. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή πέρα από τα ηθικά διλήμματα που φέρει όπως αυτό της «δανεικής μήτρας», που ήταν ηθικά αποδεκτός τον 19<sup>ο</sup> αιώνα στην Μάνη, έχει κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις. Στα υπογόνιμα ζευγάρια δημιουργείται η απώλεια ενός βιολογικού παιδιού που συσχετίζεται με απώλεια της εμπειρίας της κύησης, του τοκετού, του θηλασμού, της αυτοεικόνας ως γόνιμο άτομο και της δυνατότητας για τον επερχόμενο ρόλο του παππού/γιαγιάς. Παράλληλα σημειώνεται απώλεια σημαντικών σχέσεων καθώς το υπογόνιμο ζευγάρι στρέφεται στην

απομόνωση, στην άρνηση, στην απόκρυψη, στην σύγκρουση και στην έμμονη σκέψη επί του φλέγοντος ζητήματος. Επίσης ο θυμός των ατόμων με δυσκολία τεκνοποίησης είναι κυρίαρχος και διαταράσσει τη σχέση του ζευγαριού, με τον εαυτό του καθενός, με τα μέλη της οικογένειας ή φίλους, με άλλα ζευγάρια με παιδιά, με τον γιατρό τους ή ακόμα και προς την κοινωνία. Τα υπογόνιμα άτομα αγωνιούν για την εικόνα του σώματος τους, την σεξουαλική τους επάρκεια ή ακόμα και για το status του γάμου τους εκφράζοντας φόβο εγκατάλειψης ή χωρισμού. Η υπογονιμότητα απειλεί την εικόνα του σώματος του ατόμου καθώς πιστεύουν ότι είναι «κατεστραμμένο, ελαττωματικό, μη οικείο, άσχημο» ή ακόμα ότι φέρουν μια ασθένεια. Ενώ χάνεται και η σεξουαλική ικανοποίηση του υπογόνιμου ζευγαριού, αφού συχνά τα άτομα αναφέρουν μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, ικανοποίηση και αυθορμητισμό, με την παρέμβαση του θεράποντα ιατρού στην σεξουαλική τους ζωή, αλλά και η ανάγκη να προστατευτεί το ζευγάρι από μια επιπρόσθετη αποτυχία μπορεί να οδηγήσει και σε πιο σοβαρές μορφές σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Η υπογονιμότητα όταν θέτει υπό αμφισβήτηση την ταυτότητα του ατόμου παύει να αποτελεί μια ιατρική κατάσταση, επέρχεται απώλεια αυτοεκτίμησης και αυτό – εικόνας, αλλά μια κατάσταση αυτό-προσδιορισμού του ατόμου. Επιπλέον παρατηρείται απώλεια ασφάλειας από τα άτομα σε επίπεδο:

1)επαγγελματικό, αφού επηρεάζεται η εργασιακή απόδοση, οι σχέσεις με συναδέλφους, η ικανότητα συγκέντρωσης,

2)οικονομικό λόγω οικονομικής ανασφάλειας από την οικονομική επιβάρυνση που φέρει η συχνότητα των ιατρικών συναντήσεων, των επεμβάσεων και της φαρμακευτικής αγωγής

3)κοινωνικό ή πολιτισμικό : κλονισμός και αμφισβήτηση των θρησκευτικών πεποιθήσεων που αποτελούσαν τον ακρογωνιαίο λίθο στην ζωή τους αλλά και αναθεώρησης της πραγματικότητας σε σχέση με την σημασία του γάμου, του γονεϊκού ρόλου ακόμα και στην ίδια τους την ύπαρξη.

Επίσης σημειώνεται σε κάποια υπογόνιμα ζευγάρια απώλεια εκπλήρωσης μιας σημαντικής φαντασίωσης αυτής της εμπειρίας της πατρότητας και της μητρότητας που στις περισσότερες κοινωνίες αποτελεί ένα κεντρικό αναπτυξιακό ορόσημο σηματοδοτώντας την ανάπτυξη, την ενηλικίωση και την δυνατότητα του ατόμου να μην διαφέρει από τους άλλους. Σε κάποια ζευγάρια η συμβολική απώλεια, ο θρήνος που βιώνει το υπογόνιμο ζευγάρι για ένα παιδί που ποθεί, δεν έρχεται αλλά το θρηνεί σαν να γεννήθηκε, να έζησε και να απεβίωσε. Σε αυτή την περίπτωση η υπογονιμότητα έχει χαρακτηριστεί σαν «χρόνια θλίψη» και ως απώλεια δίχως το κοινωνικά αποδεκτό πένθος. (Mahlstedt PP. 1985)(Περδικάρη & Ευθυμίου, 2013) (Grigoriou et al, 2004)

Τα τελευταία χρόνια ωστόσο πολλά ζευγάρια στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν το ζήτημα της υπογονιμότητας προχώρησαν από την εξωσωματική γονιμοποίηση, η οποία δεν έφερε το επιθυμητό αποτέλεσμα, στην υιοθεσία. Σύμφωνα με κείμενο που παρουσιάστηκε στο Σεμινάριο Στελεχών του ΙΚΑ,25-29 Μαΐου 1987, η υιοθεσία από τους αρχαίους χρόνους μέχρι την αρχή της δεκαετίας του 1970 είχε πάντοτε σαν σκοπό την κάλυψη των αναγκών – θρησκευτικών, κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών- του ζευγαριού ή της οικογένειας που υιοθετούσε. Στην συνέχεια και με την πάροδο των 15 ετών περίπου η έννοια της υιοθεσίας δίνει το προβάδισμα στην ικανοποίηση των αναγκών του παιδιού και όχι των θετών γονιών, διατυπώνεται και στην ελληνική νομοθεσία. Συγκεκριμένα το άρθρο 2 του Ν.Δ. 610/1970 «περί υιοθεσίας των μέχρις ηλικίας 18 ετών ανηλίκων» αναφέρει ότι η υιοθεσία επιτρέπεται οσάκις αυτή είναι προς το συμφέρον του υιοθετημένου». Η αλλαγή αυτή στον στόχο της υιοθεσίας επήλθε μέσα από συνθήκες κοινωνικές όπως αυτές διαμορφώθηκαν μετά τον Β Παγκόσμιο Πόλεμο στις

ανεπτυγμένες δυτικές κοινωνίες αλλά από το γεγονός ότι οι κοινωνικές οργανώσεις και οι επαγγελματίες άρχισαν να προωθούν την υιοθεσία και μεγαλύτερων παιδιών, παιδιών με ειδικές ανάγκες, με επιβαρυνόμενο οικογενειακό ιστορικό, παιδιών διαφυλετικής προέλευσης. Επομένως η υιοθεσία θεωρείται πλέον υπηρεσία παιδικής προστασίας.

Στις μέρες μας πολλά ζευγάρια που έχουν περάσει την περιπέτεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης αποφασίζουν να προχωρήσουν σε υιοθεσία και σε ένα άρθρο των πρωταγωνιστών παρουσιάζεται η πλευρά ενός «μπαμπά». Ο αναφερόμενος δεν έκανε ποτέ πίσω, παραμένοντας πιστός στην επιθυμία του να αποκτήσει παιδί, ακόμη και στο «πολυέξοδο» παιχνίδι των εξωσωματικών – οικονομικό και κυρίως ψυχικό- αλλά και όταν η σύζυγός του φοβήθηκε, μπροστά στην κοινωνική λειτουργό, κάνοντας ένα βήμα πίσω. Έμαθαν για την υιοθεσία, προσπάθησαν να μέσω ιδρυμάτων αλλά και πάλι οι δυσκολίες μεγάλες. Κάποια στιγμή βρέθηκε ένα πρόσωπο στον δρόμο τους και συνέβαλε στο να πραγματοποιηθεί η επιθυμία τους δίχως να αποσκοπεί σε «εκμετάλλευση», όπως κάποιοι άλλοι..... Μετά από αυτό δόθηκε και η απάντηση στα ερωτήματα που βασανίζουν : είναι οι γονείς της και την αγαπούν πολύ. (Θέματα Ο.Π., 1990) (protagon,Αληθινή ιστορία,2013)

Επιπρόσθετα άξιο αναφοράς είναι και το γεγονός ότι ο ΟΗΕ συνέταξε τον χάρτη των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων του ανθρώπου έχοντας προηγουμένως λάβει υπόψη τα συμπεράσματα από τέσσερις παγκόσμιες συσκέψεις : α) στη Βιέννη (1993) Διεθνής Διάσκεψη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, β) στο Κάιρο (1994), Διεθνής Διάσκεψη για την Ανάπτυξη, γ) στην Κοπεγχάγη (1995), επίσης με τον ίδιο τίτλο και δ) στο Πεκίνο (1995) Διεθνής Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για τις Γυναίκες.(πίνακας 1)(Κρετασάς,2003)

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΧΑΡΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ
1. Το Δικαίωμα στη ζωή
2. Το Δικαίωμα στην ελευθερία και ασφάλεια του ατόμου
3. Το Δικαίωμα στην ισότητα και την απελευθέρωση από κάθε μορφή διάκρισης
4. Το Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή
5. Το Δικαίωμα στην ελευθερία σκέψης
6. Το Δικαίωμα στην πληροφόρηση και εκπαίδευση
7. Το Δικαίωμα επιλογής γάμου ή όχι και της δημιουργίας και προγραμματισμού οικογένειας
8. Το Δικαίωμα απόφασης εάν και πότε θα αποκτηθούν παιδιά
9. Το Δικαίωμα στη φροντίδα και προστασίας της υγείας
10. Το Δικαίωμα στα οφέλη της επιστημονικής προόδου
11. Το Δικαίωμα στην ελευθερία συνάθροισης και πολιτικής συμμετοχής
12. Το Δικαίωμα να είσαι απαλλαγμένος από βασανιστήρια και κακομεταχείριση

Η εφαρμογή αυτών των αποφάσεων είναι ευθύνη της πολιτείας και αλλά και των ίδιων των πολιτών κάθε χώρας. Ο Ο.Π. αναφέρεται σε πρακτικές που βοηθούν τα άτομα ή τα ζευγάρια προκειμένου να αποφεύγουν ανεπιθύμητες κινήσεις, να προκαλούν επιθυμητές γεννήσεις, να ρυθμίζουν τα διαστήματα μεταξύ των κινήσεων, να ελέγχουν το χρόνο των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων και να καθορίζουν τον αριθμό των παιδιών στην οικογένεια αλλά σε ενέργειες που εξασφαλίζουν σε όλους το αναφαίρετο και δημοκρατικό δικαίωμα:

✚ για πληροφόρηση σε θέματα : αντισύλληψης, στειρότητας- υπογονιμότητας, συμβουλευτικής συντροφικότητας ή ομαδική ή ατομική, πρόληψης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, πρόληψη γυναικείου/ανδρικού καρκίνου, συμβουλευτικής γονέων, εφήβων και

παιδιών-διαφυλική αγωγή, εμμηνόπαυση, ανδρόπαυση, σχέσεων, γάμου, ερωτικής ζωής, σεξουαλικών δυσλειτουργιών, επιλογών ή/και παρεκκλίσεων.

✚ να αποφασίζει ελεύθερα το άτομο πως/πότε θα εφαρμόσει οικογενειακό προγραμματισμό.

✚ να γνωρίζει τα οφέλη και την αξία του οικογενειακού προγραμματισμού με αποτέλεσμα επιτυγχάνεται η αποφυγή ιατρικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. «ο οικογενειακός προγραμματισμός επιτρέπει στα άτομα να προβαίνουν σε ενημερωμένες επιλογές σχετικά με την σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία».

Οι στόχοι του Ο.Π. είναι:

- ✚ αποφυγή ανεπιθύμητων γεννήσεων
- ✚ γέννηση επιθυμητών και υγιών παιδιών
- ✚ ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των γεννήσεων
- ✚ έλεγχο του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων
- ✚ καθορισμός του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια
- ✚ πρόληψη Σ.Μ.Ν
- ✚ πρόληψη ανδρικού καρκίνου
- ✚ πρόληψη γυναικείου καρκίνου
- ✚ συμβουλευτική: συντροφικότητας, γάμου, ατομική, οικογενειακή, ομαδική
- ✚ αντιμετώπιση θεμάτων στειρότητας, υπογονιμότητας, σεξουαλικών δυσλειτουργιών, επιλογών και παρεκκλίσεων

Προϋποθέσεις για την επίτευξη των στόχων θεωρούνται:

- ✚ υγιείς γονείς
- ✚ κύηση μεταξύ των ηλικιών 18 – 35 ετών
- ✚ μεσοδιαστήματα κυήσεων 2 χρόνια.

Η επίτευξη και εξασφάλιση των στόχων αυτών, σύμφωνα με την οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών Ο.Π. σε εθνικό επίπεδο, είναι δυνατή μέσω της παροχής υπηρεσιών όπως:

- ✚ εκπαίδευση και καθοδήγηση
- ✚ παροχή αντισυλληπτικών μέσων και εφαρμογή αντισυλληπτικών μεθόδων
- ✚ αντιμετώπιση της στειρότητας
- ✚ εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν τις γενετήσιες σχέσεις, το σεξ και τον γονεϊκό ρόλο
- ✚ προαγωγή της σεξουαλικής υγείας
- ✚ γενετική καθοδήγηση
- ✚ προγεννητική διάγνωση
- ✚ συμβουλευτική γάμου/συντροφικότητας
- ✚ μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος κακοήθων νοσημάτων
- ✚ ρύθμιση προβλημάτων υιοθεσίας
- ✚ αντιμετώπιση προβλημάτων της οικογένειας
- ✚ μελέτη δημογραφικών προβλημάτων

Μετά τα παραπάνω οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι ο Ο.Π. έχει ευρύ και πολυδιάστατο περιεχόμενο. Περιλαμβάνει την αντισύλληψη, την δημιουργία οικογένειας, την προστασία της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας, την συμβουλευτική, την γενετική καθοδήγηση, την αντιμετώπιση προβλημάτων στειρότητας και υιοθεσίας. Ο θεσμός αυτός προσαρμόζεται στις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά της εκάστοτε κοινωνίας ή ομάδας προκειμένου να επιτύχει τους

στόχους του και να παρέχει υπηρεσίες δίχως διακρίσεις.(Θέματα Ο.Π., σελ.4, 1990) (Κρεατσάς,2003)(WHO,Contraception)(αρχείο ΕΟΠΥΥ, κανονισμός των ΚΟΠ βάσει του ΙΚΑ)

## 2.2 Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αποτελεί βασικό στοιχείο της Προληπτικής Ιατρικής και κατά κύριο λόγο στοχεύει στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής σύμφωνα τόσο με τον κανονισμό του ΙΚΑ ΕΤΑΜ, για την λειτουργία των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού του, όσο και με ενημερωτικά φυλλάδια του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, έτους 1988 αλλά και του 2003. Ο Ο.Π. αποτελεί έκφραση της ισότητας των δυο φύλων και διευκολύνει τη λειτουργία της γυναίκας στον κοινωνικό χώρο. Αφορά τους νέους ανθρώπους και ιδιαίτερα τα νέα ζευγάρια αλλά και τον γενικότερο πληθυσμό. Βέβαια οι στόχοι του Ο.Π. επιτυγχάνονται μέσω παροχής υπηρεσιών όπως :

### 2.2.1 Εκπαίδευση και Καθοδήγηση

Η εκπαίδευση αποτελείται από τέσσερα βασικά μέρη: α) προσδιορισμός των αναγκών εκπαίδευσης, β) ανάπτυξη προγράμματος, γ) παροχή της εκπαίδευσης και δ) αξιολόγηση εκπαίδευσης. Στο πρώτο βήμα ουσιαστικά γίνεται αναδιοργάνωση των αναγκών, ο καθορισμός των προτεραιοτήτων και ο καθορισμός σκοπού στο δεύτερο βήμα η δημιουργία ενός γενικού σχεδίου ή αλλιώς μιας σειράς δραστηριοτήτων (μικρές διαλέξεις, μικρές συζητήσεις κ.ά. που θα πραγματοποιήσουν τον/τους σκοπό / σκοπούς που έχουν τεθεί. Στο τρίτο στάδιο ο εκπαιδευτής θα πρέπει μέσα από την ικανότητα του να βρίσκονται σε συμφωνία οι ενέργειες του με τα λόγια του αλλά και να χρησιμοποιεί οτιδήποτε συμβαίνει μέσα σε μια συγκέντρωση, έστω και αν είναι διαφορετικό από εκείνο που επιδιώκει να βρει. Στο τέταρτο στάδιο γίνεται η αξιολόγηση που αφορά αφενός την αξιολόγηση της αντίδρασης, μάθησης, συμπεριφοράς και των αποτελεσμάτων και αφετέρου αξιολόγηση της εκπαίδευσης που περιλαμβάνει διάφορες μεθόδους όπως τεστ πριν και μετά, ερωτηματολόγιο γνώμης/στάσης συμπεριφοράς, αξιολόγηση εκπαιδευόμενου και εκπαιδευτή. Η καθοδήγηση βοηθά τον κόσμο να κάνει επιλογές και να ενεργεί σύμφωνα με αυτές. Οι συμβουλές βοηθούν τους ανθρώπους να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με διεξόδους οι οποίες προκύπτουν από κανονικές εξελίξεις.

Η καθοδήγηση συγκεντρώνεται στην ανάγκη να ληφθεί μια ειδική απόφαση, τέτοια όπως εκείνη της αντισυλληπτικής μεθόδου, η οποία πρέπει να χρησιμοποιηθεί και να διευκολύνει την εξερεύνηση των αισθημάτων τα οποία επιδρούν σε μια ειδική απόφαση. Η λήψη αποφάσεων είναι μια διαδικασία στην οποία παρεμβάλλονται αισθήματα, φαντασίες, αξίες, ιδανικά, συμπεριφορές, σχέσεις των δυο φύλων και πρακτικά ενδιαφέροντα και ως εκ τούτου υπάρχει μια απόσταση μεταξύ του αρχικού σταδίου εκπαίδευσης και του τελικού σταδίου των ιατρικών υπηρεσιών. Η καθοδήγηση ανταποκρίνεται στα αισθήματα, αξίες και συμπεριφορές, καθιστώντας δυνατή μια διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι καθοδηγητές ταυτίζονται μέσω του ρόλου τους και των ικανοτήτων τους με τους ανθρώπους που καθοδηγούν. Συγκεκριμένα είναι ικανοί εις την επικοινωνία ικανοτήτων, γνωρίζουν τις προσωπικές τους αξίες και τα αισθήματα τους, σέβονται τις αξίες που είναι διαφορετικές από τις δικές τους, κατανοούν και συνεργάζονται με το άτομο που καθοδηγούν. Η επικοινωνία, η κατανόηση και ο σεβασμός είναι τα βασικά χαρακτηριστικά του καθοδηγητή. Ακόμη και η παραπομπή περίπτωσης για καθοδήγηση αποκτάται δια της κατανόησης της εν λόγω περίπτωσης (π.χ. εφηβική ανάπτυξη) αλλά και δια της διαδικασίας της καθοδήγησης. Η καθοδήγηση είναι μια μέθοδος επικοινωνίας και μπορεί να χρειαστούν 15 λεπτά για να πραγματοποιηθεί. Σε αυτή την περίπτωση ο καθοδηγητής έχει ειδικές ικανότητες και



προσφέρει δομή για να διευκολύνει την εξερεύνηση των αισθημάτων και σκέψεων του καθοδηγούμενου, ώστε να μπορέσει να πάρει μια απόφαση. Σύμφωνα με την Σύμβουλο της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού ο Σύμβουλος αναπτύσσει σχέση με το άτομο που επιθυμεί καθοδήγηση σε κάποιο πρόβλημα/δίλημμα ή αδιέξοδο στο οποίο βρίσκεται. Η σχέση αυτή θα πρέπει να διακρίνεται από σεβασμό, εμπιστοσύνη, ασφάλεια, εχεμύθεια και άνεση. Ο/η σύμβουλος δεν πρέπει να διαμορφώνει μια επικριτική επικοινωνία, αλλά να σέβεται τα πιστεύω, τις αξίες και τα συναισθήματα του καθοδηγούμενου ακόμη και όταν διαφέρουν από αυτά που εκείνος/η υποστηρίζει. Συνεπώς τέσσερις είναι οι φάσεις με την μέθοδο της συμβουλευτικής α) Φάση δημιουργικής σχέσης συμβούλου – καθοδηγούμενου, β) φάση εξερεύνησης – λαμβάνει ο/η σύμβουλος περισσότερες πληροφορίες με σκοπό να κατανοήσει ακριβώς το πρόβλημα μέσω ανοιχτών ερωτήσεων, γ) φάση της κατανόησης – κατά την οποία γίνεται σύνοψη του προβλήματος και πλέον ο/η καθοδηγούμενος/η να διαλέξει την «λύση» υποστηριζόμενος από τον/την Σύμβουλο/η και δ) φάση σχεδιασμού δράσεις, όπου ο/η Σύμβουλος μέσω κλειστών ερωτήσεων και σε συνεργασία με τον/την καθοδηγούμενο/η να οδηγηθούν σε τρόπους, μέσα και υπηρεσίες που θα συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος ή ακόμη και στην επίλυση αυτού.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η γενετική καθοδήγηση. Η επιστημονική καθοδήγηση δίνεται σε οικογένειες ή άτομα με κληρονομικά προβλήματα. Είναι αρκετά έντονη η γέννηση παιδιών με εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών ή γενετικών ανωμαλιών. Οι συγγενείς ανωμαλίες μπορεί να είναι γενετικές, κληρονομούνται ή είναι επίκτητες, ή να οφείλονται σε δράση των παραγόντων του περιβάλλοντος στην ενδομήτρια ζωή ή να οφείλονται σε συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Τα γενετικά νοσήματα μπορεί να αποδίδονται σε βλάβη ενός μόνο γονιδίου, ή σε παραλλαγές του αριθμού των χρωμοσωμάτων ή της δομής των χρωμοσωμάτων και σε γενετικό παράγοντα, η εκδήλωση του οποίου απαιτεί και δράση περιβαλλοντικού παράγοντα. Γενετική συμβουλή ή καθοδήγηση πρέπει να ζητείται όταν:

1. Γεννιέται ένα παιδί με ανωμαλίες στη διάπλαση του
2. Περίπτωση ενός ΑμΕΑ
3. Παιδί με ψυχοκινητική καθυστέρηση
4. Γεννιέται ένα παιδί με ανωμαλίες των έξω γεννητικών οργάνων
5. Διαπιστώνεται σύνδρομο
6. Ένα ζευγάρι παρουσιάζει στειρότητα
7. Ζευγάρια με συχνές αποβολές ή παλίνδρομες κύσεις του 1<sup>ου</sup> κυρίως τριμήνου της κύησης
8. Ζευγάρια που έχουν κάποιο στενό βαθμό συγγένειας
9. Έγκυοι που νόσησαν (λοιμώξη) κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης ή υπέστησαν ακτινοβολία ή έλαβαν φάρμακα βλαπτικά για το κύημα
10. Οι μελλοντικοί κυρίως σε περίπτωση που στην ευρύτερη οικογένεια υπήρξε ή υπάρχει πρόβλημα είτε παθολογικό είτε πρόβλημα αναπαραγωγής.

Ο προγεννητικός έλεγχος είναι άλλο ένα θέμα που είναι άμεσα συνυφασμένο με την γενετική καθοδήγηση καθώς αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της. Ενδείξεις προγεννητικού ελέγχου είναι οι χρωμοσωματικές ανωμαλίες (η ηλικία της μητέρας, η προϋπαρξη άλλου παιδιού με χρωμοσωματική ανωμαλία και αν ένας γονέας είναι φορέας μιας ισοζυγισμένης δομικής ανωμαλίας των χρωμοσωμάτων) και για τα μεταβολικά νοσήματα σε περίπτωση που οι δυο γονείς είναι ετερόζυγοι φορείς για το ίδιο παθολογικό γονίδιο. Σύμφωνα με το άρθρο 6 του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ ορίζονται εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου για την γέννηση υγιών παιδιών όπως : εξετάσεις αίματος για την διαπίστωση ετεροζυγωτών μεσογειακής αναιμίας, εξέταση DNA του εμβρύου, εφόσον έχει διαπιστωθεί ότι και οι δυο γονείς έχουν γενετική επιβάρυνση για μεσογειακή αναιμία και κάλυψη της μεθόδου λήψης υλικού,

προσδιορισμός αντισωμάτων ερυθράς και έλεγχος καρύτυπου του εμβρύου σε γυναίκες άνω των 35 ετών.(Θέματα Ο.Π.,1990) (Κανονισμός Λειτουργίας των ΚΟΠ του ΙΚΑ) (ΦΕΚ 3054/τ.Β/18.11.2012 , ΕΚΠΥ ΕΟΠΥΥ)

## 2.2.2 Την παροχή αντισυλληπτικών μέσων και μεθόδων αντισύλληψης.

Αντισύλληψη σημαίνει παρεμπόδιση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, διαφύλαξη της γονιμότητας και προγραμματισμός της οικογένειας. Σύμφωνα και με τον Π.Ο.Υ. ο οικογενειακός προγραμματισμός επιτρέπει στους ανθρώπους να κάνουν ενημερωμένες επιλογές σχετικά με την σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία. Η αντισύλληψη βασίζεται στην πρόληψη και αφορά όλες τις γυναίκες και τους άνδρες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Επίσης η αντισύλληψη είναι το δικαίωμα και η υποχρέωση κάθε ανθρώπου προκειμένου να διαφυλάξει τη σωματική και ψυχική του υγεία, η συντροφικότητα είναι ευθύνη όλων. Η αντισύλληψη δίνει τη δυνατότητα στο ζευγάρι να αποφασίζει εκούσια, υπεύθυνα και συνειδητά για το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας του, γιατί το μέγεθος της οικογένειας δεν πρέπει να είναι θέμα τύχης, αλλά επιλογή του ζευγαριού. Η χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων είναι απαραίτητη, τόσο στις περιστασιακές σχέσεις, όσο και στις μόνιμες υγιείς σχέσεις. (Ενημερωτικό έντυπο Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, 2003, Θέλεις να αποφύγεις την έκτρωση; Ενημερώσου (μάθε) για την αντισύλληψη)(WHO,Contraception)

Στην χώρα μας οι αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται διακρίνονται σε φυσικές μέθοδοι, ορμονικές μέθοδοι, ενδομητρικά σπειράματα και μέθοδοι φραγμού. Σύμφωνα με το εγχειρίδιο/βιβλίο του Υπουργείου Υγείας, που εξεδόθη το 1990 με σκοπό να συμβάλει στην ενημέρωση του υγειονομικού κόσμου οι οποίοι θα προσφέρουν υπηρεσίες και συμβουλευτική σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, αναφέρεται πως τρεις είναι οι κυριότεροι παράμετροι για την επιλογή μιας μεθόδου αντισύλληψης : η ωφελιμότητα, το ρίσκο και η ανοχή. Φυσικά η αντισυλληπτική ασφάλεια κάθε μεθόδου και η επιλογή κατά ηλικία είναι και άλλοι παράγοντες που επιδρούν στην απόφαση επιλογής αντισύλληψης. Αυτό συμβαίνει διότι διαφορετικοί είναι οι λόγοι και οι συνθήκες: στην έναρξη της γόνιμης ηλικίας, στο τέλος αυτής, σε σχέση με την αναπαραγωγή: άτοκες, σε γυναίκες με επιθυμία να μεταθέσουν τον χρόνο εγκυμοσύνης, ή κατά την διάρκεια της γαλουχίας και μετά, σε γυναίκες που έχουν ολοκληρώσει την δημιουργία οικογένειας, ή η αντισύλληψη μετά την σεξουαλική επαφή και σε περίπτωση με γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη.

Οι φυσικές μέθοδοι είναι η διακεκομμένη συνουσία και η περιοδική αποχή. Η διακεκομμένη συνουσία είναι μια μέθοδος που συνίσταται στην διακοπή της συνουσίας πριν από την εκσπερμάτιση, η οποία πραγματοποιείται εκτός του κόλπου. Δεν έχει κόστος. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι πολύ περιορισμένη είτε γιατί αποτυγχάνει ο αυτοέλεγχος του άνδρα, είτε γιατί ακόμα και στις εκκρίσεις του πέους που προηγούνται της εκσπερμάτισης υπάρχουν σπερματοζωάρια, τα οποία ενδέχεται να προκαλέσουν εγκυμοσύνη. Εξάλλου η μακροχρόνια εφαρμογή της διακεκομμένης συνουσίας ως αντισυλληπτικής μεθόδου μπορεί να έχει σοβαρές ψυχολογικές παρενέργειες ( ψυχρότητα στη γυναίκα, ανικανότητα στον άνδρα). Η περιοδική αποχή (μέθοδος ρυθμού) βασίζεται σε τρεις υποθέσεις : α) το ωάριο μπορεί να γονιμοποιηθεί μόνο στις 24 πρώτες ώρες μετά την ωοθυλακιορρηξία, β) τα σπερματοζωάρια διατηρούν τη γονιμοποιητική τους ικανότητα για 48 ώρες μετά την εκσπερμάτιση και γ) η ωοθυλακιορρηξία συνήθως συμβαίνει 14 περίπου ημέρες πριν από την αρχή της επόμενης έμμηνης ρύσης. Έτσι η γυναίκα καταγράφει τη διάρκεια των κύκλων της για έναν περίπου χρόνο και κατόπιν αφαιρεί 18 ημέρες από το μικρότερο κύκλο και 11 ημέρες από το μεγαλύτερο. Το χρονικό διάστημα που προκύπτει είναι η γόνιμη περίοδος, κατά τη διάρκεια της οποίας πρέπει να αποφεύγονται οι σεξουαλικές επαφές. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου είναι μικρή. Αυτό συμβαίνει γιατί οι προϋποθέσεις στις οποίες βασίζεται είναι σχετικά μεταβλητές από κύκλο σε

κύκλο. Εξάλλου η μέθοδος ελαττώνει σημαντικά τη περίοδο της σεξουαλικής δραστηριότητας του ζευγαριού ή απαιτεί χρήση αντισύλληψης (π.χ. προφυλακτικού) τις «επικίνδυνες ημέρες». Μια παραλλαγή της μεθόδου είναι η μέθοδος των σταθερών ημερών. Σύμφωνα με αυτήν, οι γυναίκες που έχουν κύκλο 26-32 ημέρες δεν χρειάζεται να προβαίνουν σε υπολογισμούς γόνιμων ή επικίνδυνων ημερών. Απλώς αποφεύγουν συνουσία χωρίς προφύλαξη από την 8<sup>η</sup> έως την 19<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου, σύνολο 12 ημέρες. Ως πρώτη ημέρα του κύκλου θεωρείται η ημέρα εμφάνισης της εμμηνου ρύσεως. Επιστημονικά η μέθοδος αυτή η δοκιμάστηκε σε 478 γυναίκες για δύο χρόνια. Αποδείχτηκε ότι η πιθανότητα εγκυμοσύνης είναι περίπου 5-12% το χρόνο, ανάλογα με το πόσο προσεκτικά εφαρμόζεται η μέθοδος. Η μέθοδος του ρυθμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε για την αποφυγή της σύλληψης είτε για να προσδιοριστεί η σύλληψη σε περίπτωση επιθυμίας εγκυμοσύνης. Σαφώς η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται σε γυναίκες οι οποίες γνωρίζουν καλά το σώμα τους και είναι πρόθυμες να προσαρμόσουν τον τρόπο ζωής τους με αυτή τη μέθοδο αντισύλληψης.

Στις ορμονικές μεθόδους περιλαμβάνονται τα αντισυλληπτικά δισκία, η επείγουσα αντισύλληψη ή αντισύλληψη ανάγκης και ο κολπικός δακτύλιος. Τα αντισυλληπτικά δισκία έχουν υψηλή αποτελεσματικότητα και περιέχουν μικρές ποσότητες οιστρογόνων και προγεστερόνης ενώ εμποδίζουν την ωοθυλακιορρηξία. Στα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου διακρίνονται η ρύθμιση του κύκλου, η μείωση της δυσμηνόρροιας, η θετική επίδραση στο δέρμα και η ανακούφιση από προεμμηνορροιακά προβλήματα (πρήξιμο κοιλίας και μαστών). Πρέπει να λαμβάνονται καθημερινά ενώ έμετος, διάρροια ή λήψη άλλων φαρμάκων δύναται να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα της μεθόδου. Η εφαρμογή αυτής συνιστάται σε γυναίκες νέες, υγιείς γυναίκες που θέλουν να αποφύγουν με ασφάλεια τη σύλληψη και δεν ενδείκνυται σε γυναίκες που καπνίζουν πολύ ή είναι παχύσαρκες, λόγω υψηλού κινδύνου θρόμβωσης. Η επείγουσα αντισύλληψη ή αντισύλληψη ανάγκης αφορά την αντισύλληψη μετά από σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις κι εφόσον είναι ύποπτη, δηλαδή έχει γίνει σε μέρα δυνητικώς επικίνδυνη. Η αντισύλληψη ανάγκης φυσικά δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνιμη αντισυλληπτική μέθοδος, γιατί θα έχει μεταξύ άλλων, δυσμενείς επιπτώσεις στον κύκλο. Η σύγχρονη αντισύλληψη ανάγκης αποτελείται από δυο χάπια, το πρώτο λαμβάνεται όσο δυνατόν πιο σύντομα μετά την επαφή χωρίς προφύλαξη και το δεύτερο 12 ώρες περίπου μετά το πρώτο. Αν το πρώτο χάπι ληφθεί αμέσως μετά την επαφή, η αποτελεσματικότητα φθάνει το 95%, δηλαδή η αποφυγή εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση που ληφθεί το δεύτερο 24ωρο μετά την επαφή η αποτελεσματικότητα είναι της τάξης του 85%. Μετά το τρίτο 24ωρο η επείγουσα αντισύλληψη δεν είναι ασφαλής ως προς το αποτέλεσμα. Η αντισύλληψη ανάγκης δεν αναστέλλει την ωοθυλακιορρηξία όπως τα αντισυλληπτικά δισκία αλλά αναστέλλει την εμφύτευση τυχόν γονιμοποιηθέντος ωαρίου. Φυσικά η εν λόγω μέθοδος δεν έχει σχέση με εκτρωτικά φάρμακα, καθώς δεν προκαλεί έκτρωση αλλά αδυναμία εμφύτευσης του τυχόν γονιμοποιηθέντος ωαρίου. Ο κολπικός δακτύλιος εφαρμόζεται ενδοκολπικά στη γυναίκα για χρονικό διάστημα 21 ημερών. Κάθε τρεις εβδομάδες απαιτείται αλλαγή αυτού ενώ έμετοι ή διάρροια δεν επηρεάζουν την ασφάλεια της μεθόδου. Διακρίνεται δυσκολία κατά την εισαγωγή στον κόλπο, που γίνεται από τη γυναίκα προκαλώντας μια αίσθηση δυσφορίας. Ενδεχομένως να είναι ενοχλητικό κατά τη διάρκεια της συνεύρεσης ή μπορεί να χαθεί χωρίς να γίνει αντιληπτό. Παρουσιάζεται κίνδυνος για φλεγμονές στον κόλπο. Το κόστος είναι 15€ ανά μήνα και προτείνεται σε γυναίκες με ακανόνιστο τρόπο ζωής.

Τα ενδομητρικά σπειράματα (σπιράλ) είναι συσκευές που τοποθετούνται από γυναικολόγο και παραμένουν στη μήτρα για μεγάλο χρονικό διάστημα (3-5 χρόνια). Η αντισυλληπτική δράση τους οφείλεται σε τοπική άσηπτη φλεγμονώδη αντίδραση, στην οποία προκαλεί το σπιράλ, ως ξένο σώμα, στη μήτρα και εμποδίζει τη γονιμοποίηση. Απλό στην εφαρμογή και απαιτείται ιατρικός έλεγχος. Παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο για φλεγμονές και έκτοπες κηύσεις. Συνιστάται

σε γυναίκες που έχουν αποκτήσει παιδιά, δεν μπορούν να λάβουν ή να αντέξουν ορμόνες και επιθυμούν την αποφυγή άλλης κύησης.

Στις μεθόδους φραγμού διακρίνονται το προφυλακτικό και ο γυναικείος σπύγγος, διάφραγμα και κολπικός δακτύλιος. Το ανδρικό προφυλακτικό είναι το πιο διαδεδομένο μηχανικό μέσο αντισύλληψης και μια από τις παλαιότερες αντισυλληπτικές μεθόδους. Η αντισυλληπτική του αποτελεσματικότητα κυμαίνεται σε ποσοστό 64-97% ενώ το ποσοστό αποτυχίας σε ποσοστό 10 – 15 %. Τα αίτια της αποτυχίας είναι σφάλματα κατασκευής, σχίσσιμο κατά την εφαρμογή, ρήξη ή απομάκρυνση κατά τη συνουσία και τέλος διαφυγή σπέρματος λόγω καθυστερημένης αφαιρέσεως. Ψυχολογικοί λόγοι συχνά είναι η πηγή άρνησης του προφυλακτικού το οποίο όμως είναι, λόγω των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, απαραίτητο σε κάθε περιστασιακή, μη μόνιμη σχέση, ανεξάρτητα αν η γυναίκα εφαρμόζει άλλη αντισυλληπτική μέθοδο. Άλλες αιτίες περιορισμένης χρήσης αποτελούν η άγνοια χρησιμοποίησης, η ελάττωση αισθητικότητας και θρησκευτικοί λόγοι. Επίσημα η εφεύρεση του οφείλεται σε ένα γιατρό της αυλής του Βασιλιά Καρόλου Β΄(1660-1685, του δόκτορα Condom). Το γυναικείο προφυλακτικό χρησιμοποιείται ελάχιστα, καθώς το κορίτσι χρειάζεται να έχει εξασκηθεί για να το τοποθετήσει. Μάλιστα μια έρευνα που διεξήχθη από το Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού του Αρεταιείου Νοσοκομείου σε 1500 μαθητές των σχολείων της Αθήνας, ηλικίας 16-18 ετών, με θέμα τη «διερεύνηση στάσεων μαθητών λυκείου στο προφυλακτικό», βρέθηκε ότι :

- 90,4% των μαθητών αντιμετωπίζουν θετικά το γεγονός πως το άτομο με το οποίο βγαίνουν έχει μαζί του προφυλακτικό
- 88% των μαθητών το θεωρούν δείγμα υπευθυνότητας και ωριμότητας
- 57% των μαθητών δεν αισθάνονται άβολα αν κάποιος γνωστός τους έβλεπε να το αγοράζουν. (Χάπι σημαίνει ελευθερία, 2003) (Κρεατσάς,σελ.164,2003)

Η αύξηση των μελών της οικογένειας πέραν του επιτρεπόμενου βάσει της οικονομικής κατάστασης αλλά και τυχόν κοινωνικών αντιλήψεων του ατόμου, καθώς και η δυσκολία στην εφαρμογή ή η αποτυχία των άλλων μεθόδων αντισύλληψης δημιούργησε την ανάγκη για άλλες μεθόδους ελέγχου των γεννήσεων με σκοπό την μόνιμη αφαίρεση της ικανότητας για αναπαραγωγή (στεροποίηση) . Στην γυναίκα η στεροποίηση γίνεται με τον αποκλεισμό των σαλπίνγων μέσω λαπαροσκόπησης και υστεροσκόπησης και μέσω λαπαροτομίας. Στον άνδρα η στεροποίηση γίνεται με την απολίνωση ή τη διατομή των σπερματικών πόρων. Ενδείκνυται όταν έχει δημιουργηθεί οικογένεια και δεν έχει επιτυχία η εφαρμογή μια άλλης μεθόδου αντισύλληψης. Χαρακτηριστική είναι μια μελέτη που διεξήχθη στην Θράκη προκειμένου να εξεταστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντισύλληψη που ακολουθούν οι γυναίκες στην περιοχή. Καταγράφηκαν διαφορές ως προς την μέθοδο αντισύλληψης, την ηλικία , το μορφωτικό επίπεδο και την θρησκευτική αντίληψη των γυναικών και το συμπέρασμα οδήγησε στην ανάγκη της προώθησης πληροφοριών σχετικά με την επιλογές των σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης, ώστε να βελτιωθεί η χρήση της αντισύλληψης και να διασφαλιστεί η αναπαραγωγική υγεία στην εν λόγω περιοχή. (Αντισυλληπτικές Μέθοδοι ,Προσδιορισμός της Γονιμότητας, 2003)(Ενημερώσου τώρα για όσα πρέπει να ξέρεις,2003)(οδηγός αντισύλληψης,2003)(Galazios et al,2001)

### 2.2.3 Πρόληψη των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων

Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να γίνει μνεία στα αφροδίσια νοσήματα, το όνομα τους προέρχεται από την θεά του έρωτα Αφροδίτη και διαδόθηκαν σε όλη την Ευρώπη τον 15<sup>ο</sup> με 16<sup>ο</sup> αιώνα, μέχρι το τέλος του Β Παγκοσμίου Πολέμου η σύφιλη και η βλεννόρροια αποτελούσαν τις πιο συχνές παθήσεις. Μετά τον πόλεμο όμως άρχισε να εμφανίζεται ένας αυξανόμενος αριθμός

ασθενών, που έπασχε από άλλες καταστάσεις, οι οποίες μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή όπως: η τριχομονάδωση, η μυκητίαση, η μη «ειδική» ουρηθρίτιδα, τα κονδυλώματα, ο έρπητας των γεννητικών οργάνων κ.α. Σήμερα ο όρος αφροδίσια νοσήματα έχει αντικατασταθεί από τον όρο σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Σ.Μ.Ν.). Τα Σ.Μ.Ν. διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με το παθογόνο αίτιο. Ακολουθεί σχετικός πίνακας.(Κιντής,σελ9-11,1986)(Κρεατσάς,175-7,2003)

#### ΠΙΝΑΚΑΣ Σ.Μ.Ν.

Βακτηρίδια: Βλενόρροια, Σαλπινγγίτιδα(κ.ά), Μυκόπλασμα, Σύφιλη,Κολπίτιδα
Πρωτόζωα: Τριχομονάδες, Μύκητες (κολπίτιδα, τραχηλίτιδα)
Μετάζωα: Φθειρά του εφηβαίου (φθειρίαση)
Ιοί: Έρπητας γεννητικών οργάνων, Οξυτενή κονδυλώματα, Επίπεδα κονδυλώματα, Ηπατίτιδες Β-С-D, Λοιμώδης Μονοπυρήνωση, Μεγαλοκυτταροϊός, Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS ή HIV)

(Κρεατσάς, σελ.176,2003)

Είναι σημαντικό καθένας να γνωρίζει τον τρόπο μετάδοσης, τα συμπτώματα και την θεραπεία αυτών αλλά πρώτα και πάνω από όλα ότι υπάρχει η δυνατότητα πρόληψης. Η μετάδοση των νοσημάτων γίνεται με την σεξουαλική επαφή όπως βλεννόρροια, χλαμύδια, μυκητίαση, τριχομονάδωση, μη ειδική κολπίτιδα, οξυτενή κονδυλώματα, έρπητας γεννητικών οργάνων, σύφιλη, ψώρα, φθειρίαση του εφηβαίου αντιμετωπίζονται και υπάρχουν θεραπείες. Επίσης η Ηπατίτιδα Β και το AIDS μεταδίδονται κατά την συνουσία. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι μέχρι σήμερα στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού εντάσσονται εμβόλια για την Ηπατίτιδα Β και για τα κονδυλώματα. Με βάση σχετικές μελέτες, ο εμβολιασμός έναντι του ιού HPV (διδύναμο-τετραδύναμο) προλαμβάνει πάνω από 75 % του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τις περισσότερες περιπτώσεις των άλλων μορφών καρκίνου της γεννητικής χώρας. Επιπλέον με το τετραδύναμο εμβόλιο προλαμβάνεται και το 90% των γεννητικών κονδυλωμάτων, καθώς παρέχει επιπρόσθετα ανοσοποίηση και έναντι των τύπων 6 και 11. Ενώ για το σύνδρομο της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας δεν υπάρχει εμβόλιο. Ο εμβολιασμός είναι μέτρο πρόληψης εμφάνισης των εν λόγω νοσημάτων και παράλληλα η χρήση του προφυλακτικού είναι μια μέθοδος προστασίας, ακόμη και με τις πιθανότητες αποτυχίας που ενδέχεται να παρουσιάσει, μετάδοσης κατά την σεξουαλική επαφή. Συνεπώς η πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι εφικτή όταν υπάρχει η κατάλληλη και έγκυρη ενημέρωση.(Κιντής, 1986)(Κρεατσάς,2003)( Εμβολιαστείτε σήμερα,2013)(Ρωτήστε να μάθετε για τον εμβολιασμό σήμερα, 2007)

#### 2.2.4 Αποφυγή ανεπιθύμητης κύησης - Έκτρωση

Η έκτρωση περιλαμβάνει την αποβολή του κνήματος από την μήτρα. Την ίδια έννοια έχει και ο όρος άμβλωση, ο οποίος συγγέεται και θεωρείται διαφορετική κατάσταση διαφορετική από αυτή της έκτρωσης. Ο ιατρονομικός όρος τεχνητή έκτρωση περιλαμβάνει κάθε βίαιη διακοπή της κύησης με τη βοήθεια φαρμακευτικών ή μηχανικών μέσων προτού το έμβρυο γίνει βιώσιμο. Ο τρόπος της επέμβασης για τη διακοπή μιας κύησης διαφέρει ανάλογα με την ηλικία κύησης. Η πρώιμη διακοπή της κύησης ή αλλιώς επείγουσα αντισύλληψη: χορήγηση ορμονών σε υψηλή

δοσολογία για την παρεμπόδιση εμφύτευσης γονιμοποιημένου ωαρίου στις πρώτες 72 ώρες από την «επικίνδυνη» επαφή, η μέθοδος με τη χρήση RU 486 και προσταγλανδίνης: χορηγείται υπό νοσοκομειακή παρακολούθηση διότι προκαλεί έντονη αιμορραγία από τη μήτρα σε διάστημα όχι μεγαλύτερο από των 49 ημερών από την «επικίνδυνη» επαφή, η τεχνητή διακοπή της κύησης μέχρι τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα : μηχανική μέθοδος που διενεργείται μέχρι τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα και η τεχνητή διακοπή κύησης μεγαλύτερης των 12 εβδομάδων η οποία πραγματοποιείται μόνο για θεραπευτικούς λόγους είναι οι τρόποι με τους οποίους γίνεται η διακοπή μιας κύησης.(Κρεατσάς, 2003)

Στην χώρα μας παρά το γεγονός της νομιμοποίησης των εκτρώσεων και τη χρησιμοποίηση του προφυλακτικού από το φόβο του AIDS, ο αριθμός των εκτρώσεων δεν παρουσιάζει αισθητή μείωση και αυτό είναι συνέχεια της έλλειψης συστηματικής διαπαιδαγώγησης για την αναπαραγωγική υγεία. Έρευνες τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο δείχνουν ότι η έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και της ακριβούς ή έγκυρης πληροφόρησης αναφορικά με την αντισύλληψη και την πρόληψη μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης είναι τα αίτια για υψηλό ρυθμό εκτρώσεων και στην χώρα μας. Συγκεκριμένα το 2001 μια στις τέσσερις γυναίκες, ηλικιακής ομάδας 16-24 ετών, μια στις τρεις , ηλικιακής ομάδας 35-45 ετών είχαν τουλάχιστον μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που κατέληξε σε έκτρωση, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι μια στις τέσσερις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας έχει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που καταλήγει σε έκτρωση. Επίσης κατά την ίδια χρονική περίοδο άλλη έρευνα φέρει ανέδειξε ότι ο ρυθμός των εκτρώσεων θα μπορούσε να ελαττωθεί με την αύξηση χρήσης αντισύλληψης, την καθιέρωση εκτεταμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε ισχύουσες μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού και των άλλων όψεων της αναπαραγωγικής υγείας για τους επαγγελματίες υγείας, καταναλωτές και εκπροσώπους των μέσων μαζικής ενημέρωσης, με την προώθηση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία και με ενθάρρυνση των κυβερνήσεων να επενδύουν περισσότερο στον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών και προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού και με την συνεργασία μη κυβερνητικών οργανώσεων. Το 1995 φαίνεται πως υπήρχε μεγάλη ανάγκη βελτίωσης των υπηρεσιών σχετικά με τις αμβλώσεις και αποτελούσε προτεραιότητα στην πολιτική υγείας τόσο στην Κεντρική όσο και στην Ανατολική Ευρώπη. Το 2008 μια μελέτη έδειξε ότι ο ρυθμός των εκτρώσεων μειώθηκε μετά από προγράμματα (συμβουλευτικά) που υλοποιήθηκαν σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία από την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού και υπό την εποπτεία του Πανεπιστημίου Αθηνών. (Kovacs L., 1999)( Ioanidi-Kapolou E.,2004)(Michalodimitrakis E., 2004)(Creatsas et al,2008)(Hassoun & Jourdain, 1995)

Η τεχνητή έκτρωση για κοινωνικούς λόγους είναι δικαίωμα της γυναίκας που πρέπει να πραγματοποιείται μόνο σε περιπτώσεις αποτυχίας της αντισύλληψης και μετά από λεπτομερή ενημέρωση της, ώστε να αποτελεί την τελευταία λύση, επειδή η έκτρωση δεν είναι υποκατάστατο της αντισύλληψης ούτε μορφή αντισύλληψης. Επιπλέον η τεχνητή έκτρωση εκτός από μεγάλη οικονομική επιβάρυνση συνδέεται με πολύ σοβαρές ψυχολογικές και σωματικές επιπλοκές, οι οποίες έχουν σαν αποτέλεσμα την επιβάρυνση της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι επιπλοκές αυτές περιλαμβάνουν άμεσους και σοβαρούς κινδύνους από τη νάρκωση, ή κατά την επέμβαση (διάτρηση της μήτρας, κάκωση του εντέρου, της ουροδόχου κύστεως, κ.ά.), στείρωση, χρόνια φλεγμονή στις σάλπιγγες και επανειλημμένες αυτόματες εκτρώσεις, πρόωρους τοκετούς και αιμορραγίες σε επόμενες. Βάσει του ενημερωτικού φυλλαδίου του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (2003) : « Κάθε γυναίκα, δεν θα βρεθεί στη δυσάρεστη αυτή θέση όταν γνωρίζει πως για κάθε γυναίκα ή ζευγάρι υπάρχει η κατάλληλη αντισυλληπτική μέθοδος, αρκεί να υπάρχει η σωστή ενημέρωση και σωστή εφαρμογή».

Βέβαια σε μια πρόταση νόμου για εκσυγχρονισμό της νομοθεσίας της άμβλωσης στην Κύπρο βρίσκει αντιμέτωπη την αντίδραση της Εκκλησίας, όπου ο Μητροπολίτης της Πάφου Γεώργιος επισημαίνει ότι η Εκκλησία δέχεται πως η ζωή ξεκινά με τη σύλληψη. Γίνεται μνεία για τις αμβλώσεις που πραγματοποιούνται και συγκεκριμένα στην Ελλάδα ανέρχονται στις 400.000 το έτος, ενώ για την Κύπρο δεν υπάρχουν στατιστικά. Θεωρείται ιδανικό μέσο άσκησης του δικαιώματος της γυναίκας στην επιλογή του εάν και πότε θα γίνουν μητέρες ο οικογενειακός προγραμματισμός και η αντισύλληψη. Η κοινωνικοοικονομική κρίση επέφερε αύξηση των αμβλώσεων αφού μια γυναίκα αναγκάζεται να προχωρήσει σε άμβλωση κυρίως για λόγους οικονομικούς και κοινωνικούς.(Θέλεις να αποφύγεις την έκτρωση; Ενημερώσου (μάθε) για την αντισύλληψη,2003,Υ.Υ.) (Ε.Κωνσταντίνου,01/03/2015,dialogos.com.cy)

#### 2.2.5 Την σεξουαλική αγωγή και προαγωγή σεξουαλικής υγείας.

Η αντισύλληψη και η εφηβεία είναι δυο έννοιες ιδιαίτερες και σημαντικές με απόρροια την ανάπτυξη της γενετικής αγωγής/σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Η εφηβεία είναι μια περίοδος της ζωής του ανθρώπου γεμάτη βιολογικές, ανατομικές και ψυχολογικές αλλαγές που επιφέρουν ιδιαιτερότητες στην επιλογή της κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου για κάθε άτομο ξεχωριστά, δημιουργεί το άτομο την ταυτότητα του ανάλογα με τα μηνύματα και τις προσλαμβάνουσες παραστάσεις που έχει από το περιβάλλον του.

Η ήβη στα κορίτσια φέρει αλλαγές στο σώμα μεταξύ 10-12 ετών όπως : ξεχωρίζει αισθητά η θηλή, το στήθος, χνούδι στα γεννητικά όργανα, μακραίνουν τα χέρια και τα πόδια, αποκτούν καμπύλες και μεγαλώνει η λεκάνη τους. Συνήθως 1-3 χρόνια μετά την εμφάνιση του στήθους ή κάποια στιγμή ανάμεσα στην ηλικία των 9 με 15 ετών παρατηρούνται οι πρώτες κολπικές εκκρίσεις και ακολουθεί η πρώτη έμμηνος ρύση. Αναπτύσσονται και τα εσωτερικά όργανα οι πνεύμονες, η μήτρα αλλά και εξωτερικά όπως η κλειτορίδα. Στα 14 το πρόσωπο επιμηκύνεται και παίρνει περισσότερο γυναικεία μορφή. Η φωνή από παιδική γίνεται κοριτσιίστικη και σταδιακά σχεδόν γυναικεία. Τότε περίπου αυξάνει κι άλλο σε μέγεθος η λεκάνη, η οποία συνεχίζει να μεγαλώνει μέχρι περίπου τα 18 ή και για λίγο ακόμη. Μέχρι την ηλικία των 19 ετών η ωορρηξία σταθεροποιείται, η ηβική κόμβη είναι τριγωνική και οι τρίχες σκληρές και σκούρες όπως των ενηλίκων. Το στήθος έχει πάψει να είναι κωνικό και έχει αναπτυχθεί πλήρως.

Η ήβη στα αγόρια παρατηρείται περίπου στην ηλικία των 12 ετών με την αύξηση του όγκου των όρχεων και μετά του πέους. Κατόπιν έρχονται οι πρώτες τρίχες. Κάτω από την επίδραση των αντρικών ορμονών, οι μυρωδιές του ιδρώτα αλλάζουν και το δέρμα μεταμορφώνεται. Παράλληλα αυξάνεται μια βασική αντρική ορμόνη, η τεστοστερόνη. Μέσα σε διάστημα 2 ως 4 χρόνων, η συγκέντρωση της τεστοστερόνης γίνεται ίση με αυτή του ενηλίκου. Συνήθως γύρω στα 14 αρχίζει να έχει και συχνές στύσεις και παρατηρείται η πρώτη εκσπερμάτιση ενώ περίπου 6 μήνες αργότερα κάποια σπερματοζωάρια είναι παρόντα στο σπέρμα. Η εκσπερμάτιση μπορεί να συμβεί στον ύπνο, -ονείρωξη - αλλά μπορεί να είναι και αποτέλεσμα αυνανισμού. Σταδιακά αρχίζει να ψηλώνει πολύ καθώς μεγαλώνουν εντυπωσιακά τα χέρια και τα πόδια ενώ το αποκορύφωμα της ανάπτυξης τοποθετείται κατά μέσο όρο περίπου στα 14,5 χρόνια. Ως την ηλικία των 18 ετών συνεχίζεται η αύξηση του ύψους, συνοδεύεται από αύξηση βάρους και από μια σημαντική ανάπτυξη της μυϊκής μάζας. Επίσης εμφανίζεται το μήλο του Αδάμ και αρχίζει να αλλάζει κατά μια οκτάβα η φωνή – θα γίνει πιο αντρική γύρω στα 17. Μέχρις όμως να σταθεροποιηθεί παρουσιάζει διακυμάνσεις. Την ίδια εποχή που αλλάζει η φωνή συνήθως εμφανίζονται και οι τρίχες στο πρόσωπο όταν έχει δρομολογηθεί κυρίως η ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων. Πρώτα εμφανίζεται μουστάκι και μετά γένι στα μάγουλα και το πηγούνι.

Φυσικά οι ηλικίες και τα στοιχεία που δόθηκαν αποτελούν το μέσο όρο καθώς σε άλλους εφήβους οι αλλαγές παρουσιάζονται νωρίτερα ενώ σε άλλους αργότερα καθώς και με διαφορές στην ένταση των εκδηλώσεων τους.

Συναισθηματικά και διανοητικά η εφηβεία συνεπάγεται τεράστιες αλλαγές στον κόσμο του παιδιού. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας το παιδί : εδραιώνει την δική του ατομική ταυτότητα, προσεγγίζει περισσότερο τους φίλους ή τους συνομηλικούς του, μαθαίνει να ελίσσεται στις διαπροσωπικές σχέσεις , σταδιακά αφήνει πίσω του την παιδικότητα, αρχίζει να θέτει στόχους, να λαμβάνει αποφάσεις, αναπτύσσει διαδικασία επιλογής (ποια παρέα του/της ταιριάζει, ποιο είδος μουσικής, κ.λ.π.) και μέχρι το τέλος της περιόδου αυτής (της εφηβείας). Βέβαια η τάση να ψάχνουν την ταυτότητα τους οδηγεί σε πειραματισμούς και αυτό αποδεικνύει όχι μόνο ότι δείχνουν αλλά και ότι αισθάνονται.

Επειδή στην αντισύλληψη έχουν προκύψει πολλές καινούργιες μέθοδοι και αποτελεί αντικείμενο αυξημένου ενδιαφέροντος μεταξύ φορέων υγείας, γιατρών, γονέων και εκπαιδευτών θεωρείται σημαντική η σωστή ενημέρωση γονέων εκπαιδευτικών και παιδιών.(Μαραγκού,1997)(Κρεατσάς, 2003)(Καπάτου,2010)

Η προαγωγή υγείας έρχεται να συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων που αφορούν πρόληψη νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, με την θεσμοθέτηση της από την διακήρυξη της Οττάβα (1986), αφού αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία και στην διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.(Τούντας,1994)

Ο Ο.Π. αποσκοπεί στην περίπτωση της εφηβείας την ενημέρωση των εκπαιδευτικών, των γονιών και των μαθητών γύρω από την αντισύλληψη. Επιπλέον παρατηρείται έναρξη σεξουαλικών σχέσεων εφήβων, ο γιατρός μπορεί να ενημερώσει για την αντισύλληψη και η μέθοδος που θα προτιμηθεί θα πρέπει να εξαρτηθεί από την ηλικία της εφήβου, το ιστορικό προηγούμενης ή μη εγκυμοσύνης, το ιατρικό ιστορικό και την όλη υγεία της αλλά και την διάθεση και ικανότητα η ίδια να ακολουθήσει τις οδηγίες και την τεχνική της αντισύλληψης με συνέπεια. Παράλληλα η γενετήσια ή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση καθορίζει το πότε οι έφηβοι θα είναι έτοιμοι να αναπτύξουν σχέση με το άλλο φύλο και κατά πόσο η σχέση αυτή θα είναι πετυχημένη.(Θέματα Ο.Π., 1990)

Η γενετήσια αγωγή ή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση αναφέρεται στις αρχές με τις οποίες γίνεται η ενημέρωση του παιδιού ή του εφήβου πάνω σε θέματα των γεννητικών λειτουργιών και η διαφώτιση του εφήβου σχετικά με την στάση που πρέπει να τηρείται όσον αφορά τις παρορμήσεις του γενετήσιου ενστίκτου. Η έκθεση του καθηγητή παιδαγωγικών επιστημών στις ΗΠΑ κ. Β. Μασσιάλα αναφέρει ότι ο δάσκαλος στο νηπιαγωγείο μπορεί να ενσωματώνει την αγωγή υγείας – σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σε οποιοδήποτε μέρος του προγράμματος, όπως κατά την ώρα της διήγησης των ιστοριών. Στις πρώτες τάξεις του δημοτικού μπορεί να ενσωματωθεί σε μελέτες για το περιβάλλον ή τη φυσική ιστορία ή οποιοδήποτε εκπαιδευτική ύλη βρίσκεται πλησιέστερα στο πρόγραμμα. Οι επόμενες τάξεις του δημοτικού έχουν δυνατότητες προσαρμογής του προγράμματος στην ύλη της φυσικής, της χημείας και της υγιεινής. Στο γυμνάσιο και στο λύκειο η ποικιλία των μαθημάτων και ο μεγάλος αριθμός καθηγητών από τους οποίους διδάσκεται κάθε μαθητής δυσκολεύει την προσπάθεια ενσωμάτωσης του προγράμματος σεξουαλικής αγωγής σε διδασκόμενα μαθήματα. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που αναφέρεται στην ίδια έκθεση είναι ότι οι καθηγητές πρέπει να επιλέγονται βάσει της προσωπικής τους ποιότητας και όχι βάσει των μαθημάτων που διδάσκουν, επίσης να επιλέγονται και από τα τεχνικά και επαγγελματικά σχολεία αλλά και από τα σχολεία για τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Έτσι θα



υπάρχει ποικιλία απόψεων προερχόμενη από διαφορετικές μαθησιακές τάσεις.(Κρεατσάς,σελ43-44, 2003)(Aravantinos et al, 1985)

Την διετία 1987-8 δημιουργήθηκε ένα ειδικό πρωτόκολλο για την εκτίμηση και παρακολούθηση των εγκυμοσύνων στην εφηβεία και διαπιστώθηκε ότι ο ρυθμός ήταν διπλάσιος ανάμεσα στα έτη 1985 και 1987-8. Οι δε επιπλοκές κατά την κύηση φάνηκαν ίσες και ή λίγο χαμηλότερες από εκείνες που ανευρίσκονται σε μεγαλύτερες γυναίκες. Συμπέρασμα που εξήχθη ήταν ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση μέσω προγραμμάτων είναι αναγκαία για την μείωση των εφηβικών εγκυμοσύνων. Είναι επιτακτική ανάγκη υλοποίησης τέτοιων προγραμμάτων καθώς οι έφηβοι πολλές φορές πληροφορούνται από τα μέσα (βιβλίο ή φυλλάδιο) ή φίλο ή γνωστό που ενδεχομένως δεν είναι έγκυρο. Από μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε με την διανομή ανώνυμου ερωτηματολογίου, σε γονείς και μαθητές (ηλικίας 11-17 ετών),1985, διαπιστώθηκε ότι το 90% πιστεύει ότι η εφαρμογή προγραμμάτων της σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία θα έχει επιτυχία, το 51% από αυτούς πιστεύουν ότι ένα παρόμοιο πρόγραμμα ως εκπαιδευτικό μάθημα από το δημοτικό και άλλοι (19%) πιστεύουν ότι πρέπει να αρχίζει από το νηπιαγωγείο και άλλοι από το γυμνάσιο. Εξάλλου η ανασκόπηση της Κοινωνιολόγου – Ερευνήτριας κα Καπόλου το 2004 έδειξε ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν εντάσσεται στο πρόγραμμα των μαθητών.(Καπόλου, 2004)(Creatsas, 1991)

Ιδιαίτερα σημαντικό και άξιο προς αναφορά είναι τα θετικά ενός προγράμματος όπως αναφέρονται από τους γονείς της προηγούμενης έρευνας. Αυτά είναι:

- Η σωστή ενημέρωση
- Η συνειδητοποίηση και η εξοικείωση του παιδιού με το σώμα του
- Η ωρίμανση της προσωπικότητας του παιδιού
- Ο ξεκάθαρος ρόλος άνδρα – γυναίκας
- Η ευκολότερη επικοινωνία των δύο φύλων

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση για να είναι επαρκής και εφικτή στηρίζεται στην αγωγή υγείας. Ως αγωγή υγείας είχαν χρησιμοποιηθεί οι όροι εκπαίδευση υγείας και υγειονομική διαφώτιση. επικράτησε ο όρος αγωγή υγείας οι επιδιώξεις της οποίας συγκεκριμενοποιούνται στους εξής στόχους: ευαισθητοποίηση, παροχή γνώσεων, ιεράρχηση αξιών, αλλαγή απόψεων, λήψη αποφάσεων, αλλαγή συμπεριφοράς και αλλαγή περιβάλλοντος. Η αγωγή υγείας εφαρμόζεται με προγράμματα αγωγής υγείας που ακολουθούν τον σχεδιασμό, την εκτέλεση και αξιολόγηση. Ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο είναι ο σχεδιασμός προγραμμάτων Αγωγής Υγείας που εμπεριέχει την ανάλυση της κοινότητας, την επισήμανση των αναγκών, τον καθορισμό των στόχων, την αποτίμηση των πόρων, την περιγραφή της μεθοδολογίας και σχεδιασμό της αξιολόγησης. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων Προαγωγής της Υγείας, ως θεσμός το «Υγιές Σχολείο» αναφέρεται μεταξύ άλλων στην ενημέρωση, εκπαίδευση και κοινωνικοποίηση των νέων, με εκσυγχρονισμένο τρόπο, στα θέματα που αφορούν στη φυσική, κοινωνική και ψυχική υγεία, καθώς και σε θέματα συμπεριφοράς και στην υιοθέτηση υγιών στάσεων και συμπεριφορών. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των μαθητών και η παράλληλη ενημέρωση των εμπλεκόμενων δηλαδή εκπαιδευτικών και γονέων γίνεται μέσω προγράμματος αγωγής υγείας με βασικό στόχο την υιοθέτηση υγιούς σεξουαλικής συμπεριφοράς από τους νέους και την επίλυση τυχόν ερωτημάτων ή αποριών και την ενίσχυση ή βελτίωση της στάσης των γονέων και των εκπαιδευτικών σε προβλήματα που ανακύπτουν αλλά και την ανάπτυξη υγιών σχέσεων μεταξύ παιδιών – γονέων - εκπαιδευτικών.(Κακλαμάνη και Φραγκούλη –Κουμαντάκη 1994) (European child safety, 2004)

Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι σημαντική καθώς η διάθεση του εφήβου παρουσιάζει μεταπτώσεις. Οι μεταπτώσεις αυτές, από το πέρασμα της χαράς, της εγρήγορσης, της

ευχαρίστησης στην ανία, το άγχος, την αγωνία, τον φόβο, τη λύπη, την μελαγχολία, την ντροπή και την απέχθεια, είναι φυσιολογικές και χαρακτηρίζουν την συμπεριφορά του εφήβου. Επίσης ο έφηβος γίνεται πιο απόμακρος στην προσπάθεια του να καθορίσει εκ νέου την σχέση του με τους γονείς τους, να γίνουν πιο ανεξάρτητοι και διότι έχουν ανάγκη να κρατούν κάποια πράγματα για τον εαυτό τους. Παράλληλα οι έφηβοι απογοητεύονται εύκολα. Όσο πιο εύκολα μάθουν να τα βγάζουν πέρα με δυσκολίες ή αναποδιές που προκύπτουν και τα αφορούν, τόσο πιο εύκολα θα επιβιώσουν ως ενήλικες αργότερα. (Καπάτου, 2010)(Κακλαμάνη & Φραγκούλη-Κουμαντάκη, 1994)

Το σχολείο κατέχει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών, διότι σε αυτόν περνούν ένα σημαντικό χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της πιο ευαίσθητης περιόδου της ζωής τους. Οι αλλαγές που θα συμβούν στην περίοδο αυτή ασκούν έντονη επίδραση στη μετέπειτα ζωή των παιδιών. Έννοιες όπως αυτές της φιλίας, της αγάπης και του έρωτα, της πρόληψης των Σ.Μ.Ν. περιλαμβάνονται σε ένα πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης περαν της ανατομίας και φυσιολογίας του ανδρικού και γυναικείου συστήματος, της υγιεινής του γεννητικού συστήματος, κ.τ.λ. και θεωρούνται οι ακρογωνιαίοι λίθοι για την υλοποίηση των ενημερωτικών ομιλιών, σύμφωνα με την εμπειρία και τα βιώματα της Συμβούλου-Επισκέπτριας Υγείας κας Τσεμπέρη.

Η πολιτεία, μέσω του αρμόδιου Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΠΕΠΘ), πριν από μερικά χρόνια συγκάλεσε επιστημονική επιτροπή από αναγνωρισμένους επιστήμονες στο χώρο τους οι οποίοι είχαν ήδη δραστηριοποιηθεί στον τομέα των διαφυλικών σχέσεων με σκοπό την δημιουργία και υλοποίηση προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Το ΥΠΕΠΘ αναγνωρίζοντας την εξαιρετική σημασία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης δημιούργησε τη Διεύθυνση Αγωγή Υγείας δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με σκοπό τον καλύτερο σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας. Ο διάλογος, η υπευθυνότητα, η αποδοχή της ατομικής ελευθερίας και της διαφορετικότητας πρέπει να αποτελούν τα βασικά στοιχεία της ενημέρωσης από εκπαιδευτικό.

Στο πλαίσιο των κρατικών φορέων που συμμετέχουν στα εν λόγω προγράμματα αναφέρονται η Ιατρική Σχολή, με τη Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, η Φιλοσοφική Σχολή τομέας Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, η Σχολή Δημόσιας Υγείας, το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, η τηλεφωνική γραμμή για το AIDS που λειτουργεί στο Νοσοκομείο «Α. Συγγρός», το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, κ.ά.

Το Υπουργείο Υγείας με το αρμόδιο τμήμα αγωγής υγείας διοργανώνει ενημερωτικές ομιλίες με Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας. Το Υπουργείο Εθνικής Αμύνης καλύπτει την δεκαετία του 2000-2010 μια μεγάλη κοινωνική ομάδα αυτή των μόνιμων στρατιωτικών και των εφέδρων η οποία μετακινείται συχνά σε πολλά μέρη της Ελλάδας και του Εξωτερικού. Η ενημέρωση στον στρατό σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση περιλαμβάνει σποραδικές ενημερωτικές ομιλίες κυρίως σε θέματα υγιεινής και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ακόμη και στις ακριτικές περιοχές με κύριο στόχο την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας.

Μη κυβερνητικοί φορείς που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο είναι η Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας και η Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού. Η μεν πρώτη με την διοργάνωση σεμιναρίων και αργότερα συνεδρίων, που απευθύνονται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας αλλά και στους πρώτους ευαισθητοποιημένους εκπαιδευτικούς, με σκοπό τη δημιουργία γέφυρας κοινωνικής και επαγγελματικής αλληλεγγύης μεταξύ των εμπλεκόμενων ατόμων από τους διάφορους φορείς. Η δε δεύτερη συνεργαζόμενη με την πρώτη έχει προσφέρει μέχρι σήμερα τεράστιο έργο στην ενημέρωση των νέων αλλά και με την συμβολή της ομάδας

νέων. Η δράση της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού ανέδειξε την σημασία της διασυνεργασίας με τους δήμους, γενικά την τοπική αυτοδιοίκηση, την λειτουργία των πολυιατρείων μέσω της εθελοντικής προσφοράς υπηρεσιών υγείας και την εύκολη πρόσβαση σε αυτές.(σχήμα 1)



Μια σημαντική και αξιόλογη προσπάθεια είναι αυτή που υλοποιεί η Ορθόδοξη Εκκλησία της Ελλάδας, επιχειρώντας να βοηθήσει τα νεαρά αλλά και τους γονείς και συγκεκριμένα το Κέντρο Στήριξης της Οικογένειας και η δημιουργία του θεσμού των Σχολών Γονέων της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Στις ενορίες που λειτουργούν οι σχολές γονέων ειδικοί επιστήμονες καλύπτουν θέματα όπως: οικογένεια, προβλήματα συμπεριφοράς παιδιών – εφήβων, τεκνογονία, οικογενειακός προγραμματισμός, διαφυλικές σχέσεις, ναρκωτικά τα οποία αναλύονται με βάση τις θρησκευτικές αντιλήψεις σε πολυπληθείς ομάδες γονέων και εφήβων.(Κρεατσάς, 2003)

Άξιο αναφοράς είναι η καμπάνια «Ένα στα πέντε» του Συμβουλίου της Ευρώπης για την αντιμετώπιση της σεξουαλικής βίας κατά των παιδιών και μέρος της οποίας αποτελεί ο κανόνας των Εσφωρούχων. Ο συγκεκριμένος κανόνας εκπονήθηκε για να βοηθήσει τους γονείς και κηδεμόνες να ανοίξουν συζήτηση με τα παιδιά τους. Μέσα από την τηλεόραση γίνεται ενημέρωση σχετικά με τον κανόνα και το υλικό παρέχεται σε αρμόδια υπηρεσία της τοπικής αυτοδιοίκησης προκειμένου να διανεμηθεί στα σχολεία. Η σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού αποτελεί προσβολή της γενετήσιας ελευθερίας του και δια τούτο αποτελεί ύψιστο στόχο κάθε κοινωνίας η προάσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού. Ο οικογενειακός προγραμματισμός σαν θεσμός αλλά και σαν πολιτική υγείας μέσω υλοποίησης προγραμμάτων αγωγής υγείας, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και διαφυλικών σχέσεων, αποσκοπεί στην ταυτόχρονη προσέγγιση και των τριών μορφών πρόληψης, δηλαδή ενημέρωση, ανίχνευση και αποκατάσταση.(Ο κανόνας των εσφωρούχων)

Οι ευκαιρίες που δίνονται στα άτομα με ειδικές ικανότητες (ΑμΕΑ) στην εκπαίδευση, στην πρόσβαση στις διάφορες υπηρεσίες, στις υπηρεσίες παροχής υγείας και αποκατάστασης είναι συνήθως μειωμένες. Ένα σημαντικό πρόβλημα είναι ότι τα άτομα αυτά έχουν μερική ενημέρωση/πληροφόρηση σε θέματα αγωγής υγείας και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Η έλλειψη αυτή οδηγεί σε σεξουαλική κακοποίηση με αποτέλεσμα τα άτομα να μην αποκτούν μια υγιή σεξουαλική στάση και συμπεριφορά. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σε αυτήν την ομάδα γίνεται με διάφορες παρεμβάσεις όπως ομιλίες για την ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος, την υγιεινή, τις αντισυλληπτικές μεθόδους, τις ανθρώπινες σχέσεις και την οριοθέτηση αυτών για την αποφυγή σεξουαλικής κακοποίησης. Η προτροπή για την δημιουργία οικογένειας είναι ένα δύσκολο ζήτημα αλλά με τη συνδρομή ειδικών και γενικά με την δημιουργία διεπιστημονικής ομάδας, με μέλη προερχόμενα από κατάλληλες και αρμόδιες

υπηρεσίες, όλα μπορούν να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν. Εξάλλου σύμφωνα και με πρόσφατα άρθρα οι ασθενείς με παραπληγία βιώνουν διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας τους που έχουν σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής των ιδίων και των συντρόφων τους και η θεραπεία πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις επιθυμίες του ασθενή στο πνευματικό του επίπεδο και στις ανάγκες του ζευγαριού. (Κρεατσάς,244-246, 2003)(Κωνσταντινίδης Χ., 2009)

Άλλωστε από την Διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, ένα από τα πιο θεμελιώδη κείμενα του διεθνούς δικαίου στο χώρο της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, απορρέει το τρίπτυχο της προστασίας, της πρόληψης και της συμμετοχής. Η εν λόγω σύμβαση απαρτίζεται από ένα προοίμιο και 54 άρθρα, μεταξύ των οποίων είναι και η προστασία από σεξουαλική εκμετάλλευση και βία.(Κουτσούκου Η., Νομική Βιβλιοθήκη, 2013)

## 2.2.6 Ανίχνευση Κακοηθειών / Προσυμπτωματικός Έλεγχος – Πρόληψη Ανδρικού και Γυναικείου Καρκίνου

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο 2011-2015 γίνεται προσπάθεια να μεταδοθεί το μήνυμα «Πάρε τη Ζωή στα χέρια σου», μέσω πληροφοριών για τα μέτρα πρόληψης του καρκίνου και συγκεκριμένες εξετάσεις διαγνωστικές ανά ηλικία και φύλο. Στις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού περιλαμβάνεται η ανίχνευση κακοηθειών αλλά και η πρόληψη αυτών. Στην πρόληψη του γυναικείου καρκίνου θεωρείται απαραίτητο το Τεστ Παπανικολάου και η κλινική εξέταση μαστού, μαστογραφία (σε μεγαλύτερες ηλικίες και αν κριθεί απαραίτητο μετά από ιατρική σύσταση) και στην πρόληψη του ανδρικού καρκίνου, του Καρκίνου του Προστάτη η δακτυλική εξέταση και η εξέταση αίματος του προστατικού αντιγόνου - PSA. Τα στελέχη ενός Κ.Ο.Π δύναται να ενημερώνουν για τις εξετάσεις αυτές , να παρακολουθούν, αξιολογούν και παραπέμπουν σε άλλες υπηρεσίες όταν και αν θεωρηθεί αναγκαίο και σκόπιμο. Στο άρθρο 6 του Ενιαίου Κανονισμού του ΕΟΠΥΥ αναφορικά με την πρόληψη και προαγωγή υγείας περιλαμβάνει εξετάσεις προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και για τον καρκίνο του προστάτη, χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου.(Εθνικό Σχέδιο Δράσης,2011-2015)(ΕΚΠΥ ΕΟΠΥΥ, 2012)

## 2.2.7 Αντιμετώπιση των προβλημάτων αναπαραγωγής και στειρότητας.

Είναι αλήθεια ότι διεθνώς η προσπάθεια του Οικογενειακού Προγραμματισμού έχει στραφεί κατά μεγάλο μέρος στην εφαρμογή μεθόδων που έχουν σκοπό την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Έτσι η αντισύλληψη και η εθελοντική στειρότητα ταυτίζονται για το ευρύ κοινό με την έννοια του Οικογενειακού Προγραμματισμού, ενώ στην πραγματικότητα οι στόχοι και τα ενδιαφέροντα του είναι πολύ πιο πλατιά. (Θέματα Ο. Π.,1990)

Η αναπαραγωγική υγεία ορίζεται από τον Π.Ο.Υ. ως μια κατάσταση φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα σε όλα τα στάδια της ζωής. Ο ορισμός αυτός εμπεριέχει την έννοια της ασφαλούς και ικανοποιητικής σεξουαλικής ζωής και την έννοια της αναπαραγωγικής ικανότητας καθώς και της ελευθερίας επιλογής του χρόνου και της συχνότητας πραγματοποίησής της. Άξιο αναφοράς ότι μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2000, από 17 Κ.Ο.Π σε 13 χώρες της Ευρώπης ,συμμετείχαν 629 γυναίκες που είχαν πρώτη σεξουαλική επαφή στην ηλικία των 16 ετών ή νωρίτερα και 927 γυναίκες που είχαν την πρώτη σεξουαλική επαφή σε ηλικία 19 ετών και μετά, με χαρακτηριστικά

γνωρίσματα παρόμοια ως προς την εφαρμογή μεθόδου αντισύλληψης, εθισμό στο κάπνισμα κ.ά.. Στο συμπέρασμα που κατέληξαν βάσει των ευρημάτων, ότι η πρώτη ομάδα παρουσίαζε περισσότερα προβλήματα σε σχέση με την δεύτερη, ήταν ότι η ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών δεν αποτελεί μόνο πρόβλεψη επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς αλλά και μελλοντικών γυναικολογικών προβλημάτων.(WHO, 2002)(WHO, 2007)(J. Henry-Suchet et al, 2000)

Στειρότητα καλείται η αδυναμία του ζεύγους να αποκτήσει παιδί και υπογονιμότητα του ζεύγους καλείται η αδυναμία σύλληψης ύστερα από ένα έτος προσπάθειας με φυσιολογικές τακτικές σεξουαλικές επαφές. Οι παλιοί γυναικολόγοι θεωρούσαν ότι ένα ζευγάρι είναι στείρο αν δεν συμβεί εγκυμοσύνη στα δυο πρώτα χρόνια ομαλής συζυγικής ζωής. Το χρονικό αυτό όριο σήμερα έχει αλλάξει καθώς οι σύγχρονοι ιατροί θεωρούν ότι ένας χρόνος είναι αρκετός για να δείξει την γονιμότητα ή μη του ζευγαριού. Από έρευνες που έχουν γίνει διεθνώς έχει αποδειχτεί ότι 65% των ζευγαριών φτάνουν σε εγκυμοσύνη τους 6 πρώτους μήνες ελεύθερων επαφών και 80% μέσα στον πρώτο χρόνο συζυγικής ζωής. Ένα μικρό ποσοστό 10% καταφέρνει να πετύχει εγκυμοσύνη σε κάποια χρονική στιγμή μετά τον πρώτο χρόνο από την ένωσή τους. Συνεπώς όλα τα ζευγάρια δεν έχουν το ίδιο δυναμικό γονιμότητας. Για ένα μικρό ποσοστό ζευγαριών θα μπορούσε να ξεκινήσει ο έλεγχος της γονιμότητας λίγους μήνες μετά το γάμο, κυρίως σε εκείνες τις περιπτώσεις κατά τις οποίες υπάρχει γνωστό πρόβλημα υγείας σε έναν ή και στους δυο συζύγους που θα μπορούσε να έχει σχέση με τη γονιμότητα τους. Υπολογίζεται ότι στο δυτικό κόσμο ένα ποσοστό 15% των ζευγαριών αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας. Επισημαίνεται ότι η γονιμότητα της γυναίκας, η ικανότητα για σύλληψη παραμένει σχετικά σταθερή μέχρι τα 35 έτη οπότε και εμφανίζει μια μικρή κάμψη η οποία γίνεται εντονότερη στην ηλικία των 38 ετών. Σε ηλικίες άνω των 35 ετών οι ωοθήκες της γυναίκας και η ποιότητα των ωαρίων έχουν μικρότερη δυναμική με αποτέλεσμα να επιτείνονται τα προβλήματα υπογονιμότητας. (Θέματα Ο.Π.,σελ.139,1990)(Kotrotsiou et al, 2010)

Η στειρότητα διακρίνεται σε πρωτοπαθής όταν το ζευγάρι δεν απέκτησε ποτέ παιδιά και σε δευτεροπαθής στην αντίθετη περίπτωση ή αν η εγκυμοσύνη κατέληξε σε διακοπή ή αποβολή. Για να «έρθει» ένα παιδί απαιτούνται : η καλή ποιότητα σπέρματος, η ύπαρξη ωορρηξίας στη γυναίκα και η ανατομική ακεραιότητα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.

Τρεις ομάδες παθήσεων καλύπτουν την αιτιολογία της ανδρικής στειρότητας και αυτές είναι: α) οι φλεγμονές των γεννητικών οργάνων, β) η κίρσοκήλη και γ) τα προβλήματα αναπτύξεως και καθόδου των όρχεων. Οι αιτίες στη γυναικεία στειρότητα μπορούν να ταξινομηθούν σε δυο μεγάλες ομάδες α) εκείνες που οφείλονται σε μηχανικά και φλεγμονώδη αίτια και β) εκείνες που έχουν σαν αιτία μια ορμονική διαταραχή. Στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονται η κολπίτιδα, η δυσπαρεύνεια, η τραχηλίτιδα και ενδοτραχηλίτιδα, η στένωση του τραχήλου της μήτρας, ανωμαλίες στην κατασκευή της μήτρας (δίκερη ή μονόκερη μήτρα), η υποπλαστική μήτρα, οι ανωμαλίες θέσεως της μήτρας, ενδοτραχηλικές και ενδομητρικές συμφύσεις και τα προβλήματα διαβατότητας των σαλπίγγων. Στην δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονται ορμονικά αίτια: οποιαδήποτε διαταραχή στον άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – ωοθήκες και είναι δυνατό να δημιουργήσει ανωορρηξία.

Βασικές αρχές στη θεραπεία της συζυγικής στειρότητας από πλευράς γιατρού που παρέχει συμβουλές για προβλήματα γονιμότητας είναι οι εξής:

❖ Σύσταση για υπομονή. Μια επαφή στις γόνιμες ημέρες δεν ακολουθείται υποχρεωτικά από γονιμοποίηση ακόμη και σε ένα ζευγάρι με φυσιολογική γονιμότητα.

❖ Τήρηση της χρονολογικής σειράς, αν υπάρχουν περισσότερα από ένα προβλήματα. Αν π.χ. συνυπάρχει στην ίδια γυναίκα απόφραξη σαλπίγγων και ανωορρηξία, να μην επιχειρείται πρόκληση ωορρηξίας πριν αποκατασταθεί η διαβατότητα των σαλπίγγων.

❖ Επιφυλακτικότητα στην αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Όλοι οι ειδικοί στη θεραπεία στειρότητας έτυχε να δουν γυναίκες που έμειναν έγκυες κατά τη διάρκεια της διερευνήσεως και πριν ακόμα αρχίσουν οι θεραπευτικές προσπάθειες. Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις στις οποίες κανένα σοβαρό πρόβλημα γονιμότητας δεν ανευρίσκεται και η στειρότητα να παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα.

❖ Σύσταση για εγκατάλειψη των προσπαθειών ή καταφυγή σε κοινωνική λύση/τεχνητή γονιμοποίηση, υιοθεσία/όταν δεν υπάρχουν θεραπευτικές δυνατότητες. Οι άσκοπες θεραπευτικές προσπάθειες που δεν οδηγούν σε κανένα αποτέλεσμα προκαλούν ιδιαίτερα δυσάρεστες ψυχολογικές επιπτώσεις στο ζεύγος.(Θέματα Ο.Π.,σελ146,1990)(Κρεατσάς,2003)

Παρότι, η υπογονιμότητα συχνά αποδίδεται στον γυναικείο παράγοντα, εντούτοις, ο ανδρικός παράγοντας είναι αποκλειστικά υπεύθυνος στο 20% των περιπτώσεων υπογόνιμων ζευγαριών και συνυπεύθυνος στο 40-50% των περιπτώσεων σύμφωνα με τη μελέτη των Ρούπα Ζ.,Γουρνή Μ., Φάρος Ε., Σωτηροπούλου Π., Πολυκαδριώτη Μ. το 2003.Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 106 παντρεμένοι άνδρες, οι οποίοι αναζήτησαν ιατρική βοήθεια στο Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του μαιευτηρίου «ΜΗΤΕΡΑ», κατά το χρονικό διάστημα 1/2/2003 έως 31/4/2003. Από τους 106 υπογόνιμους άνδρες που μελετήθηκαν στο κέντρο της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του μαιευτηρίου «Μητέρα», το 56.6%, ήταν ηλικίας 30-39 ετών, το 27.4% ήταν 40-49 ετών, το 9.4% ήταν ηλικίας 50 ετών και άνω και το 6.6% ήταν 20-29 ετών. Η συνηθέστερη αιτία ανδρικής υπογονιμότητας ήταν η ποιότητα του σπέρματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, η ολιγοσπερμία ήταν η πρώτη αιτία υπογονιμότητας με ποσοστό 19.8%, δεύτερη ήταν η ασθενοσπερμία με 17%. Η υπογονιμότητα «αγνώστου αιτιολογίας» ήταν υπεύθυνη για το 10.4%, των περιπτώσεων, έπειτα ακολουθούσαν η κίρσοκήλη με 4.7% και η αζωοσπερμία με 3.8%.Η αξιολόγηση ενός υπογόνιμου άνδρα απαιτεί λεπτομερή ιατρικό ιστορικό σε συνδυασμό με κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση. (Πολυκανδριώτη Μ. και άλλοι, 2003)

Μια άλλη μελέτη το 2005 αφορούσε τη διερεύνηση των παραγόντων της υπογονιμότητας σε γυναίκες ηλικίας 20 έως 55 χρόνων. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 106 υπογόνιμες παντρεμένες γυναίκες και 4 ανύπαντρες, οι οποίες υποστηρίχθηκαν στο Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του μαιευτηρίου ‘‘ΜΗΤΕΡΑ’’, κατά το χρονικό διάστημα 1/2/2005 έως 31/4/2005. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με την μέθοδο ερωτηματολογίου, το οποίο εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία, περιελάμβανε και ερωτήσεις για τα αίτια πρόκλησης της υπογονιμότητας. Από τις 106 γυναίκες που μελετήθηκαν, το 64.5% ήταν ηλικιακής κατηγορίας 20 – 29χρόνων, 20% ήταν 30-39 χρόνων, 11.8% ήταν 40-49 χρόνων και 3.7% ήταν πάνω 50 χρόνων .(Γουρνή Μ., 2005)

Πλέον η υπογονιμότητα έχει ιεραρχηθεί μια από τις πιο αγχογόνες καταστάσεις στη ζωή ενός ατόμου συγκρινόμενη με το διαζύγιο ή τον θάνατο οικογενειακού μέλους ακόμα και με σωματικές ασθένειες όπως ο καρκίνος. Μάλιστα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κάνει λόγο για αναγνώριση της υπογονιμότητας ως πρόβλημα της παγκόσμιας δημόσιας υγείας. (Möller A. et al, 2006)( Fathalla MF.,WHO,2002)

Για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας εφαρμόζονται διάφορες φαρμακευτικές και χειρουργικές θεραπείες. Σε περίπτωση που δεν αποδώσουν αυτές, τότε εναλλακτικά χρησιμοποιούνται η ενδομήτρια σπερματέγχυση και η εξωσωματική γονιμοποίηση σε Κέντρα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Επίσης ο δανεισμός μήτρας αποτελεί μια από τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και λύση σε περίπτωση της γυναικείας υπογονιμότητας. Η πρακτική των αναπληρουσών τη μητέρα γυναικών δεν είναι πρόσφατη καθώς αναφέρεται από την εποχή του Ομήρου αλλά και στην Ινδική και Εβραϊκή νομοθεσία. (Kotrotsiou et al, 2010)(Αντύπας Κ.,2004)

Η ολοένα διευρυνόμενη εφαρμογή ιατρικών μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής κατέστησε και στην Ελλάδα αναγκαία την παρέμβαση του νομοθέτη για τη ρύθμιση των διάφορων νομικών, ηθικών και κοινωνικών προβλημάτων που προκύπτουν από τις εξελίξεις της γενετικής τεχνολογίας. Σύμφωνα με το άρθρο του κ. Κ. Αντύπα η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή επισύρει ζητήματα ηθικά, δεοντολογικά και νομικά. Στην Αγγλία ο θεσμός της δανεικής μήτρας απαγορεύτηκε το 1985 μετά την υπόθεση «Baby Cotton», όπου το Δικαστήριο αναγνώρισε ως γονείς ένα ζευγάρι Αμερικανών που ζήτησε από την Αγγλίδα Kim Cotton να κυοφορήσει το παιδί τους έναντι αμοιβής. Στην Ελλάδα το θέμα της νομοθετικής ρύθμισης του δανεισμού μήτρας τέθηκε στο πλαίσιο του Ν.3089/2002 για την ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή. Όπως σε κάθε διαδικασία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ο δανεισμός μήτρας επιτρέπεται μόνο για την αντιμετώπιση αδυναμίας τεκνοποίησης με φυσικό τρόπο ή για τη αποφυγή μετάδοσης στο τέκνο σοβαρής νόσου, μόνο μέχρι την ηλικία της φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου και εφόσον είναι μη αμειβόμενος. Μετά από παρέμβαση της Εκκλησίας, η κοινωνική μητέρα και η δανειζούσα τη μήτρα της πρέπει να έχουν την κατοικία τους στην ελληνική επικράτεια, «προκειμένου να αποφευχθεί το φαινόμενο του αναπαραγωγικού τουρισμού», ενώ καμία μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν επιτρέπεται να εφαρμοστεί σε ομοφυλόφιλα ζευγάρια. Η νεωτερίζουσα ποιμαντική γραμμή, ως μια από τους σύγχρονους τύπους για το πρόβλημα της τεκνογονίας, είναι εκείνη που ανέχεται την αντισύλληψη, τη ρύθμιση της γονιμότητας και τον οικογενειακό προγραμματισμό, ως φυσικά και αναγκαία στην έγγαμη ζωή. Η άποψη ότι υπάρχει πολύς χώρος για βελτίωση, προσαρμογή και καινοτομία καθώς η Εκκλησία μας οφείλει να μην είναι στατική είναι αξιόλογη και γίνεται ολοένα και πιο έντονη από τους προοδευτικούς ποιμένες της νεωτερίζουσας γραμμής.(Φαναράς Β., 1992) (Δανέζης Ιμ.,1986)(Μπούτα Απ., 2006) (Αντύπας Κ., 2004)

Γενικά υπάρχει ομοφωνία για το ότι ο δανεισμός μήτρας δεν χρήζει απαγόρευσης αντίθετα υπάρχει προβληματισμός στο χώρο της ηθικής για το κατά πόσο πρέπει να επιτρέπεται με συμβόλαιο, καθώς ελλοχεύει ο κίνδυνος του να αποκτήσει εμπορικό χαρακτήρα.

Η διείσδυση τρίτου προσώπου στη διαδικασία της φυσικής τεκνοποίησης προκαλεί υποβιβασμό της μητρότητας και της πατρότητας, η εξωσωματική γονιμοποίηση οδηγεί σε διαχωρισμό της σεξουαλικής σχέσης από την αναπαραγωγή αλλά και ηθικά προβλήματα ανακύπτουν από τις περιπτώσεις της λεγόμενης «δανεικής μήτρας» ή ανάδοχης μητέρας. Ωστόσο σύμφωνα με την Παλαιά Διαθήκη (Γένεσις 16.1-15) λόγω προχωρημένης ηλικίας της Σάρας, ο Αβραάμ γέννησε τον Ισμαήλ μέσω της Άγαρ. (Αντύπας Κ.,2004) (Μπούτα Απ.,2006)(Καλαμάνη Ν.,2002)

Με το Ν.3089/2002 ρυθμίστηκε νομοθετικά η τεχνητή γονιμοποίηση, η παρένθετη μητρότητα, η μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση καθώς και η εφαρμογή μεθόδων τεχνητής γονιμοποίησης σε άγαμες γυναίκες. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Ν.3089/2002 εξακολουθεί και μετά την ψήφιση του Ν.3305/2005 να αποτελεί το κύριο νομοθέτημα για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Διαφορές των δυο νόμων εντοπίζονται στα εξής: 1) στο άρθρο 4 παρ. 1 του Ν. 3305/2005 καθιερώνεται ως ηλικία φυσικής αναπαραγωγής για τη γυναίκα το 50° έτος 2) στο ίδιο άρθρο ορίζεται ότι η εφαρμογή των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στους ανηλίκους επιτρέπεται μόνο κατ' εξαίρεση, 3) σχετικά με τη μεταχείριση γενετικού υλικού και ειδικότερα με τη κρυοσυντήρηση, τη διάθεση του και τη γενικότερη τύχη του. Τα θέματα αυτά καλύπτονται από τα άρθρα 7 και 8 του Ν.3305/2005, όπου ρυθμίζεται και το θέμα της συναίνεσης των ενδιαφερομένων.(Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Έφθ, 2005) (Μπούτας Απ.,2006)

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας λαμβάνοντας υπόψη τον κανονισμό του (ΦΕΚ 3054/Β/18-11-2012), τον Νόμο υπ.αριθμ. 3305/2005 (ΦΕΚ 17 Α'/27-1-05)

και τον Αστικό κώδικα, κεφάλαιο όγδοο, Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή, άρθρα 1455-1460 και τον Ν. 3089/2002 (ΦΕΚ 327/Α/23-12-2002) με εγκύκλιο του ορίζει διαδικασίες έγκρισης εξωσωματικής γονιμοποίησης και πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας – χορήγηση γοναδοτροπινών σε άνδρες. Συγκεκριμένα με βάση τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ, άρθρο13: «Για την αναγκαιότητα πραγματοποίησης της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, της πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας και της χορήγησης γοναδοτροπινών σε άντρες, απαιτείται η προηγούμενη έγκριση από αρμόδιες Περιφερειακές Υγειονομικές Επιτροπές και τελική έγκριση – επικύρωση από το Α.Υ.Σ.» και θέτει προϋποθέσεις και διαδικασίες. (ΕΟΠΥΥ, Εγκύκλιος 13820/12-4-2013) (ΕΟΠΥΥ ΕΚΠΥ ,2012)

## 2.2.8 Υιοθεσία

Ως υιοθεσία ορίζεται η νομικά κατοχυρωμένη εναλλακτική μορφή οικογένειας με πρωτεύοντα στόχο την εξασφάλιση του συμφέροντος του παιδιού που δεν μπορεί να ζήσει με τη φυσική του οικογένεια. Η υιοθεσία είναι μια κατάσταση πολύπλοκων διαπροσωπικών ενδοοικογενειακών και κοινωνικών που μπορεί να επηρεάζουν θετικά και αρνητικά τη συμπεριφορά των ανθρώπων που τις βιώνουν : του παιδιού, των θετών γονέων και των φυσικών γονέων. (Κέντρο Βρεφών Η Μητέρα)

Ο θεσμός της υιοθεσίας απαντάται με διάφορες μορφές σε λαούς και πολιτισμούς από τους αρχαίους χρόνους μέχρι σήμερα από τις πιο πρωτόγονες κοινωνίες ως τις πιο σύγχρονες. Μέσα από τους αιώνες εξελίσσεται εκφράζοντας τις στάσεις, τις προκαταλήψεις, τις νέες ιδέες και ανταποκρινόμενη κάθε φορά στα κοινωνικά προβλήματα και στις ανάγκες. Το στοιχείο που διακρίνει τον θεσμό της υιοθεσίας στις μέρες μας από τις παλαιότερες εποχές είναι ο στόχος του.

Από τους αρχαίους χρόνους και μέχρι την αρχή της δεκαετίας του 1970 η υιοθεσία είχε πάντοτε σαν σκοπό την κάλυψη των αναγκών: θρησκευτικών, κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών του ζευγαριού ή της οικογένειας που υιοθετούσε. Αργότερα και συγκεκριμένα το άρθρο 2 του Ν.Δ. 610/1970 «περί υιοθεσίας των μέχρις ηλικίας 18 ετών ανηλίκων» αναφέρει ότι «η υιοθεσία επιτρέπεται οσάκις αυτή είναι προς το συμφέρον του υιοθετημένου». Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και μέχρι περίπου τα τέλη του της δεκαετίας του 1980 η έννοια της υιοθεσίας αλλάζει ριζικά και στοχεύει πλέον αποκλειστικά στην κάλυψη της ανάγκης του παιδιού, που δεν μπορεί για διάφορους λόγους να ζήσει με τους φυσικούς του γονείς , να μεγαλώσει και σε ομαλό οικογενειακό περιβάλλον. Η αλλαγή αυτή στο στον στόχο της υιοθεσίας επήλθε μέσα σε σχετικά χρονικό διάστημα από τις συνθήκες που δημιουργήθηκαν βαθμιαία μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο στις ανεπτυγμένες δυτικές κοινωνίες. Οι συνθήκες αυτές αφορούσαν αφενός την έλλειψη διαθεσίμων για υιοθεσία υγιών βρεφών και νηπίων και αφετέρου την ραγδαία αύξηση των ενδιαφερομένων να υιοθετήσουν. Επίσης οι προκαταλήψεις για «κακή» κληρονομικότητα, για το ξένο» παιδί, για την ανύπαντρη μητέρα, σιγά – σιγά παραμερίστηκαν δίνοντας τη θέση τους σε μια νέα αντίληψη, ότι μπορεί κανείς να χαρεί τη μητρότητα και την πατρότητα, μεγαλώνοντας ένα παιδί που δεν το έχει γεννήσει και ότι οι ψυχολογικοί δεσμοί μπορεί να είναι εξίσου ή και πιο ισχυροί από τους βιολογικούς.

Ένα άλλο στοιχείο της αλλαγής στην πρακτική της υιοθεσίας είναι ότι με την συνεχώς αυξανόμενη έλλειψη λευκών υγιών βρεφών και νηπίων για υιοθεσία, τόσο οι αρμόδιες κοινωνικές οργανώσεις και οι επαγγελματίες υγείας, όσο και οι ενδιαφερόμενοι να υιοθετήσουν άρχισαν να προωθούν τις υιοθεσίες μεγαλύτερων παιδιών, παιδιών με προβλήματα και ειδικές ανάγκες, παιδιών με επιβαρύνσεις στο οικογενειακό τους ιστορικό, παιδιών διαφυλετικής προέλευσης και



γενικά παιδιών που μερικές δεκαετίες πριν κανείς δεν θα σκεφτόταν ότι θα μπορούσαν να υιοθετηθούν.

Επομένως η υιοθεσία με τη νέα αυτή έννοια θεωρείται πλέον μια υπηρεσία παιδικής προστασίας και επιβάλλεται να παρέχεται μόνο από κοινωνικές οργανώσεις εξειδικευμένες για αυτό το σκοπό και από επαγγελματίες ειδικούς, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, ψυχιάτρους, παιδίατρους, νηπιοβρεφολόγους, κ.ά. (Θέματα Ο.Π.,σελ.158-161,1990)

Η υιοθεσία αποτελεί μια νομική διαδικασία μέσω της οποίας δημιουργείται μια νόμιμη οικογένεια για το παιδί του οποίου οι βιολογικοί γονείς είτε αδυνατούν να το φροντίσουν, είτε τους έχει αφαιρεθεί από το νόμο το δικαίωμα της επιμέλειας. Η διαδικασία της υιοθεσίας τελείται και ολοκληρώνεται με δικαστική απόφαση. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην πραγματοποίηση της είναι οι βιολογικοί γονείς του προς υιοθεσία παιδιού, κυρίως η μητέρα, το παιδί, οι θετοί γονείς, οι αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες και το δικαστήριο που αποφασίζει για την υιοθεσία. Η υιοθεσία ρυθμίζεται από τις διατάξεις των άρθρων 1542-1588 του Αστικού Κώδικα (ΑΚ) ως προς τις προϋποθέσεις και συναινέσεις που απαιτούνται. Η αίτηση υποβάλλεται από αυτόν που επιθυμεί να υιοθετήσει (ΑΚ 1549) και το δικαστήριο μπορεί να ξεκινήσει τη διαδικασία για την τέλεση της υιοθεσίας «κεκλεισμένων των θυρών», ώστε να διαφυλαχθεί η μυστικότητα της. Διασφαλίζει τις προϋποθέσεις και τις συναινέσεις σύμφωνα με τις διατάξεις (άρθρων 1542-1588 ΑΚ) αλλά και για την τέλεση της διαδικασίας υιοθεσίας ανηλικού είναι απαραίτητη η κατάθεση έκθεσης αρμόδιας κοινωνικής υπηρεσίας, που να βεβαιώνει ότι σύμφωνα με τη διεξαχθείσα κοινωνική έρευνα, η υιοθεσία θα αποβεί, κατά την κρίση της, προς το συμφέρον του παιδιού. Τα αποτελέσματα της υιοθεσίας αρχίζουν από την τελεσιδικία της απόφασης (ΑΚ 1560).

Στη χώρα μας υιοθετούνται λιγότερο από 500 παιδιά κάθε χρόνο. Βάσει στοιχείων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων το 1983 οι υιοθεσίες ανηλικών ήταν 642, 1984 ήταν 777 και το 1985 ήταν 538 αλλά και του Κέντρου Βρεφών Η ΜΗΤΕΡΑ οι υιοθεσίες που διεκπεραιώνει ετησίως δεν υπερβαίνουν τις 35, δεδομένου ότι οι περισσότερες αφορούν παιδιά με προβλήματα υγείας και ψυχοκινητικής εξέλιξης. Οι αιτήσεις δε που υποβάλλονται στο Κέντρο ανέρχονται στις 150 με 200 ετησίως με αποτέλεσμα τη μακρά αναμονή των ενδιαφερομένων. Η αναμονή για διεκπεραίωση των αιτήσεων υιοθεσίας δεν οφείλεται σε χρονοβόρες διαδικασίες αλλά στην έλλειψη παιδιών για υιοθεσία συγκριτικά με τον μεγάλο αριθμό ζευγαριών που επιθυμούν να υιοθετήσουν. Από την άλλη πλευρά για παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας ή παιδιά με ειδικές ανάγκες ο χρόνος αναμονής είναι κατά πολύ μικρότερος λόγω του μικρού αριθμού αιτήσεων υιοθεσίας για αυτά τα παιδιά αλλά και της προτεραιότητας που δίνεται στις αιτήσεις που έχουν δεκτικότητα. Σύμφωνα η ελληνική βιβλιογραφία και αρθρογραφία σχετικά με την υιοθεσία αναφέρεται κυρίως σε ζητήματα νομικά της υιοθεσίας, δείχνει ότι παραμένει μέχρι και σήμερα ένα κλειστό σύστημα στο πεδίο της έρευνας. Ιδιαίτερη σημασία και βαρύτητα λαμβάνει το ζήτημα της υιοθεσίας, όταν γίνεται «πρώτο θέμα» στα μέσα μαζικής ενημέρωσης ο μεγάλος αριθμός υιοθεσιών στη Λαμία τον Οκτώβριο του 2010, όταν έρευνα φέρει στο φως πως από γεννήσεις στο Νοσοκομείο Λαμίας βρεφών βουλγαρικής υπηκοότητας ένα μεγάλο ποσοστό δόθηκαν για υιοθεσία. (Θέματα Ο.Π.,1990) (Κέντρο Βρεφών Η Μητέρα) (Θανοπούλου Μ., 2013)(star.gr, 2013)(Βουκελάτου Γ., 2013)

Επιπλέον σε άρθρο της 22/10/2013 κατέστη σαφές ότι η διαδικασία της υιοθεσίας είναι χρονοβόρα δείχνοντας ότι στο Κέντρο Βρεφών Μητέρα περίπου 200 αιτήσεις ανθρώπων που θέλουν να προσφέρουν σε ένα παιδί μια ζεστή αγκαλιά την οικογενειακή θαλπωρή που δεν έχει. Σε αυτό το σημείο να σημειωθεί ότι δεν είναι μόνο η διαδικασία της υιοθεσίας αλλά και οι επιθυμίες των υποψήφιων γονέων που δυσχεραίνουν την απόκτηση ενός παιδιού μέσω της

υιοθεσίας και τα στάδια της διαδικασίας. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός κατά το οποίο η υιοθεσία ενός παιδιού με αναπηρία μέσα σε διάστημα οκτώ μηνών έχει τελεσφορήσει. Άλλο ένα στοιχείο που λαμβάνει μεγάλες διαστάσεις ,στο εν λόγω άρθρο, είναι τα εγκαταλελειμμένα μωρά στα δημόσια μαιευτήρια «Έλενα Βενιζέλου» και «Αλεξάνδρα», οι μητέρες των μισών εξ αυτών είναι Ελληνίδες. Οι γυναίκες που εγκαταλείπουν τα μωρά τους, όπως επισημαίνει η κοινωνική λειτουργός, δεν έχουν λάβει *αγάπη και φροντίδα από την οικογένεια τους*. (Θανοπούλου Μ.,2013)

Σήμερα υπάρχουν τρεις τρόποι για να υιοθετήσει κανείς παιδί, βάσει του άρθρου για την υιοθεσία στην Ελλάδα (2013), είτε μέσω των τεσσάρων ιδρυμάτων, δηλαδή του Κέντρου Βρεφών «Η Μητέρα», το Δημοτικό Βρεφοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Στυλιανός», την Παιδόπολη «Άγιος Ανδρέας» και το αναρρωτήριο Πεντέλης, είτε ιδιωτικά, με μεσολαβητές το γυναικολόγο της βιολογικής μητέρας του παιδιού και έναν δικηγόρο, είτε μέσω του θεσμού της διακρατικής υιοθεσίας. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία κάθε χρόνο στη χώρα μας υιοθετούνται 500-600 παιδιά ενώ το 95% των υιοθεσιών αυτών είναι «ιδιωτικές». Συνεπώς το ζήτημα της υιοθεσίας δεν αφορά αποκλειστικά τη νομική διαδικασία αλλά εγείρει και κοινωνικά ερείσματα. (Πιπίνη Μ., 2009)

## 2.2.9 Αντιμετώπιση Διαταραχών Σεξουαλικής Συμπεριφοράς

Ο Freud διατύπωσε τη θεωρία η ανθρώπινη σεξουαλικότητα αρχικά αφορά το ίδιο μας το σώμα αλλά αργότερα στρέφεται προς έναν άλλον άνθρωπο. Κάθε άτομο περνά διαδοχικά τρεις περιόδους: α) πρώτη – προγενετήσια περίοδο, που χαρακτηρίζεται από μια πρωταρχική ενστικτώδη παρόρμηση με συγκεκριμένο σκοπό και αντικείμενο, β) η οιδιπόδεια, όπου το παιδί αναλύει τις εμπειρίες που είχε στη βρεφική και νηπιακή ηλικία και στην γ) ομοφυλοφιλική, όπου στην προεφηβική ηλικία αντιλαμβάνεται τη διαδικασία της αναπαραγωγής. Περνώντας τις περιόδους αυτές το άτομο διαμορφώνει την προσωπικότητα του και διακρίνεται από σεξουαλική ωριμότητα. Οι Masters και Johnson (1970) θεωρούν ότι η σεξουαλική λειτουργικότητα είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης δυο συστημάτων, ενός βιολογικού και ενός ψυχοκοινωνικού. Στο πρώτο περιλαμβάνεται ένα υγιές σώμα και καλά διαπλασμένα γεννητικά όργανα. Στο δεύτερο περιλαμβάνονται οι ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες που σχετίζονται με το σεξ. Για κάθε άτομο υπάρχει ένα προσωπικό ψυχοκοινωνικό σύστημα αξιών για το σεξ που επιδρά στο βιολογικό. Διαφορετικά βέβαια παρουσιάζεται στον άνδρα από την γυναίκα, δεδομένου ότι η κοινωνία τους προσδίδει διαφορετικό ρόλο και θέση. Η σεξουαλικότητα επιδρά στην αυτοσυνείδηση και αυτοεκτίμηση του ατόμου και αντανάκλα άμεσα την ηθική του ταυτότητα.(Θέματα Ο.Π. ,σελ130-138 1990) (Κρεατσάς , σελ. 228,2003)

Οι διαταραχές της σεξουαλικής συμπεριφοράς διακρίνονται σε αυτές που επηρεάζουν το ποιο της σεξουαλικής ενόρμησης, σε αυτές που επηρεάζουν το βαθμό της σεξουαλικής επιθυμίας και σε αυτές που έχουν σχέση με το αντικείμενο της. Στην πρώτη κατηγορία ανήκει ο σαδισμός και ο μαζοχισμός, στην δεύτερη η σατυρίαση και η νυμφομανία και στην τρίτη η ομοφυλοφιλία, η παιδοφιλία, η ζωοφιλία και ο φετιχισμός. Ωστόσο παρατηρούνται και σεξουαλικές διαταραχές στον άνδρα και στη γυναίκα που δύναται να επηρεάσουν τη σχέση ενός ζευγαριού. Στην περίπτωση του άνδρα παρουσιάζεται πρόωρη εκσπερμάτιση, καθυστερημένη εκσπερμάτιση, ανικανότητα και επώδυνη συνουσία που αποδίδονται είτε σε οργανικά είτε σε ψυχολογικά αίτια. Στην περίπτωση της γυναίκας διαταραχές, κολπικός σπασμός και επώδυνη συνουσία που οφείλονται σε οργανικά και ψυχολογικά.(Ε.Παπαγεωργίου,1998)(Γ.Τούντας,2000, Οδυσσέας/Νέα Υγεία)

Ο ρόλος του οικογενειακού προγραμματισμού πηγάζει από την καθοδήγηση/συμβουλευτική, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και την αντιμετώπιση περιπτώσεων,

όπως οι ανωτέρω για την διαχείριση, αντιμετώπιση και θεραπεία αυτών, ώστε να επικρατήσει υγιής σεξουαλική συμπεριφορά. Σαφώς η επιστημονική προσέγγιση κατέχει εξέχουσα θέση και εν συνεχεία η συμβουλευτική για την πλήρη διαχείριση του περιστατικού. Η διεπιστημονική ομάδα είναι εκείνη που δύναται να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις κάθε μιας από τις προαναφερόμενες περιπτώσεις, καθώς είναι ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές. Βέβαια εφόσον δεν υπάρχει ψυχίατρος ή ψυχολόγος η Υπηρεσία δύναται να ζητήσει τη συνδρομή εξειδικευμένου προσωπικού από άλλη Μονάδα ή Φορέα.

## 2.3 Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός στην Ελλάδα – Θεσμικό πλαίσιο

Η θεσμοθέτηση του οικογενειακού προγραμματισμού στην χώρα μας καθυστέρησε σημαντικά. Αυτό αποδίδεται στη σύγχυση που επικράτησε σχετικά με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η εφαρμογή του προγράμματος σε μια χώρα με κύριο χαρακτηριστικό της είναι η μείωση της αναπαραγωγής. Μια μελέτη όμως για τα χαρακτηριστικά της υπογεννητικότητας έδειξε ότι τα δημογραφικά στοιχεία της χώρας μας συμβάδιζαν με την κοινωνικοοικονομική και πολιτιστική ανάπτυξη της χώρας μας και πλησίαζαν τα πρότυπα των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τότε Ε.Ο.Κ.. Η σημαντικότερη πτυχή του δημογραφικού προβλήματος της Ελλάδας δεν ήταν η υπογεννητικότητα αλλά η μεθοδολογία που ακολουθείται για την μείωση της αναπαραγωγής.

Επίσης από σχετικές έρευνες γίνεται γνωστό ότι τα μέσα που χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση της γονιμότητας δεν είναι αποτελεσματικά. Αυτό έχει σαν συνέπεια τη μεγάλη συχνότητα των εκτρώσεων με τις οποίες επιχειρείται η επίτευξη του προτύπου της ελληνικής οικογένειας. Όμως ο Ο.Π. καλείται ιδιαίτερα μετά την αποποινικοποίηση της έκτρωσης με το Ν. 1609/86 να βοηθήσει σημαντικά στην αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού. Από την εμπειρία και άλλων κρατών είναι δεδομένο ότι η εφαρμογή του Ο.Π. δεν επιτυγχάνει την μείωση της αναπαραγωγής αλλά δύναται να επηρεάσει θετικά την γεννητικότητα από την αποφυγή δευτεροπαθών στειρώσεων που συχνά ακολουθούν τις εκτρώσεις. Η ορθή αυτή τοποθέτηση του ρόλου του Ο.Π. στα πλαίσια του δημογραφικού μας προβλήματος αλλά και των διεθνών συγκυριών οδηγούν στην επίσημη αποδοχή του θεσμού εκ μέρους της Πολιτείας, που εκφράζεται με το Ν.1036/1980.(Θέματα Ο.Π., 1990)

Με το Νόμο υπ' αριθ. 1036/1980 για τον οικογενειακό προγραμματισμό και για άλλες διατάξεις και σύμφωνα με το άρθ. 1 παρ.1 *«Το κράτος μεριμνά για την διάδοση και την πρακτική εφαρμογή των συγχρόνων γνώσεων σε θέματα Γενετικής και Οικογενειακού Προγραμματισμού»*. Επίσης στην παρ.2 του ίδιου άρθρου γίνεται λόγος για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και την εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού: *« η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνεται από υπεύθυνα κρατικά όργανα ή ιδιωτικούς φορείς κοινωφελούς χαρακτήρα που ελέγχονται από το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών»*. Αλλά και στη παρ.3 του εν λόγω άρθρου γίνεται αναφορά για τις υπηρεσίες του Ο.Π. : *« Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ο εργαστηριακός έλεγχος παρέχονται σε κέντρα και εργαστήρια που έχουν ειδικά εξουσιοδοτηθεί για τον σκοπό αυτό»*.

Στο άρθρο 3 του ανωτέρω νόμου προβλέπεται η σύσταση επταμελούς γνωμοδοτικής επιτροπής για θέματα γενετικής και οικογενειακού προγραμματισμού : *« Συνιστάται στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών (Γενική Διεύθυνση Υγιεινής) επταμελής Γνωμοδοτική Επιτροπή για θέματα Γενετικής και Οικογενειακού Προγραμματισμού. Η Επιτροπή αποτελείται από πέντε επιστήμονες διαφορετικών κλάδων που έχουν αναγνωρισμένες ειδικές γνώσεις και εμπειρία σε θέματα Γενετικής Υγιεινής και Οικογενειακού Προγραμματισμού και από δυο εκπροσώπους αρμοδίων φορέων κοινωφελούς χαρακτήρα»*.

Επίσης στο άρθρο 5 του ίδιου νόμου στην παρ.1 αναγνωρίζονται τα ήδη εν λειτουργία κέντρα και η έναρξη λειτουργίας νέων για την εξέταση ενδιαφερομένων και την παροχή συμβουλευτικής σε θέματα γενετικής και οικογενειακού προγραμματισμού, « *Με Προεδρικά Διατάγματα που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Κοινωνικών Υπηρεσιών και έπειτα από γνώμη της Επιτροπής που προβλέπεται από το άρθρο 3 του παρόντος νόμου αναγνωρίζονται τα υπάρχοντα ειδικά κέντρα και συνιστώνται νέα ειδικά κέντρα για την εξέταση των ενδιαφερομένων και για την παροχή σε αυτούς συμβουλών σε αυτούς συμβουλών σε θέματα γενετικής και οικογενειακού προγραμματισμού*» στην παρ.2 η διαδικασία πρόσληψης και η σχέση εργασίας του προσωπικού των κέντρων αυτών αλλά και ο τρόπος και η λειτουργία αυτών, « *Με όμοια Προεδρικά Διατάγματα προβλέπεται η σύσταση θέσεων και καθορίζονται η διαδικασία και τα προσόντα για την πρόσληψη, η σχέση εργασίας και η εν γένει κατάσταση του προσωπικού καθώς και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των ειδικών κέντρων που αναφέρονται παραπάνω* » στην παρ.3 προβλέπεται ο διορισμός των μελών της Επιτροπής με απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών, « *Με απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών διορίζονται τα μέλη της Γνωμοδοτικής Επιτροπής του άρθρου 3. Επίσης καθορίζεται η οργάνωση και λειτουργία της Επιτροπής.*» και στην παρ. 4 με απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών και μετά από σύμφωνη γνώμη της Επταμελούς Επιτροπής ρυθμίζονται θέματα σχετικά με την εκπαίδευση και την επιστημονική ενημέρωση όσων ασχολούνται με θέματα γενετικής και οικογενειακού προγραμματισμού, « *Με αποφάσεις του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών και έπειτα από σύμφωνη γνώμη της Επταμελούς Γνωμοδοτικής Επιτροπής του άρθρου 3 ρυθμίζονται τα θέματα τα σχετικά με την μετεκπαίδευση και την επιστημονική ενημέρωση όσων ασχολούνται με θέματα γενετικής και οικογενειακού προγραμματισμού*». (Ν.1036/1980)

Η ένταξη του Ο.Π. με το άρθρο 22 του Ν.1397/83 στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και η συμμετοχή της χώρας μας μέσα από τα Μεσοπρόθεσμα Προγράμματα Συνεργασίας με την Π.Ο.Υ. σε αντίστοιχες δραστηριότητες υποδηλώνουν της ευαισθησία και το συνεχές ενδιαφέρον της Πολιτείας για την προώθηση του θεσμού. Με το Νόμο υπ' αριθ. 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας εντάσσεται ο οικογενειακός προγραμματισμός στο Ε.Σ.Υ, με το άρθρο 22 για τον οικογενειακό προγραμματισμό και σύμφωνα με τις παρ. 1 και 2, οι παράγραφοι 2 και 3 του αρθ.1 του Ν.1036/1980 αντικαθίστανται με τις ακόλουθες :

2. *Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας, η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνονται από υπεύθυνα κρατικά όργανα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.*

3. *Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ο εργαστηριακός έλεγχος παρέχονται στα νοσοκομεία του Ν.Δ. 2592/1953 και τα κέντρα υγείας που υπάγονται σε αυτά. (Θέματα Ο.Π., 1990)(Ν.1397/1983)*

Με την ένταξη του Ο.Π., όπως θεσμοθετείται με το ανωτέρω άρθρο, αλλά και με την τεχνική υποστήριξη του Ο.Η.Ε. δημιουργούνται τα πρώτα εξειδικευμένα στελέχη και το 1983 αρχίζει η λειτουργία 10 νέων Κέντρων Ο.Π. σε όλη τη χώρα τα οποία έρχονται να προστεθούν σε αυτό που λειτουργούσε στο Περιφερειακό Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» με πρωτοβουλία του Καθηγητή κου Κασκαρέλη από το 1974. Ωστόσο το άρθρο 22 του Ν.1397/1983 περιόρισε τη δραστηριότητα της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, η οποία στηριζόμενη στο σημείο εκείνο του κειμένου της Διακήρυξης της ALMA - ATA (1978) του Π.Ο.Υ., όπου αναφέρεται στο σαφή ρόλο και τη συμμετοχή των μη κυβερνητικών οργανώσεων στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας , που περιλαμβάνεται και ο Ο.Π.

Σύμφωνα με το αρχείο του Υπουργείου Υγείας ξεκίνησαν να λειτουργούν σαράντα (40) Κ.Ο.Π. και το πρόγραμμα επεκτείνεται μέσα από τις υπηρεσίες του ΠΚΚΠΑ, ΙΚΑ και σε ορισμένους Δήμους, που είχαν εκδηλώσει ενδιαφέρον με προγραμματικές συμβάσεις. Συγκεκριμένα το Υπουργείο Υγείας πραγματοποίησε ανάληψη λογαριασμού από τον Ο.Η.Ε για το πρόγραμμα Ο.Π. από το 1982. Στόχος του Υπουργείου Υγείας είναι σε κάθε Νομαρχιακό Νοσοκομείο να λειτουργεί Κ.Ο.Π. και σε όλα τα Κέντρα Υγείας να παρέχεται συμβουλευτική και ανάλογες υπηρεσίες Ο.Π. Στο πλαίσιο λειτουργίας του ΙΚΑ- ΕΤΑΜ (από το 1955) άρχισαν να λειτουργούν Σταθμοί Προστασίας Μάνας Παιδιού & Εφήβου, ως δομές προληπτικής ιατρικής, ενώ με το άρθρο 1 του Ν.1036/80 νομιμοποιείται να λειτουργήσει Κ.Ο.Π. Με απόφαση του Διοικητή του Ιδρύματος άρχισαν να λειτουργούν Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού υπό την καθοδήγηση του Υπουργείου Υγείας, οριοθετήθηκαν οι στόχοι και το πλαίσιο εφαρμογής Ο.Π. σε ασφαλισμένους πάντα βάσει επιστημονικών συστάσεων, της αποφάσεως του ΚΕ.ΣΥ. και των διακηρύξεων του Π.Ο.Υ. Με τον ίδιο νόμο καταργείται το άρθρο 5. (Θέματα Ο.Π.,1990) (Υπουργείο Υγείας,1989)( ΙΚΑ ΕΤΑΜ – Κ.Ο.Π.,1999)

Στόχος του Υπουργείου Υγείας αποτελεί την περίοδο εκείνη η λειτουργία Κ.Ο.Π σε κάθε Νομαρχιακό Νοσοκομείο και σε όλα τα Κέντρα Υγείας να παρέχεται συμβουλευτική και ανάλογες υπηρεσίες Ο.Π. Οι αρχές και το περιεχόμενο του προγράμματος ορίστηκαν από την Π.Ο.Υ. Σαφώς όσοι είχαν άμεση ενασχόληση με το πρόγραμμα αυτό έπρεπε να γνωρίζουν ότι για τη διαμόρφωση και εφαρμογή μιας πολιτικής υγείας, υπάρχουν ορισμένες βασικές αρχές, αποδεκτές σε παγκόσμιο επίπεδο, προσαρμοσμένες πάντα σε οργανωτικό επίπεδο και με την εξής σειρά:

- ✚ Διαμόρφωση αντικειμενικού σκοπού
- ✚ Προσδιορισμός των αναγκών υγείας του πληθυσμού
- ✚ Καθορισμός προτεραιοτήτων
- ✚ Προσδιορισμός συγκεκριμένων προσεγγίσεων στα προβλήματα υγείας του πληθυσμού
- ✚ Εξασφάλιση συνεργασίας ανάμεσα στον τομέα υγείας και σε άλλους τομείς (εκπαίδευση, λαϊκή επιμόρφωση, τοπική αυτοδιοίκηση, κ.α.)
- ✚ Ισότιμη ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας που πρέπει να είναι αποδεκτές, προσιτές και προσπελάσιμες σε όλο τον πληθυσμό
- ✚ Κατανομή των πόρων και των υπηρεσιών ανάλογα με τις ανάγκες της κοινότητας
- ✚ Σχεδιασμός , προγραμματισμός
- ✚ Εκπαίδευση στελεχών υγείας, οι οποίοι θα κριθούν απαραίτητοι άμεσα, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα
- ✚ Εκτέλεση
- ✚ Αξιολόγηση προγράμματος (εκτίμηση αποτελεσματικότητας, επάρκειας, αποδοτικότητας, οικονομικής σταθερότητας)

Για την ορθολογικότερη ανάπτυξη κάθε πολιτικής υγείας θα πρέπει όλα τα στελέχη υγείας να αναγνωρίσουν ότι βασικά στοιχεία αποτελούν η έρευνα και η συλλογή αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων αλλά και ότι αποτελούν σημαντικό «εργαλείο – κλειδί», τόσο σε τοπικό όσο και κεντρικό επίπεδο – ανάμεσα στα οποία θα πρέπει να υπάρχει συνεχής αμφίδρομη ροή πληροφοριών. Αυτό συμβαίνει διότι η αξιολόγηση αυτών είναι η βάση τόσο στην αρχική διαμόρφωση όσο και για την μελλοντική πορεία κάθε προγράμματος. Οι αρχές αυτές θα πρέπει να τηρούνται σε όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών που παρέχουν Ο.Π.

Κάθε Κ.Ο.Π. εναρμονιζόμενο με τους στόχους και τις κατευθυντήριες γραμμές του εθνικού προγράμματος πρέπει να :

- ✚ Διαμορφώνει τους δικούς του στόχους σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες, τις τρέχουσες περιστάσεις και συνθήκες αλλά και τη δυναμικότητα του Κέντρου
- ✚ Εξασφαλίζει στη διαδικασία αυτή τη συμμετοχή όλου του προσωπικού του
- ✚ Ορίζει το άτομο που θα έχει την υπευθυνότητα για την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Το ρόλο αυτό αναλαμβάνει ο υπεύθυνος ιατρός ή όπως συμβαίνει σε πολλές χώρες ανατίθεται στην υπεύθυνη μαία δεδομένου ότι η παρουσία της είναι συνεχής σε αντίθεση με αυτή των γιατρών που περιορίζεται σε ορισμένες μόνο ώρες κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του Κέντρου. Έχουν προκύψει συζητήσεις για το θέμα αυτό καθώς δεν είναι πάντα εύκολα η αποδοχή αυτού του ρόλου από την μαία.

Εξαρτάται ουσιαστικά από την κατεύθυνση που ακολουθεί το πρόγραμμα. Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία εφαρμόζονται τρία μοντέλα οικογενειακού προγραμματισμού. Στη χώρα μας ο Ο.Π. ξεκίνησε με το πρώτο μοντέλο, το ιατρό – κεντρικό, κατά το οποίο οι υπηρεσίες Ο.Π. είναι διαθέσιμες μόνο μέσα στις υπηρεσίες υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας) και προϋπέθετε την ύπαρξη εξειδικευμένου ιατρού. Τούτο συνέβη αφενός μεν διότι υπήρχε η ανάλογη δομή των υπηρεσιών υγείας, που μπορούσε να ανταποκριθεί άμεσα στις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη του προγράμματος, αφετέρου δε διότι κρίθηκε σκόπιμο πως σαν νέος θεσμός θα είχε καλύτερη αποδοχή από το κοινό και θα ξεπερνούσε δυσκολίες που θα ανέκυπταν από τυχόν δυσπιστία σε κάτι νέο και άγνωστο. Μετά από μια επιτυχημένη πρώτη φάση εφαρμογής του προγράμματος θα πρέπει σταδιακά να αποϊατροκοποιηθεί και να τείνει περισσότερο στο δεύτερο μοντέλο, κατά το οποίο η κλινική παραμένει η βάση διεκπεραίωσης και εποπτείας του προγράμματος αλλά με επίκεντρο στην παροχή υπηρεσιών έξω από το κέντρο στην κοινότητα. Ωστόσο, σύμφωνα με ενδείξεις στις αρχές της δεκαετίας του 1990, τα προγράμματα δείχνουν να κινούνται περισσότερο προς το τρίτο μοντέλο, όπου η κοινότητα αποτελεί τη βάση του ενδιαφέροντος των δραστηριοτήτων και της υπευθυνότητας παρά η κλινική. Οι δραστηριότητες του Κ.Ο.Π. αποτελούν αναπόσπαστο μέρος μιας ευρύτερα βασισμένης κοινοτικής προσπάθειας με ανάληψη ευθυνών τόσο στην κατανομή και αξιοποίηση των πόρων όσο και στην προαγωγή της υγείας της κοινότητας.

Στα τέλη περίπου της δεκαετίας του 1980 με απόφαση του Διοικητή ΙΚΑ ΕΤΑΜ ξεκινά η λειτουργία Κ.Ο.Π. σε Μονάδες Υγείας του, όπου παρέχονται υπηρεσίες σύμφωνα με τον κανονισμό: α) σε ατομικό επίπεδο (ατομική συνέντευξη με την ενδιαφερόμενη γυναίκα ή το ζευγάρι, ενημέρωση του ενδιαφερόμενου για το πρόβλημα του, ιατρική αντιμετώπιση ή από τα μέλη της ομάδας, προγραμματισμός του περιστατικού, σωστή καθοδήγηση για την ολοκλήρωση του ελέγχου και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του περιστατικού, β) σε μαζικό επίπεδο: προγράμματα αγωγής υγείας, σε οργανωμένες συγκεντρώσεις πληθυσμού και με συγκεκριμένο θεματολόγιο του Ο.Π. αλλά και η διακίνηση έντυπου υλικού (ενημερωτικά φυλλάδια, αφίσσα, κ τ.λ). Ο καταμερισμός της δουλειάς και η συνεργασία θεωρούνται απαραίτητα μεταξύ των μελών της ομάδας. Επίσης ο συντονισμός των δραστηριοτήτων και η επικοινωνία με όλες τις υπηρεσίες εντός και εκτός του Κ.Ο.Π. με τις οποίες συνεργάζονται για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων ενδιαφερομένων οδηγούν στην αποτελεσματικότερη λειτουργία του Κέντρου. Αλλά και η καταγραφή της δραστηριότητας με την συμπλήρωση των ατομικών δελτίων προσερχόμενων, στατιστικών δελτίων και η τήρηση αρχείου συμβάλλουν τόσο στη σωστή λειτουργία του όσο και στην επιστημονική ανάπτυξη του τομέα του Ο.Π.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι διαμορφώνεται πλαίσιο λειτουργίας και οργάνωσης καθώς σύμφωνα με αριθμ. 17 απόφαση της 56<sup>ης</sup> Ολομέλειας (15.7.1988) του

Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας και κατόπιν εισηγήσεων της Επιτροπής Οικογενειακού Προγραμματισμού ορίστηκαν τα κάτωθι:

✚ A) Οι Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού παρέχονται σε κάθε άτομο από τους παρακάτω φορείς:

- α) το Μαιευτικό και Γυναικολογικό Ιατρείο των Κέντρων Υγείας στελεχωμένο από το απαραίτητο προσωπικό και άλλων ειδικοτήτων, προκειμένου να λειτουργήσουν σαν ομάδα Ο.Π. (Μαία, Επισκέπτρια Υγείας, Κοινωνική Λειτουργός, κ.λ.π.) ανάλογα με τη δομή του Κ.Υ. και τις ιδιομορφίες της κάθε περιοχής.

- β) Το εξωτερικό Μαιευτικό Γυναικολογικό Ιατρείο των Νομαρχιακών Νοσοκομείων. Το προσωπικό των ιατρείων αυτών είναι πλαισιωμένο με άτομα και άλλων ειδικοτήτων, που λειτουργούν σαν ομάδα Ο.Π. , όπως προαναφέρθηκε. Επισημαίνεται η ανάγκη παρουσίας Ψυχολόγου και Κοινωνιολόγου.

- Το εξωτερικό Μαιευτικό Γυναικολογικό Ιατρείο των Περιφερειακών Νοσοκομείων. Το προσωπικό των ιατρείων αυτών υποστηρίζεται και με ιατρούς και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων (Ενδοκρινολόγους, Γενετιστές, μέλη της Ψυχιατρικής ομάδας και Γενετήσιας Υγείας, κ.λ.π.)

- Οι υπηρεσίες Ο.Π. παρέχονται από ειδικά εκπαιδευμένα άτομα, που ασκούν την δραστηριότητα τους μέσα στο πλαίσιο που προσδιορίζεται από την ειδικότητά τους.

✚ B) Χώροι: στα Κέντρα Υγείας και στα Νομαρχιακά Νοσοκομεία εφόσον δεν υπάρχει η δυνατότητα διάθεσης αποκλειστικών χώρων για τον Ο.Π., οι χώροι που προορίζονται για τη λειτουργία του Μαιευτικού και Γυναικολογικού Ιατρείου θα χρησιμοποιούνται σε τακτές ημέρες και ώρες σαν Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού, στα Περιφερειακά Νοσοκομεία το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού πρέπει να αποτελείται από γραφείο ιατρών – γραφείο μαίας (αρχείο) – γραφείο κοινωνικού λειτουργού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού, μικρή αίθουσα διαλέξεων, εξεταστήριο, χώρος αναμονής και μικρός χώρος αποθήκευσης υλικού.

✚ Εξοπλισμό: ξενοδοχειακό – επιστημονικό, έντυπο υλικό, εποπτικά μέσα διδασκαλίας για το Κοινό.(Θέματα Ο.Π.,1990)(Κανονισμός Λειτουργίας των Κ.Ο.Π. του ΙΚΑ ΕΤΑΜ)

Εν τω μεταξύ θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός ο Ν.1609/1986 περί τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης και προστασίας της υγείας της γυναίκας και άλλων διατάξεων για την εφαρμογή του Ο.Π.. Αυτό σημαίνει ότι η Πολιτεία λαμβάνει θέση απέναντι σε ένα θέμα μεγάλης σπουδαιότητας από κοινωνικής και θεσμικής προσέγγισης, όπως είναι αυτό της τεχνητής διακοπής μιας κύησης – έκτρωση/ άμβλωση.

Στο άρθ.1 γίνεται αναφορά για την μέριμνα προστασίας της υγείας της γυναίκας ως υποχρέωση της πολιτείας, « Η μέριμνα για την προστασία της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι : υποχρέωση της πολιτείας».

Επιπλέον στο άρθ.1 παρ.2 προβλέπονται ρυθμίσεις για την ενημέρωση απόκτησης επιθυμητών παιδιών, την περίθαλψη της γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες και για τον τρόπο της προγεννητικής διάγνωσης, α. « την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης, β. « την περίθαλψη της γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές λειτουργίας των μονάδων αυτών, το χρόνο ανοχής της γυναίκας από την εργασία και ότι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας και γ. « τον τρόπο της προγεννητικής διάγνωσης στην περίπτωση β' της παραγράφου 4 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα».

Επιπρόσθετα άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι βάσει του άρθρου 2 στον παραπάνω νόμο γίνεται λόγος για την τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης και την νομιμότητα της. Οι παράγραφοι 4 και 5 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίστανται ως εξής: «4. Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα – γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μια από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

α. Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

β. Έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.

γ. Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

δ. Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνη.

5. Αν η έγκυος είναι ανήλικη, απαιτείται και η συναίνεση ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της ανήλικης». (Ν.1609/1986)

Εν συνεχεία σύμφωνα με την υπ' αριθ. Α3β/οικ.2799(ΦΕΚ 103/τ.Β/27.3.1987) Υπουργική Απόφαση και το αρθ.1 ρυθμίζονται τα θέματα που αναφέρονται στον τρόπο προστασίας της υγείας της γυναίκας, που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης. Στο άρθ. 2 της ίδιας υπουργικής απόφασης περί διακοπής της εγκυμοσύνης πριν την 12<sup>η</sup> εβδομάδα εγκυμοσύνης ορίζεται πως 1. η τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης πριν την συμπλήρωση δώδεκα εβδομάδων (αρθ.2, παρ.4<sup>α</sup> ν.1609/1986) ενεργείται σε νοσοκομεία (ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ.) και ιδιωτικές κλινικές με τις ακόλουθες ελάχιστες προϋποθέσεις: 2. Η επέμβαση ενεργείται από γιατρό μαιευτήρα – γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, υπευθύνου για την παροχή αναισθησίας ή αναλγησίας. 3. α ενημερώνεται η έγκυος για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης, την προστασία της μητρότητας – παιδιού, που παρέχεται από την Πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς, καθώς και για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Η ενημέρωση αυτή γίνεται με έντυπες οδηγίες που ενυπόγραφα δίνονται στην έγκυο.

β. Ενεργείται έλεγχος της υγείας της εγκύου, που περιλαμβάνει γενικές εξετάσεις αίματος, προσδιορισμό ομάδας αίματος και ρέζους, γενικές εξετάσεις ούρων και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Από το ιστορικό της κάθε εγκύου και τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών, καθορίζεται από τον υπεύθυνο γιατρό η τυχόν αναγκαία παραπέρα εργαστηριακή και παρακλινική προεγχειρητική διερεύνηση.

Το ιστορικό της εγκύου καταχωρείται : σε ειδικό έντυπο ερωτηματολόγιο, που φυλάσσεται στα αρχεία του τμήματος και είναι σε κάθε περίπτωση στη διάθεση των αρμόδιων οργάνων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.



4. Τα νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές που γίνονται οι επεμβάσεις υποχρεούνται να εξασφαλίζουν τις εξής ελάχιστες προϋποθέσεις: α) Το χειρουργείο που γίνεται η επέμβαση να διαθέτει εγκατάσταση δικτύου αναισθησιολογικών αερίων και οξυγόνου, να είναι πλήρως εξοπλισμένο με τα απαραίτητα όργανα με πλήρη φαρμακευτική κάλυψη, να διαθέτει επαρκή χώρο ανάνηψης των ασθενών και να στελεχώνεται τουλάχιστον από δυο μαίες και το απαραίτητο νοσηλευτικό προσωπικό και β) να διαθέτουν καλά οργανωμένη τράπεζα αίματος.

Στο αρθ. 3 ορίζεται η διαδικασία αναφορικά με την διακοπή εγκυμοσύνης μετά την 12<sup>η</sup> εβδομάδα. Συγκεκριμένα « τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης μετά τη συμπλήρωση της δωδέκατης εβδομάδας στις περιπτώσεις που περιοριστικά ορίζονται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του νόμου 1609/86 γίνεται αποκλειστικά σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακά και των Ενόπλων Δυνάμεων, με τήρηση των όσων ορίζονται στις παραγρ. 2,3 και 4 του προηγούμενου άρθρου. Στις περιπτώσεις αυτές ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου και για το σκοπό αυτό ο υπεύθυνος γιατρός που ενεργεί την επέμβαση και το λοιπό προσωπικό που συμμετέχει σ' αυτή συνεργάζονται με την ομάδα οικογενειακού προγραμματισμού του νοσοκομείου, στην οποία θα πρέπει υποχρεωτικά να συμμετέχει ψυχολόγος.»

Στο άρθρο 4 της ανωτέρω υπουργικής απόφασης ορίζεται ο τρόπος και μονάδες προγεννητικής διάγνωσης και συγκεκριμένα σε τρεις παραγράφους:

1. Η προγεννητική διάγνωση, προκειμένου να διαπιστωθούν οι ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου, που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού, εφόσον η εγκυμοσύνη δεν έχει υπερβεί τις εικοσιτέσσερις (24) εβδομάδες, στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις του εδαφ. β, της παραγρ. 4 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα, όπως αυτή αντικαταστάθηκε με το άρθρο 2 του ν.1609/86 γίνεται στις μονάδες προγεννητικού ελέγχου, που λειτουργούν στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του Ε.Σ.Υ. (Ν.1397/83) ή στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και στα Νοσοκομεία των Ενόπλων Δυνάμεων, κάτω από την επίβλεψη και ευθύνη γιατρού μαιευτήρα – γυναικολόγου με εμπειρία στην υπερηχογραφία των εμβρυϊκών παθήσεων, στην αμνιοπαρακέντηση και σε άλλες μαιευτικές μεθόδους.

2. Οι μονάδες προγεννητικού ελέγχου, σε συνεργασία με τις μονάδες γενετικής και τα άλλα τμήματα ή μονάδες του εργαστηριακού τομέα της ιατρικής υπηρεσίας των παραπάνω νοσηλευτικών μονάδων διενεργούν τις παρακάτω ενδεικτικά αναφερόμενες εξετάσεις:

- Την λήψη αίματος από τη μητέρα
- Τον απλό ακτινολογικό έλεγχο του εμβρύου
- Την αμνιογραφία
- Την εμβρυογραφία
- Την εμβρυϊκή ηλεκτροκαρδιογραφία
- Την εμβρυοσκόπηση
- Την πλακουντοκέντηση
- Την αμνιοπαρακέντηση και
- Την λήψη τροφοβλαστικού ιστού.

3. Της προγεννητικής διαγνωστικής επέμβασης, απ' το επιστημονικό προσωπικό των μονάδων προγεννητικού ελέγχου προηγείται η γενετική συμβουλευτική καθοδήγηση της γυναίκας που κυοφορεί, καθώς και η λήψη πλήρους ιατρικού ιστορικού της υγείας της, προκειμένου να εξασφαλίζεται ο πλήρης προγραμματισμός της διερεύνησης κάθε περίπτωσης.

Με τον Νόμο υπ' αριθ. 2071/1992 *Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας* στο άρθρο 1 ορίζεται πως το άρθρο 1 του ν.1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

## *Μέριμνα του κράτους*

1. Το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών.

2. Το κράτος εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Μέσα από τις διατάξεις του συγκεκριμένου νόμου προβλέπεται στο κεφάλαιο Β΄ Πρωτοβάθμια Φροντίδα και Αγωγή Υγείας εκτός από τις υπηρεσίες που υπάγονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, είτε από παρόχους νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου είτε νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου, στο άρθρο 16 ο σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης. Στο άρθρο 16 παρ. 1 ορίζεται ότι «σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης είναι:

α) η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους και όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτήν β) η εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων γ) η νοσηλεία και παρακολούθηση των αρρώστων, που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο στο σπίτι δ) η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο ε) η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο ή αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς, σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο στ) η παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας ζ) η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής η) η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα θ) η ιατρική της εργασίας ι) η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας ια) η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, με διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις ιβ) η εκπαίδευση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού ιγ) η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας ιδ) η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δε λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους, καθοριζομένης της περιοχής με απόφαση του οικείου νομάρχη ιε) η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση καθώς και με ιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες της περιοχής για αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης.»

Σύμφωνα με ενημερωτικό έντυπο του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1988, διαφαίνεται πως λειτουργούν 36 Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού σε 24 Γενικά Νοσοκομεία ανά την Ελλάδα, σε 9 Υποκαταστήματα του ΙΚΑ ΕΤΑΜ και σε 3 ΠΚΠΑ (Δήμου Αμαρουσίου, Αργυρούπολης και Αθηνών). Σε αντίστοιχο ενημερωτικό έντυπο του Υπουργείου το 2003 διακρίνεται αύξηση των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού ώστε να ανέρχονται σε 43 ανά την Ελλάδα. (Αγωγή Υγείας, 1988)(Αγωγή Υγείας, 2003)

Έπειτα με το Νόμο υπ' αριθμ. 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ.Α/18.2.2004) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στο άρθρο 1 και παρ.1 και 2: «ως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας αλλά και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του». Επίσης στην παρ.3 προβλέπεται ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει μεταξύ άλλων :

γ. τον οικογενειακό προγραμματισμό

Αξιο αναφοράς είναι ότι στο άρθρο 2 αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προβλέπεται από:

- α. Τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία ,
- β. τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.) που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.Κ.Α.,
- γ. τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.,
- δ. τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης , καθώς και
- ε. από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.

Με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΟΠΥΥ ,Ν.3918/2011, οι Υγειονομικές Υπηρεσίες του ΙΚΑ ΕΤΑΜ μεταφέρθηκαν στον νέο φορέα υγείας τον (ΕΟΠΥΥ) με την ίδια μορφή. Μεταξύ των υπηρεσιών αυτών είναι και τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού του ΙΚΑ ΕΤΑΜ, όπως αυτά λειτουργούσαν μέχρι 31.12.2011. Συγκεκριμένα Κ.Ο.Π. λειτουργούσαν σε Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας ΙΚΑ ΕΤΑΜ και μετά ΕΟΠΥΥ ήταν του Νέου Κόσμου, Καλλιθέας, Νίκαιας, Πειραιά, Πατρών, Αλεξανδρούπολης, Λάρισας, Δράμας, Ηρακλείου, Θεσσαλονίκης και Πύλης Αζιού. (Ν.3918/2011)(Λειτουργία Κ.Ο.Π. & Σ.Π.Μ.Π, ΕΟΠΥΥ,2013)

Μεγάλη καινοτομία όμως και σημαντική εξέλιξη για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην χώρα μας υπήρξε με το Ν. 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ.Α/17.2.2014) αναφορικά με το *Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ και λοιπές διατάξεις*. Συγκεκριμένα στην παρ.4 του άρθ.1 η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας :

- Α) αποτελεί πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας.
- Β) παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας
- Γ) εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας κατευθύνοντας τον πολίτη προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας.
- Δ) σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους , στο πλαίσιο των κανόνων της βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας.

Στην παρ.5 του ανωτέρω άρθρου αναφέρει ότι οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων :

- η) Τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας – παιδιού.

Κλείνοντας είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι με το ν. 4272/2014 (ΦΕΚ 145/τ.Α/ 11.7.2014) Προσαρμογή στο Εθνικό Δίκαιο της εκτελεστικής οδηγίας 2012/25/ΕΕπαρ.2..... στο άρθρο 35 'Κατ' οίκον νοσηλεία σε Μονάδες και Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Μονάδες Οικογενειακού Προγραμματισμού και Μονάδες Φροντίδας Μητέρας – Παιδιού' στην παρ.2 « *Οι Μονάδες Οικογενειακού Προγραμματισμού και οι Μονάδες Φροντίδας*

*Μητέρας – Παιδιού λειτουργούν ως τμήματα ή μονάδες, καθώς και ως υπηρεσίες ή προγράμματα στο πλαίσιο των Πανεπιστημιακών Κλινικών, των Νοσηλευτικών Μονάδων του Ε.Σ.Υ., των δομών του Π.Ε.Δ.Υ. και των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης Α' Βαθμού.*

*Με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας, Εσωτερικών και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ), καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις ίδρυσης, σύστασης και λειτουργίας, οι αρμοδιότητες, η στελέχωση, ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, η εποπτεία και ο έλεγχος, καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια»*

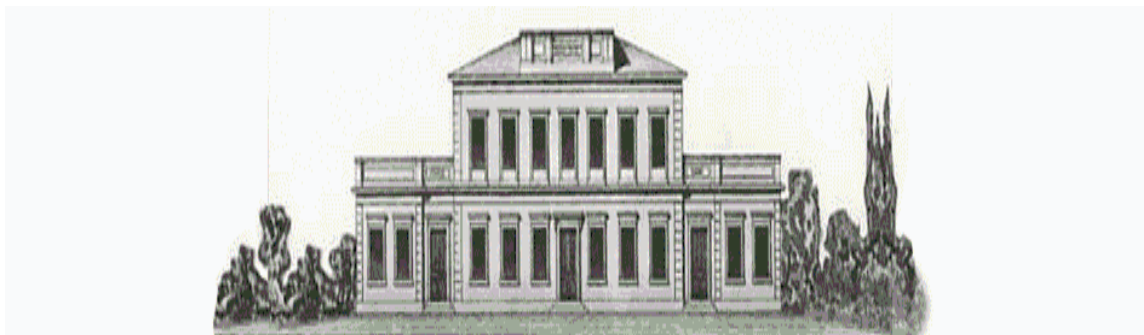
Σήμερα το Υπουργείο Υγείας έχει ήδη προβεί και είναι εν εξελίξει ενέργειες του και κυρίως της Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας, εξαιτίας των μεταρρυθμίσεων που έχουν πραγματοποιηθεί στον τομέα της υγείας τα τελευταία χρόνια ως απόρροια μέτρων για την αντιμετώπιση της κοινωνικοοικονομικής κρίσης που βιώνει η χώρα μας. Αρχικά στις 2.12.2013 η προαναφερόμενη Γενική Διεύθυνση απέστειλε έγγραφη πρόσκληση σε Διοικήσεις Νοσοκομείων και στον ΕΟΠΥΥ για την έναρξη διαλόγου στις 16.12.2013 αναφορικά με την ανάπτυξη του θεσμού του Ο.Π. και μέσω ανταλλαγής απόψεων με άλλους φορείς και Μ.Κ.Ο. Επίσης ο σχεδιασμός ενεργειών αφορούσε την ανάπτυξη πιλοτικού δικτύου Μονάδων ή Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού με στόχο τον εκσυγχρονισμό του θεσμού. Παράλληλα καλούνται οι Υπεύθυνοι των Τμημάτων να προβούν στην σύνταξη εισηγητικής έκθεσης προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσηλευτικού Ιδρύματος ενώ ο ΕΟΠΥΥ να προβεί σε απαραίτητες ενέργειες για την ένταξη των Κ.Ο.Π. και των Σταθμών Προστασίας Μάνας Παιδιού & Εφήβου στο Πιλοτικό αυτό Δίκτυο. Μετά τη δημοσίευση του Ν. 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ.Α/17.2.2014) επακόλουθο του οποίου ήταν η μεταφορά και ένταξη των Κέντρων Υγείας και των Νομαρχιακών και Τοπικών Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ στην οργανωτική δομή των Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών καλούνται να διαβιβάσουν τις σχετικές εισηγήσεις στις Διοικήσεις των οικείων Υγειονομικών Περιφερειών αλλά και όσα Νοσηλευτικά Ιδρύματα ο Διοικητής ή Αν. Διοικητής την εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας. Στην συνέχεια η Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας στις 30.1.2014, 21.3.2014 και 1.9.2014 απέστειλε αντίστοιχα έγγραφη πρόσκληση για δεύτερη, τρίτη και τέταρτη συνάντηση στις Υγειονομικές Περιφέρειες προς ενημέρωση Κέντρων Υγείας, Π.Ε.Δ.Υ. και Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων που λειτουργούν Κ.Ο.Π., ώστε να σχεδιαστούν ενέργειες και δράσεις για τον εκσυγχρονισμό του θεσμού του Ο.Π. με την ανάπτυξη πιλοτικού δικτύου Μονάδων ή Υπηρεσιών Υγείας.(έγγραφα του Υπουργείου Υγείας, 2013-2014)

Το σήμα αυτό είχε δοθεί για τα έντυπα του Ο.Π.(θέματα Ο.Π.,1990)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### 3.1 Β΄ Μ/Γ Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών



Ο Θεόδωρος Αρεταίος, (1829-1893), ήταν επιφανής Έλληνας ιατρός και ευεργέτης, καθηγητής της Ιατρικής και συγγραφέας πολλών ιατρικών συγγραμμάτων.

Το πραγματικό του επίθετο ήταν Κωνσταντινίδης το οποίο και άλλαξε με βασιλικό διάταγμα σε Αρεταίος. Γεννήθηκε στο Ναύπλιο στις 2 Αυγούστου 1829 εκ πατρός καταγόμενου από τη Σμύρνη. Απομένοντας ορφανός και μη έχοντας τα αναγκαία προς το ζειν άρχισε τις σπουδές του στο Πανεπιστήμιο Αθηνών όπου με τη βοήθεια του Βασιλέως Όθωνα μετέβη στο Βερολίνο όπου και ολοκλήρωσε τις σπουδές του στην ιατρική 1853. Αφού εργάστηκε επί τριετία σε νοσοκομεία του Βερολίνου, της Βιέννης και του Παρισιού επέστρεψε στην Αθήνα το 1856 και διορίστηκε ιατρός στη τότε ιδρυθείσα Αστυκλινική. Αργότερα χρημάτισε υφηγητής της εγχειρητικής και επιδεσμολογίας, στο Πανεπιστήμιο Αθηνών (1863), έκτακτος καθηγητής της χειρουργικής (1864), τακτικός καθηγητής (1870), κοσμήτωρ (1873-4) και πρύτανης (1879-1880).

Κυριότερα των επιστημονικών του συγγραμμάτων είναι:

- *«Η Χειρουργία παρ' Έλλησιν»*,
- *«Ανάλεκτα χειρουργικά»*,
- *Περί των προόδων της χειρουργίας κ.λπ.*

Τον θάνατό του (24 Μαρτίου 1893) πένθησε σχεδόν το πανελλήνιο. Από την μεγάλη δε περιουσία που απέκτησε, ο Θεόδωρος και η σύζυγος αυτού Ελένη κληροδότησαν το βασιλικό ποσό του ενός εκατομμυρίου δραχμών στο Εθνικό Πανεπιστήμιο Αθηνών προς ίδρυση χειρουργικού και γυναικολογικού νοσοκομείου το οποίο και αναγέρθηκε στην Αθήνα, προς τιμή του, φέροντας το όνομά του. Η επιθυμία του ευεργέτου Θ. Αρεταίου, σύμφωνα με την διαθήκη του «όπως εν τω ιδρυθισομένω Αρεταίειω Νοκοκομείω λειτουργήση εκτός της Γενικής Χειρουργικής Κλινικής και ανεξάρτητος Γυναικολογική Κλινική, επι πλέον δε και

προσαρτημένον εις αυτήν Μαιευτήριον», βρήκε την τελική πραγματοποίηση της μετά την πάροδο 30 ετών από τον θάνατό του, δηλαδή κατά το έτος 1922.

Συγκεκριμένα το Αρεταίειο Νοσοκομείο θεμελιώθηκε το 1894 και το 1898 άνοιξε τις πύλες του και λειτούργησε αρχικώς μόνον ως Χειρουργική Κλινική. Προϊόν της αγάπης του αειμνήστου δημιουργού του, *Θ. Αρεταίου*, ο οποίος άφησε το σύνολο σχεδόν της περιουσίας του για το σκοπό αυτό στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Το Αρεταίειο Νοσοκομείο ανήκει στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και οικοδομήθηκε μεταξύ των ετών 1896-1898, με κληροδότημα του καθηγητή της χειρουργικής Θεόδωρου Κωνσταντινίδη-Αρεταίου (1829-1893), βάσει σχεδίων των αρχιτεκτόνων Ηλία Αγγελόπουλου και Ιωάννη Ιωάννου. Το διώροφο νεοκλασικό κτίριο έχει πρόσοψη επί της λεωφόρου Βασιλίσσης Σοφίας και εκτείνεται μέχρι την οδό Παπαδιαμαντοπούλου. Στο εσωτερικό του υπάρχει και ναός των Αγίων Θεοδώρων, που κτίστηκε με δωρεά του Γεώργιου Κωνσταντινίδη-Αρεταίου (αδελφού του Θεόδωρου).

Τα επίσημα εγκαίνια έγιναν στις 16 Αυγούστου 1898 και πρώτος Πρόεδρος της Εφορείας ανέλαβε ο τότε Κοσμήτωρ της Ιατρικής Σχολής *Μ. Μακκάς*. Η εφημερίδα «ΕΣΤΙΑ» αφιέρωσε πρωτοσέλιδο άρθρο για την τελετή εγκαινίων (Σάββατο, 16 Αυγούστου 1898, Αριθμ. Φύλλου 167). Πρώτη εγκαταστάθηκε ήδη από το 1898 η Χειρουργική Κλινική, η οποία διευθύνετο από τον καθ. *Σπ. Μαγγίνα*.

Το αρχικό σχέδιο περιελάμβανε το κεντρικό κτήριο με την διώροφη πρόσοψη και τέσσερις θαλάμους, ανά δύο εκατέρωθεν του κεντρικού διαδρόμου (Θάλαμοι: Μαγγίνα, Θεόδωρου, Φωκά και Ελένης). Το 1926 οικοδομήθηκε η πτέρυγα «Λογοθετόπουλου» και διασκευάστηκε το παλαιό αμφιθέατρο και παραπλευρώς αίθουσα χειρουργείου.

Το 1933 οικοδομήθηκε με μέριμνα του καθ. *Ν. Αλιβιζάτου* η πτέρυγα χειρουργείου. Το 1966 άρχισε να λειτουργεί το «Μαγγίνειο» Μαιευτήριο και το 1967 η Βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου. Ακολούθησαν άλλες εγκαταστάσεις, όπως τα εξωτερικά Ιατρεία, το Μαγγίνειο Αμφιθέατρο και η προσθήκη κοιτώνων των ιατρών, δωρεά Οικ. Α. Μεταξά.

Ο Θεόδωρος Αρεταίος δεν ευτύχησε να εργασθεί στο Νοσοκομείο αυτό. Πρώτος Καθηγητής Χειρουργικής ήταν ο Σπυρίδων Μαγγίνας, ο οποίος εγκατεστάθη στο μόλις λειτουργήσαν Αρεταίειο Νοσοκομείο το 1898, και ο οποίος επίσης κατέλιπε την περιουσία του στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Το 1906, ιδρύθηκε «Χειρουργική και Γυναικολογική Κλινική», την οποία διηύθυνε ο εκλεγείς από το 1899 Καθηγητής της Εγχειρητικής και Τοπογραφικής Ανατομικής, *Ε. Καλλιотζής*. Στην Κλινική αυτή, παραλλήλως με τη Χειρουργική, λειτουργούσε υποτυπώδες Γυναικολογικό Τμήμα. Σήμερα λειτουργεί η Β' Χειρουργική Κλινική με Διευθυντή τον Καθηγητή κ. Διονύση Βόρο.

Το 1922 ιδρύθηκε για πρώτη φορά αυτοτελής Έδρα Γυναικολογίας και πρώτος Καθηγητής της εξελέγη ο *Κ. Λογοθετόπουλος*, ο οποίος και ορίστηκε ως πρώτος Διευθυντής της «Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου», η οποία εγκατεστάθη στο Αρεταίειο Νοσοκομείο, στη Κλινική που κατείχε μέχρι τότε ο *Ε. Καλλιотζής*.

Η Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών είναι η αρχαιότερη Πανεπιστημιακή Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική της χώρας μας στην οποία διετέλεσε ως Διευθυντής «Χειρουργικής και Γυναικολογικής Κλινικής», με απόφαση της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, το 1906 ο Ε. Καλλιοντζής. Την θέση αυτή διαδέχτηκε μετά θανάτου του ο Κ. Λογοθετόπουλος και μάλιστα με απόφαση της Ιατρικής Σχολής ως Επιστημονικός Διευθυντής της Κλινικής με την ονομασία Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου.

Δυο χρόνια μετά την ανάληψη των καθηκόντων του ο Καθηγητής Λογοθετόπουλος πρότεινε στη Σύγκλητο του Πανεπιστημίου τη σύναψη δανείου από την Εθνική Τράπεζα για την ανέγερση ιδιαίτερης πτέρυγας θέσεων για τη νοσηλεία επιτόκων και πασχουσών από γυναικολογικά νοσήματα γυναίκες. Η πρόταση έγινε δεκτή από τη Σύγκλητο και το Πανεπιστήμιο Αθηνών σε εκτέλεση συμφωνίας συναφθείσης με τον αιτούντα Λογοθετόπουλο το 1925, χορήγησε σε αυτόν έντοκο δάνειο, εξασφαλισμένο με υποθήκη, δρχ. 1.920.000 και εξοφλητέο εντός 15 ετών με ισάριθμες τοκοχρεωλυτικές δόσεις. Η δαπάνη για την ανέγερση και τον εξοπλισμό της πτέρυγας ανήλθε σε 1.936.465,35 δραχμές και εμφανίζεται ως περιουσιακών στοιχείο στη μερίδα της περιουσίας Θ. Αρεταιείου στα βιβλία του Πανεπιστημίου. Η εξυπηρέτηση του ενυποθήκου δανείου του Κ. Λογοθετόπουλου έγινε, "δι' ειδικής μερίδας στο Καθολικό βιβλίο του Πανεπιστημίου" υπό τον τίτλον "ΑΡΕΤΑΙΟΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΝ" επί 15ετίαν μέχρι την εξόφληση αυτού. Η αποπεράτωση της οικοδόμησης της πτέρυγας θέσεων έγινε κατά το έτος 1927. Το εκ του δανείου ποσόν αποσβέσθηκε τοκοχρεωλυτικά με τις εισπράξεις από τα νοσήλεια της πτέρυγας εντός χρονικού διαστήματος 15 ετών, ήτοι μέχρι το τέλος του 1942. Από του έτους 1943 η πτέρυγα θέσεων, εξοφληθέντος του δανείου, περιήλθε προ τους όρκους της συναφθείσης σύμβασης κατά το 1925, στην περιουσία του Αρεταιείου Νοσοκομείου, εφεξής άνευ χρεωλυτικής επιβάρυνσης του Πανεπιστημίου. Μετά τον τελευταίο Ευρωπαϊκό πόλεμο (από το 1945 μέχρι σήμερα) χρησιμοποιείται για τη νοσηλεία εις μιν τον πρώτο όροφο για ασθενείς της Β΄ Πανεπιστημιακής Μαιευτικής – Γυναικολογικής Κλινικής. Η πτέρυγα θέσεων από τα εισοδήματα των νοσηλείων ενίσχυσε μέχρι σήμερα σπουδαιότατα οικονομικά το Αρεταίειο Νοσοκομείο, εξυπηρέτησε δε την εύπορη τάξη, καθώς και την τάξη των δημοσίων υπαλλήλων και υπαλλήλων ποικίλων οργανισμών.

Κατά το έτος 1938, μετά από απόφαση της Ιατρικής Σχολής, ο Καθηγητής Λογοθετόπουλος, διατελέσας ήδη επί 16 συνεχή χρόνια επιστημονικός Διευθυντής της ιδρυθείσης απ' αυτόν Πανεπιστημιακής Γυναικολογικής Κλινικής, μετατέθηκε από την Β΄ Πανεπιστημιακή Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική του Αρεταιείου Νοσοκομείου στην Α΄ Πανεπιστημιακή Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική. Η Γυναικολογική Κλινική του Αρεταιείου Νοσοκομείου μετονομάστηκε κατά το έτος 1938 υπό της Κυβέρνησης Ι. Μεταξά στη Β΄ Πανεπιστημιακή Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική, φέρει δε από τότε μέχρι σήμερα τον τίτλο αυτό.

Κατά το ίδιο έτος ο Ν. Λούρος διαδέχτηκε τον Λογοθετόπουλο στην διεύθυνση της εν λόγω Κλινικής μετά από απόφαση της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και υπηρέτησε ως Διευθυντής της μέχρι του έτους 1942, όταν παραιτήθηκε από την έδρα της Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου την οποία κατείχε από το 1935. Επαναδιορισθείς ως Τακτικός Καθηγητής της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής κατά το έτος 1945, ανέλαβε εκ νέου τη διεύθυνση της ομώνυμης Πανεπιστημιακής Κλινικής στο Αρεταίειο Νοσοκομείο και διηύθησε μέχρι τον Ιανουάριο του 1951.

Η έδρα της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής καταργήθηκε το 1952 με εκδοθέν Νομοθετικό διάταγμα της τότε Κυβέρνησης Α. Παπάγου. Η ομώνυμη Κλινική στο Αρεταίειο Νοσοκομείο λειτούργησε από το 1951 έως το 1959 υπό την επιστημονική εποπτεία εντεταλμένων υφηγητών, ορισθέντων, υπό της Ιατρικής Σχολής, ήτοι του αιμνήστου Δ. Παμπούκη και μετά από αυτόν του Ζ. Βλυσίδη. Το 1958 επανασυστάθηκε η έδρα της Β΄ Πανεπιστημιακής Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής από της τότε κυβέρνησης Κ. Καραμανλή και προκηρύχθηκε η πλήρωσή της.

Ακολούθησε κατά τον Μάϊον του 1959 η υπό της Ιατρικής Σχολής Αθηνών ομόφωνη εκλογή ως τακτικού Καθηγητού της Έδρας του Δ. Αντωνόπουλου, ο οποίος και ανέλαβε τη διεύθυνση της ομώνυμης Κλινικής στο Αρεταίειο Νοσοκομείο και την διατήρησε μέχρι την 31<sup>η</sup> Αυγούστου 1968, οπότε και απεχώρησε καταληφθείς υπό του ορισθέντος νέου ορίου ηλικίας των Καθηγητών.

Τη διεύθυνση της Κλινικής ως και τη διδασκαλία του μαθήματος μέχρι της πλήρωσης της έδρας, σύμφωνα με απόφαση της Ιατρικής Σχολής ανέλαβε από τον Οκτώβριο του 1968 ο εντεταλμένος υφηγητής της έδρας της Β΄ Μαιευτικής Γυναικολογικής Κλινικής και από 9ετίας πρώτος συνεργάτης σε αυτή Ανδρ. Ζερβουδάκης, ο οποίος διατήρησε την ανωτέρω θέση μέχρι της 14<sup>ης</sup> Ιουλίου 1969 οπότε παρέδωσε τη διεύθυνση της Κλινικής στον εκλεγέντα υπό της Ιατρικής Σχολής και διορισθέντα διάδοχο της έδρας Διον. Κασκαρέλη.

Το 1969 εξελέγη Έκτακτος Καθηγητής της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το 1970 εξελέγη Τακτικός Καθηγητής της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Τον Καθηγητή Κασκαρέλη διαδέχθηκε ο εντεταλμένος τότε Καθηγητής της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Κ. Πρεβεδουράκης, ο οποίος και παρέμεινε ως Διευθυντής της Κλινικής έως το 1976 οπότε και εξελέγη Καθηγητής ο κ. Β. Κουτηφάρης. Από το 1975 έως 31-8-1983 διετέλεσε Καθηγητής της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και στη συνέχεια ονομάστηκε Ομότιμος Καθηγητής.

Από 1/9/1983 ο Επίκουρος Καθηγητής της Μαιευτικής – Γυναικολογίας Παντελής Ζούρλας ανέλαβε τη διεύθυνση της Κλινικής μετά από απόφαση της Ιατρικής Σχολής. Στις 26/6/86 κατόπιν κρίσεως εξελέγει Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας και στις 9/2/1994 κρίθηκε με εξέλιξη Καθηγητής (Α΄ βαθμίδος) της Μαιευτικής – Γυναικολογίας. Χρήστηκε Διευθυντής του Τομέα: Υγείας – Μητέρας Παιδιού δυο φορές (1988-1989) και (1994-1995) και διετέλεσε μέλος της Εφορείας του Αρεταίειου Νοσοκομείου.

Τον Καθηγητή κ. Π. Ζούρλα διαδέχθηκε στη Διεύθυνση της κλινικής ο Αναπληρωτής Καθηγητής κ. Α. Χρυσικόπουλος ο οποίος και παρέμεινε ως διευθυντής της κλινικής ως το 1997, οπότε και εξελέγη Καθηγητής ο κ. Γ.Κ.Κρεατσάς. Ο κ. Γ.Κ.Κρεατσάς παραμένει ως σήμερα στην διεύθυνση της κλινικής και έχει οργανώσει με τους συνεργάτες του Ιατρεία: Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας, Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Γυναικολογικής Ουρολογίας, Κολποσκόπησης και LASER, Οικογενειακού Προγραμματισμού και Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας, Τμήμα Ογκολογίας, Τμήμα Ενδοσκοπήσεων και ιατρεία Καθ' έξιν Εκτρώσεων.

(B Μ/ΓΚΚλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,2000)(Αρεταίειο,1998)(www.aretaiio.uoa.gr)

### 3.2 Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού

Το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού άρχισε να λειτουργεί τον Σεπτέμβριο του 1998 ως ειδικό τμήμα υπαγόμενο στην Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Αρεταίειο Νοσοκομείου. Επιστημονικός Υπεύθυνος του Ιατρείου ο Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας κ. Ο. Γρηγορίου και με την συμβολή του Επιστημονικού Συνεργάτη τον Μαιευτήρα Γυναικολόγο κ. Ν. Σαλάκο.

Στο εν λόγω τμήμα λειτουργεί συμβουλευτικός σταθμός για νεαρά ζευγάρια, όπου παρέχονται πληροφορίες για σωστή αντισύλληψη (χάπι, ενδομητρικό σπείραμα, σπύγγος, προφυλακτικό) για την υγιεινή του γεννητικού συστήματος, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τον ορθό προγραμματισμό μιας μέλλουσας εγκυμοσύνης ή την διακοπή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Επίσης καθοδήγηση στα νεαρά κορίτσια ως προς την τακτική



γυναικολογική εξέταση και σε εξέταση κατά Παπανικολάου και μαστού κάθε χρόνο. Συνεργάζεται με το Τμήμα Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας αλλά και με επιστημονικές εταιρείες όπως την Παιδική και Εφηβική Γυναικολογία και του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Οι τομείς συνεργασίας που αναπτύσσονται είναι : α) με το Τμήμα Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας – κλινικές εξετάσεις νεαρών κοριτσιών που χρειάζονται ιδιαίτερη αντιμετώπιση, β) με την Εταιρεία Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας οργάνωση Ομιλιών – Σεμιναρίων – Συνεδρίων, γ) με την Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ε.Ο.Π) . Το Τμήμα σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού ( Ε.Ο.Π.) παρέχει κλινικό και συμβουλευτικό έργο σε άτομα που επισκέπτονται τα γραφεία της εταιρείας και χρήζουν νοσοκομειακής υποστήριξης.

Κατά το χρονικό διάστημα 1<sup>ης</sup> Σεπτεμβρίου 1998 έως και 31 Αυγούστου 1999 στα εξωτερικά ιατρεία του τμήματος εξετάστηκαν 85 άτομα. Στις δέκα (10) γυναίκες από το σύνολο των 85 και ηλικίας 20 – 40 ετών τοποθετήθηκαν ενδομητρικά σπειράματα και σε επτά (7) γυναίκες ηλικίας 22-30 ετών έγινε διακοπή κύησης. Παραπέμφθηκαν στα εξωτερικά Γυναικολογικά Ιατρεία για εξέταση κατά Παπανικολάου και εξέταση μαστού πενήντα (50) γυναίκες.

Επίσης το Τμήμα του Οικογενειακού Προγραμματισμού σε συνεργασία με την Εταιρεία Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας σε συνεργασία με την Εταιρεία Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας πραγματοποίησαν ενημερωτικές ομιλίες στα σχολεία, σύμφωνα με άδεια που έχει η Εταιρεία μετά από απόφαση του Υπουργείου Παιδείας.

Συγκεκριμένα υλοποιήθηκαν ενημερωτικές ομιλίες σε 35 σχολεία:

Σε 31 σχολεία τον Νομό Αττικής (Καλλιθέα, Περιστερί, Π.Φάληρο, Πειραματικό Αιγάλεω, Ιλίου, Μωραΐτη, κ.α.)

Σε 2 σχολεία στην Περιφέρεια (Ν. Μάκρης, Μεγάρων)

Σε 2 στην επαρχία (Βόλος, Πύλος) . Στο επιμορφωτικό σεμινάριο της Πύλου συμμετείχε και ο Καθηγητής κ.Γ.Κ.Κρεατσάς.

Υπάρχει συνεργασία μεταξύ των Τμημάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού και Παιδικής και Εφηβική Γυναικολογίας του Νοσοκομείου και τις Εθνικές Ομάδες Γυναικών Στίβου και Άρσης Βαρών. Οι αθλήτριες υψηλού επιπέδου παρουσιάζουν διαταραχές στον εμμηνορυσιακό κύκλο τους όπως αμηνόρροια, μητρορραγίες, οι οποίες συχνά επηρεάζουν το προπονητικό έργο και την επίδοσή τους σε μεγάλους αγώνες. Μεγάλη εμφάνιση και πιο έντονη είναι οι πολυκυστικές ωοθήκες (P.C.O) που χρήζουν συχνού ιατρικού ελέγχου. Με αφορμή αυτή την συνεργασία εκπονούνται και δυο μελέτες με αθλήτριες. Η πρώτη έχει τίτλο «Επίδραση του εμμηνορυσιακού κύκλου στην επίδοση των αθλητριών» και γίνεται σε συνεργασία με την Επίκουρη Καθηγήτρια κα Α. Σμυρνιώτου.

Η δεύτερη μελέτη έχει τίτλο: «Σύγκριση σωματικών στοιχείων – οστική πυκνότητας και ορμονικών παραμέτρων μεταξύ αθλητριών Άρσης Βαρών». Στην μελέτη αυτή εκτός από μέλη Δ.Ε.Π. λαμβάνουν μέρος και συνεργάτες της Κλινικής.

Κατά το διάστημα 1999 – 2000 το Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού με επικεφαλής τον Καθηγητή κ. Γ. Κ. Κρεατσά και τη συμμετοχή των κ.κ. Ο. Γρηγορίου,Ε. Δεληγεώρογλου,Ν. Σαλάκου, Π. Παναγόπουλου, Κ. Πανουλή προέβη στις εξής δραστηριότητες:

1. Επισκέφθηκε πολλά σχολεία της Αθήνας (25) και της επαρχίας (10) στην Καρδίτσα, Τρίπολη, Βέροια, Νάουσα, Σκόπελο, Κορώνη.
2. Συμμετείχε μετά του Επίκουρου Καθηγητή Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης κ. Β. Καραγιάννη σε επιμορφωτικό σεμινάριο που διοργάνωσε ο Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων ατόμων με ειδικές ανάγκες του Ν. Γρεβενών.

3. Συμμετείχε σε διεπιστημονική επιτροπή ειδικών από διάφορους χώρους και ειδικότητες των οποίων των οποίων οι δραστηριότητες αφορούν γυναίκες που αντιμετωπίζουν την HIV λοίμωξη. Διοργανώθηκε από το Συμβουλευτικό σταθμό για το AIDS Νοσοκομείο «Α. Συγγρός», Αθήνα 2000.
4. Συγκέντρωσε εκπαιδευτικό υλικό (συγγράμματα του Καθηγητή Γ.Κ. Κρεατσά, εγχειρίδια για εκπαιδευτικούς και μαθητές για τα σχολεία και CD ROM) με θέμα «Αγωγή Υγείας» για το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού (Ι.Υ.Π). Το υλικό αυτό θα εκτίθεται στη βιβλιοθήκη του Ι.Υ.Π. και στη Σχολή Δημόσιας Υγείας της Ανδalousίας. Η προσπάθεια συγκέντρωσης του υλικού είναι διακρατική και αφορά την Ελλάδα, την Ισπανία, τη Μ. Βρετανία και τη Γαλλία, 2000.
5. Συνεργάστηκε με το αρμόδιο τμήμα Γενικής Γραμματείας Ισότητας για τη συλλογή υλικού και πληροφοριών σε θέματα αγωγής υγείας για τις μειονότητες, 2000.
6. Ο Επιστημονικός Συνεργάτης Ν. Σαλάκος λόγω της ιδιότητάς του ως ιατρού Γυναικολόγου της Εθνικής Ομάδας Στίβου μετά των Ε. Δεληγεώρογλου και Π. Παναγόπουλου, τμήμα Παιδικής & Εφηβικής Γυναικολογίας, ανέλαβαν την κάλυψη των αθλητριών που είναι προεπιλεγμένες για τους Ολυμπιακούς Αγώνες του 2004.

Η κίνηση του Ιατρείου είχε ως εξής:

Αριθμός Εξεταζόμενων Γυναικών	90 άτομα
Συμβουλευτική	10 ζευγάρια
Τοποθέτηση IUD	13 άτομα
Διακοπή κύησης	8 άτομα
ΣΥΝΟΛΟ	121

(Πεπραγμένα Β Μ/Γ Κλινικής, 1999-2000)

Εν συνεχεία κατά το ακαδημαϊκό έτος 2000-2001 το Τμήμα με επικεφαλή τον Καθηγητή κ. Γ.Κ.Κρεατσά, επιστημονικό υπεύθυνο τον Επίκουρο Καθηγητή κ. Ο. Γρηγορίου και με τη συμβολή του Επιστημονικού Συνεργάτη κ. Ν. Σαλάκου υλοποίησε τα κάτωθι:

**1.** Προγράμματα αγωγής υγείας σε σχολεία των Αθηνών ( 36 σχολεία) καθώς και της επαρχίας (17 σχολεία). Ορισμένα από τα Γυμνάσια και Λύκεια υπάγονταν στον Δήμο Περιστερίου, Γκύζη, Πεύκης, Πετραλώνων και Ν. Ιωνίας. Επίσης ορισμένα από τα σχολεία της Επαρχίας ήταν στις περιοχές της Έδεσσας, της Θεσσαλονίκης, των Μεγάρων, του Μαραθώνα, της Βέροιας, της Νάουσας και των Σερρών. Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για τις δραστηριότητες που έλαβαν χώρα στην «ΣΤΡΟΦΗ» και στο ειδικό σχολείο κωφών Αργυρούπολης με την βοήθεια διεργημέα.

**2.** Συνεργασία με την οργάνωση «Γιατροί χωρίς Σύνορα» σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού με την παροχή οπτικοακουστικού υλικού καθώς και τη διοργάνωση ομιλιών.

**3.** Συνεργασία με τη Σχολή Επισκεπτών/τριών Υγείας για την κλινική εκπαίδευση των σπουδαστών στο Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

**4.** Διοργάνωση ενημερωτικών ομιλιών και διανομή ενημερωτικού υλικού σε συνεργασία με την Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού και την Ομάδα Νέων της για την ημέρα του AIDS στα Προπύλαια, την ημέρα του Αγ. Βαλεντίνου στο Σύνταγμα και συμμετοχή στο Καρναβάλι της Πάτρας με την Ομάδα Νέων όπου έγινε διανομή υλικού με θέμα την Αντισύλληψη.

**5.** Διοργάνωση ενημερωτικού τριήμερου με την συνεργασία της Ομάδας Νέων της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού τον Ιούλιο στην Μύκονο μετά από συνεννόηση με τον Δήμο της νήσου, όπου πραγματοποιήθηκε και διανομή ενημερωτικού υλικού στις πλατείες του νησιού.

6. Συνεργασία με την Γενική Γραμματεία Ισότητας. Ενημερωτικές ομιλίες σε ομάδες γυναικών του Νομού Ευβοίας, Θήβας, κ.λ.π.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί ότι υλοποιήθηκε και η συγγραφή εγχειριδίου «Το προφίλ του Οικογενειακού Προγραμματισμού» που περιλαμβάνει πληροφορίες για τον θεσμό, την δράση και την προσφορά του. Υπήρξε επίσης συμμετοχή σε εκπαιδευτικά μαθήματα με την κάτωθι θεματολογία:

- ❖ Οικογενειακός Προγραμματισμός  
Διοργάνωση 2<sup>ου</sup> και 3<sup>ου</sup> Σεμιναριακού Κύκλου με την συνεργασία της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού για σπουδαστές και επαγγελματίες υγείας
- ❖ Ορμονικές διαταραχές εφήβων αθλητριών  
Μετεκπαιδευτικά μαθήματα ειδικευόμενων ιατρών με την συνεργασία της Γ' Κλινικής Τζανείου Νοσοκομείου
- ❖ Προβλήματα αθλούμενων γυναικών  
Σεμινάριο Αθλητιατρικής που διοργάνωσε η Επιστημονική Εταιρεία Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδος, Αθήνα 2000
- ❖ Νεολαία και έλεγχος κνήσεων  
Ενημερωτική συζήτηση που διοργανώθηκε στο Ζάππειο Μέγαρο στο πλαίσιο της ενημέρωσης κοινού για την αντισύλληψη. Συμμετείχαν ο Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, κος Ε. Κουμαντάκης και ο Επίκουρος Καθηγητής κ. Ο. Γρηγορίου. Αθήνα, 2001
- ❖ Ιατρική εκπαίδευση και Πολιτικές Υγείας. Η Ελληνική Ιατρική στον 21<sup>ο</sup> αιώνα  
Δορυφορικό Συμπόσιο στο πλαίσιο του 7<sup>ου</sup> Σ.Φ.Ι.Ε., Λάρισα, 2001.
- ❖ Διοργάνωση Δημερίδας οικογενειακού προγραμματισμού στο Μαιευτικό και Χειρουργικό Κέντρο «ΜΗΤΕΡΑ» και ομιλία με θέμα Οικογενειακός Προγραμματισμός από μη κυβερνητικές οργανώσεις Αθήνα 2001.

Διατηρώντας την ίδια σύνθεση το Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού το ακαδημαϊκό έτος 2001-2002 ανέπτυξε δραστηριότητες όπως:

1. Προγράμματα αγωγής υγείας σε μαθητές σχολείων της Αθήνας και της επαρχίας. Στην Αθήνα μερικά από τα σχολεία όπου έγιναν προγράμματα αγωγής υγείας είναι στην περιοχή της Δάφνης, Κηφισιάς, Πεύκης, Αλίμου, Καλλιθέας και Πειραιά. Στην επαρχία έγιναν σε σχολεία των Σερρών, της Δράμας, της Λάρισας, της Πρέβεζας, της Πάτρας και του Αιγίου.

2. Συνεργάστηκε με την Σχολή των Επισκεπτών/τριων Υγείας για την εκπαίδευση των σπουδαστών.

3. Διοργάνωσε ενημερωτικές ομιλίες για την ημέρα του AIDS και του Αγ. Βαλεντίνου, στο Καρναβάλι του Μοσχάτου σε συνεργασία με την Ομάδα Νέων της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού και διανεμήθηκε ενημερωτικό υλικό.

4. Συνεργάστηκε με την Γενική Γραμματεία Ισότητας διοργανώνοντας ενημερωτικές ομιλίες σε ομάδες γυναικών.

5. Συμμετοχή σε Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα:

Σχολή Επισκεπτών/τριων Υγείας

Τεχνητή Έκτρωση. Μετεκπαιδευτικά μαθήματα ειδικευόμενων Γυναικολογικής Κλινικής «Τζάνειο» Νοσοκομείο.

Προληπτική Ιατρική και Προγράμματα Υγείας. Φιλοσοφική Σχολή Παν/μίου Αθηνών 5<sup>ο</sup> – 6<sup>ο</sup> Μετεκπαιδευτικό Σεμινάρια Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού

6. Ανακοινώσεις σε Συνέδρια:

Αντισύλληψη στην Εφηβεία. Πανελλήνιο Συνέδριο Πρόληψη και Αγωγή Υγείας στην Εφηβεία. Κρήτη 2001.

Ιατρική Εκπαίδευση και Αθλητική Υγεία. Δορυφορικό Συμπόσιο 7<sup>ο</sup> ΕΣΦΙΕ Λάρισα 2001.

Το 2002-2003 το Ιατρείο παρέχει τις προαναφερόμενες υπηρεσίες εξασφαλίζοντας όλες τις προϋποθέσεις στην πληροφόρηση, συμβουλευτική και στην παροχή εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών σε μεμονωμένα άτομα ή ζευγάρια, σύμφωνα με το χάρτη της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού για τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα του ανθρώπου.

Ειδικότερα οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι οι εξής: Κλινική γυναικολογική εξέταση, εξέταση κατά Παπανικολάου, τοποθέτηση ενδομητρικών σπειραμάτων, κολπικών δακτυλίων, έλεγχος των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, διακοπή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ψυχοσωματική προετοιμασία για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Ενημέρωση για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, τον προγραμματισμό μιας επιθυμητής εγκυμοσύνης, τη ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κηύσεων, τον προγεννητικό έλεγχο, την υπογονιμότητα, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, την υγιεινή του γεννητικού συστήματος. Συμβουλευτική γονιμότητας, μονογονεϊκής οικογένειας, υιοθεσίας, βίας στην οικογένεια, σεξουαλικής κακοποίησης, σεξουαλικότητας σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Διοργάνωση ενημερωτικών συζητήσεων από ειδικευμένο προσωπικό σε σχολεία της Πρωτεύουσας και της Επαρχίας. Επίσκεψη μαθημάτων για ενημέρωση στο Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού, μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

*Αξιοσημείωτο είναι ότι την ίδια χρονιά τέθηκε σε λειτουργία ανοικτή τηλεφωνική γραμμή 210 – 7286332 στο πλαίσιο λειτουργίας του Τμήματος.*

Συνεπώς σκοπός της λειτουργίας του Τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτελεί η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών από ειδικευμένο προσωπικό, ισότιμα, άνευ διακρίσεων σε θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας.

Η κίνηση του Ιατρείου

Διακοπή κύησης δια διαστολής και αναρροφήσεως	20 γυναίκες
Διακοπή κύησης με χρήση φαρμακευτικών μεθόδων	15 γυναίκες
Ενδομητρικά σπειράματα	25 γυναίκες
Κολπικοί Δακτύλιοι	7 γυναίκες
Ενημέρωση & χορήγηση Αντισυλληπτικών μεθόδων	50 γυναίκες

Δραστηριότητες – Ενημερωτικές Ομιλίες

(Πεπραγμένα Β Μ/Γ Κλινικής , 2002-2003)

Πόλεις	Σχολεία
Αθήνα	10
Πειραιά	7
Πάτρα	5
Καλαμάτα	5
Μυτιλήνη	3
Χίος	2
Σέρρες	6
Λάρισα	8
Σύνολο	46

Την επόμενη χρονιά, 2003 – 2004, παρατηρούνται αλλαγές ως προς την σύνθεση του προσωπικού που στελεχώνει το Τμήμα κυρίως ως τον Επιστημονικό Υπεύθυνο, όπου εκτός από τον Αν. Καθηγητή κ. Ο. Γρηγορίου τοποθετείται και ο Λέκτορας κ. Ν. Σαλάκος, που ήταν μέχρι πρότινος επιστημονικός συνεργάτης. Επίσης η παρουσία μαίας γίνεται επίσημα με την τοποθέτηση της κας Ε. Δημητράκη και αλλά και για πρώτη φορά πραγματοποιήθηκε πρακτική άσκηση σπουδαστή Επισκέπτη Υγείας.

Ο σκοπός της λειτουργίας του παραμένει ως έχει καθώς και οι υπηρεσίες του. Σημειώνεται ότι έλαβαν χώρα επισκέψεις μαθητών στο Τμήμα γύρω στις πέντε με έξι ανά έτος, μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Άξιο αναφοράς ότι διανέμεται έντυπο ενημερωτικό υλικό στο κοινό που προσέρχεται.

#### Η κίνηση Εξωτερικού Ιατρείου Οικογενειακού Προγραμματισμού

Χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων και παρακολούθηση	8
Χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης	5
Τοποθέτηση ενδομητρικών σπειραμάτων	1
Αφαίρεση ενδομητρικών σπειραμάτων	1
Τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου	
Φαρμακευτική διακοπή κύησης	2
Επεμβατική διακοπή κύησης	
Ψυχοσωματική προετοιμασία για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό	3
ΣΥΝΟΛΟ	20

(Πεπραγμένα Β Μ/Γ Κλινικής, 2003-2004)

Κατά την διάρκεια του έτους πραγματοποιήθηκαν: το 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού 19 – 21 Μαρτίου 2004 με τη συμμετοχή της Κύπρου – Τουρκίας – Ισραήλ σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού και Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα 4 Νοεμβρίου έως 19 Δεκεμβρίου 2004 σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Ο Οικογενειακού Προγραμματισμού. Επίσης σχεδιάστηκαν και υλοποιήθηκαν ενημερωτικές ομιλίες στην κοινότητα : σε συλλόγους γονέων και κηδεμόνων, σε οργανισμούς απεξάρτησης από ουσίες – ναρκωτικά, όπως «Στροφή» , στα παιδικά χωριά S.O.S και σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Το θέμα των ομιλιών πάντα ήταν η Αντισύλληψη και ο Οικογενειακός Προγραμματισμός. Παράλληλα στο Ιατρείο προγραμματίστηκαν και έλαβαν χώρα ομιλίες στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου όπου δέχτηκε μαθητές έξι σχολείων , γυμνασίων και λυκείων, με θέμα την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Επίσης το Ιατρείο σε συνεργασία με την Ομάδα Νέων της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού προέβη σε ενημερωτικές εκδηλώσεις σε νησιά κατά τους θερινούς μήνες διανέμοντας έντυπο υλικό με θέμα την αντισύλληψη και τις παρεχόμενες από το ιατρείο υπηρεσίες. Η ανοικτή τηλεφωνική γραμμή έχει δεχτεί πάνω από εκατό τηλεφωνήματα που αφορούσαν ερωτήματα σχετικά με την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία.

Ο σκοπός της λειτουργίας του Ιατρείου και οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα μέλη της ομάδας που συμβάλλουν σε αυτό παραμένουν ως έχουν κατά το ακαδημαϊκό έτος 2004 - 2005. Μια αλλαγή σημειώνεται στην σύνθεση της ομάδας καθώς προστίθεται άλλη μια ειδικότητα αυτή της κοινωνικής λειτουργού.

Η κίνηση εξωτερικού ιατρείου:

Χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων και παρακολούθηση	103
Χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης	80
Τοποθέτηση ενδομητρικών σπειραμάτων	10
Αφαίρεση ενδομητρικών σπειραμάτων	8
Τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου	1
Φαρμακευτική διακοπή κύησης	35
Επεμβατική διακοπή κύησης	1
Ψυχοσωματική προετοιμασία για την κύηση και τον τοκετό	30
ΣΥΝΟΛΟ	268

(Πεπραγμένα Β Μ/Γ Κλινικής, 2004-2005)

Όσον αφορά την οργάνωση σεμιναρίων προγραμματίστηκε και υλοποιήθηκε Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Αθήνα από τις 4 Νοεμβρίου ως 19 Δεκεμβρίου 2004 σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού. Επίσης έγιναν ενημερωτικές ομιλίες σε συλλόγους γονέων και κηδεμόνων, σε οργανισμούς απεξάρτησης από τα ναρκωτικά, όπως στη «Στροφή» στα παιδικά χωριά S.O.S και σε άτομα με ειδικές ανάγκες με κύριο θέμα την Αντισύλληψη και τον Οικογενειακό Προγραμματισμό. Παραμένει σε λειτουργία η ανοικτή τηλεφωνική 210-7286332.

Άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι υλοποιήθηκαν ομιλίες ενημερωτικές σε γυμνάσια και λύκεια του Δήμου Περιστερίου, Πειραιά, Αθηνών, Ελευσίνας αλλά και στην Πάτρα, στην Θεσσαλονίκη, Πρέβεζα, Αλεξανδρούπολη, Χίο και Κοζάνη.

Κατά τη διάρκεια του επόμενου ακαδημαϊκού έτους (2005-2006) το Ιατρείο εξακολουθεί να λειτουργεί με σκοπό την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών από ειδικευμένο προσωπικό άνευ διακρίσεων σε θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας εξασφαλίζοντας όλες τις προϋποθέσεις στην πληροφόρηση, συμβουλευτική κ.τ.λ σύμφωνα με τον Χάρτη της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού για τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα. Οι υπηρεσίες του Ιατρείου δεν παρουσιάζουν καμία απολύτως μεταβολή σε σχέση με αυτές των προηγούμενων ετών.

Η κίνηση του εξωτερικού ιατρείου:

Χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων και παρακολούθηση	120
Χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης	50
Τοποθέτηση ενδομητρικών σπειραμάτων	12
Αφαίρεση ενδομητρικών σπειραμάτων	7
Τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου	2
Φαρμακευτική διακοπή κύησης	10
Επεμβατική διακοπή κύησης	-
Ψυχοσωματική προετοιμασία για την κύηση και τον	40

τοκετό	
	ΣΥΝΟΛΟ 241

(Πεπραγμένα Β Μ/Γ Κλινικής, 2005-2006)

Επιπλέον εξειδικευμένα στελέχη του τμήματος οικογενειακού προγραμματισμού επισκέπτονται πάνω από 40 σχολεία ανά την Ελλάδα στο πλαίσιο προγράμματος αγωγής υγείας του Υπουργείου Παιδείας. Παράλληλα πραγματοποιήθηκαν ενημερωτικές εκδηλώσεις σε Δήμους Γαλατσίου, Αγρινίου και Χίου. Παραμένει σε λειτουργία και η ανοικτή τηλεφωνική γραμμή 210-7286332 για την εξυπηρέτηση ως προς την συμβουλευτική σε ενδιαφερόμενους σε απορίες ή προβληματισμούς που άπτονται των αντικειμένων του οικογενειακού προγραμματισμού.

Κατά την διάρκεια του ίδιου έτους το Τμήμα ανέπτυξε και άλλες δραστηριότητες, όπως η συμμετοχή του σε πρόγραμμα αναπτυξιακής συνεργασίας με θέμα Εκπαίδευση – κοινωνικός αποκλεισμός – πορνεία – μετανάστευση «Αλβανία- Γεωργία-Ουκρανία-Μολδαβία» σε συνεργασία με την Γενική Γραμματεία Ισότητας και Κέντρο Ερευνών σε Θέματα Ισότητας αλλά και η ανάληψη σχεδιασμού και υλοποίησης ευρωπαϊκού προγράμματος κατάρτισης με θέμα «Προαγωγή – Αγωγή Υγείας. Εκπαίδευση στελεχών δημόσιας υγείας για παροχή πρόνοιας σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες». Ακόμη διοργάνωσε το 4<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα, 10 -12 Μαρτίου 2006 και ημερίδα σε συνεργασία με την Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του ΤΖΑΝΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ με θέμα «Διαφυλικές Σχέσεις – Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα». Τα στελέχη του Τμήματος παρακολούθησαν το 3<sup>ο</sup> Διεθνές Σεμινάριο Κολποσκόπησης, 27-28 Μαΐου 2005 και το 4<sup>ο</sup> Ευρωπαϊκό Σεμινάριο Παθολογίας του Τραχήλου και Κολποσκόπησης 16-17 Ιουνίου στην Αθήνα.

Το Ιατρείο στελεχωμένο από την ίδια σύνθεση της ομάδας, χωρίς αλλαγές, εξακολουθεί να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες άνευ διακρίσεων σε θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας σύμφωνα με τον χάρτη της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού κατά το έτος 2006 – 2007.

Η κίνηση εξωτερικού ιατρείου αφορούσε:

Χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων και παρακολούθηση	130
Χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης	70
Τοποθέτηση ενδομητρικού σπειράματος	20
Αφαίρεση ενδομητρικού σπειράματος	8
Τοποθέτηση κολπικού δακτύλιου	2
Απολίνωση σαλπίνγων	16
Φαρμακευτική διακοπή κύησης	10
Επεμβατική διακοπή κύησης	-
Ψυχοσωματική προετοιμασία για την κύηση και τον τοκετό	40
	ΣΥΝΟΛΟ 270

(Πεπραγμένα Β Μ/Γ Κλινικής, 2006-2007)

Επίσης εξειδικευμένα στελέχη του Τμήματος επισκέφθηκαν και υλοποίησαν ενημερωτικές ομιλίες αναφορικά με θέματα διαφυλικών σχέσεων και αγωγή υγείας σε 72 σχολεία του Νομού Αττικής και Πόρου και σε 36 σχολεία στην Περιφέρεια ανά την Ελλάδα σε 3000 μαθητές

περίπου. Τα σχολεία, όπου έγιναν ενημερωτικές ομιλίες, γυμνάσια και λύκεια του Δήμου Αθηνών, Περιστερίου, Ελευσίνας – Μαγούλα, Περάμου, Αλίμου, Σαλαμίνας αλλά και στην Χίο. Επιπλέον μαθητές προσήλθαν στο Τμήμα του Οικογενειακού Προγραμματισμού προκειμένου να ενημερωθούν στο πλαίσιο του προγράμματος αγωγής υγείας του Υπουργείου Παιδείας.

Παράλληλα οι κ.κ. Τσεμπέρη, Σαλάκος και Μπακαλιάνου συμμετείχαν ως ομιλητές σε ημερίδες των Δήμων Αμαρουσίου και Παλλήνης. Η ανοικτή τηλεφωνική γραμμή 210-7286332 παραμένει σε λειτουργία.

Τον Μάιο του 2006 το Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και ειδικότερα η Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική – Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού ανταποκρινόμενοι στην επιτακτική ανάγκη ανάπτυξης σύγχρονων πολιτικής και διασφάλισης της Δημόσιας Υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στις ανάγκες των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, σχεδίασε και ξεκίνησε την υλοποίηση του έργου με τίτλο: « Προαγωγή – Αγωγή Υγείας. Εκπαίδευση στελεχών δημόσιας υγείας για παροχή πρόνοιας σε ευπαθείς κοινωνικά ομάδες ». Την επιστημονική εποπτεία του υπό υλοποίηση ευρωπαϊκού προγράμματος κατάρτισης έχει ο Αντιπρύτανης του Πανεπιστημίου και Καθηγητής Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής, Αρεταίειο Νοσοκομείο, κος Γ.Κ.Κρεατσάς, ενώ υπεύθυνοι των τριών υποέργων είναι ο Αναπληρωτής Καθηγητής κος Ο. Γρηγορίου και ο Λέκτορας κος Ν. Σαλάκος.

Το εν λόγω έργο ακολουθεί μια ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη προσέγγιση των ζητημάτων που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική επανένταξη ατόμων που βιώνουν συνθήκες αποκλεισμού ή διατρέχουν κίνδυνο αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, εξαιτίας κάποιων πολιτισμικών, κοινωνικών ή/ και σωματικών ιδιαιτεροτήτων τους. Η παρέμβαση υλοποιείται σε τρία αλληλοσυμπληρούμενα επίπεδα:

*Α) στο προσωπικό των υπηρεσιών υγείας, πρόνοιας και προώθησης στην απασχόληση, με στόχο την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών,*

*Β) στα άτομα που ανήκουν στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, με στόχο την ενεργητική συμμετοχή τους στην διευκόλυνση της εργασιακής τους επανένταξης και*

*Γ) σε χώρους εργασίας, με σκοπό βελτίωση των στάσεων των εργαζομένων και της διοίκησης σχετικά με την απασχολησιμότητα των συγκεκριμένων ατόμων / ομάδων.*

Η διδακτική δραστηριότητα των μελών της ομάδας του Τμήματος είχε σχέση με τις σειρές των φοιτητών που ασκήθηκαν στην Μαιευτική Γυναικολογία κατά το ακαδημαϊκό έτος 2006-2007, τα μαθήματα των Ειδικευομένων στο Περιφερειακό Νοσοκομείο – Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου», το κατ' επιλογήν μάθημα «Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας Οικογενειακός Προγραμματισμός», μαθήματα ειδικευομένων στη Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Αλεξανδρούπολης, μαθήματα ειδικευομένων στη Γ΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Αττικό Νοσοκομείο και συγγραφή εργασίας φοιτητών 6<sup>ου</sup> έτους με θέμα : Μαίευση και Δημογραφικό, με υπεύθυνο τον κ. Σαλάκο και την επιστημονική συνεργάτιδα του Τμήματος κα Μπακαλιάνου.

Κατά το ακαδημαϊκό έτος 2007- 2008 το Τμήμα παραμένει με την ίδια σύνθεση της ομάδας που το στελεχώνει και παρέχει τις ίδιες υπηρεσίες λειτουργώντας με τον ίδιο σκοπό και σύμφωνα με τον χάρτη της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού.



Η κίνηση εξωτερικού ιατρείου αφορούσε:

(Πεπραγμένα Β Μ/Τ  
Κλινικής, 2007-2008)

Χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων και παρακολούθηση	100
Χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης	65
Τοποθέτηση ενδομητρικού σπειράματος	25
Αφαίρεση ενδομητρικού σπειράματος	10
Τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου	2
Απολίνωση σαλπίνγων	15
Φαρμακευτική διακοπή κύησης	5
Επεμβατική διακοπή κύησης	-
Ψυχοσωματική προετοιμασία για την κύηση και τον τοκετό	40
ΣΥΝΟΛΟ	262

Επίσης εξειδικευμένα στελέχη του Τμήματος επισκέφθηκαν και υλοποίησαν ενημερωτικές ομιλίες αναφορικά με θέματα διαφυλικών σχέσεων και αγωγή υγείας σε 72 σχολεία του Νομού Αττικής και Πόρου και σε 36 σχολεία στην Περιφέρεια ανά την Ελλάδα σε 3000 μαθητές περίπου. Οι περιοχές όπου πραγματοποιήθηκαν ομιλίες εντός της Αττικής ήταν: Πετρούπολη, Πειραιάς, Ν. Ιωνία, Ρέντη, Ταύρος, Γαλάτσι, Κερατσίνι, Περιστέρι, Ζωγράφου, Πεύκη, Αθήνα, Θρακομακεδόνες, Μαραθώνα, Λιόσια, αλλά και στον Ασπρόπυργο, Ελευσίνα και Μέγαρα και στην Περιφέρεια : Λάρισα, Εύοσμο, Κόρινθο (Ξυλάκαστρο, Δερβέني, Βραχάτι, Κιάτο), Χίο και Θεσσαλονίκη. Ακόμη υλοποιήθηκε ομιλία στη Σχολή Στελεχών ΕΛ.ΑΣ (Διοικητές Τμημάτων από όλη την Ελλάδα).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα στελέχη του Τμήματος στο πλαίσιο συνεργασίας με την Ελληνική Εταιρεία Προστασίας και Αποκαταστάσεως Αναπήρων Παίδων (ΕΛΕΠΑΠ) λειτουργούν εξωτερικό γυναικολογικό ιατρείο, στην έδρα της ΕΛΕΠΑΠ ανά 15 ημέρες, κατά το συγκεκριμένο ακαδημαϊκό έτος.

Κατά την διάρκεια του ανωτέρω έτους έλαβαν χώρα και ενημερωτικές εκδηλώσεις σε Δήμους. Συγκεκριμένα οι κ.κ. Ν. Σαλάκος, Κ. Τσεμπέρη και Κ. Μπακαλιάνου συμμετείχαν ως ομιλητές στο:

ο Εκπαιδευτικό σεμινάριο καθηγητών με θέμα: «Αγωγή Υγείας – Διαφυλικών Σχέσεων» που υλοποιήθηκε στις 30-11-2007 στο Αγρίνιο

ο Επιμορφωτικό σεμινάριο με θέμα : «Γενετήσια Αγωγή – Αντισύλληψη – Σ.Μ.Ν. – Διαφυλικές σχέσεις» που υλοποιήθηκε στην Αράχοβα στις 14-12-2007. Συμμετείχαν οι Αναπληρωτές Καθηγητές κ. Κ. Παπαδιάς, κ. Ν. Βιτωράτος, κ. Ο. Γρηγορίου. Επίσης ο κ. Δεληγεώρογλου, κ. Κ. Μπακαλιάνου και η κ. Κ. Τσεμπέρη.

Η ανοικτή τηλεφωνική γραμμή 210-7286332 παραμένει σε λειτουργία ενώ και το έργο με τίτλο: « Προαγωγή – Αγωγή Υγείας. Εκπαίδευση στελεχών δημόσιας υγείας για παροχή πρόνοιας σε ευπαθείς κοινωνικά ομάδες » υλοποιείται σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα της Διαχειριστικής Αρχής του Υπουργείου Υγείας σημειώνοντας ομαλή και ολοένα καλύτερη πορεία βάσει της αξιολόγησης των καταρτιζόμενων.

Το Τμήμα εξακολουθεί να λειτουργεί πάνω στον σκοπό που έχει θέσει και παρέχει τις ίδιες υπηρεσίες. Παρατηρείται ωστόσο κατά το ακαδημαϊκό έτος 2008-2009 μια αλλαγή στην σύνθεση της ομάδας, καθώς η κοινωνική λειτουργός συνταξιοδοτείται και δεν υπάρχει αντικαταστάτης/τρια της. Η αλλαγή αυτή ωστόσο δεν φέρει καμία μεταβολή ως προς τον σκοπό της λειτουργίας του Τμήματος αλλά και ως προς τις υπηρεσίες που παρέχει. Η λειτουργία του

εξακολουθεί υπό την ευθύνη των κ.κ. Γρηγορίου και Σαλάκο αλλά και της Προϊσταμένης μαιάς κας Δημητράκη και της επιστημονικής συνεργάτιδας κας Μπακαλιάνου.

Η κίνηση του εξωτερικού ιατρείου περιείχε:

Χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων και παρακολούθηση	80
Χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης	60
Τοποθέτηση ενδομητρικού σπειράματος	30
Αφαίρεση ενδομητρικού σπειράματος	10
Τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου	0
Απολίνωση σαλπίνγων	12
Φαρμακευτική διακοπή κύησης	5
Επεμβατική διακοπή κύησης	0
Ψυχοσωματική προετοιμασία για την κύηση και τον τοκετό	50
ΣΥΝΟΛΟ	227

(Πεπραγμένα  
B Μ/Γ  
Κλινικής,  
2008-2009)

Οι επισκέψεις και οι ομιλίες που έγιναν από εξειδικευμένα στελέχη του Τμήματος σε γυμνάσια και λύκεια εντός του Νομού Αττικής και στην Περιφέρεια ανά την Ελλάδα κατά το έτος αυτό αγγίζει τον αριθμό των 50 σχολείων και περίπου 3000 μαθητές. Οι ενημερωτικές ομιλίες αφορούσαν θέματα διαφυλικών σχέσεων και αγωγής υγείας. Επίσης οργανώθηκαν δυο μεγάλες Δημερίδες για την ενημέρωση των φοιτητών σε θέματα αντισύλληψης και HPV λοιμώξεων αλλά και το εμβόλιο στο ΤΕΙ Αθηνών και Θεσσαλονίκης με ομιλητές τους κ.κ. Σαλάκο, Μπακαλιάνου, Λυκερίδου και Ιατράκη.

Παράλληλα τα στελέχη του Τμήματος διατήρησαν την συνεργασία τους με την Ελληνική Εταιρεία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Παίδων (ΕΛΕΠΑΠ) με την λειτουργία εξωτερικού γυναικολογικού ιατρείου στην έδρα της ΕΛΕΠΑΠ ανά 15 ημέρες.

Ακολούθως κατά το ακαδημαϊκό έτος 2009-2010 στο Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού παραμένουν οι υπεύθυνοι κ.κ. Γρηγορίου και Σαλάκος, αφού συνταξιοδοτήθηκε και η κα Δημητράκη και δεν αντικαταστάθηκε. Ο σκοπός της λειτουργίας του Ιατρείου αλλά και οι υπηρεσίες που παρέχονται στο πλαίσιο λειτουργίας του και δεν μεταβάλλονται.

Στις 26-28 Φεβρουαρίου 2010 διοργανώθηκε στην Αλεξανδρούπολη το 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού με θέμα: « Πολυπολιτισμικότητα, Διαθρησκευτικότητα, Σεξουαλική και Αναπαραγωγική Υγεία», με ομιλητές την κα Μπακαλιάνου (Φαρμακευτική διακοπή κύησης, Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, Βία κατά των Γυναικών) και τον κο Σαλάκο (Πρωτογενής Πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας – εμβόλια). Ακόμη άξιο αναφοράς αποτελεί η συμμετοχή στο Ευρωπαϊκό Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας στην Χάγη τον Μάιο του 2010.

Παράλληλα το Τμήμα σε συνεργασία με τον Ελληνικό Σύνδεσμο Οικογενειακού Προγραμματισμού συνδιοργάνωσαν ενημερωτικές ομιλίες με θέματα την σεξουαλική αγωγή, την αντισύλληψη και το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με εισηγητές τον κο Σαλάκο, την κα Τσεμπερή, την κα Δρεπανού και την κα Μπακαλιάνου σε γυμνάσια και λύκεια στην Ελευσίνα, στα Βριλήσσια, στην Αγ. Παρασκευή, στην Αθήνα, στους Αμπελοκήπους, στο Γαλάτσι, στη Νίκαια, στον Πειραιά, στην Κυψέλη, στο Ίλιον, στην Πετρούπολη αλλά και στην Κόρινθο (Κιάτο).

Επιπλέον τον Μάρτιο του 2010 πραγματοποιήθηκε ομιλία με θέμα: « Βία και Σεξουαλική Κακοποίηση» σε καθηγητές και μαθητές Β΄ και Γ΄ Λυκείου στο πλαίσιο συνεργασίας με την Διευθύντρια Αγωγής Υγείας Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης Πειραιά κα Αγοραστού.

Η κίνηση του εξωτερικού ιατρείου παρείχε:

Χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων και παρακολούθηση	82
Χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης	74
Τοποθέτηση ενδομητρικού σπειράματος	35
Αφαίρεση ενδομητρικού σπειράματος	5
Τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου	0
Απολίνωση σαλπίνγων	2
Φαρμακευτική διακοπή κύησης	7
Επεμβατική διακοπή κύησης	0
Ψυχοσωματική προετοιμασία για την κύηση και τον τοκετό	70
ΣΥΝΟΛΟ	275

(Πεπραγμένα  
B Μ/Γ  
Κλινικής,  
2009-2010)

Οι Ιατροί του Τμήματος του Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειου Νοσοκομείου, λειτούργησαν εξωτερικό γυναικολογικό ιατρείο στην έδρα της ΕΛΕΠΑΠ κάθε 15 ημέρες κατά την διάρκεια και αυτού του έτους.

Στη συνέχεια κατά το ακαδημαϊκό έτος 2010 – 2011 σημειώνονται αλλαγές ως προς την ομάδα που στελεχώνει το Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού και κυρίως αντικαταστάσεις και εμφάνιση νέων προσώπων που συμβάλλουν στην λειτουργία του έχοντας πάντα τον ίδιο σκοπό αλλά και παρέχοντας τις προαναφερόμενες υπηρεσίες. Φαίνεται πως αναλαμβάνει επίσημα την θέση προϊσταμένης η κα Δρεπανού, ως μαία, αλλά και στην θέση του επιστημονικού συνεργάτη ο κος Παλτόγλου. Οι υπεύθυνοι του Τμήματος ο Αναπληρωτής Καθηγητής κος Γρηγορίου και ο Επίκουρος Καθηγητής κος Σαλάκος.

Το Τμήμα σε συνεργασία με τον Ελληνικό Σύνδεσμο Οικογενειακού Προγραμματισμού συνδιοργανώνουν ενημερωτικές ομιλίες σε 1000 σχολεία στην Αθήνα και στην Περιφέρεια με θέματα την σεξουαλική αγωγή, την αντισύλληψη και το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με εισηγητές τον κο Σαλάκο, την κα Δρεπανού και την κα Τσεμπέρη. Οι περιοχές που καλύφθηκαν μέσω αυτής της δράσης ενδεικτικά είναι η Αθήνα, Πετρούπολη, Βριλήσσια, Αγ. Παρασκευή, Αμπελόκηποι, Γαλάτσι, Νίκαια, Κυψέλη, Ελευσίνα αλλά και Κόρινθο (Κιάτο), Ημαθία (Βέροια). Επίσης συμβουλευτική ενημέρωση σε ομάδα αγωγής υγείας του στη Βέροια και σε λύκειο της Πετρούπολης.

Επιπλέον σε συνεργασία με την Διευθύντρια Αγωγής Υγείας Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Πειραιά πραγματοποιήθηκε ομιλία με θέμα: «Βία και Σεξουαλική Κακοποίηση» σε καθηγητές και μαθητές Β΄ και Γ΄ Λυκείου.

Η κίνηση του εξωτερικού ιατρείου Ιανουάριο – Ιούνιο 2010 είχε ως εξής:

Χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων και παρακολούθηση	100
Χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης	87
Τοποθέτηση ενδομητρικού σπειράματος	25
Αφαίρεση ενδομητρικού σπειράματος	10
Τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου	0
Απολίνωση σαλπίνγων	4

Φαρμακευτική διακοπή κύησης	12
Επεμβατική διακοπή κύησης	0
Ψυχοσωματική προετοιμασία για την κύηση και τον τοκετό	70
ΣΥΝΟΛΟ	308

(Πεπραγμένα Β Μ/Γ Κλινικής, 2010-2011)

Ιδιαίτερης σημασίας και άξιο αναφοράς το γεγονός ότι κατά την διάρκεια του ακαδημαϊκού έτους 2011-2012 παρατηρήθηκαν μεταβολές ως προς την σύνθεση των μελών της ομάδας, που στελεχώνει το Τμήμα. Ως Υπεύθυνοι Ιατροί παραμένουν ο Καθηγητής κ. Ο. Γρηγορίου και ο Επίκουρος Καθηγητής κ. Ν. Σαλάκος και Προϊσταμένη η κα Δρεπανού. Στην γραμματειακή υποστήριξη η κα Τοπ. Λ., ενώ στο Τμήμα συμβάλλουν με την δράση τους άλλοι δυο ιατροί ως Επιστημονικοί Συνεργάτες κ.κ. Παλτόγλου και Τζούμας.

Ο σκοπός της λειτουργίας του Τμήματος δεν μεταβάλλεται και οι υπηρεσίες που παρέχονται παραμένουν ίδιες και άπτονται των θεμάτων ισότητας, αντισύλληψης, σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας.

Στις 16 – 17 Μαρτίου 2012 πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα το 1<sup>ο</sup> Διεθνές Μαθητικό Συνέδριο με θέμα: «Αγωγή Υγείας – Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση – Νεώτερες τάσεις» στο οποίο μετείχαν ειδικοί επιστήμονες, γονείς, μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης από την Ελλάδα και την Κύπρο. Το συνέδριο έλαβε χώρα στην Αίθουσα Τελετών – Προύλαιο του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και στο Μαγγίνιο Αμφιθέατρο του Αρετাইείου Νοσοκομείου, διοργανώθηκε από τη Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, την Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας και το Λατίνειο Λύκειο Α΄ Λεμεσού ενώ ετέθη υπό την αιγίδα του Υπουργείου Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στην κήρυξη της έναρξης εργασιών παρέστησαν ο Πρόεδρος Καθηγητής κ. Γ.Κ.Κρετσάς και ο Αντιπρόεδρος κος Ν. Σαλάκος της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου. Συμμετείχαν ως ομιλητές, εκτός από τον Καθηγητή κ. Γ. Κ. Κρετσά, με θέμα: «Διαφυλικές Σχέσεις - συζήτηση με τα παιδιά», η κα Τσεμπέρη Κ. με θέμα: « Προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση – 20 χρόνια εθελοντισμού» και ο κ. Παλτόγλου με θέμα: « Φυσικές μέθοδοι αντισύλληψης».

Επίσης το Τμήμα σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας συνδιοργανώνουν ενημερωτικές ομιλίες σε περισσότερα από 100 σχολεία στην Αθήνα και στην επαρχία. Στον Νομό Αττικής επισκέφθηκαν τα εξειδικευμένα στελέχη σχολεία, γυμνάσια και λύκεια, στην Αθήνα, Γαλάτσι, Πειραιά, Χαλάνδρι, Ζεφύρι, Ελληνογαλλική Σχολή, αλλά και στην περιφέρεια όπως στην Πάτρα, Θεσσαλονίκη, Σέρρες, Πόρος, Ικαρία, Ιωάννινα, Κόρινθο, Σάμο και Φούρνους. Η θεματολογία των ομιλιών αυτών αφορούσε την σεξουαλική αγωγή, την αντισύλληψη και το εμβόλιο κατά του τραχήλου της μήτρας με εισηγήτρια την κα Τσεμπέρη.

Όσον αφορά στην κίνηση του εξωτερικού ιατρείου Οικογενειακού Προγραμματισμού κατά το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου – Ιουνίου 2012 είχε ως εξής:

Χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων και παρακολούθηση	117
Χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης	112

Τοποθέτηση ενδομητρικού σπειράματος	31
Αφαίρεση ενδομητρικού σπειράματος	11
Τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου	1
Απολίνωση σαλπίγγων	2
Φαρμακευτική διακοπή κύησης	17
Επεμβατική διακοπή κύησης	0
Ψυχοσωματική προετοιμασία για την κύηση και τον τοκετό	102
ΣΥΝΟΛΟ	393

(Πεπραγμένα Β Μ/Γ Κλινικής, 2011-2012)

Κατά το ακαδημαϊκό έτος 2012-2013 συνταξιοδοτείται ο Καθηγητής Ο. Γρηγορίου και υπεύθυνος του Τμήματος παραμένει ο Επικουρος Καθηγητής Ν. Σαλάκος, Προϊσταμένη Μαία η κα Δρεπανού και στην γραμματεία η κα Λ.Τοπ. Ο σκοπός της λειτουργίας του Τμήματος δεν μεταβάλλεται και οι υπηρεσίες που παρέχονται όπως και τα προηγούμενα έτη.

Το Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Αρεταιείου Νοσοκομείου σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας, συνδιοργανώνουν ενημερωτικές ομιλίες σε περισσότερα από 100 σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Αθήνα και στην επαρχία ανά έτος, με κύρια θέματα την σεξουαλική αγωγή, την αντισύλληψη και το εμβόλιο κατά του τραχήλου της μήτρας με εισηγήτρια την κα Τσεμπέρη. Συγκεκριμένα τα σχολεία που επισκέφθηκαν τα στελέχη του Τμήματος και η κα Τσεμπέρη ήταν εννέα σχολεία στον Νομό Εύβοιας, δέκα στο Νομό Κορινθίας, εικοσιπέντε στο Νομό Αττικής και έξι στο Νομό Βοιωτίας.

Επίσης η κίνηση του Ιατρείου Οικογενειακού Προγραμματισμού κατά το διάστημα Σεπτεμβρίου 2012 έως Αύγουστο 2013 είχε ως εξής:

Χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων και παρακολούθηση	80
Χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης	55
Τοποθέτηση ενδομητρικού σπειράματος	38
Αφαίρεση ενδομητρικού σπειράματος	14
Τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου	1
Εμβολιασμό - HPV	42
Ψυχοσωματική προετοιμασία για την κύηση και τον τοκετό	95
ΣΥΝΟΛΟ	334

(Πεπραγμένα Β Μ/Γ Κλινικής, 2010-2011)

Αναφορικά με συνέδρια, ημερίδες και σεμινάρια του Τμήματος διακρίνονται σε τρεις σημαντικές ημερίδες: 1) Η γυναίκα αντιμέτωπη με το AIDS και τα Σ.Μ.Ν. Η Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας σε συνεργασία με Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Αρεταιείου Νοσοκομείου και με το Τμήμα Κοινωνιολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα κατά του AIDS διοργάνωσαν ημερίδα το Σάββατο 1 Δεκεμβρίου 2012. Το κύριο αντικείμενο αφορούσε την ευαισθητοποίηση γύρω από τα προβλήματα που σχετίζονται με τη σεξουαλική της υγεία, αλλά συμπεριλήφθηκαν και θέματα που αφορούσαν το AIDS υπό το πρίσμα της ιατρικής ανασκόπησης αλλά και της κοινωνιολογικής προσέγγισης, λαμβάνοντας υπόψη δεδομένα ιστορικής αναδρομής και επιδημιολογικά του συνδρόμου στη χώρα

μας μέχρι και την συμβουλευτικής που παρέχεται στους πάσχοντες. Η ημερίδα έλαβε χώρα στο Μαγγίνειο Αμφιθέατρο του Αρετাইείου Νοσοκομείου και την εκδήλωση τίμησαν με την παρουσία τους επιφανείς προσωπικότητες της επιστημονικής και ακαδημαϊκής κοινότητας, προεξάρχοντων των Καθηγητών κ. Γ. Κ. Κρεατσά, κ. Χ. Μελετιάδη και κ. Ν. Σαλάκο.2) Επιμορφωτικό Σεμινάριο Οικογενειακός Προγραμματισμός – Αγωγή Υγείας που διοργανώθηκε από το Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Αρετাইείου Νοσοκομείου σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας και με το Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας, Τομέας Δημόσιας Υγείας του Νοσοκομείου με σκοπό την ευαισθητοποίηση και ορθή ενημέρωση των Επισκεπτών Υγείας του Νοσοκομείου σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αγωγή Υγείας, Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης και Διαφυλικών Σχέσεων. Το σεμινάριο υλοποιήθηκε στο Αμφιθέατρο Λατσειού Κέντρου Εγκαυμάτων στο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο» στις 1 & 2 Φεβρουαρίου 2013. Τίμησαν τη τελετή έναρξης φέροντας χαιρετισμό οι : κα Αρβανίτη, κα Δαμοράκη, κ. Κωστόπουλος, κ. Λίωσης και κ. Σαλάκος.3) Νεότερα δεδομένα πρόληψης για τον γυναικείο καρκίνο. Ημερίδα από το Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Αρετাইείου Νοσοκομείου σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας και με τον Σύλλογο Γυναικών Αμφισσας στην αίθουσα Δημοτικού Συμβουλίου του Δήμου Δελφών Αμφισσας στις 9 Φεβρουαρίου 2013. Συμμετέχοντες : Γ.Κ. Κρεατσάς, Ν. Σαλάκος, Χ. Αναστασόπουλος, Χ. Γρηγοριάδης, Μ. Θάνου, Χ. Σοφούδης, Εμ. Καλαμπόκας, Ι. Μπούτας, Γ. Καράμαλης και Ε. Παπαγιαννακοπούλου.

Γενικά τα στελέχη του Τμήματος, πέραν του ερευνητικού και διδακτικού έργου στο οποίο συμμετέχουν, προβαίνουν σε ανακοινώσεις /συμμετοχή σε διεθνή και πανελλήνια συνέδρια, σε δημοσιεύσεις άρθρων και εργασιών σε ελληνικά και ξένα επιστημονικά περιοδικά με θέματα μαιευτικής/γυναικολογίας, αντισύλληψης, καρκίνου ανδρικού – γυναικείου, υπογονιμότητας, συμβουλευτικής.(Πεπραγμένα Κλινικής Β Μ/Γ Κλινικής Πανεπιστήμιο Αθηνών,1998-2013)(www.aretaiio.gr

### 3.3 Η ίδρυση και η δράση της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού

Μέχρι το 1976 , εκτός από κάποιες συζητήσεις και αναζητήσεις μέσα στον κλειστό ιατρικό χώρο από ευαισθητοποιημένα άτομα ή μικρές ομάδες και ορισμένες επιστημονικές εργασίες, οι οποίες είχαν επισημάνει το πρόβλημα των εκτρώσεων στην χώρα μας, τίποτε το ουσιαστικό και ολοκληρωμένο δεν υπήρχε. Το 1973 συστήθηκε από ομάδα επιστημόνων, αποτελούμενη κυρίως από ιατρούς η Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού. Η Εταιρεία αυτή μέχρι το 1976 που ιδρύθηκε η Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού δεν είχε καμία δημόσια εμφάνιση ή δραστηριότητα. Η Εταιρεία αυτή ενεργοποιήθηκε σε κάποιο βαθμό μετά το 1976 και κυρίως στην παροχή υπηρεσιών στο «Μαιευτήριο Αλεξάνδρα» όπου λειτούργησε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Στα χρόνια που ακολούθησαν από την ίδρυση της Εταιρείας εμφανίστηκαν στο χώρο αυτό και άλλες ομάδες και κινήσεις (Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού Βορείου Ελλάδος, οι ομάδες Οικογενειακού Προγραμματισμού στα Νοσοκομεία: Παίδων Αγίας Σοφίας της Αθήνας, Αγίας Σοφίας της Θεσσαλονίκης, το Νοσοκομείο των Ιωαννίνων, κ.λ.π.) που η κάθε μια προσέφερε στον Ο.Π. στο μέτρο των δυνατοτήτων της. Σημαντική ήταν και η προσφορά ορισμένων γυναικείων οργανώσεων παρά την προσπάθεια μερικών εξ αυτών να εκμεταλλευτούν κομματικά τον θεσμό.

Όταν ιδρύθηκε η Εταιρεία στην χώρα μας ο οικογενειακός προγραμματισμός ήταν ανύπαρκτος σαν κοινωνικό κίνημα. Παράλληλα από την πλευρά της Πολιτείας δεν διαφαινόταν προς την κατεύθυνση προώθησης της ιδέας αυτής. Αυτό αποδίδεται ενδεχομένως πέραν των οποιοδήποτε κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών, στη σύγχυση του Ο.Π. με τη δημογραφική κατάσταση της χώρας, στην απροθυμία της Πολιτείας στην όποια αντιπαράθεση με την εκκλησία καθώς και στην παρεμβολή της επτάχρονης δικτατορίας.

Το κενό αυτό ήρθε να καλύψει η ίδρυση της Εταιρείας τον Νοέμβρη του 1976, όταν μια μικρή ομάδα ευαισθητοποιημένων ατόμων, συνέταξε το καταστατικό της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού υπέγραψε ιδρυτική πράξη και εξέλεξε προσωρινό Διοικητικό Συμβούλιο.

Η προσπάθεια αυτή ξεκίνησε με τρομερές δυσκολίες, όχι μόνο διότι το εννοιολογικό και φιλοσοφικό περιεχόμενο του Ο.Π. ήταν άγνωστο στο ευρύ κοινό, αλλά και γιατί ο όρος δεν υπήρχε στην νομοθεσία, στα πολιτικά κείμενα, στα προγράμματα των κομμάτων. Παρόλο που η Ελλάδα είχε αποδεχτεί επίσημα τις αρχές του Ο.Π. προσυπογράφοντας το «Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης για τον πληθυσμό» που θεσμοθετήθηκε στο Παγκόσμιο Συνέδριο Πληθυσμού του Ο.Η.Ε. στο Βουκουρέστι το 1974. Παράλληλα ο Ο.Π. αγγίζει παραδοσιακούς θεσμούς και αυτά που το άτομο θεωρεί αυστηρά προσωπική του ζωή (οικογένεια, λειτουργία της αναπαραγωγής, σεξουαλικότητα, κ.λ.π.) και γενικά αντιμετώπιζε μια κοινωνία μεσογειακή με ταμπού και βαθιές ρίζες στις παραδόσεις.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες ξεκίνησε η ιδρυτική αυτή ομάδα την οποία αποτελούσαν άτομα με διαφορετικές κοινωνικοπολιτικές αντιλήψεις, διαφορετικά επαγγέλματα, επιστήμονες και μη αλλά και που τα διέκρινε ένας κοινός προβληματισμός, μια κοινή αντίληψη σε ότι αφορούσε τον Ο.Π. στην χώρα μας. Τότε η πίστη στην αναγκαιότητα του θεσμού, η θέληση να προχωρήσουν και να κρατήσουν τον Ο.Π. πάνω και έξω από τα κόμματα και την οποιαδήποτε πολιτική σκοπιμότητα ήταν τα κύρια χαρακτηριστικά των ατόμων αυτών.

Φυσικά με την ίδρυση της Εταιρείας ανέκυψαν προβλήματα άμεσα και σοβαρά προβλήματα όπως οικονομικά, έλλειψη στελεχών, έντυπου ενημερωτικού υλικού, στέγης, διασυνδέσεων, κ.λ.π. Το πρόβλημα στέγης, άμεσα συνδεδεμένο με το οικονομικό, φάνηκε αμέσως επιτακτικό. Η Μαρία Χουρδάκη προσέφερε στέγη στις Σχολές Γονέων, Ασκληπιού 43, όπου άρχισε να λειτουργεί η Εταιρεία. Αντικειμενικές δυσκολίες ανάγκασαν την Ε.Ο.Π. τον επόμενο χρόνο να αλλάξει διεύθυνση και στεγάστηκε προσωρινά στο γραφείο της Βουλευτού Βιργινίας Τσουδερού στην οδό Βουκουρεστίου 29 και στη συνέχεια στην Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Παπαδιαμαντοπούλου 4, της οποίας έγινε μέλος. Βέβαια το οικονομικό πρόβλημα εξακολούθησε να είναι πιεστικό και η Εταιρεία δεν διέθετε πόρους, εκτός από τις συνδρομές των πρώτων μελών που αποτελούσε ποσό ασήμαντο. Μια δωρεά ύψους 5.000 δρχ. από φαρμακευτική εταιρεία έδωσε τη δυνατότητα να τυπωθούν δυο αφίσες και τα πρώτα ενημερωτικά φυλλάδια:

- ✚ Δίπτυχο, με το ερωτηματικό: Πότε πρέπει να γεννηθεί ένα παιδί;
- ✚ Φυλλάδιο: Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός δεν είναι μυστικό. Ρώτησε μας.

Την επιμέλεια των φυλλαδίων αυτών είχαν ο Γ. Κιντής και η Αντ. Τριχοπούλου-Πολυχρονοπούλου. Το 1978 η Ε.Ο.Π. απέκτησε τα πρώτα χρήματα όταν ο Βιομήχανος Μποδοσάκης πρόσφερε στην Εταιρεία δωρεά με το ποσό του 1.000.000 δρχ. Με αυτό το ποσό η Εταιρεία κατάφερε να στεγαστεί στη Σόλωνος 121 και να καλύψει τις βασικές λειτουργικές ανάγκες της.

Η Εταιρία για να αντιμετωπίσει την έλλειψη αυτών, διοργάνωσε τον Οκτώβριο του 1978 Εκπαιδευτικό Σεμινάριο στην Ανωτέρα Σχολή Επισκεπτριών Αδελφών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Το Σεμινάριο παρακολούθησαν 30 περίπου άτομα, ιατροί, μαιές, επισκέπτριες υγείας και κατά γενική ομολογία ήταν επιτυχημένο. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ήταν η πρώτη φορά που γινόταν στην Ελλάδα σεμινάριο με αντικείμενο τον Οικογενειακό Προγραμματισμό.

Η απήχηση και η επιτυχία του πρώτου αυτού σεμιναρίου, ενθάρρυνε την εταιρεία να συνεχίσει τη προσπάθεια εκπαίδευσης των στελεχών. Για το σκοπό αυτό αγοράστηκε το 1979 μηχανήμα προβολής (Projector), τυπώθηκαν οι πρώτες διαφάνειες (Slides) και η εκπαίδευση των στελεχών συνεχίστηκε το 1979 και 1980 στα γραφεία της Εταιρείας με τακτικά εκπαιδευτικά μαθήματα κάθε Τρίτη απόγευμα 18:00 – 20:00 μ.μ.. Τα σεμινάρια αυτά τα παρακολούθησαν διάφορες ομάδες ατόμων, οι οποίες κυρίως προέρχονταν από επαγγελματίες υγείας.

Στην προσπάθεια δημιουργίας στελεχών εντάσσεται και το σεμινάριο που διοργανώθηκε αργότερα το 1981. Συγκεκριμένα το Μάρτιο του 1981 η Εταιρεία σε συνεργασία με το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, την IPPF και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) διοργάνωσε στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, ένα πολύ σημαντικό εβδομαδιαίο εντατικό σεμινάριο με θέμα: «Οικογενειακός Προγραμματισμός και Υγεία». Το σεμινάριο κάλυψε όλες τις πλευρές του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Δίδαξαν 28 Έλληνες και ξένοι επιστήμονες και το παρακολούθησαν πάνω από 80 άτομα, κυρίως επαγγελματίες υγείας.

Εν τω μεταξύ στις 13 Ιανουαρίου 1979 συγκαλείται η πρώτη Γενική Συνέλευση των μελών της Εταιρείας και γίνονται οι πρώτες αρχαιρεσίες. Το εκλεγμένο Διοικητικό Συμβούλιο συγκροτήθηκε σε σώμα με την ακόλουθη σύνθεση :

Πρόεδρος: Βιργινία Τσουδερού, Βουλευτής, Οικονομολόγος

Αντιπρόεδρος: Κλεοπάτρα Μαύρου, Παιδίατρος, Καθηγήτρια Υγειονομικής Σχολής Αθηνών

Γεν. Γραμματέας: Γεώργιος Κιντής, Μαιευτήρας Γυναικολόγος

Ταμίας: Γαλάτεια Σακκά, Νοικοκυρά

Ειδ. Γραμματέας: Βασιλική Μαργαριτίδου Τυμπλαλέξη, Επισκέπτρια Αδελφή

Σύμβουλοι: Μιχαήλ Παπαδάκης, Δημοσιογράφος

Αντωνία Τριχοπούλου – Πολυχρονοπούλου, Μικροβιολόγος

Αφροδίτη Τεπέρογλου, Κοινωνιολόγος, Ε.Κ.Κ.Ε

Βασίλης Φίλιας, Κοινωνιολόγος, Καθηγητής Παντείου, Διευθυντής Ε.Κ.Κ.Ε

Η Εταιρεία λειτουργεί με βάση τις προδιαγραφές της Ι.Ρ.Ρ.Ε. η οποία δε δέχεται την κομματικοποίηση και αυτοί που την ξεκίνησαν ήταν αποφασισμένοι να την κρατήσουν μακριά από τα κόμματα. Η συνεργασία της Εταιρείας με τα γυναικεία σώματα βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα ενώ η πληροφόρηση και η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης αποτελεί βασικό στόχο και γίνεται με κάθε δυνατό τρόπο. Διαλέξεις, συνεντεύξεις, ραδιοφωνικές και τηλεοπτικές εκπομπές, διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων αλλά και συνεργασία με άλλους φορείς (κρατικές υπηρεσίες, φορείς υγείας, τοπική αυτοδιοίκηση, νομαρχιακές επιτροπές λαϊκής επιμόρφωσης, γυναικεία σωματεία και οργανώσεις, συλλόγους).

Παράλληλα η Εταιρεία ξεκινά την έκδοση έντυπου ενημερωτικού υλικού και το 1979 μεταφράζεται το βιβλίο του Clive Wood «Αντισύλληψη» (Contraception explained), που είχε γράψει για λογαριασμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, από την κα Οικονόμου – Μαύρου Κλεοπάτρα. Η ίδια είχε αναλάβει την επιμέλεια και την έκδοση του. Ακολούθησε η έκδοση «Τι πρέπει να ξέρουμε για τα Αφροδίσια», την επιμέλεια του είχαν η Ευαγγελία Κακλαμάνη,



Εντετελεμένη Υφηγήτρια του Πανεπιστημίου Αθηνών και ο Ιωάννης Γκουλιώνης, Ιατρός. Μέσα στο 1980 η Εταιρεία πραγματοποίησε άλλες δυο εκδόσεις:

1. «Βασική Ρύθμιση της γονιμότητας» του Ευρωπαϊκού Τμήματος της I.P.P.F. σε μετάφραση επίσης της κας Κλ. Μαύρου. Ένα βιβλίο που αποτελεί βοήθημα για το υγειονομικό προσωπικό.
2. «Θέλεις ένα παιδί!» - Αλλά τι ξέρεις για τη συζυγική στειρότητα». Την έκδοση επιμελήθηκαν οι Ζήσης Παπαθανασίου Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Γιώργος Κιντής Μαιευτήρας Γυναικολόγος και Κάτια Σπανίδου, Φαρμακοποιός.

Στον ίδιο χώρο άρχισε η λειτουργία Συμβουλευτικού Σταθμού, όπου υπήρχε η δυνατότητα παροχής από ειδικούς πληροφορίες και συμβουλές σε ατομική βάση για αντισύλληψη, αφροδίσια νοσήματα, θέματα προληπτικής γενετικής, διαπροσωπικών σχέσεων και άλλα προβλήματα που αναφέρονται στις γενετήσιες σχέσεις με Υπεύθυνη την κα Μαργαριτίδου Βασιλική, Επισκέπτρια Αδελφή. Αργότερα οργανώθηκε και λειτούργησε πλήρως εξοπλισμένο ιατρείο, όπου προσέφεραν δωρεάν τις υπηρεσίες τους οι πεπειραμένοι γυναικολόγοι: Γ. Κιντής, Λ. Μουζάκα, Ζ. Παπαθανασίου και Στ. Φτούλης. Άξιο αναφοράς ότι ο εν λόγω Συμβουλευτικός Σταθμός αποτελεί την δημιουργία πρώτου Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού το οποίο λειτουργεί με Υπεύθυνη την κα Τσεμπέρη, Επισκέπτρια Υγείας – Σύμβουλο μετά την αποχώρηση της κας Μαργαριτίδου.

Στόχος της Εταιρείας ήταν να ικανοποιηθούν ανάγκες των πολιτών της χώρας αλλά και να χρησιμοποιηθεί ο Σταθμός ως πρότυπο κέντρο για την εκπαίδευση στελεχών του. Οι προσερχόμενοι για συμβουλευτική ή για πληροφόρηση ήταν κυρίως νέοι, φοιτητές, σπουδαστές και εργαζόμενοι. Από τον Μάιο του 1985 η Ελλάδα αντιπροσωπεύεται με την Εταιρεία στην I.P.P.F. κατόπιν εγκρίσεως αίτησης, που είχε υποβάλει η Εταιρεία, αλλά και μετά από αναγνώριση του έργου της Εταιρείας από την Διεθνή Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (IPPF). Συγκεκριμένα το Ευρωπαϊκό τμήμα της I.P.P.F. παρακολούθησε από κοντά τις δραστηριότητες της Εταιρείας από την ίδρυση της. Μέλη της εκτελεστικής επιτροπής επισκέφθηκαν επανειλημμένα την χώρα μας αφενός για να διερευνήσουν επί τόπου τις δραστηριότητες στο χώρο του Ο.Π. και αφετέρου καλούσαν την Εταιρεία, με εκπροσώπους – παρατηρητές, να παρακολουθήσει τις ετήσιες συναντήσεις του Τμήματος. Όταν διαπίστωσαν τη σοβαρότητα του έργου και της αέναης προσπάθειας της Εταιρείας πρότειναν την ένταξη της στην I.P.P.F.

Ενώ το 1986 η Κυβέρνηση μετά από πολλές παλινωδίες φέρνει με νομοσχέδιο το ζήτημα της έκτρωσης, ψηφίζεται ο Ν.1036/86 για την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και την προστασία της υγείας της γυναίκας. Η Εταιρεία μελέτησε με προσοχή το Νομοσχέδιο και υπέβαλε στους αρμόδιους Υπουργούς και βουλευτές συγκεκριμένες προτάσεις και τροποποιήσεις. Συγκεκριμένα η Εταιρεία συνεργάστηκε και βοήθησε τον κ. Δοξιάδη στη σύνταξη και διαμόρφωση του νομοσχεδίου. Επίσης κατά τη διάρκεια της συζήτησης στη Βουλή μετέφρασε και μοίρασε σε όλους τους βουλευτές και τα κόμματα, τη νομική κατάσταση όπως αυτή ίσχυε στις χώρες της Ευρώπης για την αντισύλληψη και την έκτρωση, όπως στην Αυστρία, στο Βέλγιο, στη Δανία, στη Λαϊκή Δημοκρατία της Γερμανίας, στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας, στην Φινλανδία, στην Γαλλία, στην Ουγγαρία, στην Ιταλία, στην Ολλανδία, στην Νορβηγία, στην Πολωνία, στην Πορτογαλία, στην Σουηδία, στην Γιουγκοσλαβία, στο Ενωμένο Βασίλειο, στην Ιρλανδία αλλά και στην Τουρκία. Το 1983 η Κυβέρνηση με τον Ν.1397 περί Ε.Σ.Υ. τροποποίησε τον 1036/80 και με το άρθρο 22 η όλη ευθύνη για Ο.Π., εκπαίδευση, πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση περιέρχονται στην κρατική εξουσία. Ενώ διεθνώς αναγνωρίζεται ο ρόλος των μη κερδοσκοπικών, μη κυβερνητικών οργανώσεων, ως παράλληλος και

συμπληρωματικός προς τους κρατικούς φορείς, επιβεβαιώνεται από την επιβράβευση της I.P.P.F. από τον Ο.Η.Ε. για την διεθνή της προσφορά. Σύμφωνα άλλωστε με αυτό το πνεύμα ήταν και η απόφαση της Π.Ο.Υ. να καλέσει το 1985 στη Γενεύη σε διεθνή Συνδιάσκεψη τις διεθνείς μη κρατικές οργανώσεις για να επεξεργαστούν από κοινού τρόπους για την προώθηση των θεμάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Η Εταιρεία με τρεις επιστολές θέλησε να γνωστοποιήσει και να επισημάνει ότι το άρθρο 22 του Ν.1397/1986 δεν περιλαμβάνει την συμμετοχή ιδιωτικών φορέων κοινωφελούς χαρακτήρα, ενώ είναι διεθνώς αναγνωρισμένος ο ρόλος τους στην προώθηση και εμπέδωση του Ο.Π., μια προς τον Υπουργό Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και δυο προς το ΚΕ. Σ.Υ.

Στις 11.3.1986 μετά από Γενική Συνέλευση και με το άρθρο 2 του καταστατικού της Ε.Ο.Π., με την υπ' αριθμ. 3470/86 του Πρωτοδικείου Αθηνών, σκοπός της Εταιρείας είναι η μελέτη, προβολή, προβολή, προώθηση και επίλυση θεμάτων που βοηθούν στον ορθό οικογενειακό προγραμματισμό, στην ομαλή συμβίωση και υγεία της οικογένειας, δηλαδή οι σκοποί για τους οποίους ιδρύεται η Εταιρεία είναι :

- ✚ Να προάγει την επιμόρφωση του λαού σε θέματα Ο.Π. και να δημιουργεί υπεύθυνους γονείς προς όφελος της οικογένειας και της κοινωνίας
- ✚ Να προωθήσει την παροχή συμβουλών πάνω στην αντισύλληψη, ακούσια στείρωση και σεξουαλική αγωγή πριν και μετά τον γάμο
- ✚ Να παροτρύνει και να βοηθήσει στην δημιουργία παραρτημάτων της Εταιρείας σε ολόκληρη την χώρα
- ✚ Να ενθαρρύνει την επιμόρφωση γιατρών, νοσοκόμων, επισκεπτριών αδελφών και κοινωνικών λειτουργών σε όλους τους τομείς του οικογενειακού προγραμματισμού καθώς και στην πρακτική του εφαρμογή
- ✚ Να διατηρεί σχέσεις με τις αρμόδιες υπηρεσίες του κράτους καθώς και με άλλες ελληνικές και διεθνείς οργανώσεις με παρεμφερείς σκοπούς.(Ο.Π.,Ε.Ο.Π,1988)

Κατά την δεκαετία 1990-2000 με ορόσημο το 1996 ιδρύθηκε υπό την βοήθεια του Καθηγητού κ. Γ.Κ. Κρεατσά και της συμβούλου κας Κ.Τσεμπέρη η «Ομάδα Νέων» της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού από τρία νέα μέλη: Το μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου, κ. Α. Κυριακόπουλο (Ιατρό ειδικευόμενο πλαστικής Χειρουργικής – ΤΕ Επισκέπτη Υγείας), κ. Χ. Παπαχρήστο (Κοινωνιολόγο – ΤΕ Μαιευτή) και την κα Σ. Διονυσάτου (ΤΕ Επισκέπτρια Υγείας).

Παράδειγμα προγράμματος από νέους για νέους αποτελεί η ομάδα νέων της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού. Με βάση τα πρότυπα της Διεθνούς Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού (IPPF) συστήθηκε ομάδα νέων ηλικίας 18 έως και 25 ετών αποτελούμενη κυρίως από φοιτητές επαγγελματιών υγείας (ιατρικής, μαιευτικής, νοσηλευτικής, επισκέπτων υγείας και κοινωνικών λειτουργών). Η ομάδα νέων απευθύνεται αποκλειστικά σε νεαρά άτομα ακολουθώντας τη θεωρία της μετάδοσης έγκυρης γνώσης από νέους σε νέους. Η ενημέρωση των ιδίων έγινε με την παρακολούθηση σεμιναρίων που διοργανώθηκαν από την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού ( ΕΟΠ ) αλλά και από άλλους φορείς, όπως την Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας καθώς και τα Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στη Μαιευτική – Γυναικολογία που διοργανώνουν οι δυο Πανεπιστημιακές Κλινικές στο «Αρεταίειο» Νοσοκομείο και στο ΠΓΝ «Αλεξάνδρα».

Επίσης, οι νέοι παρακολούθησαν διδασκαλίες από ξένους ομιλητές ειδικούς σε θέματα αγωγής υγείας, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και συμβουλευτικής, οι οποίοι προσκλήθηκαν από την ΕΟΠ. Συνεργάστηκαν σε ανάλογα προγράμματα με την ομάδα νέων της Κύπρου με

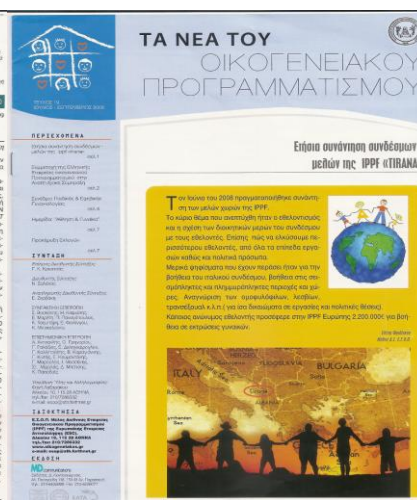
επισκέψεις αμφοτέρων των ομάδων στις αντίστοιχες εγκαταστάσεις των ΕΟΠ της Ελλάδας και της Κύπρου. Συνέταξαν και μοίρασαν ερωτηματολόγια με θέματα όπως: «η ενημέρωση των νέων από νέους, οι μέθοδοι αντισύλληψης, η κύηση στην εφηβεία, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η στελέχωση των συμβουλευτικών σταθμών από νέους κ.ά.».

Οι εμπειρίες που αποκτήθηκαν από τα προγράμματα αυτά, η υποστήριξη της ομάδας από μέλος της ΕΟΠ εξειδικευμένου στη συμβουλευτική και σε προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, ο ενθουσιασμός και η εργατικότητα των ίδιων των νέων δημιούργησαν συμβουλευτικό σταθμό από νέους για νέους, διότι έχει αποδειχτεί ότι οι συζητήσεις μεταξύ των νέων και η βιωματική προσέγγιση δημιουργούν ένα κλίμα εμπιστοσύνης και εκτίμησης μεταξύ τους, βασικά στοιχεία για τη μετάδοση γνώσεων. Άλλες δραστηριότητες της ομάδας νέων είναι η ενημέρωση με ετήσιες εξορμήσεις: την Παγκόσμια Ημέρα του AIDS 1 Δεκεμβρίου, την Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης 26 Σεπτεμβρίου, την Ημέρα του Αγίου Βαλεντίνου 14 Φεβρουαρίου, τη Παγκόσμια Ημέρα της Γυναίκας, στο Καρναβάλι της Πάτρας και στα νησιά.

Από τον ικανότατο γυναικολόγο κ. Γ. Κινητή για πολλά χρόνια καθώς και ο Καθηγητής κ. Ι. Μ. Δανέζης ο οποίος για πολλά χρόνια εξεδίκε την εφημερίδα «Οικογενειακός Προγραμματισμός» (Εικ. Α και Β), και η μετέπειτα οργάνωση και επιστημονική στήριξη από τον Καθηγητή κ. Γ. Κ. Κρεατσά αύξησε τις δραστηριότητες της ΕΟΠ σε Πανελλήνιο αλλά και Διεθνές επίπεδο. (Κρεατσάς, 2003)



Εικ.Α



Εικ.Β

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Διεθνούς Ομοσπονδίας του Οικογενειακού Προγραμματισμού ανένευε διαπίστευση στην Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, μετά από έλεγχο ως προς την συγκρότηση, τη διοίκηση και τον σχεδιασμό του, στις 03 Νοεμβρίου 2006. Επιπλέον η Ε.Ο.Π. αποτελεί μέλος της E.S.C. – Ευρωπαϊκής Εταιρείας Αντισύλληψης και συμμετέχει σε καμπάνιες και συνέδρια που διοργανώνονται. Πλέον ασχολείται με ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και αγωνίζεται για την προώθηση και προάσπιση των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων αυτών δίχως πολιτιστικά και θρησκευτικά κριτήρια και με σεβασμό στην οποιαδήποτε ιδιαιτερότητα. Η Εταιρεία αλλάζει στο καταστατικό της, το 2007, την ονομασία της, από Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού σε Ελληνικό Σύνδεσμο Οικογενειακού Προγραμματισμού, ώστε να αποκτήσει τη δυνατότητα να συμμετέχει σε προγράμματα άλλων χωρών αλλά και να είναι εφικτή η υποβολή πρότασης της σε προγράμματα άλλων χωρών.

Ιδιαίτερη σημασία αποτελεί το γεγονός ότι από τον Ιούλιο του 2008 ο Ελληνικός

Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού Ε.Σ.Ο.Π.(τ. Ε.Ο.Π.) είναι εγγεγραμμένος στο Ειδικό Μητρώο Μ.Κ.Ο της ΥΔΑΣ του Υπουργείου Εξωτερικών και υποβάλλει προτάσεις για την υλοποίηση προγραμμάτων σε χώρες αναπτυσσόμενες.

Στην προσπάθεια που καταβάλλει η Εταιρεία μέσα από:

1) την συνεργασία της με άλλους φορείς:

Στο πλαίσιο υλοποίησης του προγράμματος «Αναπτυξιακής Συνεργασίας» της Ε.Ο.Π. και του Κ.Ε.Θ.Ι πραγματοποιήθηκαν Σεμινάρια με θέμα <<Εκπαίδευση-Κοινωνικός Αποκλεισμός-Πορνεία - Μετανάστευση, στα Τίρανα της Αλβανίας, της Γεωργίας και στο Κισινάου της Μολδαβίας.(2005-2006)

Υλοποίηση ευρωπαϊκού προγράμματος κατάρτισης 2006-2008. Το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ο Ειδικός Λογαριασμός Κονδυλίων Έρευνας και η Β΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών με την Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού υλοποίησε πρόγραμμα κατάρτισης με τίτλο: « Προαγωγή – Αγωγή Υγείας. Εκπαίδευση στελεχών δημόσιας υγείας για παροχή πρόνοιας σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες». Οι θεματικές ενότητες του προγράμματος ήταν άμεσα συσχετιζόμενες με τον οικογενειακό προγραμματισμό και βασιζόταν στην εκπαίδευση εκπαιδευτών, μια από τις βασικές υπηρεσίες του κινήματος αυτού.

Συμμετοχή της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού στην αναπτυξιακή σύμπραξη «Δικαίωμα στην Οικογένεια και Εναρμόνιση Επαγγελματικής & Οικογενειακής Ζωής» στο πλαίσιο υλοποίησης του έργου Equal (2006-2008). Κεντρικός στόχος του έργου είναι η συγκρότηση και η εφαρμογή μιας συνολικής προσέγγισης για την αντιμετώπιση των παραμέτρων που αποτελούν τροχοπέδη στο συνδυασμό οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής.

2) Δράσεις - Παγκόσμιες Ημέρες. Η Ομάδα νέων της Ε.Ο.Π κρίνοντας

- την Παγκόσμια Ημέρα Αντισύλληψης
- την Παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS

ως τις πιο άμεσα συνυφασμένες με τις αρχές και τους θεσμούς της πραγματοποιεί εκδηλώσεις, με στόχο την ενημέρωση των νέων για την αντισύλληψη και την αποφυγή μετάδοσης των Σ.Μ.Ν. και του AIDS σε κεντρικές πλατείες και δρόμους της Αθήνας.

3) Συνέδρια

Η Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού στην προσπάθεια του να εκπαιδεύσει τους εθελοντές του σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού κάθε χρόνο σχεδιάζει και οργανώνει σεμινάρια με θέμα τον Οικογενειακό Προγραμματισμό.Εκτός από τα σεμινάρια οργανώνει και συνέδρια με τη συμμετοχή και άλλων χωρών της Μεσογείου με θέμα τα ΄Σεξουαλικά και αναπαραγωγικά Δικαιώματα του ανθρώπου. Αυτά που έχουν πραγματοποιηθεί είναι:

- ❖ 1<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα, 1998
- ❖ 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα, 2000
- ❖ 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα, 2004, με διεθνή συμμετοχή
- ❖ 4<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα, 2006, με διεθνή συμμετοχή
- ❖ 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού, Θεσ/κη, 2008, με διεθνή συμμετοχή, Θεσσαλονίκη με διεθνή συμμετοχή
- ❖ 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού, 2010, Αλεξανδρούπολη

- ❖ 7<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού & 2<sup>ο</sup> μαθητικό συνέδριο με θέμα: «Η ολιστική θεώρηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού στη Σύγχρονη Κοινωνία», θα πραγματοποιηθεί τον Οκτώβριο του 2015.

#### 4) Σεμινάρια:

- Εκπαιδευτικό Σεμινάριο Εκπαιδευτικών με θέμα «Αγωγής Υγείας-Διαφυλικών Σχέσεων» Αγρίνιο, 30-11-2007
- Επιμορφωτικό Σεμινάριο για Εκπαιδευτικούς : «Διαφυλικές Σχέσεις και ο ρόλος του Εκπαιδευτικού», Πειραιάς, 07-12-2007
- Επιμορφωτικό Σεμινάριο «ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΑΓΩΓΗ-ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ - Σ.Μ.Ν. – ΔΙΑΦΥΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ», Αράχωβα, 14-12-2007(Πρακτικά Δ.Σ.,2000-2010)

Κάθε χρόνο υλοποιούνται ενημερωτικές ομιλίες με θέμα: "Διαφυλική Αγωγή και Υγεία" με εισηγήτρια την κ.Καλλιόπη Τσεμπέρη, Επισκέπτρια Υγείας - Σύμβουλο της Ε.Ο.Π σε 100 σχολεία στην Αθήνα και στην περιφέρεια της Ελλάδας ανά έτος, με την έγκριση του Υπουργείου Παιδείας τα τελευταία 20 χρόνια. Η ενημέρωση στα σχολεία γίνεται μετά από έγγραφη έγκριση του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων για κάθε σχολικό έτος από την κα Τσεμπέρη και από την ομάδα του Τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών. Αξιόλογη είναι όμως και η συνεργασία της Εταιρείας με την Ορθόδοξη Εκκλησία της Ελλάδος, καθώς η δεύτερη μέσω του Κέντρου Στήριξης της Οικογένειας και της δημιουργίας του θεσμού των Σχολών Γονέων της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών προσπαθεί να βοηθήσει νεαρά άτομα και γονείς με ευρεία θεματολογία στην οποία εντάσσεται ο οικογενειακός προγραμματισμός.

Ουσιαστικά επιδιώκει την εκπλήρωση των στόχων της με την καλύτερη δυνατή παροχή των υπηρεσιών της, ώστε να επιτυγχάνεται η οργάνωση της ατομικής και οικογενειακής ζωής για ένα ευτυχέστερο μέλλον και τη μεταμόρφωση μιας μέτριας κοινωνικής δομής σε μια καλή κοινωνία. Σήμερα λειτουργεί με την ονομασία Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας, σύμφωνα με την με αριθ. 253/18.2.2014 Απόφασης Πρακτικού του Διοικητικού Συμβουλίου, ενώ υπήρξε ως θέμα στην ημερήσια διάταξη στην με αριθ. Απόφασης 251/19.01.2013 σχετικά με την ονομασία καθώς μετά την αξιολόγηση της Εταιρείας από την IPPF και άλλων εξελίξεων πάνω στο ζήτημα αυτό σε Διοικητικά Συμβούλια από τα τέλη του 2011 μέχρι και τα μέσα του 2012. Η υφιστάμενη σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου είναι: Πρόεδρος κος Σαλάκος, Αν. Καθηγητής Μαιευτικής / Γυναικολογίας, Αντιπρόεδρος: κος Δεληγεώρογλου, Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας, Γεν. Γραμματέας κος Καλαμπόκας MD,Msc,Phd Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Ταμίας κα Δρεπανού Μαία και μέλη κ.κ.Παναγόπουλος, Επικ. Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας και Τσίμαρης , Μαιευτήρας Γυναικολόγος.

Το σήμα της Εταιρείας



### 3.4 Η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού - IPPF

Η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού, γνωστή ως I.P.P.F. είναι μετά τον Διεθνή Σταυρό, η Παγκόσμια Οργάνωση ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Βασικός σκοπός της I.P.P.F. είναι «...να προωθηθεί με την εκπαίδευση και την επιστημονική έρευνα η παγκόσμια αποδοχή της ελεύθερης και υπεύθυνης γονιμότητας, ώστε η οικογένεια και η κοινωνία να είναι ευτυχέστερες». Στα μέσα της δεκαετίας του '80 τα μέλη της είναι 104 και αντιπροσωπεύουν 123 χώρες (η Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού της Καραϊβικής είναι Ομοσπονδία – Federation – και περιλαμβάνει 20 χώρες). Τα μέλη της είναι εταιρείες Ο.Π. , μη κρατικές, μη κερδοσκοπικές, ανεξάρτητες, που εργάζονται σε εθελοντική βάση. Κάθε χώρα αντιπροσωπεύεται από μια Εταιρεία και μέλη της I.P.P.F. είναι εταιρείες από χώρες από όλο τον κόσμο. Στο διεθνές αυτό δίκτυο των αυτόνομων εθνικών οργανώσεων οικογενειακού προγραμματισμού βρίσκεται και η δύναμη της. Οργανικά η I.P.P.F. χωρίζεται σε 6 γεωγραφικές περιοχές (τμήματα) και σε κάθε περιοχή περιλαμβάνονται χώρες με ομοιότητες *εθνολογικές, γλωσσικές και πολιτιστικές*, με σκοπό να συνεργαστούν για την προώθηση του Ο.Π. σύμφωνα με τις διαφορετικές συνθήκες που μπορεί να επικρατούν σε κάθε περιοχή και χώρα. Ένα από αυτά τα τμήματα είναι και το τμήμα της Ευρώπης που απαρτίζεται από 22 μέλη. Ανάμεσα στα μέλη του είναι οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης, πολλές χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (Βουλγαρία, Πολωνία, Ουγγαρία), η Κύπρος και από τον Μάιο του 1985 η Ελλάδα.

Σύμφωνα με την Διεθνή Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού καθένας έχει δικαίωμα στην :

1. Πληροφόρηση. Να μαθαίνει για τα οφέλη του Οικογενειακού Προγραμματισμού.
2. Προσέγγιση. Να του παρέχονται υπηρεσίες άσχετα με το φύλο, τη θρησκεία, το χρώμα, τη συζυγική κατάσταση ή τη θέση.
3. Εκλογή. Να αποφασίζει ελεύθερα πότε να εφαρμόζει τον Οικογενειακό Προγραμματισμό και ποια μέθοδο να χρησιμοποιεί.
4. Ασφάλεια. Να γίνει ικανός ώστε να εφαρμόζει τον Οικογενειακό Προγραμματισμό με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.
5. Αποκλειστικότητα. Να του εξασφαλίζεται ένα ιδιαίτερο περιβάλλον κατά τη διάρκεια συμβουλών ή υπηρεσιών.
6. Άνεση. Να νιώθει άνετα όταν δέχεται υπηρεσίες.
7. Εμπιστοσύνη. Να είναι βέβαιος πως οποιαδήποτε ατομική πληροφορία θα παραμείνει εμπιστευτική.
8. Διάρκεια. Να παίρνει αντισυλληπτικές οδηγίες και προμήθειες για όσο καιρό χρειάζεται.
9. Αξιοπρέπεια. Να αντιμετωπίζεται με ευγένεια, σεβασμό και επιμέλεια
10. Γνώμη. Να αξιολογεί τις υπηρεσίες που του προσφέρονται.

Ο Χάρτης της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού – ΔΟΟΠ ( International Planned Parenthood Federation - IPPF ) για τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα αντιπροσωπεύει την απάντηση στην πρόκληση για τον ορισμό των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων σε σχέση με τα ανθρώπινα δικαιώματα . Το « Όραμα 2000 » , το Στρατηγικό Σχέδιο της IPPF το οποίο υιοθετήθηκε από μέλη - Εταιρείες Οικογενειακού Προγραμματισμού σε περισσότερες από 140 χώρες το 1992 , δέσμευσε την Ομοσπονδία με το έργο να διαμορφώσει « ένα Πίνακα Δικαιωμάτων της IPPF σαν ένα πλαίσιο για το δικαίωμα στην

σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία . « Ο Χάρτης είναι η διακήρυξη δικαιωμάτων της IPPF , καθορίζει το περιεχόμενο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων μέσα από τα οποία η IPPF μεταφέρει το μήνυμα της σεξουαλικής – αναπαραγωγικής υγείας και δικαιωμάτων .

Ακολουθώντας το επιτυχές συμπέρασμα μιας σειράς σημαντικών συσκέψεων των Ηνωμένων Εθνών , συμπεριλαμβανομένων της Παγκόσμιας για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα ( Βιέννη , 1993 ) , της Παγκόσμιας Διάσκεψης για τον Πληθυσμό και Ανάπτυξη ( Κάιρο , 1994 ) , της Παγκόσμιας Συνόδου για Κοινωνική Ανάπτυξη ( Κοπεγχάγη , 1995 ) , και της Τέταρτης Παγκόσμιας Διάσκεψης , για τις Γυναίκες ( Πεκίνο , 1995 ) , ξεκίνησε μια σημαντική διεθνής δέσμευση να προσδιοριστούν τα ανθρώπινα δικαιώματα γενικά , και μεταξύ άλλων θεμάτων , τα οποία σχετίζονται με την υποστηριγμένη ανάπτυξη , ειδικά τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα και την υγεία , κυρίως .

Η IPPF ως ο μεγαλύτερος παγκόσμιος εθελοντικός οργανισμός για οικογενειακό προγραμματισμό , είναι πρόθυμη να ενωθεί διεθνείς προσπάθειες , προκειμένου να μετατρέψει τη γλώσσα των δικαιωμάτων σε πραγματικές βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων . Ο Χάρτης παραθέτει τι θεωρεί η Ομοσπονδία ποια είναι τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα όπως επίσης κάνει απλή τη σύνδεση μεταξύ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την πραγματικότητα της προσφοράς υπηρεσιών στον τομέα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας .

Η σειρά με την οποία τα δικαιώματα εμφανίζονται αντανακλά τη σχετικότητα τους με την αποστολή της IPPF καμία σειρά μεγέθους ή σημαντικότητας δεν υποδηλώνεται μεταξύ των διαφόρων δικαιωμάτων :

- 1 . Το Δικαίωμα στη Ζωή .
- 2 . Το Δικαίωμα στην Ελευθερία και Ασφάλεια του Ατόμου .
- 3 . Το Δικαίωμα στην Ισότητα και στην Απελευθέρωση από κάθε Μορφή Διάκρισης
- 4 . Το Δικαίωμα στην Ιδιωτική Ζωή .
- 5 . Το Δικαίωμα στην Ελευθερία Σκέψης .
- 6 . Το Δικαίωμα στην Πληροφόρηση και Εκπαίδευση .
- 7 . Το Δικαίωμα Επιλογής Γάμου ή Όχι και της Δημιουργίας και Προγραμματισμού Οικογένειας .
- 8 . Το Δικαίωμα Απόφασης Εάν ή Πότε να Αποκτήσεις Παιδιά .
- 9 . Το Δικαίωμα στη Φροντίδα και Προστασία της Υγείας .
- 10 . Το Δικαίωμα στα Οφέλη της Επιστημονικής Προόδου .
- 11 . Το Δικαίωμα στην Ελευθερία Συνάθροισης και Πολιτικής Συμμετοχής .
- 12 . Το Δικαίωμα να είσαι Απαλλαγμένος / η από Βασανιστήρια και Κακομεταχείριση .

Αποστολή της είναι να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων παρέχοντας και κάνοντας εκστρατεία για τα σεξουαλικά και αναπαραγωγική υγεία και δικαιώματα μέσω της υποστήριξης και των υπηρεσιών, ειδικά για αδύναμους και ευπαθείς ανθρώπους. Η Ομοσπονδία υπερασπίζεται το δικαίωμα όλων των ανθρώπων να απολαμβάνουν σεξουαλική ζωή ελεύθερη από αρρώστιες, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, βία και διάκριση. Η Ομοσπονδία εργάζεται ώστε να διασφαλίσει ότι οι γυναίκες δεν θα βιώσουν μη αναγκαίο κίνδυνο τραύματος, αρρώστιας και θανάτου σαν αποτέλεσμα κύησης και τοκετού, αλλά και υποστηρίζει το δικαίωμα της γυναίκας να τερματίσει/διακόψει μια εγκυμοσύνη νόμιμα και με ασφάλεια. Επίσης αγωνίζεται να ελαχιστοποιήσει τα ποσοστά των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων αλλά και να μειώσει

την ταχύτητα και τον αντίκτυπο του HIV και AIDS. Ζωτικής σημασίας αξίες για την IPPF αποτελούν τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα, που είναι διασφαλισμένα για όλους, διότι είναι διεθνώς αναγνωρισμένα ως ανθρώπινα δικαιώματα. Επιπλέον η Ομοσπονδία δεσμεύεται για την ισότητα των φύλων, την ελαχιστοποίηση του στίγματος και της διάκρισης που απειλούν την ανθρώπινη ύπαρξη και οδηγεί στην πλατιά παραβίαση της υγείας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η αντισύλληψη, η γυναικεία σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία αλλά και τα δικαιώματα (σεξουαλικά και αναπαραγωγική, οι νέοι και οι έφηβοι, η υπεράσπιση/υποστήριξη (παγκόσμιο, τοπικό και εθνικό επίπεδο), η ανθρωπότητα, HIV και AIDS, η ισότητα των φύλων και η έκτρωση αποτελούν τις θεματικές ενότητες της Διεθνούς Ομοσπονδίας.

Μετά από 60 χρόνια λειτουργίας, δηλαδή περίπου κοντά στο 2011, η IPPF απαριθμεί 152 μέλη - συνδέσμους σε 172 χώρες. Μάλιστα έχει οργανώσει περίπου 65.000 σημεία υπηρεσιών σε παγκόσμιο επίπεδο και ως το 2011 οικονομικές ευκολίες, που έχουν διανεμηθεί, ξεπερνούν τα 89.000.000 σε υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Ο εθελοντισμός είναι κεντρικό χαρακτηριστικό ήθος της IPPF και εκατομμύρια εθελοντές εργάζονται στην Ομοσπονδία σε παγκόσμιο επίπεδο. Όραμα της αποτελεί ο αγώνας της για έναν κόσμο στον οποίο όλες οι γυναίκες, οι άντρες και οι νέοι θα έχουν πρόσβαση στην σεξουαλική και αναπαραγωγική ενημέρωση και υπηρεσίες που χρειάζονται – έναν κόσμο στον οποίο η σεξουαλικότητα αναγνωρίζεται σαν φυσική και ανεκτίμητη πλευρά της ζωής και σαν θεμελιώδες δικαίωμα και για έναν κόσμο στον οποίο οι επιλογές είναι πλήρως σεβαστές αλλά και όπου το «στίγμα» και η διάκριση δεν έχουν θέση. Τον Μάιο του 2008 η Διακήρυξη της ΔΟΟΠ περιελάμβανε δικαιώματα σε άξονες διασφάλισης, προστασίας και αναβάθμισης πλαισιωμένοι από επτά κατευθυντήριες αρχές. Αυτά είναι:

1. Δικαίωμα στην ισότητα, ίση προστασία από το νόμο και ελευθερία από σχήματα διακρίσεων βασισμένα στο φύλο, στην σεξουαλικότητα ή στο γένος.
2. Δικαίωμα στην συμμετοχή για όλα τα άτομα ανεξάρτητα από φύλο ή σεξουαλικότητα ή γένος
3. Δικαίωμα στη ζωή, ελευθερία, ασφάλεια του ατόμου και σωματικής ακεραιότητας.
4. Δικαίωμα στην ιδιωτικότητα
5. Δικαίωμα στην προσωπική αυτονομία αναγνώριση από το νόμο
6. Δικαίωμα στην ελευθερία της σκέψης, άποψης και έκφρασης.
7. Δικαίωμα στην υγεία και στα οφέλη από την επιστημονική πρόοδο.
8. Δικαίωμα στην εκπαίδευση και πληροφόρηση
9. Δικαίωμα στην επιλογή της απόφασης του γάμου ή μη και στη δημιουργία οικογένειας αλλά και στην απόφαση αν ή αν όχι και πως και πότε θα αποκτήσει παιδιά.
10. Δικαίωμα στην υπευθυνότητα και στην αποκατάσταση.

Το 2009 η IPPF+ καθιερώθηκε ως Ομοσπονδία – ευρύ δίκτυο ανθρώπων που ζουν με HIV. Η IPPF εκτιμά την διαφορετικότητα και δίνει έμφαση στην συμμετοχή νέων ανθρώπων και ανθρώπων που ζουν με HIV και AIDS στην διοίκηση και στα προγράμματα της. Λαμβάνει υπόψη της το πνεύμα του εθελοντισμού να είναι κεντρικό στο να επιτυγχάνει την εντολή και να αναβαθμίζει το αποτέλεσμα του.

Κλείνοντας δεσμεύεται η Ομοσπονδία στο να συνεχίζει το έργο της σε συνεργασία με τις κοινότητες, κυβερνήσεις και άλλους οργανισμούς και δωρητές. ([www.ippf.org](http://www.ippf.org)) (Ο.Π., Ε.Ο.Π., 1988) (Ο χάρτης των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων, IPPF, 2000)



### 3.4.1 Νομική κατάσταση για την Αντισύλληψη και Έκτρωση σε Ευρωπαϊκές χώρες που ανήκουν στην IPPF.

Το 1984 η IPPF εκπόνησε μια μελέτη στα Ευρωπαϊκά μέλη της αναφερόμενη στα ανθρώπινα δικαιώματα, που άπτονται του προγραμματισμού της οικογένειας (μητρότητας ή πατρότητας). Η μελέτη κάλυψε όλες τις πλευρές και συγκεκριμένα οι πληροφορίες ανά μέλος αφορούν:

- ✚ Στην Αυστρία οι χρήστες πληρώνουν για τα αντισυλληπτικά που παίρνουν και η έκτρωση με νόμο του 1975 επιτρέπεται για τις 12 πρώτες εβδομάδες. Γίνεται προειδοποίηση από τον γιατρό για τους πιθανούς κινδύνους και δεν καλύπτεται από την γενική ασφάλιση. Το ίδιο ισχύει και για τους ανηλίκους.
- ✚ Στο Βέλγιο τα αντισυλληπτικά πληρώνονται και ιδιαίτερα ακριβά για ορισμένες ομάδες του πληθυσμού (μετανάστες και νέους) ενώ η έκτρωση απαγορεύεται για κάθε λόγο.
- ✚ Στην Δανία η ενημέρωση για τα αντισυλληπτικά μέσα και οι εξετάσεις παρέχονται δωρεάν στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Τα αντισυλληπτικά πληρώνονται. Το χάπι και το ενδομητρικό σπείραμα χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή. Ο νόμος για την έκτρωση ψηφίστηκε το 1973 και επιτρέπεται στις 12 πρώτες εβδομάδες της κύησης μετά από αίτηση ενώ χρειάζεται ιδιαίτερη άδεια μετά τις 12 εβδομάδες.
- ✚ Στη Λαϊκή Δημοκρατία της Γερμανίας το χάπι χορηγείται δωρεάν αλλά με ιατρική συνταγή ενώ τα υπόλοιπα αντισυλληπτικά πληρώνονται. Υπάρχει νόμος για την έκτρωση από το 1972 που την επιτρέπει στις πρώτες 12 εβδομάδες μετά από αίτηση, αλλά ο γιατρός πρέπει να προειδοποιεί για τις συνέπειες. Οι ανήλικοι χρειάζονται γονεϊκή άδεια. Μετά την 12<sup>η</sup> εβδομάδα επιτρέπεται μόνο για λόγους υγείας και μετά από άδεια ειδικής επιτροπής.
- ✚ Στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας υπάρχουν κυρίως ιδιωτικά Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Η ενημέρωση και οι εξετάσεις καλύπτονται από την ασφάλιση. Οι περισσότεροι πληρώνουν για τα αντισυλληπτικά μέσα, ελάχιστοι ζητούν την αποζημίωση των εξόδων για τα αντισυλληπτικά μέτρα από την ασφάλιση τους. Η έκτρωση σύμφωνα με το νόμο του 1976 επιτρέπεται όταν η υγεία της μητέρας βρίσκεται σε κίνδυνο, για ψυχοκοινωνικούς λόγους στις πρώτες 12 εβδομάδες και για ευγονικούς λόγους στις 22 πρώτες εβδομάδες. Η έκτρωση γίνεται μόνο αφού η γυναίκα έχει πλήρως ενημερωθεί για τις επιπτώσεις της και για τις εναλλακτικές λύσεις. Ο γιατρός που δίνει έγγραφη άδεια για την έκτρωση δεν επιτρέπεται να είναι και ο εκτελών. Ο εκτελών δύναται να διαφωνήσει με τον πρώτο. Ο γιατρός δεν υποχρεούται από το νόμο να κάνει την έκτρωση εάν δεν το θέλει. Όταν όλες οι παραπάνω συνθήκες ικανοποιηθούν, η έκτρωση καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση.
- ✚ Στην Φινλανδία η Εθνική Υπηρεσία Υγείας χορηγεί δωρεάν το χάπι μόνο τους 3 πρώτους μήνες και το πρώτο ενδομήτριο έλασμα. Η έκτρωση επιτρέπεται στις 12 πρώτες εβδομάδες για κοινωνικοοικονομικούς λόγους αλλά και μετά από ενημέρωση για τις συνέπειες και πληροφόρηση για αντισύλληψη. Μεταξύ των 12-20 εβδομάδων επιτρέπεται για λόγους υγείας αλλά με ειδική άδεια.
- ✚ Στην Γαλλία για τα αντισυλληπτικά οι χρήστες πληρώνουν αλλά η ασφάλεια τους επιστρέφει μέρος ή ολόκληρο το ποσό. Το χάπι και το σπείραμα χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή. Η έκτρωση επιτρέπεται στις 10 πρώτες εβδομάδες μετά από αίτηση και εφόσον η μητέρα είναι σε κατάσταση ψυχικής δοκιμασίας. Ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώσει την γυναίκα για τους κινδύνους της επέμβασης που αφορούν την ίδια και οποιαδήποτε εγκυμοσύνη της στο μέλλον. Της δίνει γραπτές πληροφορίες για τις εναλλακτικές λύσεις (υιοθεσία, κοινωνικές παροχές, κ.λ.π.) και ένα κατάλογο από όπου θα μπορούσε να ζητήσει βοήθεια σε περίπτωση συνέχισης της εγκυμοσύνης της. Η γυναίκα που επιθυμεί να κάνει έκτρωση θα πρέπει να

παραπεμφθεί στο γιατρό από αναγνωρισμένο ίδρυμα π.χ. Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, μαζί με ένα πιστοποιητικό όπου αναφέρεται η λύση και ο σκοπός της επίσκεψης και συνιστάται να παρευρίσκεται ο άνδρας. Εάν η γυναίκα μετά την παραπάνω επίσκεψη επιθυμεί να προχωρήσει σε έκτρωση, τότε ο γιατρός της ζητά έγγραφη βεβαίωση και θα πρέπει να περιμένει μια βδομάδα μέχρι να γίνει η επέμβαση για την περίπτωση, που ήθελε να αλλάξει γνώμη. Ο γιατρός δεν είναι υποχρεωμένος να προωθήσει την αίτηση ή να εκτελέσει την έκτρωση, θα πρέπει όμως να ενημερώσει σχετικά με τη γυναίκα. Από το 1983 η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει το 80% των εξόδων.

✚ Στην Ουγγαρία οι χρήστες πληρώνουν για τα αντισυλληπτικά, αλλ' οι τιμές είναι πολύ χαμηλές, διότι επιχορηγούνται. Η έκτρωση επιτρέπεται στις 12 πρώτες εβδομάδες. Χρειάζεται απόφαση της ειδικής επιτροπής και η άδεια δίνεται όταν: 1) η μητέρα είναι ανύπαντρη, 2) είναι ίση ή μεγαλύτερη των 35 ετών, 3) έχει τρία παιδιά, 4) έχει δυο παιδιά και προβλήματα υγείας ή κοινωνικά. Γενικά οι γυναίκες πληρώνουν αλλά λαμβάνεται υπόψη η οικονομική τους κατάσταση. Χρειάζεται γονική άδεια για τους ανήλικους.

✚ Στην Ιταλία τα αντισυλληπτικά χορηγούνται δωρεάν όταν λαμβάνονται από υπηρεσίες του δημοσίου τομέα. Η έκτρωση επιτρέπεται στις 12 πρώτες εβδομάδες για ιατρικούς και κοινωνικούς λόγους. Αφού ληφθεί η άδεια πρέπει να περιμένει το λιγότερο 7 ημέρες για την περίπτωση που αλλάξει η απόφαση. Οι μικρότεροι κάτω των 16 χρόνων χρειάζονται γονεϊκή άδεια.

✚ Στην Ολλανδία τα αντισυλληπτικά χορηγούνται δωρεάν σε όσους καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση (50%) ενώ οι άλλοι τα πληρώνουν. Η έκτρωση επιτρέπεται από το 1981. Χρειάζεται η συγκατάθεση ενός ιατρού και η μητέρα πρέπει να διανύσει ένα πενθήμερο αναμονής πριν την επέμβαση. Η είσοδος ορίζεται από περιορισμένες κλινικές στις οποίες επιτρέπεται η εκτέλεση εκτρώσεων. Μετά την 13<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης πρέπει να υπάρχουν ειδικοί λόγοι για να γίνει η επέμβαση. Τα έξοδα της επέμβασης δεν καλύπτονται από το υπάρχον ασφαλιστικό σύστημα.

✚ Στην Νορβηγία οι χρήστες πληρώνουν για τα αντισυλληπτικά. Η έκτρωση επιτρέπεται ως την 12<sup>η</sup> εβδομάδα μετά από αίτηση. Μετά την 12<sup>η</sup> εβδομάδα χρειάζονται άδεια και γίνεται δωρεάν.

✚ Στην Πολωνία για τα αντισυλληπτικά οι χρήστες πληρώνουν το 30% για αυτά που παίρνουν με συνταγή γιατρού. Οι υπόλοιποι πληρώνουν ολόκληρο το κόστος. Η έκτρωση επιτρέπεται από το 1957 για λόγους υγείας ανεξάρτητα από την ηλικία της εγκυμοσύνης και για λόγους κοινωνικοοικονομικούς μέχρι την 12<sup>η</sup> εβδομάδα. Χρειάζεται ιατρική γνωμάτευση. Το 1981 έγιναν ορισμένοι περιορισμοί στο νόμο αυτό: ο γιατρός θα πρέπει να αγωνίζεται για την ελάττωση του αριθμού των εκτρώσεων, μόνο ειδικευμένοι μαιευτήρες γυναικολόγοι επιτρέπεται να δίνουν πιστοποιητικά για έκτρωση, ο γιατρός μπορεί να ζητήσει πιστοποιητικό για να βεβαιωθεί ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις που θέτει ο νόμος για την έκτρωση (π.χ. πιστοποιητικό οικονομικής κατάστασης), ο γιατρός θα πρέπει να προσπαθεί να πείσει τη γυναίκα να αλλάξει την απόφαση της για την έκτρωση και αν επιμείνει θα πρέπει να υπογράψει μια δήλωση ότι είναι ενήμερη για τους ιατρικούς κινδύνους της έκτρωσης. Εάν ο γιατρός αρνηθεί την άδεια η μητέρα μπορεί να κάνει έφεση. Είναι δωρεάν σε δημόσια νοσοκομεία. Πληρώνεται στις ιδιωτικές κλινικές και για τους μικρότερους των 18 χρονών χρειάζεται γονική άδεια.

✚ Στην Πορτογαλία οι χρήστες πληρώνουν για τα αντισυλληπτικά και από το 1984 η έκτρωση επιτρέπεται μέχρι την 12<sup>η</sup> εβδομάδα αλλά μόνο για λόγους σοβαρών ιατρικών, ευγονικών ή ηθικών.

✚ Στην Σουηδία το κόστος των αντισυλληπτικών καλύπτεται μερικά και η έκτρωση επιτρέπεται μετά από αίτηση έως την 18<sup>η</sup> εβδομάδα αφού προηγουμένως συμβουλευτεί γιατρό. Μετά την 18<sup>η</sup> εβδομάδα μόνο για σοβαρούς λόγους χρειάζεται έγκριση του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας.

- ✚ Στην Τουρκία η έκτρωση επιτρέπεται μέχρι την 10<sup>η</sup> εβδομάδα. Μετά την 10<sup>η</sup> εβδομάδα μόνο αν βρίσκεται σε κίνδυνο η ζωή της μητέρας. Απαραίτητη η συναίνεση του συζύγου. Δεν υπάρχει ένδειξη για την αντισύλληψη.
- ✚ Στην Γιουγκοσλαβία το χάπι και το I.U.D. χορηγούνται δωρεάν αλλά η λήψη συμβουλευτικής από τους λειτουργούς υγείας είναι υποχρεωτική. Η έκτρωση επιτρέπεται ως την 10<sup>η</sup> εβδομάδα μετά από αίτηση και εφόσον δεν υπάρχει κίνδυνος για την υγεία της μητέρας από την επέμβαση. Μετά την 10<sup>η</sup> εβδομάδα χρειάζεται από την ιατρική επιτροπή (γίνεται για ιατρικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς ή και ηθικούς λόγους). Εάν η επιτροπή αρνηθεί την άδεια, η μητέρα μπορεί να κάνει έφεση. Για τους ανηλίκους χρειάζεται γονεϊκή συναίνεση και οι γονείς πρέπει να πληροφορηθούν τους ενδεχόμενους κινδύνους.
- ✚ Στο Ηνωμένο Βασίλειο τα αντισυλληπτικά χορηγούνται δωρεάν από τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. Υπάρχει όμως και η δυνατότητα ιδιωτικής (με πληρωμή) εξυπηρέτησης. Η έκτρωση επιτρέπεται με τον νόμο του 1967 ως την 28<sup>η</sup> εβδομάδα για λόγους ιατρικούς και κοινωνικοοικονομικούς. Χρειάζεται γνωμάτευση δυο γιατρών, οι οποίοι να πιστοποιούν ότι η συνέχιση της εγκυμοσύνης περικλείει κινδύνους για την σωματική ή ψυχική υγεία της μάνας, μεγαλύτερους από εκείνης της εκτρώσεως ή όταν πρόκειται να γεννηθεί παιδί με γενετική ανωμαλία. Γίνεται δωρεάν στις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. αλλά είναι βέβαιο ότι μερικοί γιατροί προσπαθούν να περιορίσουν την είσοδο σε αυτές τις υπηρεσίες με αποτέλεσμα μόνο το 50% να εκτελείται στις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. Οι μικρότεροι των 16 ετών χρειάζονται γονική άδεια.
- ✚ Στην Ιρλανδία οι χρήστες πληρώνουν για τα αντισυλληπτικά και η έκτρωση απαγορεύεται για οποιοδήποτε λόγο και το δικαίωμα ζωής του εμβρύου προστατεύεται από το Σύνταγμα (1983). (Ο.Π.,Ε.Ο.Π,σελ 69-73,1988)

Άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι μέχρι σήμερα τα μέλη της Διεθνούς Ομοσπονδίας έχουν συμβάλει σε 116 πολιτικές και/ή νομοθετικές αλλαγές αναφορικά με τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα σε 65 χώρες - μέλη. Τα τελευταία επτά χρόνια μέλη – σύνδεσμοι έχουν συγκεντρωτικά επιτύχει 451 σημαντικές πολιτικές /νομοθετικές αλλαγές. Αυτές οι αλλαγές έχουν κύριο αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Ακολουθούν μερικά παραδείγματα:

- ✚ Το μέλος σύνδεσμος του Ισημερινού της ΙPPF συνέβαλε σε μια καινούργια εκπαιδευτική δράση που απαιτεί υποχρεωτική κατανοητή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σε όλα τα δημόσια σχολεία. Επίσης κατόρθωσε να πείσει την κυβέρνηση να εφαρμόσει μια νέα εθνική στρατηγική οικογενειακού προγραμματισμού, που προϋποθέτει όλοι οι νέοι να έχουν πρόσβαση σε νεανικές – φιλικές υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας.
- ✚ Η Εταιρεία Αναπαραγωγικής Υγείας της Ουγκάντα έχει υποστηρίξει τον αυξημένο εθνικό προϋπολογισμό για εφόδια οικογενειακού προγραμματισμού για αρκετά χρόνια. Το 2011 πραγματοποίησαν κάτι μοναδικό, το Υπουργείο Οικονομικών συμφώνησε να αυξήσει τον προϋπολογισμό από 600.000 δολάρια σε 3.200.000 δολάρια.
- ✚ Η Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού Σλοβακίας επιτυχώς εμπόδισε νομοθετικές αλλαγές που θα είχαν αρνητική επίδραση στην υγεία και τα δικαιώματα της γυναίκας. Οι ιατροί θα αποκτούσαν την δυνατότητα να αρνηθούν σε γυναίκες ασφαλή έκτρωση βάσει προσωπικών υποκειμενικών ενστάσεων. Το 2011 κάποιο βουλευτές εξέφρασαν την αντίδραση τους σε αυτό και η Εταιρεία αναγνώρισε, απέδειξε τις βασικές αρνητικές επιπτώσεις μιας τέτοιας πολιτικής στην υγεία της γυναίκας, οργάνωσε σεμινάρια, τα γνωστοποίησε μέσω της ιστοσελίδας της και απέσπασε υποστήριξη του κοινού και μελών του κοινοβουλίου. Απόρροια της δράσης της ήταν να μην γίνει καμία αλλαγή στην υφιστάμενη πολιτική.

- ✚ Η Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού Πακιστάν βοήθησε να ξεπεραστεί η δυνατή αντίδραση στην ενδυνάμωση των γυναικών μέσω τεσσάρων κύριων αλλαγών πολιτικής το 2011. Πρώτον κατόρθωσε να περάσει στο σχολικό πρόγραμμα την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Δεύτερον κατόρθωσε να υποστηρίξει την αποτρέψιμη μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα σε τρεις εθνικές συνελεύσεις. Όλα αυτά σαφώς πραγματοποιήθηκαν μέσω επιρροής σε κοινοβουλευτικούς εκπροσώπους και της δράσης της Εταιρείας σε τοπικό κοινωνικό επίπεδο.(www.ippf.org/about\_ippf\_advocacy\_achievements)

### 3.5 Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας - ESC

Η Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτελεί μέλος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας τα τελευταία χρόνια. Η ESC ιδρύθηκε στις 26 Δεκεμβρίου 1988 στο Παρίσι, Γαλλία. Οι στόχοι της έχουν ως εξής:

- ✚ Να εξασφαλίζει πληροφορίες για την αντισύλληψη και την αναπαραγωγική υγεία στις χώρες της Ευρώπης και να βελτιώνει την προσβασιμότητα σε αυτά.
- ✚ Η εναρμόνιση του νομικού πλαισίου σε αυτά τα πεδία των χωρών της Ευρώπης.
- ✚ Να προωθεί το όφελος/ την χρησιμότητα των καθιερωμένων μεθόδων αντισύλληψης σε αυτές τις χώρες.
- ✚ Να εκπονεί επιδημιολογικές και κοινωνιολογικές μελέτες και άλλα είδη έρευνας σχετικά με την αντισύλληψη και την αναπαραγωγική υγεία και φροντίδα αυτής σε χώρες της Ευρώπης.
- ✚ Να συνεργάζεται με αρμόδιους οργανισμούς και ιδρύματα μοιράζοντας τους στόχους της Εταιρείας σε παγκόσμιο επίπεδο, συγκεκριμένα να μοιράζει την γνώση και την εμπειρία της αντισύλληψης.

Ιδιαίτερης σημασίας αποτελεί η συνάντηση στις 21 Μαΐου 2010 στην Χάγη όπου η Γενική Συνέλευση της ESC αναγνωρίζει ότι υπάρχουν ακόμη μεγάλες και απαράδεκτες ασυμφωνίες στο επίπεδο της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας του πληθυσμού της Δυτικής, Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης μερικώς οφειλόμενο στην έλλειψη διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας αναφορικά με τις μεθόδους αντισύλληψης και τις υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Περισσότερο δε η Γενική Συνέλευση ανησυχεί λόγω της έλλειψης πρόληψης βίας εναντίον ανθρώπων εξαιτίας του τρόπου της σεξουαλικής ζωής, των σεξουαλικών προτιμήσεων, φύλου, ταυτότητας φύλου, σεξουαλικού προσανατολισμού κατάστασης γάμου. Λαμβάνοντας τα παραπάνω υπόψη δήλωσε ότι υιοθετεί την Διακήρυξη των Σεξουαλικών Δικαιωμάτων όπως θεμελιώθηκε από την IPPF τον Μάιο του 2008, στην οποία επτά ήταν οι κατευθυντήριες αρχές για το πλαίσιο των σεξουαλικών δικαιωμάτων και συγκεκριμένα:

1. Η σεξουαλικότητα είναι αναπόσπαστο μέρος της προσωπικότητας κάθε ανθρώπινης ύπαρξης και γι' αυτό το λόγο πρέπει να δημιουργείται ένα ευνοϊκό περιβάλλον στο οποίο όλοι απολαμβάνουν όλα τα σεξουαλικά δικαιώματα ως μέρος διαδικασίας της ανάπτυξης.
2. Τα δικαιώματα και οι προστασίες διασφαλίστηκαν σε άτομα ηλικία κάτω των 18 ετών και διαφέρουν από αυτά των ενηλίκων, ενώ θα πρέπει να συνεκτιμάται η ικανότητα του παιδιού να ασκεί τα δικαιώματά του.
3. Η μεροληψία δεν θα πρέπει να υποτάσσει την προώθηση και προστασία όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

4. Η σεξουαλικότητα, η ευχαρίστηση που πηγάζει από αυτή, είναι η κεντρική όψη της ανθρώπινης οντότητας, ανεξάρτητα αν επιλέξει ή όχι να αναπαράγει.
5. Εξασφαλίζοντας σεξουαλικά δικαιώματα για όλους συνεπάγεται δέσμευση για ελευθερία και προστασία από κίνδυνο.
6. Τα σεξουαλικά δικαιώματα δύναται να υποταχθούν σε περιορισμούς προερχόμενους από νόμο με σκοπό την διασφάλιση έναντι της αναγνώρισης και του σεβασμού για τα δικαιώματα και τις ελευθερίες των άλλων και της γενικής ευημερίας σε μια δημοκρατική κοινωνία.
7. Οι υποχρεώσεις ως προς τον σεβασμό, την προστασία και την εκπλήρωση για όλα τα σεξουαλικά δικαιώματα και τις ελευθερίες.

Η Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας είναι μέλος της ESC από το 2006 και πλέον φέρει και αλλαγή ονομασίας της από τον Φεβρουάριο του 2014.([www.ippf.org](http://www.ippf.org)) ([www.esc.org](http://www.esc.org))

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### 4.1 Έρευνα

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση γίνεται εμφανές ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ένας κατεξοχήν κοινωνικός θεσμός, ο οποίος έκανε την πρώτη του εμφάνιση στην χώρα μας την δεκαετία του '70 με την πρωτοβουλία της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού και την λειτουργία του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού στο Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, αλλά και με την πάροδο λίγων ετών διακρίνεται η ένταξη του με το άρθρο 22 του Ν. 1397/1983 στο Εθνικό Σύστημα Υγείας οπότε και αποκτά μορφή πολιτικής υγείας. Σε παγκόσμια κλίμακα βέβαια ο εν λόγω θεσμός συνειδητοποιείται μέσα στη δεκαετία του '60 και εδραιώνεται με διεθνείς διακηρύξεις του Οργανισμού του Ηνωμένων Εθνών σύμφωνα με τις οποίες η «ρύθμιση της γονιμότητας αποτελεί βασικό, αναφαίρετο δικαίωμα και μέρος της ατομικής ελευθερίας κάθε ανθρώπου».

Επίσης η εφαρμογή του εν λόγω θεσμού ως πολιτικής υγείας αλλά και ως κοινωνικός θεσμός επιφέρει οφέλη σε επίπεδο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε κάθε άτομο χωριστά, σε ένα ζευγάρι, σε μια οικογένεια ή σε μια ομάδα αλλά και σε διαφορετικές φάσεις της ανθρώπινης ζωής/ύπαρξης.

Σύμφωνα και με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η προώθηση του οικογενειακού προγραμματισμού και η εξασφάλιση της πρόσβασης σε προαχθείσες αντισυλληπτικές μεθόδους για τις γυναίκες, τις κοπέλες και τα ζευγάρια είναι απαραίτητα για την διασφάλιση της υγείας και της αυτονομίας των γυναικών, ενώ υποστηρίζεται η υγεία και η ανάπτυξη των κοινοτήτων. Συγκεκριμένα τα οφέλη του διακρίνονται σε πρόληψη της μητρικής νοσηρότητας και θνητότητας, σε μείωση των μη ασφαλών εκτρώσεων από ανεπιθύμητες/απρόσμενες εγκυμοσύνες, σε μείωση της βρεφικής θνητότητας, σε συνδρομή για την πρόληψη HIV/AIDS, σε ενδυνάμωση των ανθρώπων και σε αύξηση της αξίας της εκπαίδευσης, σε μείωση εγκυμοσύνων στην εφηβεία.

Επιπλέον τόσο σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. και σχετικού εγχειριδίου του για τους επαγγελματίες υγείας στον τομέα του Ο.Π., όσο και με την ελληνική βιβλιογραφία η ανάπτυξη και η προώθηση του θεσμού αυτού είναι εφικτή μέσω των υπηρεσιών υγείας και δράσεων επαγγελματιών υγείας, δεδομένου ότι οι αντισυλληπτικές μέθοδοι (συμβουλευτική και η χορήγηση), η αποφυγή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και η διασφάλιση ασφαλούς έκτρωσης, η προστασία της υγείας της γυναίκας, μητέρας και παιδιού, η αντιμετώπιση των προβλημάτων στειρότητας και γονιμότητας, η συμβουλευτική ατόμου / ζευγαριού ή οικογένειας, ο προσυμπτωματικός έλεγχος του ανδρικού και γυναικείου καρκίνου, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση / διαφυλική αγωγή, η υιοθεσία, η αντιμετώπιση και διαχείριση της περίπτωσης κακοποίησης παρέχονται από επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο και με την υπ' αριθμ. 17 της 56<sup>ης</sup> Ολομέλειας του ΚΕ.ΣΥ οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού παρέχονται από Μαία, Επισκέπτρια Υγείας, Κοινωνικό/ή Λειτουργό, αλλά και με άλλες ειδικότητες πέραν του Μαιευτήρα-Γυναικολόγου όπως Γενετιστές, Ενδοκρινολόγοι, ενώ γίνεται επισήμανση για την ανάγκη παρουσίας Ψυχολόγου ή Κοινωνιολόγου.

Για την πληρέστερη και ακριβέστερη παρακολούθηση του Ο.Π. τόσο στον χρόνο όσο και ουσία, η έρευνα διεξήχθη στο Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών και στην Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού

Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας. Σκοπός της έρευνας είναι η ανάδειξη της πορείας και της αξίας του θεσμού διερευνώντας:

A) τον βαθμό συσχέτισης των επαγγελματιών υγείας και φορέων με τον Ο.Π.

B) προβληματισμούς/δυσκολίες που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή του και προτάσεις για την βελτίωση του θεσμού αλλά και της μορφής του ως πολιτική υγείας.

## 4.2 Διεξαγωγή της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής με την χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, με ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου, μέσω συνέντευξης σε βάθος και παράλληλα γινόταν καταγραφή επιπρόσθετων πληροφοριών. Το ερωτηματολόγιο που αφορούσε στο Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού διακρινόταν σε:

- ❖ 1<sup>ος</sup> άξονας Προσωπικά – Δημογραφικά Στοιχεία: η άντληση των στοιχείων αυτών θα εξυπηρετούσαν στην διαμόρφωση εικόνας του Επαγγελματία Υγείας αλλά και στην εμπειρία του ως προς τον οικογενειακό προγραμματισμό.
- ❖ 2<sup>ος</sup> άξονας Λειτουργία & Στελέχωση του Ιατρείου: εκμαίευση πληροφοριών και για το διάστημα πριν το 1998, από το 1998 μέχρι σήμερα όσον αφορά την λειτουργία του, την παροχή υπηρεσιών και την στελέχωση του.
- ❖ 3<sup>ος</sup> άξονας Δράση του Τμήματος: συγκέντρωση πληροφοριών που δείχνουν πως η δράση και η λειτουργία του Τμήματος επηρεάζονται από την στελέχωση του και η επίδραση της σχέσης αυτής στην κοινωνία. Η αποτύπωση προτάσεων σχετικά με την εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού ως πολιτική υγείας.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο συναντήσεων που διήρκησαν δυο εβδομάδες. Σε κάθε συνάντηση τα υποκείμενα/ερωτώμενοι ανταποκρίθηκαν θετικά. Δυστυχώς δεν υπήρξε η δυνατότητα να συμμετέχει ένας από τους επιστημονικούς συνεργάτες του Τμήματος, ενώ επιθυμούσε, διότι αντιμετώπισε ένα σοβαρό προσωπικό πρόβλημα την ημέρα που είχε προγραμματιστεί η συνάντηση. Συνεπώς συμμετείχαν στην έρευνα αυτή ο Υπεύθυνος του Ιατρείου, η Προϊσταμένη Μαία, μια Επιστημονική Συνεργάτης, μια εθελόντρια Νοσηλεύτρια και μια Ψυχολόγος. Για λόγους διακριτικότητας και την εκπλήρωση του στοιχείου της εχεμύθειας διατηρήθηκε η ανωνυμία τους και δημιουργήθηκε η μετονομασία τους για την ανάλυση της έρευνας αντίστοιχα ως εξής Π1,Μ,Ι2,Ν και Ψ.

Ο Π1 κατέχει την ειδικότητα του Μαιευτήρα Γυναικολόγου και καθώς υπάγεται στο προσωπικό ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου φέρει την θέση του Αναπληρωτή Καθηγητή Μαιευτικής Γυναικολογίας. Ο ίδιος έχει εξειδικευτεί στην Παιδική και Εφηβική Γυναικολογία, στην Αναπαραγωγική Ενδοκρινολογία ενώ η αιτία ενασχόλησης με το αντικείμενο του ο.π. είναι η μετεκπαίδευση του σε αυτό. Απασχολείται στον τομέα αυτό περίπου 20 χρόνια και μετά από την μετεκπαίδευση του στην Αμερική.

Όσον αφορά την λειτουργία και στελέχωση του Τμήματος δήλωσε ότι πριν το 1998 λειτούργησε το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού στο Νοσοκομείο Αλεξάνδρα το 1976 και έλαβε χώρα η ίδρυση της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού. Το 1998

άρχισε να λειτουργεί το Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού στελεχωμένο από Μαιευτήρα Γυναικολόγο, Μαία και Επισκέπτρια Υγείας. Την περίοδο εκείνη παρέχονταν από το Τμήμα οι εξής υπηρεσίες: συμβουλευτική οικογένειας, συμβουλευτική ατόμων ή ζευγαριών, εφηβική γυναικολογία, χορήγηση αντισύλληψης, πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και η πληροφόρηση – ενημέρωση ατόμων ή κοινότητας. Λόγω ορισμένου προσωπικού αλλά και μη ύπαρξης κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού δεν παρέχονταν υπηρεσίες για γενετική καθοδήγηση, προγεννητική διαγνωστική, ανίχνευση καρκίνου ανδρικού και γυναικείου, μικροεπεμβάσεις και εξειδικευμένες, όπως υπέρηχος. Επίσης όταν ξεκίνησε η λειτουργία του Τμήματος υπήρχε σταδιακά συνεργασία με άλλους φορείς όπως η Ελληνική Εταιρεία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Παίδων, την Γενική Γραμματεία Ισότητας και το Κέντρο Έρευνας σε Θέματα Ισότητας και φυσικά με αρμόδιες Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας. Γενικά είναι έντονη η ικανοποίηση του από τις συνεργασίες αυτές αλλά μεγάλη ήταν και η απογοήτευση του Π, όταν διεκόπη η συνεργασία με την ΕΛΕΠΑΠ λόγω μεγάλης έλλειψης προσωπικού στο Τμήμα. Η δημιουργία τηλεφωνικής γραμμής ξεκίνησε για την αναβάθμιση των υπηρεσιών του Τμήματος αλλά και την επίτευξη παροχής συμβουλευτικής, καθοδήγησης ή χορήγησης πληροφοριών ακόμη και για άτομα που δεν δύνανται να προσέλθουν στον χώρο λόγω π.χ. απόστασης ή αδυναμίας πρόσβασης. Σήμερα η ανοικτή αυτή τηλεφωνική γραμμή υποστηρίζεται από επαγγελματίες υγείας και μάλιστα υπό αντίξοες συνθήκες. Ιδιαίτερα σημαντικό σαν βίωμα του ήταν η ανάληψη των αθλητριών που ήταν προεπιλεγμένες για τους Ολυμπιακούς Αγώνες του 2004 και κυρίως για εκείνες που προέρχονταν από αναπτυσσόμενες χώρες αφού έκαναν χρήση υπηρεσιών όπως κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου. Υποστήριξε στην συνέχεια ότι η στελέχωση του Τμήματος σημειώνει αλλαγές ή ακόμη και μεταβολές καθώς κάποιοι συνταξιοδοτήθηκαν ή ακόμη οι επιστημονικοί συνεργάτες αποχωρούν λόγω άλλης τοποθέτησης τους σε άλλον Φορέα. Βάσει νομικού πλαισίου σήμερα το Τμήμα στελεχώνεται από Μαιευτήρα Γυναικολόγο, Μαία, Ψυχολόγο και άλλες ιατρικές ειδικότητες όπως αυτή του Γενικού Ιατρού. Θεωρεί ότι η λειτουργία του Τμήματος επιφέρει κοινωνικό όφελος και καθορίζεται από την σύνθεση των στελεχών του και την δράση του.

Αναφορικά με την δράση του Τμήματος πιστεύει ότι θα μπορούσε να διακριθεί σε:

- Κίνηση του Εξωτερικού Ιατρείου (κλινική γυναικολογική εξέταση, εξέταση κατά Παπανικολάου, χορήγηση αντισύλληψης, τοποθέτηση – αφαίρεση ενδομητρικού σπειράματος, τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου, φαρμακευτική διακοπή κύησης επεμβατική διακοπή κύησης και ψυχοσωματική προετοιμασία για τον τοκετό)
- Συμβουλευτική γονεϊκότητας, μονογονεϊκής οικογένειας, υιοθεσία, ενδοοικογενειακή βία, κ.ά,
- Διοργάνωση ενημερωτικών συζητήσεων από ειδικευμένο προσωπικό σε σχολεία σε αστικά κέντρα και στην περιφέρεια
- Συνεργασία με άλλους φορείς όπως Γενική Γραμματεία Ισότητας
- Δημοσιεύσεις σε ξενόγλωσσα και ελληνικά περιοδικά
- Συμμετοχή σε συνέδρια στο εξωτερικό και στην χώρα μας
- Ερευνητικό και Διδακτικό Έργο.

Υποστηρίζει ότι η δράση του Τμήματος είναι αποτελεσματική αναφορικά με τους τομείς της δράσης που προαναφέρθηκαν και σαφώς η σύνθεση της στελέχωσης επιδρά στην δράση του, καθώς όσο πιο πολλές ειδικότητες πλαισιώνουν το Τμήμα τόσο πληρέστερη είναι η κάλυψη των παρεχόμενων υπηρεσιών ή και περισσότερων. Επιπρόσθετα ισχυρίζεται ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που ασκούν επίδραση στην δράση του Ιατρείου με την εξής σειρά κατάταξης όπως ο βαθμός κατάρτισης, η ευαισθητοποίηση και η πρωτοβουλία του προσωπικού, οι προτάσεις για δράσεις ή συνεργασία με άλλους φορείς από το προσωπικό, η δυνατότητα συνεργασίας με



άλλους φορείς για την αντιμετώπιση περιστατικού, γενικά ο βαθμός συνεργασίας είτε σε επίπεδο ερευνητικό είτε σε κλινικό, οι αποφάσεις της Πολιτείας ή η Συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, οι Αποφάσεις της Διοίκησης του Νοσοκομείου και ο βαθμός συντονισμού, σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων/δράσεων στην κοινότητα ή εντός του Νοσοκομείου. Κατά την γνώμη του η κατάταξη των παρεχόμενων υπηρεσιών του Τμήματος, που αποτελούν θετικά σημεία από την λειτουργία και δράση του είναι:

1. Η αποφυγή ανεπιθύμητων κήσεων με την εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης
2. Η υγεία μητέρας και παιδιού
3. Η Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση-Διαφυλική Αγωγή
4. Η Συμβουλευτική συντροφικότητας, γάμου, οικογένειας
5. Η Πρόληψη κληρονομικών παθήσεων
6. Η Πρόληψη γυναικείου και ανδρικού καρκίνου
7. Ο έλεγχος του χρόνου των γεννήσεων παιδιών σε σχέση με την ηλικία των γονέων και η ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κήσεων
8. Η επιλογή της κάθε οικογένειας για τον αριθμό των παιδιών που θα αποκτήσει
9. Η αντιμετώπιση προβλημάτων αναπαραγωγής
10. Η πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων

Για την παροχή της συμβουλευτικής δήλωσε ότι πρόσφατα δημιουργήθηκε ειδικά διαμορφωμένος χώρος όπου θα μπορούν να πραγματοποιούνται οι συνεντεύξεις με τους ενδιαφερόμενους και κατόπιν προγραμματισμένης συνάντησης με σύμβουλο. Επίσης πιστεύει ότι θα πρέπει να αυξηθούν τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού ορμώμενος και από τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της Υγείας αλλά και ακριβώς επειδή το Τμήμα συμμετέχει σε συναντήσεις που καθορίζονται από την Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας για την συγκρότηση Πιλοτικού δικτύου Μονάδων ή Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού και Μονάδων Φροντίδας Μητέρας – Παιδιού τα δυο τελευταία έτη. Αναφορικά με την αξιολόγηση της δράσης του Τμήματος θεωρεί ότι θα πρέπει να σχεδιαστεί πρότυπο πρόγραμμα αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών εντός του Τμήματος αλλά και των δράσεων του στην κοινότητα, όπως π.χ. σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία. Μέχρι σήμερα γίνεται απλά μια προσπάθεια από επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται στο Τμήμα χωρίς να λαμβάνει την επίσημη μορφή μιας αξιολόγησης. Ωστόσο σαν αυτοαξιολόγηση θεωρείται η τήρηση στατιστικών στοιχείων του Ιατρού, όπως τοποθέτηση ενδομητρικών σπειραμάτων, εμβολιασμός HPV, κ.ά. Επίσης θεωρεί ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ένας θεσμός που ωφελεί κοινωνικά καθώς περιστρέφεται γύρω από τον άνθρωπο, μέλος μιας κοινωνίας ή μιας οικογένειας ή ενός ζευγαριού ή μιας ομάδας (μαθητές, φοιτητές, επαγγελματική κατηγορία), που αποτελούν την σύνθεση μιας κοινωνίας, αλλά και η παροχή των υπηρεσιών του ή/και οι δράσεις του στην κοινότητα αποσκοπούν στην κοινωνική ευεξία. Θεωρεί ότι η ενίσχυση και υποστήριξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως του οικογενειακού προγραμματισμού, δύναται να φέρει στη συνέχεια μικρότερο κόστος στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, αφού μειώνονται ως και προλαμβάνονται νοσηλείες, επεμβάσεις ή και όταν αυτές κριθούν σκόπιμες δεν θα αγγίζουν υψηλά οικονομικά μεγέθη ενώ επιτυγχάνεται καλύτερη ποιότητα ζωής.

Παράλληλα έκανε μνεία στον σχεδιασμό και στην αξιολόγηση εντύπων που θα λάβουν την οριστική τους μορφή, αφού δοκιμαστούν στην καθημερινή πρακτική και πραγματοποιηθούν παρατηρήσεις για την βελτίωση τους μέσα από την συγκρότηση και λειτουργία του προαναφερόμενου Πιλοτικού Δικτύου. Το Τμήμα συμμετείχε ενεργά και συνέβαλε στην οργάνωση, λειτουργία και ενιαίο αριθμό διαδικασιών για την ανάπτυξη του Πιλοτικού Δικτύου

Μονάδων ή Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού και Μονάδων Φροντίδας Μητέρας – Παιδιού.

Στη συνέχεια η Ι2 συμμετείχε στην έρευνα, ως Ιατρός (ειδικευομένη Μαιευτικής Γυναικολογίας), απόφοιτος ΑΕΙ και με μετεκπαίδευση στην Ελλάδα. Η ηλικία της είναι κάτω των 30 ετών και ο λόγος ενασχόλησης της με το εν λόγω αντικείμενο προέκυψε στο πλαίσιο της ειδικότητας της. Ασχολείται με τον οικογενειακό προγραμματισμό τα τρία τελευταία έτη, δηλαδή από το 2012. Είναι γεγονός ότι ως νεαρή στην ηλικία δεν γνώριζε για την δραστηριοποίηση του οικογενειακού προγραμματισμού και του Τμήματος για το διάστημα πριν από το 1998 και μέχρι πριν από τρία χρόνια που ξεκίνησε ως Επιστημονικός Συνεργάτης στο Τμήμα. Σχετικά με τις ερωτήσεις του δεύτερου άξονα δήλωσε ότι η ανοικτή τηλεφωνική γραμμή λειτουργεί και σήμερα υποστηριζόμενη από ιατρούς, μαία και την εθελόντρια νοσηλεύτρια. Στο πλαίσιο συμμετοχής της στην αντιμετώπιση περιστατικών μέσω της γραμμής αυτής θεωρεί ότι κυρίως δίνονται πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο διακοπής κύησης και την χρήση επείγουσας αντισύλληψης. Όσον αφορά στην στελέχωση του Τμήματος παρατηρεί ότι γίνονται μεταβολές λόγω συνταξιοδοτήσεων ή αποχωρήσεων αλλά και προστίθενται ειδικότητες και αυτό συνεπάγεται αύξηση του εύρους των παροχών του. Η στελέχωση του Τμήματος κατά την γνώμη της και βάσει νομικού πλαισίου διακρίνεται από ιατρικές ειδικότητες, μαία και ψυχολόγο. Προσθέτει ακόμη ότι είναι εφικτή η απασχόληση ενός επαγγελματία υγείας στο Τμήμα σε εθελοντική βάση και σαφώς όλα αυτά αποτελούν θετικό πρόσημο, αφού αυξάνονται οι υπηρεσίες που παρέχονται στους ενδιαφερόμενους/προσερχόμενους. Συνεπώς η λειτουργία του Τμήματος επιφέρει κοινωνικό όφελος λαμβάνοντας υπόψη την ενημέρωση των νέων/εφήβων και την υποστήριξη που παρέχεται σε ανθρώπους που βρίσκονται σε ένα «σταυροδρόμι», προκειμένου να αποφασίσουν, όπως π.χ. μια ανεπιθύμητη κύηση.

Για την δράση του Τμήματος θεωρεί ότι θα μπορούσε να διακριθεί σε:

- Κίνηση του Εξωτερικού Ιατρείου (κλινική γυναικολογική εξέταση, εξέταση κατά Παπανικολάου, χορήγηση αντισύλληψης, τοποθέτηση – αφαίρεση ενδομητρικού σπειράματος, τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου, φαρμακευτική διακοπή κύησης επεμβατική διακοπή κύησης και ψυχοσωματική προετοιμασία για τον τοκετό)
- Συμβουλευτική γονεϊκότητας, μονογονεϊκής οικογένειας, υιοθεσία, ενδοοικογενειακή βία, κ.ά.
- Διοργάνωση ενημερωτικών συζητήσεων από ειδικευμένο προσωπικό σε σχολεία σε αστικά κέντρα και στην περιφέρεια
- Συνεργασία με άλλους φορείς όπως Γενική Γραμματεία Ισότητας
- Δημοσιεύσεις σε ξενόγλωσσα και ελληνικά περιοδικά
- Συμμετοχή σε συνέδρια στο εξωτερικό και στην χώρα μας
- Ερευνητικό και Διδακτικό Επιστημονικό Έργο.

Επίσης θεωρεί ότι η δράση του είναι πολύ αποτελεσματική / αποδοτική στα προαναφερόμενα επίπεδα. Ακόμη η σύνθεση της στελέχωσης του επιδρά στη δράση αλλά και η ευαισθητοποίηση του προσωπικού, προτάσεις για δράσεις ή συνεργασία με άλλους φορείς από το προσωπικό, οι αποφάσεις της Διοίκησης του Νοσοκομείου, ο βαθμός διασυνεργασίας είτε σε επίπεδο ερευνητικό είτε σε κλινικό, οι αποφάσεις της Πολιτείας ή η συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και οικονομικοί λόγοι αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την δράση του Τμήματος. Κατά την γνώμη της η κατάσταση των υπηρεσιών υγείας του Τμήματος, που θεωρούνται θετικά σημεία από την λειτουργία και δράση του είναι η εξής:

1. Η υγεία μητέρας – παιδιού, η αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων με την εφαρμογή μεθόδων αντισύλληψης, η επιλογή της οικογένειας για τον αριθμό των παιδιών που θα αποκτήσει, την αντιμετώπιση προβλημάτων αναπαραγωγής, την πρόληψη Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων, την πρόληψη κληρονομικών παθήσεων, την πρόληψη γυναικείου και ανδρικού καρκίνου, την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση – διαφυλική αγωγή και η συμβουλευτική συντροφικότητας, γάμου και οικογένειας.
2. Η ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κυήσεων και ο έλεγχος του χρόνου των κυήσεων.

Σχετικά με την διαδικασία της συνέντευξης δήλωσε ότι γίνεται με την μορφή συζήτησης , χωρίς περιορισμό στο χρόνο ή την έκταση των ερωτήσεων που απευθύνουν οι ενδιαφερόμενοι και στο πλαίσιο ενός φιλικού, άνετου και ανθρώπινου περιβάλλοντος. Σε ζητήματα που προκύπτουν και αφορούν υπογονιμότητα ή ακόμη και υιοθεσία δήλωσε ότι θέματα υπογονιμότητας αντιμετωπίζονται εξ ολοκλήρου με παραπομπή για διενέργεια των κατάλληλων εξετάσεων και εν συνεχεία εφαρμογή υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εντός του Νοσοκομείου. Δεν γνωρίζει αν θέματα που αφορούν υιοθεσία θα μπορούσε να το διαχειριστεί το Τμήμα. Πιστεύει ότι δεδομένου των συνθηκών και του κλίματος όπως έχουν διαμορφωθεί στην χώρα μας και δη στην ελληνική κοινωνία ο θεσμός αυτός θα πρέπει να ενισχυθεί ώστε να συμβάλλει στην υποστήριξη και των χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων. Ως προς την αξιολόγηση του Τμήματος δεν γνώριζε αν πραγματοποιείται. Για την πρόσφατη δραστηριοποίηση του Τμήματος μέσω της συνεργασίας του με το Υπουργείο Υγείας υποστήριξε ότι πολλές από τις προτάσεις του Τμήματος περιλαμβάνονται στην με αρ. πρωτ. Γ3δ/ΓΦ12,25,27/Γ.Π./οικ.54999/20.7.2015 Εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας.

Ακολούθησε η συνέντευξη της Μ, Μαία στην ειδικότητα, άνω των 40 ετών, έγγαμη με δυο τέκνα, η οποία ασχολείται με το αντικείμενο επί 15 συναπτά έτη, λόγω της τοποθέτησης της από το Νοσοκομείο καθώς υπάγεται στο προσωπικό του τα τελευταία 26 χρόνια. Ως προς την λειτουργία και στελέχωση του Τμήματος ανέφερε ότι για το διάστημα πριν από το 1998 δεν γνωρίζει για τον τρόπο λειτουργίας ή πότε ξεκίνησε κάποιο άλλο. Η ίδια θεωρεί ότι ξεκίνησε να λειτουργεί με Μαιευτήρα Γυναικολόγο και Μαία ενώ οι υπηρεσίες που παρέχονταν τότε ήταν προβλήματα στειρότητας, προβλήματα γονιμότητας, γενετική καθοδήγηση, προγεννητική διαγνωστική, συμβουλευτική οικογένειας/ατόμων ή ζευγαριών, γενετησιακή ενημέρωση, εφηβική γυναικολογία, χορήγηση αντισύλληψης, ανίχνευση καρκίνου των γεννητικών οργάνων, πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, πληροφόρηση-ενημέρωση ατόμων ή κοινότητας. Δεν γνώριζε αν υπήρχαν συνεργασίες με άλλους φορείς ή τμήματα, οπότε και δεν μπόρεσε να εκφράσει ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια από συνεργασίες που σημειώθηκαν εκείνη την περίοδο. Από το 2002 ανέφερε ότι με πρωτοβουλία του Νοσοκομείου δημιουργήθηκε η ανοικτή τηλεφωνική γραμμή με σκοπό μάλιστα την ενημέρωση, πληροφόρηση και συμβουλευτική σε θέματα που άπτονται του οικογενειακού προγραμματισμού. Σήμερα η γραμμή αυτή υποστηρίζεται από Μαιευτήρα - Γυναικολόγο, Μαία, Ψυχολόγο, Γενικό Ιατρό και Επιστημονικούς Συνεργάτες , όπως είναι και η στελέχωση του Τμήματος. Υποστήριξε βέβαια ότι υπάρχει η δυνατότητα να απασχοληθεί Επαγγελματίας Υγείας στο Τμήμα σε εθελοντική βάση με απόρροια να συμβάλλει στην παροχή υπηρεσιών του Τμήματος ακόμη και αυτής της τηλεφωνικής γραμμής. Θεωρεί ότι η λειτουργία του Τμήματος επιφέρει κοινωνικό όφελος καθώς οι άξονες είναι η πρόληψη, η ενημέρωση, η συμβουλευτική και η υποστήριξη καθενός ατόμου, κάθε μιας ομάδας, κάθε ζευγαριού ή κάθε οικογένειας.

Σχετικά με την δράση του Τμήματος πιστεύει ότι θα μπορούσε να διακριθεί σε :

- ο Κίνηση του Εξωτερικού Ιατρείου (κλινική γυναικολογική εξέταση, εξέταση κατά Παπανικολάου, χορήγηση αντισύλληψης, τοποθέτηση – αφαίρεση ενδομητρικού

σπειράματος, τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου, φαρμακευτική διακοπή κύησης επεμβατική διακοπή κύησης και ψυχοσωματική προετοιμασία για τον τοκετό)

- Συμβουλευτική γονεϊκότητας, μονογονεϊκής οικογένειας, υιοθεσία, ενδοοικογενειακή βία, κ.ά,
- Διοργάνωση ενημερωτικών συζητήσεων από ειδικευμένο προσωπικό σε σχολεία σε αστικά κέντρα και στην περιφέρεια
- Συνεργασία με άλλους φορείς όπως Γενική Γραμματεία Ισότητας
- Δημοσιεύσεις σε ξενόγλωσσα και ελληνικά περιοδικά
- Συμμετοχή σε συνέδρια στο εξωτερικό και στην χώρα μας
- Ερευνητικό και Διδακτικό Επιστημονικό Έργο.

Αισθάνεται ότι είναι εξαιρετική η απόδοση/αποτελεσματικότητα της δράσης του Τμήματος, ωστόσο η σύνθεση της στελέχωσης του επιδρά σημαντικά. Βέβαια υπάρχουν επιπρόσθετα κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν την δράση του, όπως η κατάρτιση, η ευαισθητοποίηση, η πρωτοβουλία, οι προτάσεις για δράσεις ή συνεργασία με άλλους φορείς από την πλευρά του προσωπικού, οι αποφάσεις της Διοίκησης του Νοσοκομείου, ο βαθμός συντονισμού, σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων/δράσεων στην κοινότητα ή εντός Νοσοκομείου, η δυνατότητα συνεργασίας με άλλους φορείς για την αντιμετώπιση περιστατικού και γενικά ο βαθμός διασυνεργασίας είτε σε επίπεδο ερευνητικό είτε κλινικό. Σαφώς και υπάρχουν σύμφωνα με την πολυετή εμπειρία της οφέλη από την παροχή υπηρεσιών του Τμήματος με την κατάταξη που ακολουθεί:

1. Υγεία μητέρας – παιδιού
2. Αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων με την εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης
3. Ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κυήσεων
4. Έλεγχος του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων
5. Επιλογή της κάθε οικογένειας για τον αριθμό των παιδιών που θα αποκτήσει
6. Την αντιμετώπιση προβλημάτων αναπαραγωγής
7. Πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
8. Πρόληψη κληρονομικών παθήσεων
9. Πρόληψη γυναικείου και ανδρικού καρκίνου
10. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση – Διαφυλική αγωγή
11. Συμβουλευτική συντροφικότητας, γάμου, οικογένειας

Στο θέμα της συνέντευξης περιέγραψε πως γίνεται μετά από προγραμματισμένη συνάντηση είτε αφορά ενημέρωση είτε συμβουλευτική και δεν ήταν εφικτό να μνημονεύσει κάποιο περιστατικό ως παράδειγμα. Για τις περιπτώσεις υπογονιμότητας ή ακόμη και υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πραγματοποιείται παραπομπή σε αντίστοιχα τμήματα του Νοσοκομείου. Επίσης θεωρεί ότι πρέπει να ενισχυθούν οι υπηρεσίες που αφορούν στον οικογενειακό προγραμματισμό αλλά και δεν γνωρίζει πως γίνεται η αξιολόγηση της δράσης του Τμήματος. Αξιοσημείωτο δε είναι ότι ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού έχει ως απόρροια κοινωνικό όφελος με την ενίσχυση του επιτυγχάνεται καλύτερη ποιότητα ζωής και με μικρότερο κόστος στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Βεβαίωσε πως πράγματι το Τμήμα διαδραματίζει ρόλο ενεργό μετά από το κάλεσμα του Υπουργείου Υγείας για την αναβάθμιση και ανάπτυξη του θεσμού αυτού τα τελευταία περίπου δυο χρόνια. Στο κλείσιμο της συνέντευξης μαζί της έκανε μνεία στην πρόσφατη εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας η οποία περιλαμβάνει και τις προτάσεις του Τμήματος.

Στην πορεία ακολούθησε η συνέντευξη με την Ν, εθελόντρια νοσηλεύτρια τα τελευταία τέσσερα χρόνια στο Τμήμα, ηλικίας άνω των 30 ετών, άγαμη και με μετεκπαίδευση στην Ελλάδα.

Αναφορικά με τη λειτουργία και την στελέχωση του Τμήματος δεν είχε την δυνατότητα να δώσει πληροφορίες λόγω του νεαρού της ηλικίας παρά για την υφιστάμενη κατάσταση. Η ανοικτή τηλεφωνική γραμμή δήλωσε πως υποστηρίζεται από Μαιευτήρα Γυναικολόγο, Γενικό Ιατρό, Μαία, Νοσηλεύτρια και Ψυχολόγο. Περιέγραψε ένα περιστατικό, που εξυπηρετήθηκε μέσω της γραμμής, όπου ένας μαθητής λυκείου δεν είχε λάβει μέτρα αντισύλληψης κατά την διάρκεια σεξουαλικής επαφής του με μαθήτρια γυμνασίου και εξέφρασε προβληματισμό για την σύντροφο του. Επίσης βεβαίωσε ότι υπάρχει η δυνατότητα να απασχοληθεί ένας επαγγελματίας υγείας ή σχετική ειδικότητα σε εθελοντική βάση στο Τμήμα. Πιστεύει ότι η λειτουργία του Τμήματος επιφέρει κοινωνικό όφελος και καθορίζεται από την σύνθεση της στελέχωσης.

Αναφορικά με τη δράση του Τμήματος θεωρεί η Μ ότι μπορεί να διακριθεί σε:

- Κίνηση του Εξωτερικού Ιατρείου (κλινική γυναικολογική εξέταση, εξέταση κατά Παπανικολάου, χορήγηση αντισύλληψης, τοποθέτηση – αφαίρεση ενδομητρικού σπειράματος, τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου, φαρμακευτική διακοπή κύησης επεμβατική διακοπή κύησης και ψυχοσωματική προετοιμασία για τον τοκετό)
  - Συμβουλευτική γονεϊκότητας, μονογονεϊκής οικογένειας, υιοθεσία, ενδοοικογενειακή βία, κ.ά,
  - Διοργάνωση ενημερωτικών συζητήσεων από ειδικευμένο προσωπικό σε σχολεία σε αστικά κέντρα και στην περιφέρεια
  - Συνεργασία με άλλους φορείς όπως Γενική Γραμματεία Ισότητας
  - Δημοσιεύσεις σε ξενόγλωσσα και ελληνικά περιοδικά
  - Συμμετοχή σε συνέδρια στο εξωτερικό και στην χώρα μας
  - Ερευνητικό και Διδακτικό Επιστημονικό Έργο.

Επιπλέον θεωρεί ότι η δράση του Τμήματος βάσει των προαναφερθέντων είναι πολύ αποτελεσματική / αποδοτική και φυσικά η σύνθεση της στελέχωσης του ασκεί επίδραση σε αυτό. Πέρα όμως από την σύνθεση υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την δράση του όπως η κατάρτιση, η ευαισθητοποίηση, η πρωτοβουλία, οι προτάσεις για δράσεις ή συνεργασία με άλλους φορείς από την πλευρά του προσωπικού, οι αποφάσεις της Διοίκησης του Νοσοκομείου, ο βαθμός συντονισμού, σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων/δράσεων στην κοινότητα ή εντός Νοσοκομείου, η δυνατότητα συνεργασίας με άλλους φορείς για την αντιμετώπιση περιστατικού και γενικά ο βαθμός διασυνεργασίας είτε σε επίπεδο ερευνητικό είτε κλινικό. Κατά την γνώμη της Ν αποτελούν τα ακόλουθα θετικά σημεία από την λειτουργία και δράση του Τμήματος, δίχως να τα κατατάσσει σε συγκεκριμένη σειρά, δηλαδή η Υγεία μητέρας – παιδιού, η Αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων με την εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης, η Ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κυήσεων, ο Έλεγχος του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων, η Επιλογή της κάθε οικογένειας για τον αριθμό των παιδιών που θα αποκτήσει, την αντιμετώπιση προβλημάτων αναπαραγωγής, η πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, η πρόληψη κληρονομικών παθήσεων, η πρόληψη γυναικείου και ανδρικού καρκίνου, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση – Διαφυλική αγωγή και η συμβουλευτική συντροφικότητας, γάμου, οικογένειας. Για την διαδικασία της συνέντευξης των ενδιαφερομένων για ενημέρωση ή συμβουλευτική απάντηση ότι προγραμματίζεται συνάντηση και δεν είχε κάποιο περιστατικό ως παράδειγμα. Στις περιπτώσεις υπογονιμότητας ανέφερε ότι γίνεται παραπομπή σε αντίστοιχο Τμήμα του Νοσοκομείου. Ακριβώς επειδή στις μέρες τα προβλήματα είναι διάφορα και πολυδιάστατα κρίνεται κατά την γνώμη της σκόπιμη η διεύρυνση των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, εφόσον είναι ένας θεσμός που ωφελεί κοινωνικά, επιφέρει και μείωση στην χρήση υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Ως προς την θέση του Τμήματος, σαν φορέας που συμμετέχει σε ενέργειες που έχει προκαλέσει το Υπουργείο Υγείας, έχει ενεργό ρόλο και παρέπεμψε στην πρόσφατη εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας για την

οργάνωση και λειτουργία πιλοτικού δικτύου υπηρεσιών Ο.Π. που περιλαμβάνει και προτάσεις τους.

Η τελευταία συνέντευξη είναι της Ψ, είναι διοικητική υπάλληλος, πανεπιστημιακού επιπέδου και με διδακτορικό, ηλικίας άνω των 40 ετών, άγαμη και με δεκαπενταετή εμπειρία στο Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού σε εθελοντική βάση. Η τοποθέτηση της στο Νοσοκομείο είναι σε διοικητική θέση, αλλά η μετεκπαίδευση της στην γνωσιακή ψυχοθεραπεία, αποτελεί λόγο ενασχόλησης στο Τμήμα, όταν προκύψει ένα περιστατικό (συμβουλευτική). Από πολύ μικρή όπως και αρκετός κόσμος προσπαθούσε να καταλάβει τι γινόταν μέσα της, γύρω της, στην οικογένεια της αλλά και στο ευρύτερο περιβάλλον. Επίσης ο ασυνείδητος, κρυμμένος ψυχικός κόσμος και ο ρόλος στην σεξουαλική ανάπτυξη του παιδιού και του ανθρώπου ήταν ανέκαθεν κάτι που με γοήτευε. Παράλληλα η ανάπτυξη των επιστημών σε συνδυασμό με πολλές από τις ερμηνείες και τα γενικότερα κλινικά δεδομένα πιστεύει ότι θα βοηθήσουν ώστε να προχωρήσει περισσότερο η γνώση της ανθρώπινης περιπέτειας και του πεπρωμένου του.

Ως προς τον άξονα δεύτερο ανέφερε ότι λειτούργησε ιδιωτικό Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού πριν το 1998 στο Νοσοκομείο Αλεξάνδρα υπό τον Καθηγητή Κασκαρέλη και με την ίδρυση της Ελληνικής Εταιρείας Συμβουλευτικός Σταθμός, το πρώτο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού. Το Τμήμα ξεκίνησε να λειτουργεί πλαισιωμένο από Μαιευτήρα Γυναικολόγο, Μαία και Επισκέπτρια Υγείας. Οι υπηρεσίες που παρέχονταν εκείνη την περίοδο αφορούσαν σε αντιμετώπιση προβλημάτων στειρότητας/γονιμότητας, η γενετική καθοδήγηση, η συμβουλευτική οικογένειας, η συμβουλευτική ατόμων/ζευγαριών, γενετισιακή καθοδήγηση, εφηβική γυναικολογία, η χορήγηση αντισύλληψης, ανίχνευση καρκίνου γεννητικών οργάνων, πληροφόρηση – ενημέρωση ατόμων ή κοινότητας και μικροεπεμβάσεις. Δεν παρέχονταν όλες οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού λόγω ορισμένου προσωπικού που στελέχωνε το Τμήμα. Αναφορικά με την ανοικτή τηλεφωνική γραμμή θεωρεί ότι είναι ένα σημαντικό εργαλείο στην παροχή λύσεων σχετικά με ευαίσθητα ζητήματα, καθώς λόγω της ανωνυμίας της συνομιλίας, όσοι καταφεύγουν σε αυτές αισθάνονται ότι μπορούν να μιλήσουν ελεύθερα για τα προβλήματα τους, ξεπερνώντας τα κοινωνικά ταμπού που πολλοί άνθρωποι έχουν. Ο πρωταρχικός στόχος ύπαρξης της ήταν η εξυπηρέτηση των ανθρώπων συμβάλλοντας θετικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων, προσφέροντας πληροφόρηση και άμεση ψυχολογική υποστήριξη, καθώς και η διασύνδεση ή παραπομπή σε άλλους φορείς βοήθειας. Επίσης παρέχει ενημέρωση και συμβουλευτική σε γονείς για θέματα που αφορούν τα παιδιά και τον γονικό ρόλο τους. Σήμερα η γραμμή αυτή υποστηρίζεται από Επαγγελματίες Υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και εθελοντές. Επιπλέον μας ανέφερε ότι κατά καιρούς έχουν δεχθεί τηλεφωνήματα τα οποία για κάποιους λόγους χαρακτηρίζονται ως «δύσκολα». «Δύσκολες» κλήσεις θεωρούνται οι κλήσεις που περιέχουν υπερβολικό θυμό, οι κλήσεις από άτομα που απειλούν με αυτοκτονία, ανάρμοστες κλήσεις κ.α.

Ένα περιστατικό που θυμόταν ήταν η συνειδητοποίηση μιας μητέρας να κατανοήσει τους λόγους για τους οποίους η κόρη της έκανε απόπειρες αυτοκτονίας μετά από αποτυχημένες σεξουαλικές σχέσεις. Η περίπτωση αυτή παραπέμφθηκε στο αρμόδιο τμήμα σε αυτό της Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής. Η κοπέλα διαπιστώθηκε ότι έπασχε από το σύνδρομο Rokitansky Kuster Hauser. Είναι άξιο αναφοράς ότι το τμήμα αυτό αποτελεί Ευρωπαϊκό Κέντρο Αναφοράς για την συγκεκριμένη πάθηση. Η κοπέλα χειρουργήθηκε στην κλινική. Στη συνέχεια ως προς τις μεταβολές της στελέχωσης του Τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού εξέφρασε την άποψη ότι σημειώνονται μεταβολές/αλλαγές λόγω διεύρυνσης και διαφοροποίησης των αναγκών αλλά και του αριθμού των ειδικοτήτων των εθελοντών που στελεχώνουν το Τμήμα. Η εθελοντική προσφορά κατέχει σημαντικό ρόλο. Σήμερα το Τμήμα στελεχώνεται από επαγγελματίες υγείας

ειδικοτήτων και εθελοντές, όπως π.χ. ιατρό γενικής ιατρικής, ψυχίατρο, ψυχολόγο, μαιευτήρες γυναικολόγους, νοσηλεύτριες, κ.λ.π.. Υποστήριξε δε ότι η αυξημένη ευαισθητοποίηση οδηγεί στο να μην επηρεάζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό αποδεικνύεται και από την δυνατότητα που έχει ο επαγγελματίας υγείας να ασχοληθεί σε εθελοντική βάση στο Τμήμα. Βεβαίως αφού λάβει την έγκριση του υπευθύνου του Τμήματος και του Διευθυντή της Κλινικής. Στην συνέχεια το αίτημα εξετάζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Σε περίπτωση αίτησης ανανέωσης του ενδιαφερομένου και αφού πληρούνται οι προϋποθέσεις, νομιμότητα σε πιστοποιητικά, πτυχίο, κ.τ.λ , λαμβάνει έγκριση και εξακολουθεί να παρέχει τις υπηρεσίες του εθελοντικά. Κατά την γνώμη της η λειτουργία του Τμήματος επιφέρει κοινωνικό όφελος και αποδεικνύεται από την ευαισθητοποίηση του κόσμου και με την καθημερινή αύξηση των αιτημάτων για ενημέρωση και βοήθεια, η μείωση της εφηβικής εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός των κοριτσιών, που προσέρχονται στο τμήμα για να εμβολιαστούν κατά του ιού HPV. Οι παράγοντες που το καθορίζουν είναι η ικανοποίηση των ασθενών και η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αναφορικά με τον τρίτο άξονα , σύμφωνα με τα πεπραγμένα της κλινικής, θεωρεί ότι η δράση του Τμήματος διακρίνεται σε:

- ο Κίνηση του Εξωτερικού Ιατρείου (κλινική γυναικολογική εξέταση, εξέταση κατά Παπανικολάου, χορήγηση αντισύλληψης, τοποθέτηση – αφαίρεση ενδομητρικού σπειράματος, τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου, φαρμακευτική διακοπή κύησης επεμβατική διακοπή κύησης και ψυχοσωματική προετοιμασία για τον τοκετό)

- ο Συμβουλευτική γονεϊκότητας, μονογονεϊκής οικογένειας, υιοθεσία, ενδοοικογενειακή βία, κ.ά,
- ο Διοργάνωση ενημερωτικών συζητήσεων από ειδικευμένο προσωπικό σε σχολεία σε αστικά κέντρα και στην περιφέρεια
- ο Συνεργασία με άλλους φορείς όπως Γενική Γραμματεία Ισότητας
- ο Δημοσιεύσεις σε ξενόγλωσσα και ελληνικά περιοδικά
- ο Συμμετοχή σε συνέδρια στο εξωτερικό και στην χώρα μας
- ο Ερευνητικό και Διδακτικό Επιστημονικό Έργο

Στο σημείο αυτό προσέθεσε ότι η δράση του Τμήματος σε όλα τα προαναφερθέντα επίπεδα είναι πολύ καλή, λόγω πάντα και της εθελοντικής προσφοράς επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων. Ωστόσο η σύνθεση της στελέχωσης του Τμήματος επιδρά στην δράση σημαντικά, γιατί δύναται να είναι περισσότερο άμεση και αποδοτική και λιγότερο χρονοβόρα. Άλλοι παράγοντες που επιδρούν στην δράση του είναι η κατάρτιση, η ευαισθητοποίηση, η πρωτοβουλία , οι προτάσεις για δράσεις ή συνεργασία με άλλους φορείς από την πλευρά του προσωπικού, οι αποφάσεις της Διοίκησης του Νοσοκομείου, ο βαθμός συντονισμού, σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων/δράσεων στην κοινότητα ή εντός Νοσοκομείου, η δυνατότητα συνεργασίας με άλλους φορείς για την αντιμετώπιση περιστατικού και γενικά ο βαθμός διασυνεργασίας είτε σε επίπεδο ερευνητικό είτε κλινικό. Ακολούθως θεωρεί ότι τα οφέλη από την παροχή υπηρεσιών του Τμήματος είναι με την εξής σειρά κατάταξης:

1. Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση – Διαφυλική αγωγή
2. Πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
3. Αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων με την εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης
4. Την αντιμετώπιση προβλημάτων αναπαραγωγής
5. Επιλογή της κάθε οικογένειας για τον αριθμό των παιδιών που θα αποκτήσει
6. Έλεγχος του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων
7. Ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κυήσεων
8. Υγεία μητέρας – παιδιού

9. Πρόληψη κληρονομικών παθήσεων
10. Πρόληψη ανδρικού και γυναικείου καρκίνου

Σχετικά με την διαδικασία της συνέντευξης κατά την οποία πραγματοποιείται και η συμβουλευτική υποστήριξε ότι η συμβουλευτική που εφαρμόζεται στο τμήμα του οικογενειακού προγραμματισμού προσφέρει βοήθεια για την αποτελεσματική επίτευξη στόχων σε προσωπικά, ιατρικά, μορφωτικά, κοινωνικό θέματα κα. Ένας πρώτος διαχωρισμός μπορεί να γίνει ως προς την διαδικασία και την μεθοδολογία. Στο τμήμα χρησιμοποιείται η ατομική συμβουλευτική που αποβλέπει στην προώθηση της σωματικής και ψυχικής υγείας, βοηθώντας τον ενδιαφερόμενο σε καλύτερη προσαρμογή, μεγαλύτερη αυτογνωσία και επιτυχέστερους τρόπους ξεπεράσματος δυσκολιών.

Ένας δεύτερος διαχωρισμός μπορεί να γίνει ως προς το είδος της βοήθειας που προσφέρει και ως προς τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ανθρώπων προς τους οποίους απευθύνεται αυτή η βοήθεια. Έτσι χρησιμοποιούμε διάφορα είδη όπως την διευκολυντική συμβουλευτική, που στόχο έχει την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων. Ο βασικός στόχος είναι να βοηθηθεί το άτομο να ξεπεράσει την κρίσιμη κατάσταση που αντιμετωπίζει εμπνέοντάς του καταρχήν εμπιστοσύνη. Αν αισθανθεί ότι μπορεί να έχει εμπιστοσύνη τότε θα μπορέσει σε ένα πρώτο στάδιο να μιλήσει πιο ελεύθερα και έτσι να βοηθηθεί να μειώσει το άγχος του και σε ένα δεύτερο στάδιο, να ξεπεράσει βαθμιαία την κρίση που αντιμετωπίζει.

Στο τμήμα εφαρμόζεται επίσης, η προληπτική συμβουλευτική που σχετίζεται με μία προσπάθεια πληροφόρησης, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σε διάφορα προβλήματα σεξουαλικής φύσης, σε θέματα υγείας που ενδέχεται να παρουσιαστούν και στον τρόπο αντιμετώπισής τους. Επίσης, στοχεύει στην πρόληψη της εμφάνισης ενός προβλήματος που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τον άνθρωπο. Η προληπτική συμβουλευτική αποτελεί μέρος στα προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης στα σχολεία, έτσι ώστε να εξαλειφθούν μελλοντικές ανησυχίες και άγχη γύρω από θέματα σεξουαλικότητας και σεξουαλικών σχέσεων. Επίσης σχεδιάζεται όσο αυτό είναι εφικτό στην εκπαίδευση παιδαγωγών και γονέων σε επιτυχέστερους τρόπους διαπαιδαγώγησης και ανατροφής των παιδιών. Πραγματοποιείται επίσης και εκπαιδευτική συμβουλευτική η οποία επικεντρώνεται στο να βοηθήσει τους μαθητές να ξεπεράσουν διάφορα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν, πολλά από τα οποία ενδέχεται να προέρχονται από την μετάβασή τους στην εφηβεία. (πχ. ποια είναι η ιδανική ηλικία για την έναρξη σεξουαλικών επαφών, τι είναι εξέταση κατά Παπανικολάου, ποια είναι η φυσιολογική συχνότητα της περιόδου, μετά από ποια ηλικία επιτρέπεται ένα κορίτσι να κάνει έκτρωση, επιπτώσεις της έκτρωσης κα. Οικογενειακή – συζυγική συμβουλευτική σε θέματα πχ υιοθεσίας.

Και τέλος η εφαρμογή της διαπολιτιστικής συμβουλευτικής, η οποία σχετίζεται με την ευαισθησία και την επίγνωση των διαφορών με ανθρώπους από άλλα έθνη και πολιτισμούς. Η ανάγκη αυτή πιστεύει ότι γίνεται πιο επιτακτική στην πλουραλιστική κοινωνία στην οποία ζούμε.

Θυμήθηκε πόσο δύσκολο ήταν για μία έφηβη ιρακινής καταγωγής να κάνει γυναικολογική εξέταση, ζητώντας επιμόνως να της γίνει η εξέταση μόνο από γυναίκα ιατρό, ή την ανησυχία έφηβης Ρομά 16 χρόνων που δεν είχε μείνει ακόμα έγκυος.

Ως προς το ζήτημα της υπογονιμότητας που οδηγεί σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ή υιοθεσία εξέφρασε ότι Η απόκτηση ενός παιδιού είναι συνυφασμένη με τη συνέχιση του κύκλου της ανθρώπινης ζωής, εκλαμβάνεται ως ανανέωση της ζωής, ως μία μορφή αθανασίας. Η ανικανότητα απόκτησης ενός παιδιού γίνεται η αφορμή για μια μάλλον απροσδόκητη κρίση ζωής,



για την αντιμετώπιση της οποίας πολλά ζευγάρια ή γυναίκες είναι απροετοίμαστοι. Σε περίπτωση που προκύπτουν τέτοια θέματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς υπογονιμότητας, γίνεται παραπομπή στο αρμόδιο τμήμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής της Κλινικής, αφού προηγηθεί σε ένα πρώτο στάδιο συμβουλευτική υπογονιμότητας.

Η υιοθεσία είναι θέμα με το οποίο ασχολείται ως επί το πλείστον το τμήμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Δεν συνιστάται η ενεργός επιδίωξη της υιοθεσίας και της ιατρικής θεραπείας ταυτόχρονα. Τα ζευγάρια πρέπει να δώσουν χρόνο στον εαυτό τους να ενημερωθούν για την υιοθεσία, όπως για παράδειγμα για ζητήματα που αφορούν τους φυσικούς γονείς, την ενημέρωση των θετών παιδιών περί υιοθεσίας, την αντιμετώπιση κοινωνικών καταστάσεων, την επίλυση τυχόν αρνητικών συναισθημάτων περί υπογονιμότητας και την κατανόηση του ψυχολογικού αντίκτυπου που έχει το να είναι κανείς θετός γονιός ή θετό παιδί. Τα ζευγάρια πρέπει επίσης να ετοιμασθούν συναισθηματικά και σωματικά για τον ερχομό ενός παιδιού. Η απροθυμία τερματισμού της θεραπείας μπορεί να είναι ενδεικτική αδυναμία επίλυσης των ζητημάτων της υπογονιμότητας, αδυναμία αποδοχής της υιοθεσίας ως ευχάριστου και ικανοποιητικού τρόπου απόκτησης παιδιού ή η πεποίθηση ότι οι άλλοι πχ ο γιατρός πρέπει να πάρουν τις αποφάσεις για την δική τους ζωή.

Πιστεύει ότι θα πρέπει να λειτουργούν ακόμη και να προστεθούν περισσότερα Ιατρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού ή Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, αφού τα τελευταία χρόνια η κοινωνικοοικονομική κρίση που περνά η χώρα μας κάνει πιο επιτακτική την ανάγκη για ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας η οποία θα αναχαιτίσει την εμφάνιση και ένταση περισσότερων και νοσηρών καταστάσεων στην δομή της ελληνικής κοινωνίας.

Η αξιολόγηση και η εκτίμηση της δράσης του Τμήματος σχετίζεται με την συγγραφή των πεπραγμένων του τμήματος. Έτσι έχουμε την δυνατότητα βάσει αυτών να προβούμε σε μία μορφή αυτό - αξιολόγησης βάσει πχ του αριθμού της κίνησης των εξωτερικών ιατρείων, του αριθμού της τοποθέτησης σπιράλ κα. Δυστυχώς η μη επάρκεια του προσωπικού, ο φόρτος εργασίας κα. οδηγούν στην δυσκολία της διαδικασίας της αξιολόγησης. Συμπεράσματα είναι εφικτό επίσης να εξαχθούν μέσα από την χορήγηση ερωτηματολογίων που δίνονται και συμπληρώνονται από φοιτητές ιατρικής οι οποίοι αξιολογούν την κλινική και το τμήμα στο εκπαιδευτικό, κλινικό και διδακτικό έργο. Όσον αφορά την εσωτερική αξιολόγηση η Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική συμπεριλαμβανομένου και του τμήματος οικογενειακού προγραμματισμού αξιολογείται όπως άλλωστε και όλες οι Πανεπιστημιακές Κλινικές κάθε 4 χρόνια από την Ιατρική Σχολή. Σε επίπεδο εξωτερικής αξιολόγησης πάλι σε επίπεδο Κλινικής, έχει πιστοποιηθεί από το Ευρωπαϊκό κολλέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων (European Board and College of Obstetrics and Gynecology) EBCOG το 2005 και το 2011.

Κλείνοντας επισημάνσεις και σκέψεις της Ψ αποτελούσαν :

Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, το ωράριο, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης των εργαζομένων σε τακτική βάση, οι αυξημένες ανάγκες πχ των ασθενών και των οικογενειών τους καθώς και η καθημερινή έκθεση σε σοβαρές ασθένειες οδηγούν το προσωπικό σε επαγγελματική εξουθένωση.

Η αβεβαιότητα και ο φόβος για την επιβίωση επισκιάζουν τον οικογενειακό προγραμματισμό. Νέα ζευγάρια δυσκολεύονται να αποκτήσουν απογόνους εξαιτίας της ανεργίας, της δημοσιονομικής κρίσης και του φόβου για το μέλλον. Γυναίκες με ένα παιδί διακόπτουν την δεύτερη κύηση γιατί σκέφτονται πως θα επιβιώσει η υπόλοιπη οικογένεια. Η κοινωνικοοικονομική κρίση έχει κυριολεκτικά «κλονίσει» την κοινωνία, έχει δημιουργήσει

ανισότητες στον τομέα της υγείας με απόρροια να είναι επιτακτική ανάγκη ενίσχυσης και υποστήριξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού είναι σημαντική γιατί αποσκοπεί στην πρόληψη αφενός και αφετέρου στην ανίχνευση νόσου και αντιμετώπισης αυτής και ακολούθως στην ολοένα και μικρότερη λήψη υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα οφέλη του όπως προαναφέρθηκαν αφορούν όλους αλλά και απευθύνεται σε όλους άνευ διακρίσεων ως απόρροια και της παγκοσμιοποίησης. Σαν πολυδιάστατος θεσμός και μεταβαλλόμενος φέρει αξία κοινωνική και οικονομική.

Η έρευνα διεξήχθη επίσης και στην Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας, καθώς διαδραμάτισε κεντρικό ρόλο αναφορικά με την θεσμοθέτηση του οικογενειακού προγραμματισμού με την Πρόεδρο της Ε.Ο.Π κας Τσουδερού το 1980, αλλά και στις μέρες μας σε συνεργασία με την Β΄ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική χορηγείται αρωγή και στήριξη στο Πρόγραμμα «Εφηβεία και Αγωγή Υγείας» που υλοποιείται σε μαθητές και μαθήτριες.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω συνέντευξης σε βάθος και με την χρήση δομημένου ερωτηματολογίου διακεκριμένο σε τέσσερις άξονες:

α. προσωπικά – δημογραφικά στοιχεία, για την διαμόρφωση του υποκειμένου είτε αφορά επαγγελματία υγείας είτε εθελοντή/ντρια,

β. σχετικά με την ίδρυση της Εταιρείας: για την εκμείωση πληροφοριών σχετικά με την εξέλιξη και πορεία του θεσμού,

γ. σχετικά με την δράση της Εταιρείας: αποσκοπεί στην ανάδειξη της σχέσης της δράσης με τον θεσμό και παραγόντων που επιδρούν σε αυτή και

δ. προβλήματα / δυσχέρειες: καταγραφή προβλημάτων και προτάσεων αναφορικά με την θέση της Εταιρείας σήμερα. Στο μέρος της έρευνας αυτής πραγματοποιήθηκε συνέντευξη με ένα υποκείμενο/ερωτώμενο, για λόγους διακριτικότητας και την εκπλήρωση του στοιχείου της εχεμύθειας, θα μετονομαστεί Ε. Η Ε είναι Επισκέπτρια Υγείας - Σύμβουλος Οικογενειακού Προγραμματισμού, είχε λάβει μέρος στο μετεκπαιδευτικό σεμινάριο στην Ανωτέρα Σχολή Επισκεπτριών Αδελφών το 1978 και υπηρετεί στον οικογενειακό προγραμματισμό με την δράση από συστάσεως της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού μέχρι και σήμερα. Είναι παντρεμένη με δυο παιδιά και η ηλικία της είναι άνω των 60 ετών. Θεωρεί ότι εμπειρία και τα βιώματα που είχε κατά την εκπαίδευση το 1978 ήταν μοναδικά, ουσιαστικά και ιδιαίτερα. Η εκπαίδευση τους εμπειρείχε μέχρι και την εξέταση των συμμετεχόντων σε ζητήματα επικοινωνίας, αφού η συμβουλευτική ή/και η καθοδήγηση απαιτούν να διακρίνεται ο Επαγγελματίας Υγείας σε θέματα εχεμύθειας, δημιουργίας ασφαλούς και οικείου περιβάλλοντος και επικοινωνίας με σεβασμό.

Αρχικά, ως προς τον δεύτερο άξονα, λοιπόν ανέφερε ότι μέχρι το 1976 στην Ελλάδα δεν υπήρχε τίποτε το ουσιαστικό και ολοκληρωμένο. Η Εταιρεία συστήθηκε διότι στην χώρα μας ο Ο.Π. ήταν ανύπαρκτος και το σπουδαιότερο ήταν ότι καμία πρόθεση από μέρους της Πολιτείας διαφαινόταν προς την κατεύθυνση της προώθησης της ιδέας. Δεν είναι εύκολο να απαντηθεί γιατί συνέβαινε αυτό. « *Νομίζουμε πάντα ότι πέρα από οποιαδήποτε κοινωνικο – οικονομικές συνθήκες, η σύγχυση του Ο.Π. με τη δημογραφική κατάσταση της χώρας, η απροθυμία της Πολιτείας στην όποια αντιπαράθεση με την Εκκλησία, η παρεμβολή της επτάχρονης δικτατορίας, δίνουν κάποια απάντηση σε αυτό*». Έτσι γεννήθηκε η ιδέα της ίδρυσης της Εταιρείας η οποία ήρθε να

καλύψει ένα υπαρκτό κενό σε αυτόν τον τομέα στην χώρα μας. Μια ομάδα επιστημόνων κυρίως από ιατρούς και επαγγελματίες υγείας με πρωτεργάτρια την κα Κλεοπάτρα Μαύρου Οικονόμου, Παιδίατρος - Καθηγήτρια Υγειονομικής Σχολής Ο Ο.Π θεσμοθετήθηκε στην Ελλάδα με τον Ν.1036/1980 πιο αργά σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και άλλα κράτη του κόσμου, που άρχισαν μέσα στην δεκαετία του '60. Αυτό αποδίδεται στην σύγχυση που επικράτησε σχετικά με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού σε μια χώρα που κύριο χαρακτηριστικό της είναι η μείωση της γονιμότητας. Απεναντίας η εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού δύναται να επηρεάσει θετικά την γονιμότητα από την αποφυγή δευτεροπαθών στειρώσεων που συχνά ακολουθούν των εκτρώσεων. Ως προς το ζήτημα της ευγονικής η Ε επεσήμανε ότι είναι άξιο αναφοράς πως την δεκαετία του 1930 ήταν έντονη η αντίληψη ότι ο Ο.Π. θα έπρεπε να αποστασιοποιηθεί από την ευγονική λόγω πιθανής παρερμηνείας του όρου και συσχετισμό με ρατσιστικές θέσεις. Η Ε.Ο.Π δεν κράτησε αποστάσεις από την ευγονική, καθώς ένας από τους στόχους της ήταν και είναι η ευγονική. Θέματα προληπτικής γενετικής ήταν και παραμένουν ψηλά στην «ατζέντα» της Ε.Ο.Π. , υπηρετώντας με αυτόν τον τρόπο έναν από τους πιο σημαντικούς στόχους της. Θεωρεί η Ε ότι ο Ο.Π. συνεχώς εξελίσσεται. *«Ο Ο.Π. πέρασε και θα περάσει και η ίδια και πράξη πολλά στάδια εξέλιξης. Δεν είναι στατική. Οι ανάγκες αλλάζουν, οι σεξουαλικοί κανόνες αλλάζουν: οι γενετήσιες σχέσεις διαδραματίζονται σε εποχή με τεράστιες κοινωνικές, πολιτισμικές, θρησκευτικές, ιατρικές και άλλες αλλαγές που όχι απλά δικαιώνουν αλλά επιβάλλουν την προσαρμογή του Ο.Π. στις έκαστες ανάγκες των ανθρώπων και την παροχή ανάλογων υπηρεσιών. Για αυτό είναι απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση, επιμόρφωση των μελών του Ο.Π. στις σύγχρονες μορφές του. Θα πρέπει να αποτελεί απαραίτητο συστατικό μιας συνολικής στρατηγικής του Ο.Π. στην χώρα μας και ιδιαίτερα της Ε.Ο.Π.»*

Η ίδρυση της Εταιρείας συνάντησε τρομερές δυσκολίες όχι μόνο γιατί το εννοιολογικό και φιλοσοφικό περιεχόμενο του Ο.Π. ήταν άγνωστο στο ευρύ κοινό αλλά και γιατί ο όρος δεν υπήρχε στη νομοθεσία, στα πολιτικά κείμενα, στα προγράμματα των κομμάτων και ούτε και στο τρέχον ελληνικό λεξιλόγιο. Μολονότι η Ελλάδα είχε αποδεχθεί επίσημα την αρχή του Ο.Π. υπογράφοντας το «Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης για τον πληθυσμό» του ΟΗΕ στο Βουκουρέστι το 1974. Επίσης η Ε.Ο.Π είχε να αντιμετωπίσει μια κοινωνία μεσογειακή με ταμπού και βαθιές ρίζες στις παραδόσεις. Υπό το πρίσμα αυτών των συνθηκών ξεκίνησε η ιδρυτική ομάδα της Ε.Ο.Π. με πίστη στην αναγκαιότητα του θεσμού και θέληση να προχωρήσουν με όποιο κόστος και δυσκολίες. Θυμάται πως η καθιέρωση και θεσμοθέτηση του Ο.Π. στη χώρα μας πέρασε μεγάλες δυσκολίες, όπως ταμπού, προκαταλήψεις, πίεση από την Εκκλησία, διάφορα σωματεία, αλλά με μεγαλύτερη αυτή της δημογραφικής προσπέλασης του οικογενειακού προγραμματισμού, που συχνά δημιουργούσε παρεξηγήσεις με απόρροια την δημιουργία ακραίων θέσεων. Η μια θέση εξέφραζε ότι δεν πρέπει να χορηγείται αντισύλληψη σε μια χώρα όπως την Ελλάδα, της οποίας ο ρυθμός ανάπτυξης του πληθυσμού είναι χαμηλός. Κατά την ίδια η άποψη αυτή είναι ανεδαφική ειδικότερα μάλιστα για την Ελλάδα όπου κυριαρχεί μεγάλη συχνότητα εκτρώσεων. Μια τέτοιου είδους πολιτική δεν είναι ηθικά αποδεκτή γιατί περιορίζει τη γνώση και υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής. Όσον αφορά την σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου υποστηρίζει ότι αποτελεί παράγοντα ζωτικής σημασίας τόσο για την δράση της Εταιρείας όσο και για τον ίδιο τον θεσμό. Άλλωστε η Εταιρεία μέχρι πρόσφατα λειτουργούσε με τις προδιαγραφές της IPPF, της οποίας ήταν και μέλος αλλά και το Διοικητικό Συμβούλιο είναι το πρώτο «εργαλείο» υλοποίησης προγραμμάτων Ο.Π. Αναφορικά με τη θέση και στάση της Εκκλησίας ανέφερε ότι στην αρχή της καθιέρωσης του Ο.Π. δεν ήταν θετική. Σήμερα όμως αναγνωρίζει ότι η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν αντιστρατεύεται τον Ο.Π. γενικότερα. Η στάση της Πολιτείας ήταν διστακτική αρχικά αλλά στην πορεία γίνεται όλο και πιο θετική. Η αλλαγή των ηθών τις τελευταίες δεκαετίες, η νέα γενιά που υιοθετεί σύγχρονες τάσεις και είναι αποφασισμένη να ελέγχει τη γονιμότητα της, να ενημερώνεται για θέματα σεξουαλικής αγωγής, Σ.Μ.Ν., συντροφικότητας, στειρότητας,

υιοθεσίας, κ.τ.λ. Συνεπώς ο Ο.Π. έλαβε την θέση που του ανήκε. Έτσι η θέση της Πολιτείας μετατρέπεται σε θετική χωρίς όμως ακόμη και σήμερα να μην μπορεί να προσφέρει ποιοτικές και ποσοτικές υπηρεσίες Ο.Π. στον πληθυσμό και ιδιαίτερα στους νέους και στα παιδιά.

Επισημαίνει ότι ο Ο.Π. είναι μια ζωντανή πραγματικότητα στον τόπο μας. Αυτό βέβαια οφείλεται σε μια ομάδα ευαισθητοποιημένων ατόμων της Ε.Ο.Π. ειδικών και μη, που μόχθησε και πέτυχε μέσα από την πληροφόρηση, τον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών να προβληματίσει θετικά φορείς και οργανώσεις και να επηρεάσει αποτελεσματικά την πολιτική βούληση προς την ορθή κατεύθυνση. Έργο που άρχισε από το 1974 και συνεχίζεται μέχρι σήμερα ακατάπαυστα από τα μέλη της. Επιπλέον δήλωσε πως ένας βασικός στόχος της Ε.Ο.Π. ήταν η προσπάθεια να πείσει τους αρμόδιους κρατικούς φορείς, την κυβέρνηση να προχωρήσει στη νομική αναγνώριση και θεσμοθέτηση του Ο.Π.. Το 1980 ο τότε Υπουργός Σπ. Δοξιάδης, ύστερα από εισήγηση της Ε.Ο.Π. προβαίνει στο πρώτο αποφασιστικό βήμα προς την κατεύθυνση αυτή. Καταθέτει στην Βουλή νομοσχέδιο το οποίο ψηφίζεται και γίνεται νόμος του κράτους, Ν.Δ. 1036/1980. Με το νόμο αυτό θεσμοθετούνται ο Ο.Π. και για πρώτη φορά μπαίνει ο όρος του Ο.Π. στην ελληνική νομοθεσία. Η Πρόεδρος και Βουλευτής Β. Τσουδερού της Ε.Ο.Π. έδωσε σκληρή μάχη για να ψηφιστεί το νομοσχέδιο αυτό και το πέτυχε. Η Ε.Ο.Π. άρχισε να ενημερώνει, ευαισθητοποιεί και να κινητοποιεί την κοινή γνώμη με διαλέξεις, συνεντεύξεις στον ημερήσιο και περιοδικό τύπο, σε ραδιοφωνικές και τηλεοπτικές εκπομπές, διανομή δεκάδων χιλιάδων ενημερωτικών φυλλαδίων και αφισών. *«Στην προσπάθεια μας αυτή επιδιώξαμε και επιτύχαμε συνεργασία με κρατικές υπηρεσίες και φορείς υγείας, τοπική αυτοδιοίκηση, Νομαρχιακή επιτροπή λαϊκής επιμόρφωσης, γυναικεία σωματεία και άλλες γυναικείες οργανώσεις, διάφορα άλλα σωματεία και συλλόγους, σχολεία όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης, ευρύ κοινό, κ.ά. Συνέδρια και εκπαίδευση εκπαιδευτών Ο.Π., Συμβουλευτικό Σταθμό για ενημέρωση και παροχή υπηρεσιών Ο.Π.»*. Αναφορικά με τον ρόλο της Εταιρείας σήμερα εξέφρασε την πεποίθηση ότι είναι πολύ σημαντική μάλιστα σε μια περίοδο που σημειώνονται μεταρρυθμίσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συμμετέχοντας σε γνωμοδοτική επιτροπή του Υπουργείου Υγείας. Μέσα από την συμμετοχή της καταθέτει γνώση, εμπειρία στρατηγικές για την καλύτερη δυνατή εφαρμογή προγράμματος Ο.Π. στην χώρα μας.

Όσον αφορά τον τρίτο άξονα για την δράση της Εταιρείας θα την χαρακτήριζε ιδιαίτερα σημαντική και ουσιαστική την δεκαετία του 1976-1986 καθώς έπαιξε μεγάλο ρόλο ως προς την θεσμοθέτηση του Ο.Π. και την εκκίνηση εφαρμογής του στον ελλαδικό χώρο. Στα επόμενα δέκα χρόνια σημείωνε αρκετά μεγάλα και προοδευτικά βήματα αν περιληφθεί και η σύσταση της ομάδας νέων η δράση της οποίας εξακολουθεί να έχει απήχηση μέχρι και τα τελευταία χρόνια. Επίσης προέκυψαν συνεργασίες με Γενική Γραμματείας Ισότητας το Κέντρο Έρευνας σε Θέματα Ισότητας, συμμετοχή της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού στην αναπτυξιακή σύμπραξη «Δικαίωμα στην Οικογένεια και Εναρμόνιση Επαγγελματικής & Οικογενειακής Ζωής» στο πλαίσιο υλοποίησης του έργου Equal, συνεργασία με την Ορθόδοξη Εκκλησία της Ελλάδας και συγκεκριμένα με το Κέντρο Στήριξης της Οικογένειας, συνεργασία με το αρμόδιο Τμήμα Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Υγείας για ενημερωτικές ομιλίες σε Κ.Ο.Π. Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας αλλά και τη διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων, με το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας για την διοργάνωση ενημερωτικών ομιλιών σε θέματα υγιεινής και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και σαφώς με το Υπουργείο Παιδείας για την έγκριση άδειας υλοποίησης προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Φυσικά τα προβλήματα που αντιμετώπισε η Εταιρεία σε όλη την εξέλιξη της ήταν κυρίως οικονομικά. Η δωρεά του Βιομηχάνου Αθανασιάδη Μποδοσάκη έκανε δυνατή υλικά την ύπαρξη της Εταιρείας τα πρώτα χρόνια δράσης της. Στην πορεία χρηματοδότηση και μέχρι το 1995 στην Εταιρεία προσέφερε η ΙΡΡΡ, η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού της οποίας ήταν μέλος και η Ε.Ο.Π μέχρι πρόσφατα. Την δεκαετία 2000-2010 η οικονομική

ενίσχυση της Εταιρείας μέσα από τη συμμετοχή σε προαναφερθέντα προγράμματα ή επιχορηγήσεις από ιδιωτικές φαρμακευτικές εταιρείες στις περιπτώσεις εκείνες που υπήρχε διοργάνωση συνεδρίου ή πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ή ενημερωτικών ομιλιών σε θεματολογία που άπτεται του οικογενειακού προγραμματισμού.

Σε γενικές γραμμές η Εταιρεία αντιμετωπίζει από τότε που ξεκίνησε και η κοινωνικοοικονομική κρίση στην χώρα μας οικονομική δυσπραγία. Παρόλα αυτά η δράση της δεν μειώθηκε, στηριζόμενη στην αποστολή της για την ευτυχία του ατόμου, της οικογένεια και της κοινωνίας, προασπίζοντας και προάγοντας τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα του ανθρώπου, προσαρμοζόμενη σε νέα δεδομένα και στις κοινωνικές ανάγκες. Επίσης τα τελευταία χρόνια μέσα από την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας στον τομέα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και των διαφυλικών σχέσεων με στόχο και την πρόληψη της σεξουαλικής κακοποίησης του παιδιού. Η σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί προσβολή της γενετήσιας ελευθερίας και γι αυτό κρίνεται αναγκαίο να αποτελεί ύψιστο στόχο κάθε κοινωνίας η προάσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού. Αυτό βέβαια ήταν και παραμένει εφικτό λόγω του κυρίαρχου χαρακτηριστικού του εθελοντισμού που διακρίνει κάθε εθελοντή και μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου. Ο εθελοντισμός είναι η κινητήριος δύναμη στο Διοικητικό Συμβούλιο και στην Ομάδα Νέων, ενώ η συνέπεια και η υπευθυνότητα λειτουργούν επικουρικά. Βέβαια και υπάρχει η δυνατότητα να προσφέρουν επαγγελματίες υγείας εθελοντικά τις υπηρεσίες τους. Εξάλλου και στην ομάδα Νέων εθελοντές είναι και φοιτητές από Σχολές Επαγγελματιών Υγείας αλλά και άλλων σχολών. Η Εταιρεία σήμερα δεν αποτελεί μέλος της IPPF μετά από αξιολόγηση της το έτος 2012 αλλά είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας (ESC).

Η Ε θυμήθηκε ότι κατά την διάρκεια των πρώτων ετών η συμβουλευτική γάμου ήταν έντονη και αποδιδόταν κυρίως σε «κακή» επικοινωνία ανάμεσα στα δυο φύλα. Η συμβουλευτική αυτή αργότερα πήρε και την μορφή συντροφικότητας για τις σχέσεις που δεν βρίσκονταν στο πλαίσιο του γάμου. Τα τελευταία χρόνια ανακαλεί έντονα ερωτήσεις μαθητών μετά από πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, καθώς και στο τομέα αυτό η εμπειρία και γνώση της είναι πολυετής. Θετικό περιστατικό θεωρεί όταν τα παιδιά δεν διστάζουν να ρωτήσουν κάτι για το οποίο έχουν ακούσει ή πληροφορηθεί διαφορετικά από φίλους/συμμαθητές. Μεγάλη απογοήτευση της προκάλεσε το γεγονός όταν δυο μαθητές γυμνασίου, αφού ολοκληρώθηκε πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, την προσέγγισαν προβληματισμένα και της εξέφρασαν είχαν «πειραματιστεί» μεταξύ τους λόγω περιέργειας, κάτι το οποίο δεν θα το έκαναν αν είχε προηγηθεί η ομιλία της. Ωστόσο έθιξε πόσο σημαντική είναι η μεθοδολογία της συνέντευξης που ακολουθεί ο Επισκέπτης Υγείας στον Οικογενειακό Προγραμματισμό αλλά και κάθε επαγγελματία υγείας που συμμετέχει στην συμβουλευτική/καθοδήγηση. Τέσσερις είναι οι φάσεις με την μέθοδο της συμβουλευτικής α) Φάση δημιουργικής σχέσης συμβούλου – καθοδηγούμενου, β) φάση εξερεύνησης – λαμβάνει ο/η σύμβουλος περισσότερες πληροφορίες με σκοπό να κατανοήσει ακριβώς το πρόβλημα μέσω ανοιχτών ερωτήσεων, γ) φάση της κατανόησης – κατά την οποία γίνεται σύνοψη του προβλήματος και πλέον ο/η καθοδηγούμενος/η να διαλέξει την «λύση» υποστηριζόμενος από τον/την Σύμβουλο/η και δ) φάση σχεδιασμού δράσεις, όπου ο/η Σύμβουλος μέσω κλειστών ερωτήσεων και σε συνεργασία με τον/την καθοδηγούμενο/η να οδηγηθούν σε τρόπους, μέσα και υπηρεσίες που θα συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος ή ακόμη και στην επίλυση αυτού.

Κλείνοντας θεωρεί ότι ο Ο.Π. έχει τεράστια αξία κρίνοντας από τα οφέλη του : πληροφόρηση στο ευρύ κοινό, εκπαίδευση εκπαιδευτών, χορήγηση αντισυλληπτικών μεθόδων, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ή διαφυλική αγωγή, πρόληψη γυναικείου και ανδρικού καρκίνου, πρόληψη Σ.Μ.Ν, αντιμετώπιση προβλημάτων αναπαραγωγής/ στείροτητας, υιοθεσία,

συμβουλευτική γάμου – συντροφικότητας. Ο Ο.Π. παρέχει πολυδύναμη υποστήριξη για ολιστική βοήθεια. Υποστηρίζει ότι ο Ο.Π. είναι αναπόσπαστο κομμάτι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αφού με τις υπηρεσίες του δύναται να προλαμβάνει ή/ και να ανιχνεύει και να αντιμετωπίζει περιπτώσεις που άπτονται του αντικειμένου του. Οι επιπτώσεις της κοινωνικοοικονομικής κρίσης κατανέμονται στην κοινωνική κλιμάκωση και οι οικογένειες οι οποίες βρίσκονται σε χαμηλή κοινωνική θέση και γενικότερα οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο αυξημένης νοσηρότητας. Κρίνεται αναγκαία η εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού, που απευθύνεται σε όλους, περιλαμβάνοντας τεράστιο εύρος θεμάτων/ζητημάτων (π.χ. προβλήματα γονιμότητας, συντροφικότητας, σχέσεων, κακοποίησης, κ.ά) άνευ διακρίσεων πολιτικών, οικονομικών, θρησκευτικών....., μέσα σε περιβάλλον σεβασμού και κατανόησης.

### 4.3 Ανάλυση της έρευνας

Μετά την παράθεση των συνεντεύξεων των υποκειμένων που συμμετείχαν στην έρευνα κρίνεται σκόπιμο να ερμηνευθούν τα αποτελέσματα της. Συγκεκριμένα μέσα από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι:

- ✓ Τα υποκείμενα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν στο σύνολο τους έξι επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, διαφορετικών ηλικιών και διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου ως προς την μετεκπαίδευση στον οικογενειακό προγραμματισμό και με διαφορετική εμπειρία ως προς τον οικογενειακό προγραμματισμό.
- ✓ Τα δυο υποκείμενα διέθεταν πολλά χρόνια εμπειρίας, πληροφόρησης και βιωμάτων γύρω από τον θεσμό και ήταν εκείνοι που κάλυψαν κενά σημεία που υπήρχαν για τα πρώτα χρόνια εμφάνισης του οικογενειακού προγραμματισμού.
  - ✓ Για όλα τα υποκείμενα που δραστηριοποιούνται στον τομέα του οικογενειακού προγραμματισμού εξέφρασαν ότι δεν προβαίνουν σε αυτό αποκλειστικά λόγω της επαγγελματικής ιδιότητας τους αλλά διότι είναι ευαισθητοποιημένοι αναφορικά με τα ζητήματα/θέματα που έχει στην φαρέτρα του ο θεσμός αυτός, ο οποίος διακρίνεται για τον κοινωνικό χαρακτήρα του.
- ✓ Ο οικογενειακός προγραμματισμός εμφανίστηκε στην χώρα μας με την έναρξη της δράση της Ε.Ο.Π. το 1976 μετά από πρωτοβουλία μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας και εθελοντών, οι οποίοι δεν ήταν όλοι απαραίτητα επαγγελματίες υγείας.
- ✓ Όλα τα υποκείμενα συμφώνησαν πως η εφαρμογή του θεσμού αυτού επιφέρει οφέλη όπως : η Υγεία μητέρας – παιδιού, αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων με την εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης, ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κυήσεων, έλεγχος του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων, επιλογή της κάθε οικογένειας για τον αριθμό των παιδιών που θα αποκτήσει, την αντιμετώπιση προβλημάτων αναπαραγωγής, πρόληψη των Σ.Μ.Ν, πρόληψη κληρονομικών παθήσεων, Πρόληψη γυναικείου και ανδρικού καρκίνου και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση – Διαφυλική αγωγή και η συμβουλευτική συντροφικότητας, γάμου, οικογένειας, με διαφορετική κατάταξη καθένας.
- ✓ Όλα τα υποκείμενα θεωρούν ότι έχει κοινωνικό όφελος ο συγκεκριμένος θεσμός.
- ✓ Όλα τα υποκείμενα πιστεύουν ότι οι υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού εξαρτώνται από την στελέχωση ενός Κ.Ο.Π. ή η δράση μιας μη κυβερνητικής οργάνωσης από την σύνθεση του Δ.Σ.
- ✓ Ακόμη και τα νεαρά σε ηλικία υποκείμενα θεωρούν ότι εφαρμογή του συγκεκριμένου θεσμού είναι επιτακτική, λόγω της κοινωνικοοικονομικής κρίσης που

βιώνει η χώρα μας ,καθώς μπορεί με παρεμβάσεις του/δράσεις του να συμβάλλει στην προαγωγή και αγωγή υγείας ακόμη και στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα.

- ✓ Όλα τα υποκείμενα τόνισαν ότι παρέχονται οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού ή η αποστολή μιας μη κυβερνητικής οργάνωσης βασίζεται στην μη διάκριση των ατόμων, με σεβασμό στην προσωπικότητα κάθε ατόμου.
- ✓ Δυο υποκείμενα επεσήμαναν την συνεργασία που έχει αναπτυχθεί μεταξύ της Εκκλησίας και του Νοσοκομείου αλλά και της Εκκλησίας με την Εταιρεία.
- ✓ Έκαναν μνεία στην συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας για την συγκρότηση Πιλοτικού Δικτύου Μονάδων ή Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- ✓ Τα προβλήματα ανακύπτουν από την πληθώρα των ζητημάτων σε δυσαναλογία με τα άτομα που δύνανται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Ικανοποιημένοι δε είναι διότι ακόμη και σήμερα εθελοντικά κάποιοι συμβάλλουν στην λειτουργία και δράση των οργάνων αυτών.
- ✓ Οικονομικά προβλήματα κυρίως για την λειτουργία και δράση της Εταιρείας αλλά ανάγκη για περισσότερα άτομα , έστω σε εθελοντική βάση, και στους δυο φορείς για την κάλυψη των αναγκών τους και την καλύτερη εξυπηρέτηση των ενδιαφερομένων.
- ✓ Υπάρχει συσχέτιση των επαγγελματιών υγείας με τον θεσμό καθώς όσο περισσότερες ειδικότητες δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό τόσο πιο αποτελεσματικές και ποιοτικές είναι οι υπηρεσίες ενός Κ.Ο.Π ή μιας μη κυβερνητικής οργάνωσης. Σε αυτό βέβαια προστίθεται ο βαθμός ευαισθητοποίησης και πρωτοβουλίας καθενός κατά την άσκηση των καθηκόντων του.
- ✓ Από όλα τα υποκείμενα δόθηκε έμφαση στην σημασία που έχει η συνεργασία με άλλους φορείς για αποτελεσματικότερη εφαρμογή του Ο.Π. αλλά και η συνεργασία του Ιατρού με της Εταιρείας αποτελεί γέφυρα η οποία μειώνει την απόσταση για την κοινωνική ευημερία αφού το κενό του ενός δύναται να το καλύψει ο έτερος.

Με την ολοκλήρωση της έρευνας και της ανάλυσης των αποτελεσμάτων/ευρημάτων από τις συνεντεύξεις οδηγούμαστε στα εξής συμπεράσματα:

- Ανεξάρτητα από την ηλικία και την εμπειρία των επαγγελματιών υγείας που συνθέτουν αρμόδια όργανα είτε κρατικού φορέα ή είτε μιας μη κυβερνητικής οργάνωσης θεωρούν ότι η εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού έχει σημαντικά οφέλη. Κάθε επαγγελματία υγείας τα κατατάσσει διαφορετικά και από την δική του σκοπιά, ωστόσο όλοι εκφράζουν ότι κοινωνικό όφελος ακολουθεί από την εφαρμογή του και την πεποίθηση ότι είναι μικρότερη ή μειώνεται η λήψη υπηρεσιών υγείας δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Επίσης η ποιότητα των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού όπως παρέχονται από μια κρατική δομή ή η δράση και λειτουργία της μη κυβερνητικής οργάνωσης επηρεάζονται σημαντικά από την σύνθεση της στελέχωσης τους.
- Η ευγονική και γενικά θέματα προληπτικής γενετικής αποτελούσαν στόχο του Ο.Π. και παραμένουν ακόμη και σήμερα υψηλά στην ατζέντα του.
- Ο εθελοντισμός αποτελεί κινητήριο δύναμη τόσο για την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας σε μια κρατική δομή όσο και για την λειτουργία και δράση μιας μη κυβερνητικής οργάνωσης (π.χ. Ομάδα Νέων). Το χαρακτηριστικό γνώρισμα της ευαισθητοποίησης και του βαθμού που διακρίνει κάθε επαγγελματία υγείας ή οποιοδήποτε εθελοντή αποτελεί και βασικό του στοιχείο για εθελοντισμό.
- Η συνεργασία του Κέντρου Στήριξης της Οικογένειας της Ορθόδοξης Εκκλησίας τόσο με μια Κρατική δομή όσο και με μια κυβερνητική οργάνωση που υπηρετούν τον οικογενειακό προγραμματισμό συμβάλλει στην ολοένα και μεγαλύτερη αποδοχή του και στην επίτευξη της ευημερίας της κοινωνίας.

- Ο Ο.Π. και η δημογραφική πολιτική δεν είναι έννοιες ανταγωνιστικές, αλλά θεσμοί που μπορούν να συνυπάρχουν και να λειτουργούν αρμονικά. Ο Ο.Π. είναι ένας θεσμός που προσαρμόζεται στις ανάγκες του πληθυσμού, στην κατάσταση υγείας της κοινωνίας, στις δημογραφικές ανάγκες και στην κοινωνικο – οικονομική και πολιτιστική ανάπτυξη μιας χώρας.
- Ο Ο.Π. είναι ένας θεσμός κοινωνικός που έχει λάβει και μορφή πολιτικής υγείας διακρίνεται για την πολυδύναμη υποστήριξη που επιφέρει ολιστική βοήθεια με αποτέλεσμα να συμβάλλει στην εξάλειψη του στίγματος. Ο εν λόγω θεσμός τόσο ως προς το περιεχόμενο του όσο και ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας προσεγγίζει ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, μειονότητες κ.α. με σεβασμό και προάγοντας την διασφάλιση της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας κάθε ανθρώπου δίχως διακρίσεις και προκαταλήψεις αλλά και λαμβάνοντας υπόψη τυχόν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά θρησκευτικά, πολιτιστικά, εθνικά και κοινωνικά.
- Το Υπουργείο Υγείας προβαίνει με πρόσφατη εγκύκλιο (20.7.2015) του στη συγκρότηση Πιλοτικού Δικτύου Μονάδων Υπηρεσιών ή Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού, κατόπιν συνεργασίας που είχε με αρμόδιους κρατικούς φορείς και μη κυβερνητικών οργανώσεων, με την οποία ορίζεται η στελέχωση –ανθρώπινο δυναμικό (μαιευτήρα – γυναικολόγο, μαία – μαιευτή, επισκέπτρια υγείας) (στο ΠΕΔΥ : γενικός ιατρός, μαία – μαιευτή, επισκέπτρια υγείας και την περιοδική απασχόληση μαιευτήρα – γυναικολόγου) και διασύνδεση με ψυχολόγο ή κοινωνική λειτουργό, η οργάνωση-λειτουργία και οι χώροι, οι παρεχόμενες υπηρεσίες – πράξεις, η ανάπτυξη και η οργάνωση δράσεων – συνεργασιών, προτυποποιημένα έντυπα, υλικό αγωγής υγείας, αρχή υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και η ενδυνάμωση προσφοράς μητρικού γάλακτος. Η θέση της Πολιτείας έχει αλλάξει πολύ τα τελευταία χρόνια και μάλιστα επικεντρώνει το ενδιαφέρον στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενδεχομένως λόγω των ανισοτήτων που έχουν ανακύψει στην υγεία ως απόρροια της κοινωνικοοικονομικής κρίσης της χώρας μας.

Ο Ο.Π. ως κοινωνικός θεσμός καταπολεμά τις προκαταλήψεις, καλλιεργεί τη γνώση και προωθεί την ενημέρωση με άξονα την πρόληψη, την υγεία αλλά και την ευτυχία του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας. Με την πάροδο των ετών οι εξελίξεις σε επίπεδο κοινωνικό, οικονομικό, επιστημονικό δημιουργούν συνθήκες νέες και καταστάσεις διαφορετικές. Οι ανάγκες της ελληνικής κοινωνίας διαφοροποιούνται λόγω της κοινωνικοοικονομικής κρίσης που πλήττει την χώρα μας και των συνακόλουθων επιπτώσεων αυτής σε διαφορετικούς τομείς και επίπεδα, μεταρρυθμίσεις στην υγεία, μισθολογικές μεταβολές στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, αύξηση της ανεργίας, μετανάστευση, προσφυγιά, κ.τ.λ. και κυρίως ανισότητες στην υγεία. Ο θεσμός προσαρμόζεται στις οποιοσδήποτε αλλαγές και λαμβάνει υπόψη του τόσο την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού όσο και τις κοινωνικές ανάγκες ενώ περιλαμβάνει περισσότερα στοιχεία (θρησκευτικά, πολιτικά, οικονομικά, εθνικά, κ.α.) αναφορικά με την ολιστική προσέγγιση του γύρω από θέματα/ζητήματα που πραγματεύεται αλλά και ως προς τον προσανατολισμό του από την πλευρά της πολιτικής υγείας. Για την καλύτερη και ορθότερη εφαρμογή του υπό το πρίσμα είτε μιας μη κυβερνητικής οργάνωσης είτε μιας κρατικής δομής προτείνεται :

➤ Η πλουραλιστική σύνθεση των οργάνων από επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και άλλων επιστημών, π.χ. κοινωνικών, καθώς η εφαρμογή του θεσμού αυτού θα είναι ανιδιοτελής και με οφέλη που θα φέρουν πιο κοντά την ευημερία της κοινωνίας στη δύναμη του εφικτού.

➤ Αξιολόγηση των υπηρεσιών του οικογενειακού προγραμματισμού. Εφόσον ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει λάβει τη μορφή αυτή της πολιτικής υγείας και αποτελεί δημόσιο πρόγραμμα υγείας, που αποσκοπεί στην κοινωνική ευημερία, θα ήταν εφικτή μια



κοινωνική ανάλυση κόστους – οφέλους. Η αξιολόγηση προτείνεται με αφορμή το γεγονός ότι εκπονήθηκε μελέτη από την Ε.Ο.Π. το 1991, με την οικονομική ενίσχυση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού και της Γενικής Γραμματείας Ισότητας του Υπουργείου Προεδρίας, με σκοπό την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού του δημόσιου τομέα και έκτοτε δεν πραγματοποιήθηκε άλλη. Κρίνεται αναγκαία για την αποτύπωση της κατάστασης όπως ισχύει αλλά και για την άντληση πληροφοριών/δεδομένων για την βελτίωση τόσο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο και την καταγραφή της ανάγκης εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Εν κατακλείδι η αξία του πολυδιάστατου αυτού θεσμού, όπως παρουσιάστηκε κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και κατά την διεξαγωγή της έρευνας, πέρα από την κοινωνική και οικονομική που φέρει θα μπορούσε κανείς να της αποδώσει και άλλη μια τρίτη αυτή της διαχρονικής. Ήταν είναι και παραμένει σταθερή και αναλλοίωτη στον χρόνο η σημασία και η αναγκαιότητα ύπαρξης και εφαρμογής του Ο.Π. στην ελληνική κοινωνία.

## Βιβλιογραφία

### Άρθρα

Balari C, Tsaras K, Kelepouris K, Gouva M, Kotrotsiou E, Investigation of nursing students' and professional nurses' attitudes toward ethical issues of assisted reproduction, *Interscientific Health Care*, vol 2, issue 2, 2010, pgs 73-78

Berer Marge, "Termination of pregnancy as emergency obstetric care: the interpretation of Catholic health policy and the consequences for pregnant women", *Reproductive Health Matters*, 2013, pp.9-17, (13)41711-1

Buddhist view of Abortion, *Journal of Religion and Health*, vol 26, No3, 2005, pp214-8

Creatsas G., Teenage Pregnancy: Comparison with two groups of older pregnant women, *Journal of Adolescent Health*, 1991, vol 12, issue 2, March, pgs 77-81

Disczfalusy E., From the contraceptive to the anthropocentric revolution (Gregory Pincus in memoriam), *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*, 1999, Dec;4(4):187-201

Ford M. Norman, "A Catholic ethical approach to human reproductive technology", *Ethics, Bioscience and Life*, Vol.3, No3, November 2008

Galazios G, Ermin M, Koutlaki N, Dafopoulos K, Liberis V, Anastasiadis P, Differentiation in contraceptive behavior of the female population in Thrace, Greece, *Obstetrics and Gynaecology*, 2001, vol.6, no.2, pgs 78-86

Hassun D., Jourdain A., Contraception and abortion in the countries of Eastern Europe, *Cas Sociol Demogr Med*, 1995;35(2):99-123

Holter H., Anderheim L, Bergh C, Moller A, First IVF treatment –short term impact on psychological well-being and the marital relationship, *Hum. Reprod.*, 2006;21:3295-3302

Ioannidi-Kapolou El, Use of Contraception and Abortion in Greece: A review, *Reproductive Health Matters*, vol 12, issue 24, November 2004, pgs 174-183

Jensen Ev. Rememberance: Gregory Pincus – catalyst for early receptor studies, *Endocrinology*, 1992, Oct;131(4): 1581-82

Kissling Frances, Religion and Abortion: Roman Catholicism Lost in the Pelvic Zone, *The Jacobs Institute of Women's Health*, Vol.3, pp.132-137, Fall 1993

Kovacs L, From abortion to contraception in Europe, *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 1999, December;4(4):229-36

Mahlstedt PP. The psychological component of infertility. *Fertil Steril* 1985;43:335-346

- Mardh P-A., Creatsas G, Guaschino S, Hellberg D, Suchet – Henry J and...., Correlation between an early Sexual debut, and reproductive health and behavior factors: a multinational European study, J. Contracep and Reprod Health Care, 2000, vol5, no3, pgs 177-182
- Mavroforou A, Koumantakis E, Michalodimitrakis Em, Adolescence and abortion in Greece: women's profile and perceptions, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, vol17, issue 5, October 2004, pgs 321-326
- Phillip A.L. ,Buddhist view of Abortion, Journal of Religion and Health ,Vol.26, No.3, 2005, pp.214-8
- Salakos N, Bakalianou K, Gregoriou O, Iavazzo C, Paltoglou G, Creatsas G, Abortion rates and the role of family planning: a presentation of the Greek reality, Clin Exp Obstet Gynecol, 2008;35(4):279-83
- Salakos N, Roupa Z., Sotiropoulou P., Grigoriou O., Family Planning and Psychological support for infertile couples, Eur J Contracept Reprod Health Care, 2004, March;9(1):47-51
- Segal SJ, Gregory Pincus , Father of the Pill, Popul. Today, 2000, Jul;28(5):3
- Srikanathan Amirtha , “Religious and Cultural Influences on Contraception, JOGC FEVRIER, pp.129-137, February 2008
- Werthenssen NT, Johnson RC. Pincogenesis-parthenogenesis in rabbits by Gregory Pincus, Percept Biol. Med, 1974, Autumn;18(1):86-93
- Xatzinikolaou N., “The Greek Orthodox position on the ethics of assisted reproduction”, Ethics, Bioscience and Life, Vol. 3, No.3, November 2008
- Agiotokos – kappadokia, Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος (1939-2008), <http://agiotokos-kappadokia.gr>
- Κωνσταντίνου Ε, Δικαίωμα ή φόνος η άμβλωση;, dialogos.com.cys, 01.03.2015
- Star.gr, Πάει μακριά η βαλίτσα με τις Βουλγάρες στη Λαμία: Σχεδόν τα μισά παιδιά δίνονταν για υιοθεσία, 26.10.2013
- [www.protagon.gr](http://www.protagon.gr) , Από την εξωσωματική στην υιοθεσία, 11.11.2013, αληθινή ιστορία
- Αγιορείτικο Βήμα, Πάπας: Οι Καθολικοί να κάνουν παιδιά αλλά όχι «σαν τα κουνέλια», 20/01/2015, in.gr
- Αντύπας Κ., Ηθικά διλήμματα στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή Δάνεια μήτρα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2004, 21(1):86-96
- Δανέζης Ιμ., Παιδιά υψηλής τεχνολογίας. Νομικά, δεοντολογικά και ηθικά προβλήματα, Ιατρική, 1986, 49:391-404

Ευθυμίου Κ, Περδικάρη Ε, Υπογονιμότητα: Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, Συναισθηματική Προσαρμογή και Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία, Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας και Μαιευτικής,Τομ12, Τευχ 1,σελ 15-24, 2013

Θανοπούλου Μ, Η υιοθεσία στην Ελλάδα, έρευνα,news.gr, 22.10.2013

Κακλαμάνη Ν, Τεχνητή Γονιμοποίηση και συγκρουόμενες ηθικές αξίες, Ελευθεροτυπία, 07.11.2002

Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., Ο νέος Ν.3305/05 για την εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής , Ζητήματα από τον συσχετισμό των διατάξεων του μεταξύ τους και τις ρυθμίσεις του Ν. 3089/02, Αρμ.2005,τ.5

Κωνσταντινίδης Χ., Παραπληγία και Σεξουαλικότητα, Φαρμακευτικά και.....Επίκαιρα, τευχ.9, Μάρτιος – Απρίλιος 2009

Λοΐζος Δ, Η Αρχαία Ελλάδα και οι Ανατολικοί Λαοί, ηλεκτρονικά διαθέσιμο, 01/2014

Μπούτας Απ., Η Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή Ηθική και Νομική Θεώρηση, Intellectum, τεύχος 1, Ιούνιος 2006

Πιπίνη Μ, Υιοθεσίες με διαδικασίες «εξπρές», 2009,Ελευθεροτυπία, 27.7.2009

Σταυρόπουλος Αλ., Το πρόβλημα της τεκνογονίας και η Εγκύκλιος της Ελλάδας, 1977

Τσέκερη Χ, Κατριβέση Ν, Φεμινισμός και Χώρος: Προς μια αναστοχαστική Ιδιότητα του Πολίτη, intellectum, 2007-8, τευχ 3

Φαναράς Β, Η θέση των Ορθοδόξων και άλλων εκκλησιών και θρησκειών για τα θέματα τεκνογονίας, 1992,www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/family

Μελέτες – Αναφορές – Εργασίες

Barbara Swartz, Family Planning Legislation, Report on Survey, 1985, Euro Reports and Studies

Fathalla MF, Current challenges in assisted reproduction. In: Vayena E,Rowe PJ, Griffin PD(cds) Current Practices and controversies in assisted reproduction, WHO, Geneva, 2002, pp3-12

Paxson Heather , Rationalizing sex: family planning and the making of modern lovers in urban Greece, 2001

WHO Defining Sexual Health Report of a technical consultation on Sexual Health, Geneva, Switzerland, 28-31 January 2002

WHO Sexually Transmitted Infections and Sexual Health Life, United Nations, Populations Fund,Geneva, 2007

Βουκελάτου Γ., Ο θεσμός της υιοθεσίας στην Ελλάδα: ψυχολογική – κοινωνική και νομική προσέγγιση, Διδακτορική Διατριβή,2013

Γουρνή Μ., Διερεύνηση των αιτιών υπογονιμότητας σε γυναίκες ηλικίας 20-55 ετών, 2005

Κορωναίου Αλ.,ΕΚΚΕ, Απομυθοποίηση και νέες σημασίες της εργασίας στο τέλος του 20<sup>ου</sup> αιώνα, 101-102,2000, 109-125

Μαργαριτίδου Β., Μεσθεναίου Λ., Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού, Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, 1991

Μουσειδης Μ.Μ., «Ευγονική Αποστείρωσις»,Έρευνα, Κασσιγόνη, Αθήνα – Αλεξάνδρεια,1934

Πανουλής Κ., Περιβάλλον & Εγκυμοσύνη, εργασία φοιτητών Ιατρικής, 2015

Ρούπα Ζ., Γουρνή Μ., Φάρος Ε, Σωτηροπούλου Π., Πολυκανδριώτη Μ., Διερεύνηση των αιτιών ανδρικής υπογονιμότητας, 2003

Σαλάκος Ν., Μαίευση & Δημογραφικό, εργασία φοιτητών Ιατρικής,2007

### Βιβλία

European Child Safety. Agenda for Action. Priorities for child safety in European Union, Alliance, June,2004.

Foucault M., Ιστορία της σεξουαλικότητας: η χρήση των απολαύσεων ,Ράππα, 1989

IPPF, Ο χάρτης των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων, 2000

Suwanbubbha P., The right to family planning, contraception and abortion in Thai Buddhism, New York, Oxford University, 2003, pp145-165

Αρεταίειο : Το πρώτο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο 100 χρόνια προσφοράς στην κοινωνία και στην υγεία, Παπαδημητρίου, 1998

Βασιλειάδης Π., Η Ορθοδοξία στο σταυροδρόμι, εκκλησία – κοινωνία – οικουμένη, 1992

Γαλάνης Θ. & Παπαδημητρίου Απ. , Αντισύλληψη, ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, 1995

Δέκα χρόνια παρουσίας και δράσης στον Οικογενειακό Προγραμματισμό, Ε.Ο.Π., 1986 (Ο.Π.,ΕΟΠ,1986)

Θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Διεύθυνση Προστασίας και Προαγωγής της Υγείας, 1990 (Θέματα Ο.Π., 1990)

Θεοδώρου Βασιλική & Καρακατσάνη Δέσποινα, «Υγιεινής Παραγγέλματα» Ιατρική επίβλεψη και κοινωνική πρόνοια για το παιδί τις πρώτες δεκαετίες του 20<sup>ου</sup> αιώνα, Διόνικος, 2010

Κακλαμάνη Ε & Φραγκούλη Κουμαντάκη Υ., Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας, Πασχαλίδη, 1994

Καμπάτου Α., Εφηβεία, μοντέρνοι καιροί, 2010

Κιντής Γ., Σύγχρονες γνώσεις για τα αφροδίσια νοσήματα, Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, 1986

Κουτσούκου Η., Η νομική προστασία του παιδιού στην Ελλάδα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2013

Κρεατσάς Γ., Σεξουαλική Αγωγή και οι Σχέσεις των δυο φύλων, ελληνικά γράμματα, 2003

Μαραγκού Γ., Εφηβική Ιατρική, ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, 1997

Παπαγεωργίου Ε., Ψυχιατρική, Γραφικές Τέχνες, 1998

Πεπραγμένα Β' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών ετών 1998-2014

Πρακτικά της (Ε.Ο.Π.) Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, 2000-2014

Σαρρής Μ., Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Παπαζήση, 2001

Τούντας Γ., Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας / Νέα Υγεία, 2000

Τριχοπούλου Α & Τριχόπουλος Δ, Προληπτική Ιατρική, 1986

Φαναρά Β., Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή Ηθικοκοινωνική Προσέγγιση, 2000

Φίλια Β., Κοινωνιολογικές Προσεγγίσεις, σύγχρονη εποχή, 1996

#### Ιστοσελίδες

Wikipedia, Marie Stopes, Family planning

<http://who.int/health-promotion/conferences/previous/adeloide/en/index.html>

[www.ippf.org](http://www.ippf.org)

[www.esc.org](http://www.esc.org)

[www.aretaielio.uoa.gr](http://www.aretaielio.uoa.gr)

[www.kanonastonesorouxon.org](http://www.kanonastonesorouxon.org)

[www.who.org/contraception & preventing unsafe abortion](http://www.who.org/contraception&preventingunsafeabortion)

[www.elstat.gr](http://www.elstat.gr)

Κέντρο Βρεφών Η Μητέρα

Νομοθεσία

N. 1036/1980

N.1397/1983

N.1609/1986

Υπ.αριθ. Α3β/οικ.2799/ΦΕΚ 103/τ.Β/273/1987

N.2071/1992

N.3235/2004

N.3918/2011

ΕΚΠΥ ΕΟΠΥΥ ΦΕΚ 3054/τ.Β/18.11.2012(άρθρο 6&13)

N.4238/2014

N.4272/2014

Έγγραφα

The Hague Declaration on Sexual and Reproductive Health in Europe, May 2010.

Εγκύκλιος υπ. αριθ. πρωτ. 13820/12.4.2013 «Διαδικασίες έγκρισης εξωσωματικής γονιμοποίησης και πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας – Χορήγηση γοναδοτροπινών σε άνδρες» & διευκρινιστική με αρ.πρωτ.οικ 37657/24.10.2014.

Εγκύκλιος υπ'αριθ. πρωτ. Γ3δ/Γ.Φ.12,25,27/Γ.Π./οικ.54999/ 20.7.2015 «Οργάνωση, λειτουργία και ενιαίος καθορισμός διαδικασιών για την ανάπτυξη του Πιλοτικού Δικτύου Μονάδων ή Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού και Μονάδων Φροντίδας Μητέρας – Παιδιού»

Κανονισμός του ΙΚΑ ΕΤΑΜ για την λειτουργία των Κ.Ο.Π. 1987

Υπ. αριθ. πρωτ. 28917/10.9.2013 έγγραφο της Διοίκησης ΕΟΠΥΥ «Λειτουργία Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού και Σταθμών Προστασίας Μάνας Παιδιού & Εφήβου στον ΕΟΠΥΥ»

Υπ. αριθ. Πρωτ. Α2α/οικ.75/10.1.1989, Ανάληψη υπολοίπου λογαριασμού Ο.Η.Ε. για το πρόγραμμα του Οικογενειακού Προγραμματισμού, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Υπ. αριθ. πρωτ. Υ3γ/ΓΦ12,14,25,27/Γ.Π./οικ. 9395/30.1.2014 της Δ/σης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας «Σχεδιασμός ενεργειών και δράσεων για τον εκσυγχρονισμό των θεσμών της Κατ' οίκον νοσηλείας και του Οικογενειακού Προγραμματισμού με την ανάπτυξη και οργάνωση πιλοτικών δικτύων: α) «Πιλοτικό Δίκτυο Τμημάτων ή Υπηρεσιών Κατ' Οίκον Νοσηλείας» και β) «Πιλοτικό Δίκτυο Μονάδων ή Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού και Μονάδων Φροντίδας Μητέρας – Παιδιού»

Υπ' αριθ. πρωτ. Γ3δ/Δ.Φ.12/Γ.Π./οικ.26485/9.4.2015 της Δ/σης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας «Συγκρότηση του Πιλοτικού Δικτύου Μονάδων ή Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού και Μονάδων Φροντίδας Μητέρας – Παιδιού και καθορισμός έργου»

#### Ενημερωτικά Έντυπα – Φυλλάδια

Αντισυλληπτικές Μέθοδοι Προσδιορισμός της Γονιμότητας, Αγωγή Υγείας, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Αθήνα, 2003

Β' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα, 2000

Γιατί πρέπει να προτιμάτε την αντισύλληψη (προφύλαξη) από την έκτρωση..... Οικογενειακός Προγραμματισμός, Αγωγή Υγείας, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, 1988

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015

Εμβολιαστείτε σήμερα. Εμβόλιο για την πρόληψη από τους ιούς των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV), Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας, 2013

Ενημερώσου τώρα για όσα πρέπει να ξέρεις, Ιατρείο Οικογενειακού Προγραμματισμού, 2002

Θέλεις να αποφύγεις την έκτρωση; Ενημερώσου (μάθε) για την αντισύλληψη, Αγωγή Υγείας, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Αθήνα, 2003

Οδηγός Αντισύλληψης, Χάπι σημαίνει ελευθερία, με τη σύσταση της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού και του Τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού Β' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών Αρεταίειο Νοσοκομείο, 2003

Πληροφορίες για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό, Αγωγή Υγείας, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, 1994

Πρόταση Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση κατευθύνσεων εθνικής αναπτυξιακής στρατηγικής 2014-2020, Οκτώβριος 2012



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ: «ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Διπλωματική εργασία**

**Θέμα « ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ: Η πορεία και η κατάσταση ενός  
κοινωνικού θεσμού σήμερα στην Ελλάδα »**

## (ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΟΠ)

### A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Ειδικότητα:

Μορφωτικό επίπεδο: ΠΕ  ΤΕ  ΔΕ  Μεταπτυχιακό  Διδακτορικό

Ηλικία: άνω των 30  άνω των 40  άνω των 50

Οικογενειακή κατάσταση: άγαμος/η  έγγαμος/η  έγγαμος/η και τέκνο/α

Διαζευγμένος/η με τέκνο/α  διαζευγμένος/η χωρίς τέκνο/α

Έτη ενασχόλησης με το αντικείμενο:

Αιτία ενασχόλησης με το αντικείμενο:.....

Περίοδος απασχόλησης: έτη.....

Μετεκπαίδευση : στο εξωτερικό  ..... στην Ελλάδα  .....

✚ Η εμπειρία σας από το Εκπαιδευτικό Σεμινάριο στην Ανωτέρα Σχολή Επισκεπτριών Αδελφών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας το 1978. Συναισθήματα και εντυπώσεις.

✚ Υπήρξε άλλη μετεκπαίδευση στην πορεία;

## **B. Σχετικά με την ίδρυση της Εταιρείας και γενικά με τον θεσμό:**

- ✚ Ποιο ήταν το πρώτο πρόσωπο στην Ελλάδα που έφερε τον θεσμό του Ο.Π. (1973);
- ✚ Πως γεννήθηκε η ιδέα της ίδρυσης της εταιρείας;
- ✚ Βάσει της βιβλιογραφίας ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα άργησε να εμφανιστεί. Πως δικαιολογείται κατά την γνώμη σας αυτό;
- ✚ Πιστεύετε ότι υπήρξε η αντίληψη ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός έπρεπε να αποστασιοποιηθεί από την ευγονική; Αν ναι, από πού απορρέει π.χ. από την δράση της εταιρείας ή από την σκοπό της; Και για ποιο λόγο;
- ✚ Θεωρείτε ότι ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού εμπεριέχει τους ίδιους τομείς με εκείνους όταν ξεκίνησε; Κατά την πορεία του περιέλαβε και άλλους τομείς και αν ναι που οφείλεται η αλλαγή αυτή;
- ✚ Προβλήματα και δυσχέρειες που προέκυψαν με την εμφάνιση του θεσμού στην χώρα μας αλλά και με την ίδρυση της Εταιρείας;
- ✚ Η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου αποτελεί παράγοντα ζωτικής σημασίας τόσο για την δράση της Εταιρείας όσο και για τον ίδιο το θεσμό; Ποια η σύνθεση του Δ.Σ. σήμερα;
- ✚ Ποια η θέση της Εκκλησίας τότε απέναντι στο κίνημα το Ο.Π.; Σήμερα υπάρχει διαφοροποίηση/μεταβολή;
- ✚ Η στάση της πολιτείας εκείνη την περίοδο ήταν θετική ή αρνητική; Άλλαξε κατά την πορεία; Αν ναι γιατί συνέβη αυτό;
- ✚ Σχετικά με την θεσμοθέτηση του Ο.Π. και την εξέλιξη αυτού; Ποιοι θεωρούνται ως βασικοί παράγοντες που επιδρούν τόσο στη θεσμοθέτηση όσο και στην καθιέρωση αυτού του θεσμού;
- ✚ Ο ρόλος της Εταιρείας ως προς την αποδοχή του θεσμού τόσο από την κοινωνία όσο και από την Πολιτεία;
- ✚ Ο ρόλος της Εταιρείας σήμερα που σημειώνονται μεταρρυθμίσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

## Γ. Σχετικά την δράση της Εταιρείας.

- ✚ Πως θα χαρακτηρίζατε την δράση της Εταιρείας το διάστημα 1976 – 1986, 1990-2000 και 2000-2010; Τα τελευταία χρόνια 2010-2014 είναι σημαντική η δράση της, δεδομένου όλων των αλλαγών αλλά και λόγω της οικονομικής κρίσης που αντιμετωπίζει η χώρα μας;
- ✚ Ποια τα κύρια προβλήματα και πως αντιμετωπίστηκαν;
- ✚ Ποιοι είναι οι πόροι της Εταιρείας σήμερα (επιχορηγήσεις, δωρεές, ανθ. δυναμικό, εθελοντές.κτλ)
- ✚ Παρατηρήθηκε πως η Εταιρεία προέβαινε σε παρεμβάσεις σε θέματα υιοθεσίας, εκτρώσεων..... Σήμερα ποιες οι απόψεις / παρεμβάσεις της Εταιρείας;
- ✚ Μέχρι σήμερα η δράση της Εταιρείας πως έχει διαφοροποιηθεί και αν συντελεί στην ευόδωση του σκοπού της λειτουργίας της;
- ✚ Σημειώθηκε βιβλιογραφικά πως το 1997 δημιουργήθηκε η ομάδα νέων, ώστε να γίνει πιο έντονη η παρουσία του θεσμού και πιο σημαντική στο χώρο της νεολαίας. Θεωρείτε ότι είναι αποτελεσματική/αποδοτική η δράση της ομάδας νέων;
- ✚ Σήμερα είναι κυρίαρχος ο ρόλος της ομάδας νέων;
- ✚ Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την δράση της ομάδας νέων;
- ✚ Από το 1986 ως σήμερα η δράση της Εταιρείας πως συνέβαλε θετικά για τον θεσμό του Ο.Π.; Υπήρξαν συνεργασίες εντός και εκτός Ελλάδος; Πως απέδωσαν για τον στόχο της Εταιρείας;
- ✚ Παρατηρήθηκε ότι η Εταιρεία πλέον είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας της Αντισύλληψης και όχι της IPPF. Γιατί συνέβη αυτό;
- ✚ Συνέβαλε θετικά αρνητικά η αλλαγή αυτή στην δράση της Εταιρείας, στην θέση της Εταιρείας, κλπ;
- ✚ Η κοινωνικοοικονομική κρίση στην Ελλάδα επηρέασε την Εταιρεία; Αν ναι σε ποιο βαθμό και τι έφερε; Αν όχι, που αποδίδεται;
- ✚ Περιγράψτε μας ένα περιστατικό που σας προκάλεσε ικανοποίηση τόσο κατά την περίοδο των πρώτων ετών εμφάνισης της Εταιρείας όσο κατά την περίοδο των τελευταίων τεσσάρων ετών.

- ✚ Περιγράψτε μας ένα περιστατικό που σας προκάλεσε απογοήτευση τόσο κατά την περίοδο των πρώτων ετών εμφάνισης της Εταιρείας όσο κατά την περίοδο των τελευταίων τεσσάρων ετών.
- ✚ Ο Θεσμός του Ο.Π. κατά την γνώμη σας έχει αξία ή πλέον δεν έχει να προσφέρει; Αν ναι , γιατί; Αν όχι, δικαιολογείστε το.
- ✚ Πως γίνεται η αξιολόγηση της δράσης της Εταιρείας;
- ✚ Η στάση της πολιτείας τα τελευταία χρόνια αναφορικά με την δράση της Εταιρείας.

#### **Δ. Προβλήματα – Δυσχέρειες – Προτάσεις**

- ✚ Προβλήματα ή δυσχέρειες που προέκυψαν την περίοδο 1990-2000 και 2000-2010;
- ✚ Προβλήματα που αντιμετωπίζει σήμερα η Εταιρεία;
- ✚ Η παρουσία της Εταιρείας στο εξωτερικό. Παραμένει μέλος της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού;
- ✚ Αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας θεωρείτε ότι όλοι δύνανται να ασχοληθούν και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους έστω και σε εθελοντική βάση; Αν ναι, με ποιο τρόπο; Αν όχι, γιατί;
- ✚ Πως εκπαιδεύεται σήμερα κάποιος που επιθυμεί να ασχοληθεί με τον οικογενειακό προγραμματισμό;
- ✚ Προτάσεις για την ενίσχυση ή αναβάθμιση της δράσης της;
- ✚ Προτάσεις για συνεργασίες με άλλους φορείς εντός και εκτός Ελλάδος;
- ✚ Ο ρόλος και η θέση της Εταιρείας σήμερα.
- ✚ Προσωπικές απόψεις, παρατηρήσεις και επισημάνσεις.

## (ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟ Ο.Π.)

### A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Ειδικότητα:

Μορφωτικό επίπεδο:

Ηλικία: άνω των 30  άνω των 40  άνω των 50

Οικογενειακή κατάσταση: άγαμος/η  έγγαμος/η  έγγαμος/η και τέκνο/α

Διαζευγμένος/η με τέκνο/α  διαζευγμένος/η χωρίς τέκνο/α

Έτη ενασχόλησης με το αντικείμενο:

Αιτία ενασχόλησης με το αντικείμενο:.....

Περίοδος απασχόλησης: έτη.....

Μετεκπαίδευση : στο εξωτερικό  ..... στην Ελλάδα  .....

### B. Σχετικά με το Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Λειτουργία και στελέχωση.

1. Τι γνωρίζετε σχετικά με την λειτουργία Κ.Ο.Π. πριν το 1998;

2. Το Τμήμα ξεκίνησε να λειτουργεί τον **Σεπτέμβριο του 1998** στελεχωμένο από:

Μαιευτήρα/Γυναικολόγο

Μαία

Επισκέπτη/τρια Υγείας

Κοινωνική/ό λειτουργό

Ψυχολόγο  ή Ψυχίατρο

Ιατροί άλλων ειδικοτήτων.....

3.Υπηρεσίες που παρέχονταν από το Τμήμα την περίοδο εκείνη ήταν:

- Προβλήματα στειρότητας
- Προβλήματα γονιμότητας
- Γενετική καθοδήγηση
- Προγεννητική διαγνωστική
- Συμβουλευτική οικογένειας
- Συμβουλευτική ατόμων ή ζευγαριών
- Γενετισιακή ενημέρωση
- Εφηβική γυναικολογία
- Χορήγηση αντισύλληψης
- Ανίχνευση καρκίνου των γεννητικών οργάνων
- Πρόληψη των γενετισιακά μεταδιδόμενων νοσημάτων
- Πληροφόρηση – ενημέρωση ατόμων ή κοινότητας
- Μικροεπεμβάσεις(νόμιμη διακοπή της κύησης κατά το Ν.1609/86)
- Εξειδικευμένες υπηρεσίες που καθορίζονται από τον τυχόν διαθέσιμο εξοπλισμό, π..χ. υπέρηχοι

4.Για ποιο λόγο παρέχονταν οι επιλεγμένες υπηρεσίες από τα παραπάνω;

- A. ορισμένου προσωπικού
- B. έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού
- Γ. έλλειψη εξοπλισμού ξενοδοχειακού ή επιστημονικού
- Δ. Άλλο.....

5.Για ποιο λόγο δεν παρέχονταν οι μη επιλεγμένες υπηρεσίες από τα παραπάνω:

6.Όταν ξεκίνησε το Τμήμα συνεργαζόταν με άλλους φορείς ή τμήματα;

7.Υπήρξε ικανοποίηση από τις συνεργασίες αυτές; Περιγράψτε ένα περιστατικό που φανερώνει την ικανοποίηση και ένα άλλο που δείχνει την απογοήτευση.



8. Παρατηρήθηκε ότι κατά το ακαδημαϊκό έτος 2002-2003 προστέθηκε άλλη μια παροχή υπηρεσίας στο Τμήμα σας αυτή της ανοικτής τηλεφωνικής γραμμής. Πως ξεκίνησε και πως εξελίχθηκε και σε τι αποσκοπεί;

9. Σήμερα η ανοικτή τηλεφωνική γραμμή λειτουργεί και από ποιες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας υποστηρίζεται;

10. Μπορείτε να περιγράψετε ένα περιστατικό ευχάριστο ή δυσάρεστο που εξυπηρετήθηκε στο πλαίσιο της ανοικτής τηλεφωνικής γραμμής;

11. Σχετικά με την ανάληψη των αθλητριών που ήταν προεπιλεγμένες για τους Ολυμπιακούς Αγώνες του 2004 ποια ήταν η εμπειρία σας και κυρίως το σημαντικότερο βίωμα σας.

12. Η στελέχωση του Τμήματος σημειώνει αλλαγές/μεταβολές όπως η στελέχωση του τμήματος ως προς τη σύνθεση του. Πως εξηγείται;

13. Ποια η στελέχωση του Τμήματος σήμερα βάσει νομικού πλαισίου;

14. Επηρεάζονται οι υπηρεσίες που παρέχονται με όλες τις μεταβολές στην στελέχωση του τμήματος και σε ποιο βαθμό;

15. Υπάρχει δυνατότητα να απασχοληθεί επαγγελματίας υγείας ή σχετική ειδικότητα με τον οικογενειακό προγραμματισμό σε εθελοντική βάση στο τμήμα;

16. Κατά την γνώμη σας η λειτουργία του Κέντρου / τμήματος επιφέρει κοινωνικό όφελος; Αν ναι, πως; Αν όχι, γιατί;

17. Ποιοι παράγοντες το καθορίζουν;

### **Γ. Δράση του Τμήματος**

1. Σύμφωνα με τα πεπραγμένα της κλινικής η δράση του Τμήματος θα μπορούσε να διακριθεί σε :

- Κίνηση του Εξωτερικού Ιατρείου (κλινική γυναικολογική εξέταση, εξέταση κατά Παπανικολάου, χορήγηση αντισύλληψης, τοποθέτηση-αφαίρεση ενδομητρικού σπειράματος, τοποθέτηση κολπικού δακτυλίου, φαρμακευτική διακοπή κύησης, επεμβατική διακοπή κύησης, ψυχοσωματική προετοιμασία για την κύηση και τον τοκετό)
- Συμβουλευτική γονεϊκότητας, μονογονεϊκής οικογένειας, υιοθεσίας, βίας στην οικογένεια, κ.α.
- Διοργάνωση ενημερωτικών συζητήσεων από ειδικευμένο προσωπικό σε σχολεία της Πρωτεύουσας και της Περιφέρειας.
- Συνεργασία με άλλους φορείς: ΕΛΕΠΑΠ, Γενική Γραμματεία Ισότητας, κ.α
- Δημοσιεύσεις σε ξενόγλωσσα περιοδικά
- Συμμετοχή σε συνέδρια στο εξωτερικό και στην χώρα μας
- Ερευνητικό και Διδακτικό Επιστημονικό έργο
- Άλλο.....

2. Αισθάνεστε ότι η δράση του τμήματος είναι αποτελεσματική /αποδοτική σε όλα τα προαναφερθέντα επίπεδα;

Καθόλου  Μέτρια  Καλή  Π.Καλή  Εξαιρετική

3. Η σύνθεση της στελέχωσης του Τμήματος επιδρά στην δράση του;

Ναι  Όχι

Γιατί;.....

4. Παράγοντες που επηρεάζουν την δράση του Τμήματος κατά την γνώμη σας είναι:

Σύνθεση της στελέχωσης

Βαθμός Κατάρτισης Προσωπικού

Ευαισθητοποίηση του Προσωπικού

Πρωτοβουλία του προσωπικού

Προτάσεις για δράσεις ή συνεργασία με άλλους φορείς από το προσωπικό

Αποφάσεις της Διοίκησης του Νοσοκομείου

Βαθμό συντονισμού, σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων/δράσεων στην κοινότητα ή εντός του Νοσοκομείου

Δυνατότητα συνεργασίας με άλλους φορείς για την αντιμετώπιση περιστατικού

Γενικά βαθμός διασυνεργασίας είτε σε επίπεδο ερευνητικό είτε κλινικό

Αποφάσεις της Πολιτείας ή η Συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας

Άλλο:

5. Κατά την γνώμη σας ποια είναι η κατάταξη των παρακάτω σύμφωνα με την παροχή υπηρεσιών του Τμήματος σας, αν θεωρήσουμε ότι αποτελούν θετικά σημεία από την λειτουργία και δράση του.

- Υγεία μητέρας – παιδιού
- Αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων με την εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης
- Ρύθμιση των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κυήσεων
- Έλεγχος του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων
- Επιλογή της κάθε οικογένειας για τον αριθμό των παιδιών που θα αποκτήσει
- Την αντιμετώπιση προβλημάτων αναπαραγωγής
- Πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
- Πρόληψη κληρονομικών παθήσεων
- Πρόληψη γυναικείου και ανδρικού καρκίνου
- Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση – Διαφυλική αγωγή
- Συμβουλευτική συντροφικότητας, γάμου, οικογένειας
- Άλλο

6. Η συνέντευξη των ατόμων, ζευγαριών που προσέρχονται για συμβουλευτική ή ακόμη και για ενημέρωση πως γίνεται; Περιγράψτε ένα περιστατικό.

7. Ζητήματα που ανακύπτουν όπως, υπογονιμότητα που οδηγεί σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ή ακόμη και υιοθεσία πως αντιμετωπίζονται; Παράδειγμα.

8. Η λειτουργία του Τμήματος ξεκίνησε αφού ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού έγινε επίσημα αποδεκτός από την Πολιτεία και το 1983 άρχισε η λειτουργία 10 τότε Κ.Ο.Π. Σήμερα πιστεύετε ότι θα πρέπει να λειτουργούν ή ακόμη και να προστεθούν και άλλα Κ.Ο.Π.; Δικαιολογήστε την απάντησή σας.

9. Πως γίνεται αξιολόγηση/εκτίμηση της δράσης του Τμήματος;

10. Πιστεύετε ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ένας θεσμός που ωφελεί κοινωνικά σε σχέση με το κόστος; Δικαιολογήστε την απάντησή σας.

11. Πρόσφατα το Υπουργείο Υγείας κάλεσε φορείς και υπηρεσίες μεταξύ αυτών και το Τμήμα σας για τον σχεδιασμό ενεργειών και δράσεων με σκοπό τον εκσυγχρονισμό του θεσμού του οικογενειακού προγραμματισμού – φροντίδας μητέρα παιδιού. Ποια είναι η θέση του Τμήματος σας και οι προτάσεις που έχετε υποβάλλει ή είναι σε εξέλιξη;

Προσωπικές απόψεις, παρατηρήσεις και επισημάνσεις.

ΑΝΟΙΧΤΗ ΓΡΑΜΜΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

210. 72. 86. 332



**Ενημερώσου τώρα**  
για όσα πρέπει να ξέρεις

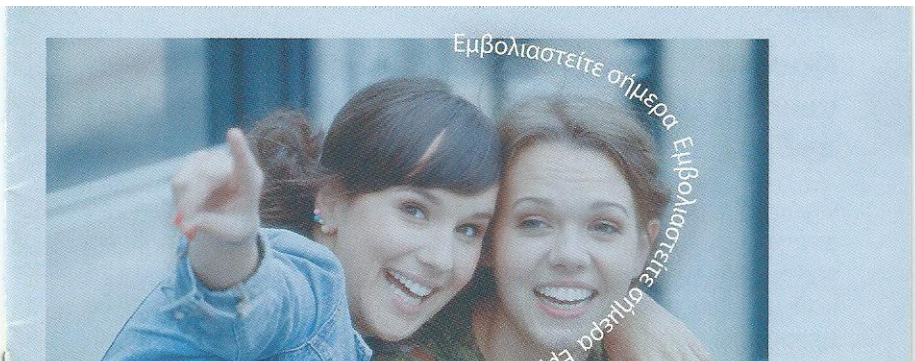
πάρε τα μέτρα σου! > > >



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ  
Διευθυντής: Καθηγητής Γ. Κρεατσάς



ΙΑΤΡΕΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ



Εμβολιαστείτε σήμερα. Εμβολιαστείτε σήμερα. Εμβολιαστείτε σήμερα.

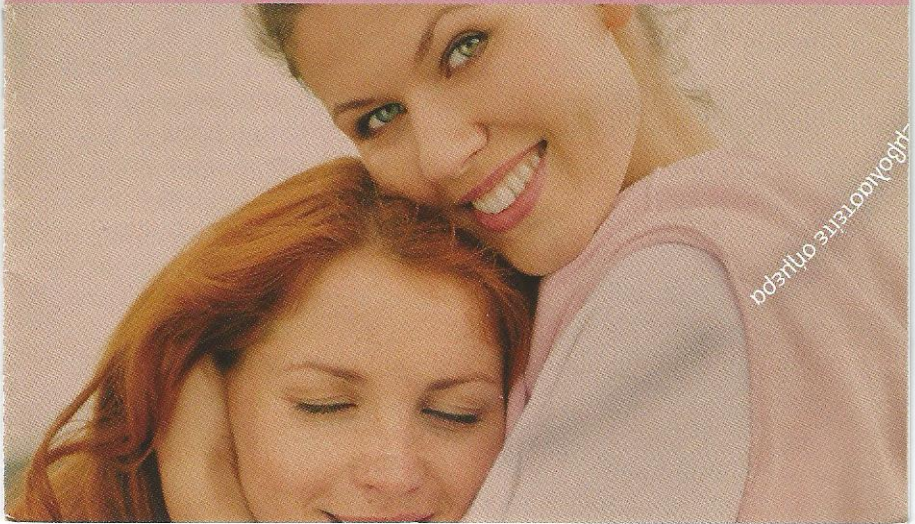


Εμβολιαστείτε σήμερα. Εμβολιαστείτε σήμερα. Εμβολιαστείτε σήμερα.

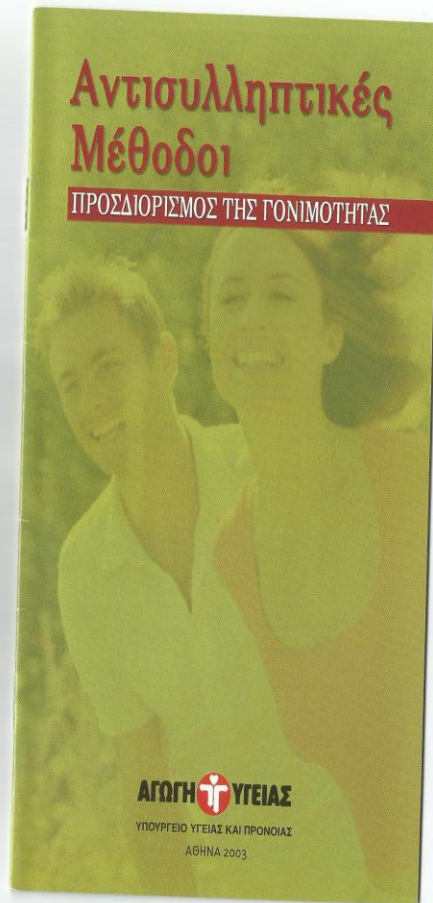
# Εμβολιαστείτε σήμερα

Εμβόλιο για την πρόληψη από τους ιούς των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV), τους ιούς που προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και άλλα σοβαρά νοσήματα

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ  
MEMBER OF THE INTERNATIONAL FEDERATION OF INFANTILE AND JUVENILE GYNECOLOGY  
HELLENIC SOCIETY OF PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGY  
MEMBER OF THE INTERNATIONAL FEDERATION OF INFANTILE AND JUVENILE GYNECOLOGY



Εμβολιαστείτε σήμερα. Εμβολιαστείτε σήμερα. Εμβολιαστείτε σήμερα.



ΘΕΛΕΙΣ ΝΑ ΑΠΟΦΥΓΕΙΣ  
ΤΗΝ ΕΚΤΡΩΣΗ;

ΕΝΗΜΕΡΩΣΟΥ (ΜΑΘΕ)  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

**ΝΑΙ** στην  
αντιούλληψη

**ΟΧΙ** στις  
εκτρώσεις

**ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΑΘΗΝΑ 2003



#### 14. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΕ.Σ.Υ.

Κύριε Πρόεδρε,

Αθήνα 5.2.1986

Η Εταιρία μας ιδρύθηκε το 1976 και είναι μέλος της I.P.P.F (International Planned Parenthood Federation). Υπήρξε πρωτοπόρος στον τομέα του οικογενειακού προγραμματισμού στη χώρα μας και έχει αναπτύξει πλούσια και ποικίλη δράση. Μερικές από τις δραστηριότητές της είναι:

- 1) σεμινάρια για την εκπαίδευση στελεχών
- 2) εκπαίδευση σπουδαστών επαγγελματιών υγείας
- 3) εκδόσεις έντυπου ενημερωτικού υλικού
- 4) λειτουργία κέντρου οικογενειακού προγραμματισμού
- 5) εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού κλπ.

Μέχρι την ψήφιση του νόμου 1397/1983 για το Ε.Σ.Υ., η Εταιρία μας βρισκόταν σε στενή συνεργασία με τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, το οποίο και την επικορηγούσε. Επισυνάπτεται σχ. έγγ. Μετά την ψήφιση του Νόμου του Ε.Σ.Υ. υπάρχει μια ασάφεια για το ρόλο των μη κρατικών οργανώσεων και συγκεκριμένα της Εταιρίας μας, στον τομέα του οικογενειακού προγραμματισμού. Το άρθρο 22 αναφέρει για τον οικογενειακό προγραμματισμό: «2. Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας, η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνονται από υπεύθυνα κρατικά όργανα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. 3. Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ο εργαστηριακός έλεγχος παρέχονται στα νοσοκομεία του Ν.Δ. 2592/1953 και τα κέντρα υγείας που υπάγονται σ' αυτά».

Όμως θα πρέπει να επισημάνουμε ότι ο ρόλος των μη κρατικών οργανώσεων στην προώθηση και εμπέδωση του οικογενειακού προγραμματισμού έχει αναγνωρισθεί διεθνώς, τόσο από τα διάφορα κράτη (Ανατολής και Δύσης), όσο και από διεθνείς οργανισμούς, π.χ. Ο.Η.Ε., W.H.O. κλπ. Ο ρόλος των οργανώσεων αυτών δεν είναι ανταγωνιστικός προς τους κρατικούς φορείς, αλλά παράλληλος και συμπληρωματικός.

Με αυτά τα δεδομένα και επειδή η Εταιρία διαθέτει αρκετή εμπειρία, υποδομή και δοκιμασμένα στελέχη, νομίζουμε ότι θα πρέπει να βρεθεί κάποιος τρόπος συνεργασίας για την προώθηση του κοινού σκοπού. Παρακαλούμε να μας απαντήσετε εάν νομίζετε ότι υπάρχει προοπτική συνεργασίας και πώς βλέπετε τη συνεργασία αυτή.

Ο Πρόεδρος  
Γ. Κιντής

Η Γενική Γραμματέας  
Α. Ρισαδάκη

## 7. ΕΠΙΣΤΟΛΗ

Κον Π. Αυγερινό  
Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας  
Ενταύθα

Αθήνα 14-2-83

Κύριε Υπουργέ,

Από αρκετά χρόνια η Εταιρία μας έχει, όπως είναι γνωστό, πρωτοστατήσει σε αγώνες για την αναγνώριση και διάδοση στη χώρα μας του θεσμού του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Επιστέγασμα των αγώνων αυτών υπήρξε και η νομοθετική καθιέρωση το 1980.

Σε σύμπραξη με το Υπουργείο αλλά και με ανεξάρτητη πρωτοβουλία συνέβαλε στην διαμόρφωση εκατοντάδων στελεχών την εποχή που ο θεσμός ήταν σχεδόν άγνωστος και πάντως υπό διωγμό στη χώρα.

Γι' αυτό θεωρούμε υποχρέωσή μας, με τούτο το γράμμα, να επισημάνουμε την ανησυχία μας για την κατάργηση του νόμου 1036/1980 με το άρθρο 22 του Σχεδίου Νόμου περί Υγείας. Ενώ πάντα υποστηρίζαμε ότι είναι ευθύνη του Κράτους να μεριμνά για την ύπαρξη υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, πιστεύουμε πως στον τομέα αυτόν που άπτεται των δικαιωμάτων του ατόμου, η προσφορά ανεξάρτητης Εταιρίας είναι όχι μόνο αναγκαία αλλά και επιβεβλημένη. Η δράση και η αποτελεσματικότητα της Εταιρίας μας μέχρι σήμερα το αποδεικνύει.

Γι' αυτό ελπίζουμε ότι θα λάβετε υπόψη την αρχή αυτή, που είναι κατοχυρωμένη και από το καταστατικό της Διεθνούς Οργάνωσης Οικογενειακού Προγραμματισμού (I.P.P.F), συμβουλευτικής Οργάνωσης του ΟΗΕ στα θέματα αυτά, κατά την διαμόρφωση του νομοσχεδίου περί Υγείας.

Με την ευκαιρία αυτή θα μας επιτρέψετε να επισημάνουμε ότι η Εταιρία μας έχει δημοσιεύσει και κυκλοφορήσει αρκετά βιβλία γύρω από το θέμα.

Μεταξύ των δημοσιευμάτων μας –γνωστά στις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου σας– υπάρχουν έγκυρες μεταφράσεις των βιβλίων της I.P.P.F. αλλά και πρωτότυπες εργασίες Ελλήνων ειδικών. Ασφαλώς θα συμμερίζεσθε και εσείς τη γνώμη μας ότι η χώρα μας για λόγους κύρους αλλά και οικονομίας σε συνάλλαγμα δε θα έπρεπε να ανακαλεί ξένους για διεξαγωγή απλών ενημερωτικών σεμιναρίων όταν πλέον υπάρχουν στη χώρα μας άριστα μετεκπαιδευμένα στελέχη.

Είμαι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε ενημέρωση και συνεργασία την οποία κρίνετε αναγκαία.

Κοινοποίηση:  
Κα Μαρία Κυπριωτάκη-Περάκη  
Υφυπουργός Υγείας και Πρόνοιας

Θερμές ευχαριστίες  
Βιργινία Τσουδερού  
Πρόεδρος Εταιρίας  
Οικογενειακού  
Προγραμματισμού

63

