



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ**  
**ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**  
**ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**  
**ΜΑΛΑΜΑ ΜΑΡΙΑ**  
**A.M 3032201901307**

**Τριμελής εξεταστική επιτροπή**  
**ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**  
**ΣΑΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**  
**ΚΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΚΟΡΙΝΘΟΣ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2022**



Copyright© Μάλαμα Μαρία, 2022.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Allrightsreserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν το συγγραφέα και μόνο.



Στην οικογένειά μου για την έμπρακτη  
στήριξη και αγάπη που μου δείχνει σε  
κάθε μου βήμα.



## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σουλιώτη Κυριάκο, για την καθοδήγηση και τη βοήθεια που μου έδωσε σε κάθε φάση της δημιουργίας της εργασίας, για την υπομονή που επέδειξε σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας αλλά κυρίως για τον τρόπο αντιμετώπισης, το σεβασμό και την εμπιστοσύνη που επέδειξε απέναντι στο άτομό μου, τη μεταλαμπάδευση γνώσεων και τη διεύρυνση του γνωστικού μου πεδίου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά για την αμέριστη βοήθεια, την καθοδήγηση, τις πολύτιμες συμβουλές τα καίρια σχόλια και την .συμπαραστάσή τους την καθηγήτρια κ. Σαρίδη Μαρία και την καθηγήτρια κ. Καρακατσάνη Δέσποινα

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τις μαίες της Υπηρεσίας Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσοκομείου Καλαμάτας, κ. Τσιγώνια Βασιλική και κ. Κορογώνα Βασιλική και την εξαδέλφη μου κ. Δούζη Μαρία.



## Πίνακας περιεχομένων

|  |    |
|--|----|
| Ευχαριστίες.....   | 4  |
| Περίληψη.....  | 7  |
| Abstract .....   | 9  |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....   | 11 |
| Εισαγωγή.....  | 12 |
| Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> .....  | 15 |
| 1.Ιστορική αναδρομή .....  | 15 |
| 1.1.Εννοιολογική προσέγγιση των στοιχείων ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού .....  | 18 |
| 1.1.1.Επιλογή μεθόδων.....   | 18 |
| 1.1.2.Πληροφορίες που παρέχονται στους πελάτες .....   | 19 |
| 1.1.3.Ικανότητα Παρόχου.....   | 20 |
| 1.1.4.Διαπροσωπικές σχέσεις .....  | 21 |
| 1.1.5.Μηχανισμοί παρακολούθησης και συνέχειας .....  | 21 |
| 1.1.6.Κατάλληλος σχηματισμός υπηρεσιών .....   | 21 |
| Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> .....  | 23 |
| 2.Αναπτυσσόμενος κόσμος και οικογενειακός προγραμματισμός .....  | 23 |
| 2.1.Εννοιολογικός προσδιορισμός της ανάγκης για αντισύλληψη .....  | 24 |
| 2.2.Οφέλη από την ικανοποίηση της ανάγκης αντισύλληψης.....  | 25 |
| 2.3.Εμπόδια στην αντισύλληψη.....  | 27 |
| 2.3.1.Η ανισότητα των φύλων .....  | 27 |
| 2.3.2.Μύθοι για την αντισύλληψη .....  | 27 |
| 2.4.Επικράτηση της ανικανοποίητης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό μεταξύ των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας .....                           | 28 |
| 2.4.1. Μοντέλο Westoff.....  | 28 |
| 2.4.2.Σημασία της αναλογίας των ανικανοποίητων αναγκών.....  | 29 |
| 2.5.Δημογραφικοί καθοριστικοί παράγοντες της ανικανοποίητης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. ....         | 30 |
| 2.6.Κοινωνικοοικονομικοί καθοριστικοί παράγοντες της ανεκπλήρωτης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. .... | 32 |
| 2.7.Πολιτιστικοί καθοριστικοί παράγοντες της ανεκπλήρωτης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.....          | 33 |
| Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> .....  | 35 |
| 3.1.Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ως Οικουμενικό Ανθρώπινο Δικαίωμα.....   | 35 |
| 3.2.Ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα .....  | 36 |
| 3.3.Θρησκεία και οικογενειακός προγραμματισμός .....   | 37 |



|   |            |
|---|------------|
| 3.3.1.Χριστιανισμός .....   | 39         |
| 3.3.2.Ιουδαισμός .....  | 42         |
| 3.3.3.Ισλάμ .....   | 45         |
| 3.3.4.Ινδουϊσμός.....   | 47         |
| Κεφάλαιο 4° .....   | 51         |
| 4.Υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού .....                                   | 51         |
| 4.1.Εκπαίδευση.....   | 51         |
| 4.2.Συμβουλευτική.....  | 52         |
| 4.3.Βελτίωση της υγείας της μητέρας και του νεογνού .....                         | 53         |
| 4.4.Αποφυγή ακούσιας εγκυμοσύνης.....   | 56         |
| 4.5.Πρόληψη Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και μείωση της υπογονιμότητας..... | 58         |
| 4.6.Μείωση της φτώχειας.....  | 59         |
| 4.7.Αναπαραγωγική υγεία .....   | 61         |
| 4.8.Αντισυλληπτικές μέθοδοι .....   | 62         |
| 4.9.Εμπόδια στη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων .....                               | 64         |
| Κεφάλαιο 5° .....   | 66         |
| 5.Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας .....   | 66         |
| 5.1.Υπηρεσία Οικογενειακού ΠρογραμματισμούΓ.Ν Καλαμάτας.....                      | 67         |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....  | 70         |
| Κεφάλαιο 6° .....   | 71         |
| 6.Μελέτη περίπτωσης .....   | 71         |
| 6.1.Σκοπός.....   | 71         |
| 6.2.Υλικό και μέθοδος .....   | 71         |
| 6.3.Μεθοδολογία .....   | 71         |
| 6.3.Ανάλυση Στοιχείων .....   | 72         |
| 6.4.Ευρήματα.....   | 81         |
| 6.5.Συζήτηση .....  | 83         |
| 6.6.Συμπεράσματα .....  | 91         |
| Βιβλιογραφία.....   | 94         |
| Ηλεκτρονικήβιβλιογραφία .....   | 108        |
| <b>Παράρτημα Α.....</b>   | <b>109</b> |
| <b>Παράρτημα Β.....</b>   | <b>112</b> |



## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά στις αναπτυσσόμενες χώρες τη δεκαετία του 1950 και μείωσαν με επιτυχία τη γονιμότητα σε πολλές χώρες χαμηλού εισοδήματος παγκοσμίως και κυρίως στην Ασία, τη Λατινική Αμερική και τη Βόρεια Αφρική. Η σύγχρονη αντισύλληψη επιτρέπει στις γυναίκες να εκπληρώσουν τα αναπαραγωγικά τους δικαιώματα, μειώνει την παιδική θνησιμότητα και δίνει στις οικογένειες την ευκαιρία να μειώσουν το μέγεθός τους αριθμητικά και να επενδύσουν περισσότερα σε κάθε παιδί.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών του τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και τα οφέλη που απορρέουν από τις υπηρεσίες του θεσμού αυτού στον πληθυσμό του νομού Μεσσηνίας.

**Μεθοδολογία:** Η προτεινόμενη μελέτη είναι μια αναδρομική μελέτη ποιοτικού τύπου. Για τη συλλογή των δεδομένων έγινε χρήση καταγεγραμμένων πληροφοριών από τα αρχεία του τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, των ετών 2016 έως 2019.

**Αποτελέσματα:** Μεταξύ 2016 και 2019, έλαβε χώρα μια σημαντική αύξηση στον αριθμό των περιστατικών που εξυπηρέτησε η υπηρεσία. Το 2017 και 2018 ο αριθμός αυτός εμφάνισε σταθερότητα, αλλά τα περιστατικά του 2019 ήταν κατά, περίπου, 62% περισσότερα σε σχέση με το 2016. Ο αριθμός των νέων περιστατικών μεταξύ 2016 και 2019, δεν είχε αντίστοιχη αύξηση με αυτήν του συνόλου. Συγκεκριμένα, τα νέα περιστατικά του 2019 ήταν, περίπου, κατά 33% περισσότερα σε σχέση με το 2016. Ο αριθμός των επισκέψεων σημείωσε σταδιακή αύξηση, μεταξύ 2016 και 2019. Η συντριπτική πλειοψηφία των επισκέψεων στην υπηρεσία έγινε από γυναίκες, με ποσοστό 98%-99%. Η συντριπτική πλειοψηφία των επισκέψεων είχε ατομικό χαρακτήρα, ενώ μόλις το 1%-2% των επισκέψεων έγιναν από ζευγάρια. Οι περισσότερες επισκέψεις, κατά την αναφερόμενη περίοδο, αφορούσαν σε άτομα μεταξύ 50 και 59, καθώς και 40 και 49 ετών. Τα άτομα ελληνικής εθνικότητας που επισκέφθηκαν την υπηρεσία ήταν κατά συντριπτική πλειοψηφία περισσότερα, σε κάθε έτος, ξεπερνώντας το 90%. Σε κάθε έτος, η πλειοψηφία όσων απευθύνθηκαν στην υπηρεσία διέθετε ασφαλιστική κάλυψη. Όμως, παρατηρείται σταδιακή μείωση στο ποσοστό αυτό, μεταξύ 2016 και 2019 και συνακόλουθη αύξηση του ποσοστού των ανασφάλιστων. Τα έγγαμα άτομα επισκέφθηκαν



την υπηρεσία συχνότερα συγκριτικά με τις άλλες κατηγορίες ατόμων. Οι περισσότεροι επισκέπτες στην υπηρεσία είχαν δυο παιδιά. Οι πλειοψηφία, σε κάθε έτος, όσων απευθύνθηκαν στην υπηρεσία είχε αποφοιτήσει από την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ ακολουθούσαν οι απόφοιτοι της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι άνεργοι σημείωσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά επισκεψιμότητας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, φαίνεται ότι οι γυναίκες που επισκέφθηκαν την μονάδα είχαν βιώσει μια τεχνητή διακοπή κύησης. Οι περισσότερες περιπτώσεις κλινικών πράξεων αφορούσαν το τεστ Παπανικολάου, ενώ ακολουθούσαν οι γυναικολογικές εξετάσεις, σε επίπεδο ενημέρωσης και συμβουλευτικής. Η υπηρεσία βοηθά περισσότερο στην ενημέρωση αναφορικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η πλειοψηφία των ενεργειών επιμόρφωσης αφορούσε σε ζητήματα που σχετίζονται με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

**Συμπεράσματα:** Η αξία της Υπηρεσίας Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, εκτός από την κοινωνική και οικονομική αξία όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έχει και διαχρονική αξία.

**Λέξεις κλειδιά:** Οικογενειακός Προγραμματισμός, υπηρεσίες, οφέλη, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, αξιολόγηση.





## Abstract

**Introduction:** Family planning programs were first implemented in developing countries in the 1950s and have successfully reduced fertility in many low-income countries worldwide, particularly in Asia, Latin America, and North Africa. Modern contraception allows women to exercise their reproductive rights. It reduces child mortality and gives families the opportunity to reduce their size numerically and invest more in each child.

**Aim:** The aim of this study is to evaluate the services provided by the family planning department of the General Hospital of Kalamata and the benefits arising from the services of this institution to the population of the prefecture of Messinia.

**Methodology:** The proposed study is a retrospective quality study. Data were collected from the records of the Family Planning department of the General Hospital of Kalamata from 2016 -2019.

**Results:** Between 2016 and 2019, there was a significant increase in the number of the incidents served. In 2017 and 2018 this number showed stability, but the incidents in 2019 were about 62% more than in 2016. The number of new incidents between 2016 and 2019 did not increase. Specifically, the new incidents in 2019 were approximately 33% more than in 2016. The number of visits increased gradually, between 2016 and 2019. The vast majority of visits were made by women, at a rate of 98% - 99%. The vast majority of visits were individual, while only 1% -2% of visits were made by couples. Most of the visits, during the mentioned period, were for people between 50 and 59, as well as 40 and 49 years old. The vast majority of people had Greek nationality. The majority of people had insurance coverage. However, there is a gradual decrease in this percentage, between 2016 and 2019 and a consequent increase in the percentage of the uninsured. Married people had more visits compared to other categories of people. The majority had graduated from secondary education, followed by graduates of higher education. The unemployed recorded the highest traffic rates. In most cases, it appears that the women who visited the unit had experienced an abortion. Most cases of clinical operations concerned the Pap test, followed by gynecological examinations. At the level of information and counseling, the service helps more in the information regarding the sexually transmitted diseases. The majority of training activities were related to sex education.



**Conclusions:** The value of the family planning department of the General Hospital of Kalamata, in addition to the social and economic value as shown by the results of this study has a timeless value.

**Keywords:** Family Planning, services, benefits, Kalamata General Hospital, evaluation.



## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## Εισαγωγή

Ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει αλλάξει τη ζωή των γυναικών, των οικογενειών και των χωρών. Η σύγχρονη αντισύλληψη επιτρέπει στις γυναίκες να εκπληρώσουν τα αναπαραγωγικά τους δικαιώματα. Μειώνει την παιδική θνησιμότητα και δίνει στις οικογένειες την ευκαιρία να μειώσουν το μέγεθος τους αριθμητικά και να επενδύσουν περισσότερο σε κάθε παιδί (Glasieretal., 2006). Έδωσε επίσης σε ολόκληρες χώρες την ευκαιρία να επωφεληθούν από αυτό που ονομάζεται δημογραφικό μέρισμα (Machiyama&Cleland, 2015; Fabicetal., 2015). Ωστόσο, σε ορισμένες περιοχές και χώρες, εξακολουθεί να παρατηρείται χαμηλό ποσοστό στη χρήση αντισυλληπτικών για τον οικογενειακό προγραμματισμό με σταθερά υψηλά ποσοστά γονιμότητας (Asamoahetal., 2013). Τα κύρια εμπόδια για την αύξηση της υιοθέτησης των μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού σχετίζονται με τους κοινωνικούς κανόνες, την αποδοκιμασία της οικογένειας ή του συντρόφου και τις ανησυχίες για παρενέργειες (Sedgh&Hussain, 2014). Οι κοινωνικοί κανόνες – όπως οι προσδοκίες μιας νύπαντρης γυναίκας να αποδείξει τη γονιμότητα του ζευγαριού, ο γάμος σε νεαρή ηλικία, τα κοινωνικά οφέλη από την τεκνοποίηση – αποτελούν βασική πτυχή σε πολλές από τις χώρες όπου η χρήση αντισυλληπτικών είναι χαμηλή (Machiyamaetal., 2017;Mboane, &Bhatta, 2015). Η υποστήριξη των προγραμμάτων του οικογενειακού προγραμματισμού και η διαθεσιμότητα των πόρων διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο (Sedgh&Hussain, 2014).

Οι Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης 3, διασφάλιση καλής υγείας και ευημερίας και 5 επίτευξη της ισότητας των φύλων και ενδυνάμωση όλων των γυναικών και των κοριτσιών, περιλαμβάνουν την καθολική σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. Ο οικογενειακός προγραμματισμός μπορεί επίσης να βοηθήσει στην επίτευξη άλλων στόχων βιώσιμης ανάπτυξης(Petruneyetal., 2014) δίνοντας τη δυνατότητα στις γυναίκες να διατηρούν την εργασία τους ή να ολοκληρώσουν την εκπαίδευση, μειώνοντας τη φτώχεια και τις ανισότητες μεταξύ των φύλων (Habumuremyi&Zenawi, 2012). Μέσω της αύξησης του ανθρώπινου κεφαλαίου και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, η εκπαίδευση μπορεί να οδηγήσει τις γυναίκες να αλλάξουν τις προσδοκίες τους για το μέλλον και να βελτιώσουν την αυτονομία τους και την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στη μείωση των κοινωνικών και πολιτιστικών φραγμών και στην αύξηση της σύγχρονης χρήσης αντισυλληπτικών (Emina, Chirwa&Kandala, 2014). Οι εργαζόμενες γυναίκες τείνουν να κρατούν τα ηνία στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις δαπάνες του νοικοκυριού και να κατανέμουν το



μεγαλύτερο μέρος των δαπανών σε βασικά αγαθά όπως τα τρόφιμα, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της οικογενειακής διατροφής ((Habumuremyi&Zenawi, 2012). Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισύλληψη στον οικογενειακό προγραμματισμό, γενικά έχουν λιγότερα παιδιά και μεγαλύτερη χρονική απόσταση μεταξύ των κυήσεων (Machiyama&Cleland, 2015), αποτρέποντας εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου και μη ασφαλείς εκτρώσεις, γεγονός που βελτιώνει την υγεία και την επιβίωση της μητέρας και του παιδιού (Machiyama&Cleland, 2015; Fabicetal., 2015; Ndayizigiyeetal., 2017; Wulifanetal., 2016). Ως εκ τούτου, η επένδυση σε προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού είναι απαραίτητη για την πρόοδο προς τους στόχους της βιώσιμης ανάπτυξης.

Από τη δεκαετία του 1960, έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για την προσέγγιση μειονεκτούντων πληθυσμών και την αύξηση της χρήσης μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού (Bellowsetal., 2016). Ως αποτέλεσμα, η χρήση αντισυλληπτικών αυξήθηκε από 10% σε 60% παγκοσμίως (Blumenthal&Schivone, 2016) αλλά η χρήση αντισύλληψης εξακολουθεί να είναι χαμηλή σε ορισμένες περιοχές. Αυτό γίνεται καλύτερα κατανοητό με τον δείκτη για ικανοποιημένη ζήτηση για οικογενειακό προγραμματισμό. Μια πρόσφατη ανάλυση σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, έδειξε ότι στη Δυτική και Κεντρική Αφρική μόλις το 33% των γυναικών είχαν ικανοποιήσει την ανάγκη τους για οικογενειακό προγραμματισμό με σύγχρονα αντισυλληπτικά. Στην Ανατολική Ευρώπη, το ποσοστό για ικανοποιημένη ζήτηση για οικογενειακό προγραμματισμό κυμάνθηκε κάτω από 50%, όπου η γονιμότητα είναι χαμηλή και η χαμηλή κάλυψη εξηγείται από το υψηλό ποσοστό χρήσης παραδοσιακών μεθόδων αντισύλληψης (Ewerlingetal., 2018). Αυτή η μελέτη έδειξε επίσης ότι ορισμένες ομάδες είναι πιο δύσκολο να προσεγγιστούν από τις στρατηγικές του οικογενειακού προγραμματισμού. Η χρήση αντισυλληπτικών είναι χαμηλότερη μεταξύ των γυναικών που ζουν σε αγροτικές περιοχές, οι οποίες είναι νεότερες και λιγότερο μορφωμένες. Αυτές οι ανισότητες είναι πιο εντυπωσιακές στη Δυτική και Κεντρική Αφρική και στην Ανατολική και Νότια Αφρική (Wulifanetal., 2016; Ewerlingetal., 2018).

Παρόλο που η ικανοποίηση της ζήτησης για προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού παρουσίασε αυξητικές τάσεις παγκοσμίως, η πρόοδος ήταν άνιση και αργή σε ορισμένες περιοχές (Snow, Laski&Mutumba, 2015; Machiyama&Cleland, 2015).Μελέτη έδειξε πως η ικανοποίηση της ζήτησης προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού, αυξήθηκε σημαντικά κατά τη δεκαετία του 1990 σε όλες τις περιοχές, ωστόσο, αυτή η αύξηση επιβραδύνθηκε από το 2000. Στη δεκαετία του 2010, οι ασιατικές περιοχές πέτυχαν επικράτηση της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων σε ποσοστό



υψηλότερο από 60%, κοντά στα επίπεδα της Λατινικής Αμερικής και της Ανατολικής Ευρώπης. Εκτός από αυτές τις περιοχές, σημαντική αύξηση παρατηρήθηκε μόνο στις ανατολικές και νότιες περιοχές Αφρική (Cahilletal., 2018).

Η παρούσα εργασία αποτελείται από 6 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή στο θεσμό του οικογενειακού προγραμματισμού καθώς και μια αναφορά στην εννοιολογική προσέγγιση των στοιχείων ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών του οικογενειακού προγραμματισμού.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά για τον οικογενειακό προγραμματισμό στον αναπτυσσόμενο κόσμο, για τα οφέλη από την ικανοποίηση της ανάγκης αντισύλληψης, τα εμπόδια στην αντισύλληψη, την επικράτηση της ανικανοποίητης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό μεταξύ των γυναικών που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, και τους δημογραφικούς, κοινωνικοοικονομικούς, πολιτιστικούς παράγοντες για την ανεκπλήρωτη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον οικογενειακό προγραμματισμό ως οικουμενικό δικαίωμα, τον οικογενειακό προγραμματισμό στην Ελλάδα καθώς και την επίδραση των διάφορων θρησκευτικών πεποιθήσεων στον οικογενειακό προγραμματισμό.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στις παρεχόμενες υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού και στα εμπόδια στη χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας και στην υπηρεσία του Οικογενειακού Προγραμματισμού του νοσηλευτικού ιδρύματος.

Το έκτο κεφάλαιο αποτελεί το ειδικό μέρος της παρούσας εργασίας και γίνεται αναφορά στον σκοπό της μελέτης, στη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της μελέτης.

Η προστιθέμενη αξία της εργασίας είναι ότι μπορεί να αποτελέσει ένα λιθαράκι στην ανάδειξη της αξίας των παρεχόμενων υπηρεσιών του Τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και το σημαντικό έργο που επιτελεί για τον πληθυσμό του νομού Μεσσηνίας.



## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

### 1. Ιστορική αναδρομή

Τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά στις αναπτυσσόμενες χώρες τη δεκαετία του 1950 και μείωσαν με επιτυχία τη γονιμότητα σε πολλές χώρες χαμηλού εισοδήματος παγκοσμίως και κυρίως στην Ασία, τη Λατινική Αμερική και τη Βόρεια Αφρική (Bongaarts, 2011; Cleland et al., 2006). Πρωτικές τάσεις στα ποσοστά γονιμότητας ήταν πιο εμφανείς στη Λατινική Αμερική και την Ασία, όπου τα συνολικά ποσοστά γονιμότητας (Total Fertility Rate - TFR) τα τελευταία 60 χρόνια έχουν μειωθεί από σχεδόν 6 γεννήσεις ανά γυναίκα σε λιγότερο από 2,5 (Bongaarts, 2011). Αντίθετα, η πλειονότητα των χωρών στην υποσαχάρια Αφρική συνεχίζει να παρουσιάζει υψηλά ποσοστά γονιμότητας με περιφερειακό TFR 5,2 γεννήσεων ανά γυναίκα — πάνω από το διπλάσιο του παγκόσμιου μέσου όρου (Population Reference Bureau, 2011; Bongaarts, 2011). Αυτές οι περιφερειακές ανισότητες στη γονιμότητα άρχισαν να τραβούν την προσοχή στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990, ωθώντας πολλά μέλη της διεθνούς κοινότητας οικογενειακού προγραμματισμού να αναρωτηθούν εάν οι συνεχείς βελτιώσεις στη γεωγραφική και οικονομική πρόσβαση σε υπηρεσίες στην υποσαχάρια Αφρική θα ήταν επαρκείς για να καλύψουν το χάσμα στα ποσοστά γονιμότητας (Bongaarts, 2011).

Ως απάντηση σε αυτές τις ανησυχίες, ότι η έλλειψη πρόσβασης δεν μπορούσε να εξηγήσει πλήρως τη μη βέλτιστη χρήση της αντισύλληψης, πολλοί διεθνείς δωρητές και εθνικοί φορείς χάραξης πολιτικής άρχισαν να επικεντρώνονται στα χαρακτηριστικά της παροχής υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού με αυξανόμενο ενδιαφέρον σε μια προηγουμένως παραμελημένη διάσταση του οικογενειακού προγραμματισμού και της ποιότητας φροντίδας. Η επικρατούσα άποψη ότι η αύξηση των σημείων παροχής υπηρεσιών θα μπορούσε να αντιμετωπίσει τους κύριους λόγους για την ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό αμφισβητήθηκε έντονα όταν τα δεδομένα έρευνας από το 1986-1990 σχετικά με τις αιτίες ανεκπλήρωτων αναγκών σε 27 αναπτυσσόμενες χώρες έδειξαν ότι οι κύριοι λόγοι για τη μη χρήση περιλάμβαναν φόβο για παρενέργειες, έλλειψη γνώσης και πολιτισμική αποδοκιμασία - λόγοι που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με βελτιώσεις στην ποιότητα της παροχής υπηρεσιών του οικογενειακού προγραμματισμού (Blanc et al., 2002). Πρόσθετες μελέτες από την ίδια χρονική περίοδο στην Ασία και την υποσαχάρια Αφρική διαπίστωσαν επίσης ότι ο φόβος για παρενέργειες έπαιξε σημαντικό ρόλο στην εξήγηση του χάσματος μεταξύ των στόχων



γονιμότητας και της πραγματικής πρακτικής, συμβάλλοντας σημαντικά στη διακοπή της αντισύλληψης, ενώ η γεωγραφική πρόσβαση ήταν μικρότερης σημασίας (Casterline et al., 1997). Τέτοια ευρήματα ώθησαν ορισμένους να συμπεράνουν ότι παρά την ικανότητα πολλών προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού να εφαρμοστούν σε απομακρυσμένες περιοχές φτωχών χωρών, ήταν «κοινωνικές αποτυχίες» λόγω της αδυναμίας τους να αντιμετωπίσουν πολιτιστικούς παράγοντες, ανησυχίες για την υγεία και παραπληροφόρηση στους πληθυσμούς που εξυπηρετούν. Η έννοια της επιτυχίας στα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού επαναπροσδιορίστηκε ώστε να ισχύει για εκείνα τα προγράμματα που βοήθησαν αποτελεσματικά τις γυναίκες και τα ζευγάρια να προσδιορίσουν με ασφάλεια τον αριθμό των παιδιών τους και τον χρόνο τεκνοποίησης τους (Tumlinson et al., 2010).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα πρώτα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού στις αναπτυσσόμενες χώρες εμπνεύστηκαν από την επιθυμία να βοηθηθούν οι γυναίκες να ανταποκριθούν στις αναπαραγωγικές τους ανάγκες παρά από την υποστήριξη των συμφερόντων των εθνικών κυβερνήσεων. Ωστόσο, η αναγκαιότητα προσέγκυσης οικονομικής υποστήριξης από εθνικές κυβερνήσεις και διεθνείς χορηγούς οδήγησε πολλούς υποστηρικτές των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού να τονίσουν τα πολυάριθμα εθνικά οφέλη από την επιβράδυνση της αύξησης του πληθυσμού σε χώρες με χαμηλούς πόρους, που συχνά αναφέρεται ως «δημογραφική λογική». Όταν έγινε φανερό στα τέλη της δεκαετίας του 1960 ότι τα μεγάλα ιδανικά μεγέθη οικογένειας σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες θα εμπόδιζαν την επίτευξη γονιμότητας σε επίπεδο αντικατάστασης, ορισμένα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού επέλεξαν να συντομεύσουν τις πιο μακροπρόθεσμες κοινωνικές αλλαγές που ήταν απαραίτητες για τη μείωση της επιθυμητής γονιμότητας χρησιμοποιώντας μια ποικιλία των μέσων που επηρεάζουν το ιδανικό μέγεθος οικογένειας των ζευγαριών. Η παραμέληση της ποιότητας και η βασισμένη στα δικαιώματα προσέγγιση για την παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, επομένως, ήταν μια φυσική συνέπεια της αξιολόγησης των προγραμμάτων με βάση την ικανότητά τους να προσελκύουν νέους χρήστες αντισυλληπτικών μεθόδων και όχι την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στους πελάτες (RamaRao & Mohanam, 2003; Suh et al., 2007). Η συνέπεια της παραμέλησης της ποιότητας φαίνεται καλά από την αποτυχημένη εισαγωγή του ενδομήτριου σπειράματος, σε μέρη της Ασίας στα μέσα της δεκαετίας του 1960. Οι μισοί νέοι χρήστες του ενδομήτριου σπειράματος είχαν διακόψει τη χρήση τους μέσα σε δύο χρόνια, πολλοί λόγω ανεπιθύμητων παρενεργειών για τις οποίες δεν ήταν προετοιμασμένοι. Αρκετοί





ερευνητές υπέθεσαν ότι τα ποσοστά διακοπής θα ήταν σημαντικά χαμηλότερα εάν αυτές οι γυναίκες λάμβαναν πληροφορίες σχετικά με την πιθανότητα παρενεργειών με τη χρήση του ενδομήτριου σπειράματος (Suh et al., 2007).

Μια στροφή μεταξύ των ηγετών στον τομέα του διεθνούς οικογενειακού προγραμματισμού από την εστίαση στους δημογραφικούς στόχους στην ιεράρχηση των αναγκών των πελατών σηματοδότησε την αρχή μιας νέας εποχής στην έρευνα για την αντισύλληψη (Paine et al., 2000; Helzner, 2002). Στα μέσα της δεκαετίας του 1990 η «ποιότητα φροντίδας» είχε γίνει μέρος της τακτικής συζήτησης στον τομέα του οικογενειακού προγραμματισμού, με τους περισσότερους μεγάλους διεθνείς οργανισμούς οικογενειακού προγραμματισμού να επιδεικνύουν ισχυρή δέσμευση για τη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, λειτουργώντας με την υπόθεση ότι τέτοιου είδους οι βελτιώσεις δεν θα οδηγούσαν μόνο σε μειώσεις της γονιμότητας αλλά θα κάλυπταν επίσης καλύτερα τις αναπαραγωγικές ανάγκες των μεμονωμένων γυναικών και των συντρόφων τους (RamaRao & Mohanam, 2003). Το κύμα αλλαγής στον τομέα του οικογενειακού προγραμματισμού ήταν εμφανές σε μια σημαντική συνάντηση το 1994, τη Διεθνή Διάσκεψη για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη (ICPD) στο Κάιρο, που θεωρήθηκε ευρέως ως ορόσημο στα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα (Pellegrom, 2006). Η διάσκεψη του Καΐρου, στην οποία συμμετείχαν εκπρόσωποι από 180 χώρες, εξέδωσε ένα Πρόγραμμα Δράσης που καταδικάζει τις τακτικές καταναγκασμού και απορρίπτει δημογραφικούς στόχους (Caldwell et al., 2002; Helzner, 2002). Το πρόγραμμα δράσης προώθησε επίσης το αναπαραγωγικό δικαίωμα των ζευγαριών να επιλέγουν τον αριθμό και το χρόνο τεκνοποίησής τους χωρίς πρακτικές καταναγκασμού. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών στον τομέα του διεθνούς οικογενειακού προγραμματισμού κλήθηκαν να σκεφτούν τον οικογενειακό προγραμματισμό με μια πολύ ευρύτερη έννοια ως μέρος μιας σειράς αναπαραγωγικών υπηρεσιών και να δώσουν προτεραιότητα στις ανάγκες μεμονωμένων γυναικών και ανδρών έναντι της επίτευξης δημογραφικών στόχων. Εγγενής στη συζήτηση για την ποιότητα ήταν η εστίαση στη σημασία της διαφύλαξης των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων. Όσοι υιοθετούν μια προοπτική βασισμένη στα δικαιώματα υποστήριξαν ότι χωρίς αναπαραγωγικά δικαιώματα, οι ανάγκες αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών είναι δευτερεύουσες σε σχέση με τους εθνικούς δημογραφικούς στόχους ή το «συλλογικό καλό» και οι αρνητικές συνέπειες της υψηλής γονιμότητας σε μεμονωμένες γυναίκες αγνοούνται (Wang & Pillai, 2001). Μια προσέγγιση των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων για την ανάπτυξη πολιτικών οικογενειακού προγραμματισμού αναγνωρίζει ότι η έλλειψη πρόσβασης σε ποιοτικές



υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού έχει περισσότερες από δημογραφικές συνέπειες και λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες και τα συμφέροντα των γυναικών, των ανδρών και των κοινοτήτων τους. Οι πάροχοι που έχουν υιοθετήσει μια προσέγγιση αναπαραγωγικών δικαιωμάτων είναι σε καλύτερη θέση να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας (Helzner, 2002).

Η ευρεία υποστήριξη για την προώθηση της ποιότητας των υπηρεσιών στα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού ενισχύθηκε με τη δημοσίευση ενός επίσημου πλαισίου που σκιαγράφησε τα βασικά στοιχεία της ποιότητας της φροντίδας στην παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού. Αυτό το πλαίσιο, που αναπτύχθηκε από την ερευνήτρια Judith Bruce, περιλαμβάνει πτυχές τόσο της τεχνικής ικανότητας όσο και των διαπροσωπικών σχέσεων, αντανακλώντας και ενισχύοντας τη μετατόπιση της εστίασης από τους δημογραφικούς στόχους σε μια προσέγγιση με επίκεντρο τον πελάτη και τα αναπαραγωγικά δικαιώματα (Hull, 1996). Το πλαίσιο της Bruce βασίζεται, εν μέρει, στην προηγούμενη διατριβή του ιατρού και μελετητή Avedis Donabedian, ο οποίος έγραψε εκτενώς για την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και πρότεινε την αξιολόγηση της ποιότητας σε τρεις κατηγορίες, στη δομή (υποδομή, προμήθειες, διαχείριση), στη διαδικασία (διαπροσωπικές σχέσεις και τεχνική ικανότητα), και στο αποτέλεσμα (ικανοποίηση του πελάτη και αλλαγές στη συμπεριφορά υγείας) (Donabedian, 1988). Η Bruce δηλώνει ότι τα έξι στοιχεία που περιλαμβάνονται στο πλαίσιο της για την ποιότητα της φροντίδας στα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού «αντανακλούν έξι πτυχές των υπηρεσιών που οι πελάτες αντιμετωπίζουν ως κρίσιμες» (Bruce, 1990). Αυτές περιλαμβάνουν την επιλογή μεθόδων, τις πληροφορίες που δίνονται στους πελάτες, την ικανότητα παρόχου, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τους μηχανισμούς παρακολούθησης ή συνέχειας και στον κατάλληλο σχηματισμό των υπηρεσιών.

## **1.1.Εννοιολογική προσέγγιση των στοιχείων ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού**

### **1.1.1.Επιλογή μεθόδων**

Η επιλογή μεθόδων σημαίνει ότι είναι διαθέσιμη σε αξιόπιστη βάση μια ικανοποιητική επιλογή μεθόδων αντισύλληψης, τόσο σε αριθμό όσο και σε είδος. Η επιλογή των μεθόδων καθορίζεται όχι μόνο από τη φυσική διαθεσιμότητα αλλά και από την προθυμία του παρόχου να συζητήσει για τις πολλαπλές μεθόδους. Η επιλογή είναι σημαντική για πολλούς λόγους, οι γυναίκες και οι σύντροφοί τους έχουν διαφορετικές



αναπαραγωγικές ανάγκες σε διαφορετικά στάδια της ζωής τους, ανάλογα με την ηλικία, την ισοτιμία, τον τύπο της σχέσης και την κατάσταση γαλουχίας. Η επιλογή μεταξύ μεθόδων βραχείας και μακράς δράσης βοηθά στην αντιμετώπιση αυτών των αλλαγών στη ζωή. Ένας άλλος σημαντικός λόγος για την πρόσβαση σε μια ποικιλία μεθόδων είναι η επιθυμία πολλών γυναικών να αποφύγουν ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, πονοκεφάλους, αύξηση βάρους ή ναυτία, κοινά με τις ορμονικές μεθόδους. Τέτοιες παρενέργειες, οι οποίες είναι αδύνατο να προβλεφθούν, είναι σταθερά ένας από τους κύριους λόγους για τους οποίους οι γυναίκες αναφέρουν τη διακοπή της αντισύλληψης εντός του πρώτου έτους χρήσης, ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών που δεν έχουν πλήρη ενημέρωση για τις παρενέργειες αυτές (Burke & Ambasa Shisanya, 2011). Από φιλοσοφική άποψη, η διασφάλιση της πρόσβασης σε μια ποικιλία μεθόδων επιβεβαιώνει τη δέσμευση για την κάλυψη των αναγκών των μεμονωμένων γυναικών σε αντίθεση με την τυφλή προώθηση μιας ενιαίας μεθόδου (Bruce, 1990). Αυτό είναι ένα σημάδι ενός προγράμματος προσανατολισμένου στον πελάτη.

### 1.1.2. Πληροφορίες που παρέχονται στους πελάτες

Η παροχή πληροφοριών στους πελάτες σημαίνει ότι οι πελάτες λαμβάνουν πληροφορίες από τον πάροχο υπηρεσιών τους για μια σειρά μεθόδων, συμπεριλαμβανομένων των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων κάθε μεθόδου και οδηγίες για τη χρήση της μεθόδου επιλογής του πελάτη. Η παροχή αυτών των πληροφοριών επιτρέπει στους πελάτες να κατανοήσουν ότι μπορούν να επιλέξουν από μια ποικιλία μεθόδων, η καθεμία με διαφορετικά χαρακτηριστικά. Επιπλέον, οι πελάτες μπορούν να είναι έτοιμοι να προβλέψουν την πιθανότητα εμφάνισης παρενεργειών με τη χρήση ορισμένων ορμονικών μεθόδων, η παρουσία των οποίων μπορεί να επηρεάσει τις καθημερινές δραστηριότητες. Όπως επισημαίνει ο Bruce (1990), ο πελάτης επιλέγει μια μέθοδο που πρέπει να ταιριάζει στην καθημερινή του ζωή, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών δραστηριοτήτων και των στενών σεξουαλικών εμπειριών. Τα απρόβλεπτα μοτίβα της εμμήνου ρύσεως, μπορεί να επηρεάσουν τις θρησκευτικές πρακτικές, τις εργασιακές ρουτίνες και τις σεξουαλικές εμπειρίες και είναι σημαντικό για τις γυναίκες να είναι προετοιμασμένες για αυτήν την πιθανότητα εκ των προτέρων. Διασφαλίζοντας ότι ο πελάτης είναι ενημερωμένος σχετικά με πιθανές παρενέργειες, ο πάροχος, ουσιαστικά, βοηθά τον πελάτη να διαχειριστεί τις προσδοκίες του από την εμπειρία του στην αντισύλληψη (Bruce, 1990).



### 1.1.3. Ικανότητα Παρόχου

Η ικανότητα παρόχου αναφέρεται στην τεχνική ικανότητα του παρόχου υπηρεσιών και αποτελεί ξεχωριστό στοιχείο από τη διαπροσωπική σχέση μεταξύ του παρόχου και του πελάτη. Αρμόδιος πάροχος είναι αυτός που επιδεικνύει επαρκή τεχνική επάρκεια και συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες και τα πρωτόκολλα. Η αποτυχία τήρησης ασφαλών κλινικών προτύπων μπορεί όχι μόνο να οδηγήσει σε επιβλαβή αποτελέσματα για την υγεία, αλλά θα μπορούσε επίσης να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα σε προγράμματα ή μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού. Αυτό το στοιχείο είναι ίσως το πιο δύσκολο να μετρηθεί, δεδομένου ότι οι πελάτες δεν είναι σε θέση να κρίνουν την τεχνική επάρκεια. Η εκπαίδευση χρησιμοποιείται συχνά ως ένδειξη για την ικανή κλινική απόδοση, αν και ορισμένοι εκπαιδευμένοι πάροχοι είναι πιθανόν να επιδείξουν ανικανότητα. Οι παρατηρήσεις των αλληλεπιδράσεων πελάτη - παρόχου χρησιμοποιούνται συχνά για να καθοριστεί εάν οι πάροχοι εμπλέκονται σε τέτοιες βασικές διαδικασίες όπως η επαρκής τήρηση αρχείων και το πλύσιμο των χεριών πριν από τη φυσική εξέταση (Greene & Stanback, 2011).

Εκτός από τις ακούσιες παραβιάσεις των ιατρικών κατευθυντήριων οδηγιών, υπάρχουν παραδείγματα παρόχων που επιβάλλουν υπερβολικά περιοριστικά ιατρικά κριτήρια που εμποδίζουν ουσιαστικά την πρόσβαση σε υπηρεσίες για γυναίκες που επιθυμούν να αποφύγουν την ακούσια εγκυμοσύνη. Μια τέτοια συμπεριφορά από την πλευρά του παρόχου υπηρεσιών οδηγεί σε αυτό που συνήθως αναφέρεται ως «ιατρικά εμπόδια» στις υπηρεσίες αντισύλληψης. Οι πάροχοι ενδέχεται να περιορίσουν την πρόσβαση για οποιουδήποτε λόγους, συμπεριλαμβανομένης της κατάστασης εγκυμοσύνης της πελάτισσας, παραπληροφόρησης όπως η χρήση απαρχαιωμένων κριτηρίων καταλληλότητας και προσωπικής προκατάληψης από την πλευρά του παρόχου (Greene & Stanback, 2011). Χάρη σε μεγάλο βαθμό στις βελτιώσεις στην εκπαίδευση των παρόχων και στην πιο καθολική διαθεσιμότητα κατευθυντήριων γραμμών οικογενειακού προγραμματισμού και βοηθημάτων εργασίας (Tumlinson et al., 2010), τα ιατρικά εμπόδια έχουν μειωθεί σημαντικά την τελευταία δεκαετία, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν (Greene & Stanback, 2011; Tumlinson et al., 2010). Για παράδειγμα, οι πάροχοι συχνά αρνούνται την αντισύλληψη σε γυναίκες που δεν έχουν έμμηνο ρύση από φόβο ότι μπορεί να είναι έγκυες, προκαλώντας καθυστερήσεις στην εφαρμογή της μεθόδου για αμέτρητες γυναίκες. Αυτή η πρακτική εξακολουθεί να είναι καλά τεκμηριωμένη σε πολλές χώρες, όπως η Γουατεμάλα, η Σενεγάλη, η Τζαμάικα, η Κένυα και η Γκάνα (Greene & Stanback, 2011). Η αξιολόγηση της ποιότητας είναι απαραίτητη



για τον προσδιορισμό των υφιστάμενων διαφορών μεταξύ των προτύπων της τεχνικής ικανότητας και της πραγματικής πρακτικής στον τομέα.

#### **1.1.4. Διαπροσωπικές σχέσεις**

Οι διαπροσωπικές σχέσεις μπορούν να θεωρηθούν ως η προσωπική ή ανθρώπινη πτυχή της παροχής υπηρεσιών και επηρεάζονται από τις περιπτώσεις των πελατών, την επαρκή επίβλεψη και τις προτεραιότητες και τους στόχους του μεμονωμένου προγράμματος. Μια καλή διαπροσωπική σχέση είναι αυτή στην οποία λαμβάνει χώρα μια «θετική και παραγωγική» αλληλεπίδραση μεταξύ του πελάτη και του παρόχου από την οπτική γωνία του πελάτη. Οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ παρόχων και πελατών μπορεί να επηρεάσουν την εμπιστοσύνη και την ικανοποίηση των πελατών με τη μέθοδο που έχουν επιλέξει, καθώς και να αυξήσουν την πιθανότητα ανανέωσης της επόμενης επίσκεψης. Η Bruce (1990) προτείνει ότι οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις απαιτούν κατανόηση και σεβασμό από την πλευρά του παρόχου, συμπεριλαμβανομένης της αμφίδρομης επικοινωνίας και της ευκαιρίας για τον πελάτη να κάνει ερωτήσεις αντί να λαμβάνει απλώς διαλέξεις (Bruce, 1990). Ένα πρόγραμμα που επικεντρώνεται κυρίως στην επίτευξη δημογραφικών στόχων μπορεί να υπονομεύσει τις προσπάθειες των παρόχων να ανταποκριθούν στις ατομικές ανάγκες των πελατών τους.

#### **1.1.5. Μηχανισμοί παρακολούθησης και συνέχειας**

Αυτό το στοιχείο ποιότητας διασφαλίζει ότι υπάρχουν μηχανισμοί παρακολούθησης, όπως ο προγραμματισμός μελλοντικών ραντεβού ή επισκέψεις στο σπίτι, για την ενθάρρυνση της συνέχειας της αντισύλληψης. Η παροχή βοήθειας στους πελάτες με ανατροφοδότηση μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερα ποσοστά συνέχισης της αντισύλληψης. Αν και πολλά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού εστιάζουν παραδοσιακά στην στρατολόγηση νέων πελατών, ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι τα προγράμματα θα είναι πιο επιτυχημένα τόσο όσον αφορά την επίτευξη δημογραφικών στόχων όσο και τη δέσμευση για την ατομική ευημερία, εάν εστιάζουν στην παροχή καλής φροντίδας σε μικρό αριθμό ικανοποιημένων πελατών αντί να στρατολογούν μεγάλους αριθμούς, η πλειονότητα των οποίων αργότερα διακόπτει τη μέθοδό τους λόγω δυσαρέσκειας (Blanc et al., 2002).

#### **1.1.6. Κατάλληλος σχηματισμός υπηρεσιών**

Η ενσωμάτωση του οικογενειακού προγραμματισμού σε πρόσθετες υπηρεσίες υγείας, όπως η φροντίδα μετά τον τοκετό, η φροντίδα μετά την άμβλωση, ο έλεγχος και η



συμβουλευτική για τον HIV, οι παιδικοί εμβολιασμοί, διασφαλίζει την εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες. Τα ολοκληρωμένα προγράμματα μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένες επαφές με τον πελάτη. Επιπλέον, η ενσωμάτωση αναγνωρίζει τους φυσικούς δεσμούς μεταξύ ορισμένων υπηρεσιών, όπως ο οικογενειακός προγραμματισμός και η φροντίδα μετά την έκτρωση (Hancocketal., 2016).



## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

### 2.Αναπτυσσόμενος κόσμος και οικογενειακός προγραμματισμός

Η υιοθέτηση του οικογενειακού προγραμματισμού υποκινήθηκε αρχικά από ανησυχίες γύρω από τις αρνητικές επιπτώσεις του υπερπληθυσμού, ιδιαίτερα καθώς η επιβίωση των παιδιών βελτιώθηκε σε πολλές περιοχές του κόσμου, με αποτέλεσμα την αύξηση του συνολικού παγκόσμιου πληθυσμού και επίσης τον ρυθμό με τον οποίο αυξανόταν (Sinding, 2008). Ως εκ τούτου, παρά την αυξανόμενη χρήση αντισυλληπτικών σε πολλές χώρες χαμηλού εισοδήματος, η ανεκπλήρωτη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό παραμένει υψηλή. Επιπλέον, η διεθνής υποστήριξη και χρηματοδότηση για τον οικογενειακό προγραμματισμό έχει μειωθεί από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Αυτό έχει αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της αλλαγής στην επικέντρωση της πανδημίας που προκλήθηκε από τον Ιό της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus – HIV), της μείωσης των ανησυχιών για τη συνολική αύξηση του πληθυσμού και της αντίθεσης των συντηρητικών κυβερνήσεων (Sinding, 2008)..

Η τέταρτη Διεθνής Διάσκεψη για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη στο Κάιρο το 1994 στην οποία συμμετείχαν 179 χώρες και 1.200 μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) έθεσε ως στόχο την καθολική πρόσβαση στην αναπαραγωγική υγεία. Όπως αναφέρεται στην έκθεση του συνεδρίου, «η αναπαραγωγική υγεία συνεπάγεται ότι οι άνθρωποι έχουν την ικανότητα να αναπαράγονται και την ελευθερία να αποφασίζουν εάν, τότε και πόσο συχνά. Στην εν λόγω έκθεση συμπεριλαμβάνονται και τα δικαιώματα των ανδρών και των γυναικών να ενημερώνονται και να έχουν πρόσβαση σε ασφαλείς, αποτελεσματικές, προσιτές και αποδεκτές μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού της επιλογής τους. «Δυστυχώς, ο τομέας της μητρικής υγείας δεν εστίαζε αρχικά στον οικογενειακό προγραμματισμό ή την αντισύλληψη και δεν περιλάμβανε έναν συγκεκριμένο στόχο για τον οικογενειακό προγραμματισμό ή την ασφαλή άμβλωση. Το 1999, η καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες της αναπαραγωγικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού, προστέθηκαν στους αναπτυξιακούς στόχους της χιλιετίας και αποτέλεσαν τον στόχο 5B (United Nations. Goal 5, 2015). Το 2008, τα Ηνωμένα Έθνη (ΟΗΕ) διαπίστωσαν ότι 144 από τις 195 εθνικές κυβερνήσεις υποστήριζαν άμεσα την πρόσβαση στις αντισυλληπτικές μεθόδους μέσω των πολιτικών τους. Αυτό ισχύει και για το 86% των αναπτυσσόμενων χωρών (Tsuietal., 2011). Τα αναπτυσσόμενα κράτη βασίζονται επίσης σε μεγάλο βαθμό στη χρηματοδότηση από



ΜΚΟ για τη διατήρηση των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού. Παρά την πρόοδο που σημειώθηκε, για μεγάλο μέρος των γυναικών, η πρόσβαση σε αντισυλληπτικές μεθόδους, παραμένει μια πρόκληση. Επιπλέον, τα εθνικά πρότυπα και οι κατευθυντήριες οδηγίες, τις οποίες πρέπει να τηρούν όλοι οι πάροχοι σε μια δεδομένη χώρα συχνά βρίσκονται πολύ πίσω από τη βάση γνώσεων και τις κατευθυντήριες οδηγίες που παράγονται από οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) και τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC), εμποδίζοντας περαιτέρω την πρόσβαση (Clelandetal., 2006).

## 2.1.Εννοιολογικός προσδιορισμός της ανάγκης για αντισύλληψη

Η ανικανοποίητη ανάγκη για αντισύλληψη ορίζεται ως το ποσοστό των γυναικών που επιθυμούν το χρόνο τεκνοποίησης ή τον περιορισμό των γεννήσεων και δεν χρησιμοποιούν καμία μέθοδο αντισύλληψης για την πρόληψη της εγκυμοσύνης. Ο καθορισμός μιας μεθόδου για τη μέτρηση της ανεκπλήρωτης ανάγκης ήταν λιγότερο απλός, και σε πολλές περιοχές του κόσμου, τα δεδομένα για αυτό το ζήτημα είναι σπάνια. Οι αρχικές έρευνες από το Τμήμα Πληθυσμού των Ηνωμένων Εθνών που εκτιμούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες, στόχευαν σε γυναίκες ηλικίας 15 έως 49 ετών που συμβίωναν ή ήταν παντρεμένες και δεν χρησιμοποιούσαν κάποια μέθοδο αντισύλληψης (Alkemaetal., 2013). Με την πάροδο του χρόνου, ο ορισμός τροποποιήθηκε ώστε να περιλαμβάνει τις άγαμες γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που χρησιμοποιούν παραδοσιακές μεθόδους με υψηλό ποσοστό αποτυχίας όπως η απόσυρση και η περιοδική αποχή. Επιπρόσθετα, στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν και οι γυναίκες με ακούσια εγκυμοσύνη (Altshuleretal., 2013;Cleland&Machiyama, 2015). Το 2012, το Τμήμα Πληθυσμού του ΟΗΕ σημείωσε ότι η Μέση και η Δυτική Αφρική είναι οι περιοχές με τις μεγαλύτερες ακάλυπτες ανάγκες, οι οποίες παρέμειναν αμετάβλητες από το 1990 έως το 2010 (Alkemaetal., 2013). Η Νότια και Νοτιοανατολική Ασία έχει μέτρια χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων σε περίπου 50%.(Tsuietal., 2011). Τουλάχιστον εν μέρει επειδή η μέτρηση της ακάλυπτης ανάγκης μπορεί να είναι δύσκολη, οι αξιολογήσεις της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων σε όλο τον κόσμο έχουν επικεντρωθεί συχνά στην έννοια του «επιπολασμού της αντισύλληψης» (Alkemaetal., 2013).Ωστόσο, η αύξηση του επιπολασμού της αντισύλληψης δεν υποδηλώνει απαραίτητως μείωση της ακάλυπτης ανάγκης, καθώς ο πληθυσμός μιας δεδομένης περιοχής μπορεί να αυξάνεται ταχύτερα από ό,τι μπορεί να παρασχεθεί η αντισυλληπτική





μέθοδος (Altshuleretal., 2013). Για παράδειγμα, ο πληθυσμός της υποσαχάριας Αφρικής εκτιμάται ότι θα αυξηθεί κατά 125% έως το 2050 (Cleland etal., 2006).

Αν δεν αυξηθεί ο συνολικός επιπολασμός της αντισύλληψης κατά ίσο βαθμό, θα προέκυπτε καθαρή αύξηση της ακάλυπτης ανάγκης. Έτσι, η κάλυψη των αναγκών σε αντισυλληπτικές μεθόδους σε περιοχές με υψηλή πληθυσμιακή ανάπτυξη θα απαιτεί συνεχείς και εστιασμένες προσπάθειες στον τομέα του οικογενειακού προγραμματισμού και σε πολλές περιπτώσεις θα απαιτηθούν παρεμβάσεις παρόμοιας κλίμακας με αυτές που αναλαμβάνονται για την εξάλειψη της ευλογιάς ή της πολιομυελίτιδας. Σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις, η παγκόσμια τροχιά γονιμότητας θα μπορούσε να μειωθεί κατά περισσότερο από 1 δισεκατομμύριο ανθρώπους έως το 2100 (Bongaarts, 2015).

## 2.2.Οφέλη από την ικανοποίηση της ανάγκης αντισύλληψης

Η βοήθεια των γυναικών να επιτύχουν τους αναπαραγωγικούς τους στόχους έχει εκτεταμένες συνέπειες για τις ίδιες τις γυναίκες, τα παιδιά τους και τις οικογένειές τους. Η πρόσβαση στη φροντίδα αναπαραγωγικής υγείας δίνει τη δυνατότητα στις γυναίκες να ελέγχουν τη γονιμότητά τους και να έχουν ασφαλείς εγκυμοσύνες και τοκετούς. Η καθυστέρηση της γονιμότητας επιτρέπει στις γυναίκες να αναπτύξουν και να επιδιώξουν εκπαιδευτικούς και εργασιακούς στόχους. Η χρονική απόσταση μεταξύ των γεννήσεων έχει οφέλη για την υγεία της μητέρας και διευκολύνει στο να επενδύει στα παιδιά που ήδη υπάρχουν σε μια οικογένεια. Περίπου 9 στις 10 γυναίκες μετά τον τοκετό θα ήθελαν να καθυστερήσουν την επόμενη εγκυμοσύνη τους για τουλάχιστον 1 χρόνο (USAID, 2015). Ωστόσο, μια ανάλυση των προτύπων γέννησης σε 25 χώρες διαπίστωσε ότι μία στις έξι γεννήσεις κυοφορήθηκε σε 9 μήνες από τον προηγούμενο τοκετό και ότι η ανικανοποίητη ανάγκη κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσιμης χρονικής περιόδου κυμαινόταν περίπου στο 70% (USAID, 2015).

Καθώς η μητρική νοσηρότητα και η θνησιμότητα είναι υψηλές στις αναπτυσσόμενες χώρες, η μείωση των απρογραμμάτιστων κυήσεων θα μπορούσε να αποτρέψει το 30% των μη σχετιζόμενων με την άμβλωση θανάτων ετησίως και το 10% των παιδικών θανάτων (Collumbienetal., 2004). Τα παιδιά από μεγαλύτερες οικογένειες συχνά τρέφονται λιγότερο καλά και έχουν χαμηλή μόρφωση συγκριτικά με τα παιδιά που προέρχονται από μικρότερες οικογένειες (Clelandetal., 2006). Η μη ασφαλής έκτρωση, η οποία είναι τρομερή συνέπεια της απρογραμμάτιστης εγκυμοσύνης, ευθύνεται περίπου για το 13% των μητρικών θανάτων παγκοσμίως. Οι θάνατοι αυτοί συμβαίνουν σε



αναπτυσσόμενες χώρες και ακόμη πιο έντονα σε χώρες όπου η πρόσβαση σε ασφαλείς αμβλώσεις είναι περιορισμένη (WHO, 2011). Η Υπηρεσία Διεθνούς Ανάπτυξης των Ηνωμένων Πολιτειών (USAID) εκτιμά ότι η παροχή αντισύλληψης σε γυναίκες με ανικανοποίητες ανάγκες θα αποτρέψει 36 εκατομμύρια αμβλώσεις, 70.000 μητρικούς θανάτους και 52 εκατομμύρια ακούσιες εγκυμοσύνες συνολικά (USAID, 2015).

Εκτός από τα οφέλη για την υγεία της μητέρας και του παιδιού, υπάρχουν επίσης αυξανόμενα στοιχεία για οικονομικά και περιβαλλοντικά οφέλη από τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού και τη σταθεροποίηση του πληθυσμού (Cleland et al., 2006; Bongaarts, 2015). Η φτώχεια επιδεινώνεται σε φτωχές χώρες με υψηλά ποσοστά γονιμότητας. Η ανεξέλεγκτη αύξηση του πληθυσμού έχει αρνητικές επιπτώσεις στο τοπικό περιβάλλον και μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση της χρησιμοποιήσιμης γεωργικής γης και σε ξηρασία. Αυτά με τη σειρά τους μπορούν να προκαλέσουν ελλείψεις τροφίμων και πείνα (Bongaarts, 2015). Είναι αξιοσημείωτο, μάλιστα, ότι ορισμένες από τις περιοχές με υψηλή ανεκπλήρωτη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό και χαμηλή πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι επίσης οικολογικά εύθραυστες. Ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει προταθεί ως μια οικονομικά αποδοτική προσέγγιση για τη βελτίωση της υγείας, για τη μείωση των επιπτώσεων της κλιματικής αλλαγής και τη βοήθεια των ατόμων να αντιμετωπίσουν τις ελλείψεις νερού και τροφίμων που σχετίζονται με αυτό το φαινόμενο (USAID, 2015).

Η έννοια που είναι γνωστή ως «δημογραφικό μέρισμα» δημιουργεί μια σύνδεση μεταξύ του οικογενειακού προγραμματισμού και της οικονομικής ανάπτυξης. Σύμφωνα με αυτή την έννοια, όταν υπάρχει μια περίοδος μειωμένης γονιμότητας μετά από μια πληθυσμιακή έκρηξη, υπάρχει μια αύξηση του ενεργού πληθυσμού σε σχέση με τους εξαρτώμενους νεότερους και τους γηραιότερους πληθυσμούς που είναι επωφελής για την οικονομία μιας περιοχής. Αυτή η αύξηση των εργαζομένων περιλαμβάνει και γυναίκες, καθώς ο περιορισμός της γονιμότητας επιτρέπει στις γυναίκες να εργάζονται εκτός σπιτιού. Αντίθετα, οι ταχέως αυξανόμενοι πληθυσμοί έχουν χαμηλότερη αναλογία εργαζομένων προς εξαρτώμενα άτομα, γεγονός που επηρεάζει περαιτέρω αρνητικά την οικονομική ανάπτυξη (Bongaarts, 2015).



## 2.3. Εμπόδια στην αντισύλληψη

### 2.3.1. Η ανισότητα των φύλων

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια στην πρόσβαση σε αντισυλληπτικές μεθόδους. Ωστόσο, αυτά τα εμπόδια είναι συχνά και ακόμη πιο πολλά στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Η ανισότητα των φύλων έχει πολλές επιπτώσεις στο γυναικείο πληθυσμό. Σε ορισμένες περιοχές, οι αναγκαστικοί γάμοι και οι γάμοι παιδιών είναι συνηθισμένοι. Οι γυναίκες και τα κορίτσια παγκοσμίως έχουν χαμηλότερα ποσοστά αλφαριθμητισμού και λιγότερες ευκαιρίες για εκπαίδευση. Αυτό έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα που χρήζει επανόρθωσης, ιδιαίτερα καθώς η επίτευξη της καθολικής πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι ο Αναπτυξιακός Στόχος 2 της Χιλιετίας (United Nations. Goal 2, 2015). Οι γυναίκες μπορεί επίσης να έχουν ελάχιστη γνώση της σεξουαλικής υγείας ή του δικού τους κινδύνου εγκυμοσύνης. Όταν ρωτήθηκαν για τους λόγους για τους οποίους δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικές μεθόδους, ορισμένες γυναίκες σημειώνουν ως εξήγηση τη σπάνια σεξουαλική δραστηριότητα (Sedgh&Hussain, 2014). Σε περιοχές όπου η γνώμη των γυναικών για τεκνοποίηση δεν εισακούγεται, μπορεί να αντιμετωπίσουν εμπόδια από τους συντρόφους που επιθυμούν επιπλέον παιδιά και προβλήματα πρόσβασης στους πόρους που απαιτούνται για να τα αποκτήσουν. Οι γυναίκες που υφίστανται ενδοοικογενειακή βία είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές και δυσκολεύονται να διαπραγματευτούν τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων με τους συντρόφους τους. Οι γυναίκες μπορεί επίσης να αντιμετωπίσουν πολιτιστικές ή θρησκευτικές αντιρρήσεις για τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων (Blumenthal et al., 2011).

### 2.3.2. Μύθοι για την αντισύλληψη

Σε μια μελέτη από τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας (NIH), γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες, τη Νιγηρία, το Πακιστάν, το Περού και το Μεξικό εξέφρασαν ανησυχίες για πιθανές παρενέργειες των αντισυλληπτικών, συμπεριλαμβανομένης της υπογονιμότητας και της αύξησης βάρους. Οι μύθοι σχετικά με τις επιβλαβείς επιπτώσεις της στειρώσεως περιλάμβαναν ότι θα οδηγούσε σε κακή υγεία, θάνατο ή ακόμα και θάνατο του παιδιού (Tsui et al., 2011). Επιπλέον, η βαζεκτομή έχει κατηγορηθεί για παρεμβολή στη σεξουαλική ικανότητα των ανδρών. Αυτές οι ανησυχίες οδηγούν επίσης σε συχνότερη



αλλαγή μεθόδου, γεγονός που θέτει ένα άτομο σε υψηλότερο κίνδυνο για ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (Blumenthal et al., 2011).

Η εστίαση στην παροχή σεξουαλικής αγωγής και αγωγής για την υγεία για γυναίκες και άνδρες θα βοηθούσε στον μετριασμό των επιπτώσεων αυτών των μύθων, όπως και η ενδεδειγμένη παροχή συμβουλών για την αντισύλληψη και η ανταλλαγή μηνυμάτων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Prata et al., 2013).

## **2.4.Επικράτηση της ανικανοποίητης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό μεταξύ των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας**

Παρά όλες τις προσπάθειες που καταβλήθηκαν για την αύξηση λήψης αντισυλληπτικών μεθόδων, η συνολική ικανοποίηση των αναγκών δεν έχει αλλάξει σχεδόν καθόλου με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, υπάρχουν μεγάλες περιφερειακές διακυμάνσεις στη συνολική ανικανοποίητη ανάγκη για αντισύλληψη, αλλά οι καθοριστικές μεταβλητές των ανικανοποίητων αναγκών για αντισύλληψη σε πολλές περιοχές κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα. Αρκετές ομάδες γυναικών, οι οποίες εξακολουθούν να έχουν υψηλή ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό, περιλαμβάνουν τις νεότερες ηλικίες, τις μεγαλύτερες ηλικίες, τις γυναίκες που ανήκουν στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα ή τις αμόρφωτες, τις γυναίκες με αυξημένο αριθμό ζωντανών παιδιών, τις γυναίκες με χαμηλή γνώση για τα αντισυλληπτικά και όσες δεν εκτίθενται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τις γυναίκες που ανήκουν στο κατώτερο πεμπτημόριο εισοδήματος. Πολλές μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι οι γυναίκες που ζουν σε παραγκουπόλεις λαμβάνουν γενικά ανεπαρκείς υπηρεσίες για να ασχοληθούν με την αναπαραγωγική τους υγεία (Sedgh et al., 2007; Samira & Nihad, 2011). Πολλά ζευγάρια είναι σεξουαλικά ενεργά και δεν επιθυμούν την απόκτηση παιδιών, ωστόσο δεν χρησιμοποιούν καμία μέθοδο αντισύλληψης. Αυτές οι γυναίκες θεωρείται ότι έχουν ανικανοποίητη ανάγκη οικογενειακού προγραμματισμού (Ferdousiet al., 2010; Laya, 2012; Westoff, 2006; Abdel & Amira, 2013).

### **2.4.1. Μοντέλο Westoff**

Αυτό το μοντέλο προσπαθεί να διατυπώσει τη διαδικασία επίτευξης της αναλογίας της ανικανοποίητης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό μεταξύ των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Η ιδέα της ανικανοποίητης ανάγκης του οικογενειακού προγραμματισμού αναδεικνύει ξεκάθαρα το χάσμα μεταξύ των αναπαραγωγικών



προθέσεων των γυναικών και της συμπεριφοράς τους στη χρήση αντισυλληπτικών. Ο δείκτης είναι χρήσιμος για την παρακολούθηση της προόδου προς τον στόχο της επίτευξης καθολικής πρόσβασης σε προγράμματα αναπαραγωγικής υγείας και οικογενειακού προγραμματισμού. Οι πληροφορίες σχετικά με την ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό μπορούν να οδηγήσουν κάποιον στη γνώση του ποσοστού επικράτησης αντισυλληπτικών μεθόδων. Το άθροισμα του επιπολασμού της αντισύλληψης και της ανικανοποίητης ανάγκης ισούται με τη συνολική ζήτηση για οικογενειακό προγραμματισμό (Bradley et al., 2012).

Η ανικανοποίητη ανάγκη για αντισύλληψη μετριέται γενικά με έρευνες σε νοικοκυριά, στις οποίες παντρεμένες ή σε συμβίωση γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας απαντούν σε μια σειρά από επακριβώς δομημένες ερωτήσεις. Μια γυναίκα ρωτάται πρώτα εάν χρησιμοποιεί κάποια μέθοδο αντισύλληψης, είτε με σκοπό τον περιορισμό είτε τον καθορισμό του μεσοδιαστήματος μεταξύ των κήσεων. Εάν χρησιμοποιεί αντισύλληψη, συμπεριλαμβανομένων των παραδοσιακών μεθόδων, θεωρείται ότι είναι χρήστης αντισύλληψης και επομένως δεν έχει ανικανοποίητη ανάγκη. Οι γυναίκες που δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη ερωτώνται στη συνέχεια εάν είναι έγκυες ή σε αμηνόρροια. Στον υπολογισμό της ανικανοποίητης ανάγκης, οι έγκυες ή σε αμηνόρροια γυναίκες, των οποίων η εγκυμοσύνη ήταν καθυστερημένη ή ανεπιθύμητη προστίθενται στην αναλογία με ανικανοποίητη ανάγκη, παρόλο που δεν είχαν άμεση ανάγκη αντισύλληψης τη στιγμή της έρευνας λόγω της εγκυμοσύνης τους. Οι γυναίκες που δεν είναι έγκυες ή σε αμηνόρροια και είναι γόνιμες δεν έχουν ανικανοποίητη ανάγκη, ούτε οι γυναίκες που επιθυμούν να μείνουν έγκυες σύντομα, σε χρονικό διάστημα λιγότερο από δυο χρόνια σύμφωνα με τον αναθεωρημένο ορισμό της ανικανοποίητης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό (Bradley et al., 2012).

#### **2.4.2.Σημασία της αναλογίας των ανικανοποίητων αναγκών**

Σύμφωνα με το Bradley et al., (2012), διαπιστώθηκε ότι η ιδέα της ανικανοποίητης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό είναι σημαντική για την εύρεση γυναικών που μπορεί να θέλουν να χρησιμοποιήσουν, αλλά δεν χρησιμοποιούν επί του παρόντος, μια μέθοδο αντισύλληψης και η μείωση της ανικανοποίητης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό έχει σημαντική έκβαση. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής συνήθως ανησυχούν για την ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό, διότι



συνήθως οδηγεί σε ακούσιες εγκυμοσύνες που με τη σειρά τους ενέχουν κινδύνους για τις γυναίκες γενικά (Bradley et al., 2012).

Στην Αφρική και σε άλλες αναπτυσσόμενες χώρες περίπου το 25% από τις εγκυμοσύνες είναι ακούσιες (ανεπιθύμητες ή εσφαλμένες) και αυτό οδηγεί σε μακροπρόθεσμες ως επί το πλείστον μη ασφαλείς αμβλώσεις. Επιπλέον, οι ανεπιθύμητες γεννήσεις ενέχουν κινδύνους για την υγεία και την ευημερία των παιδιών και συμβάλλουν στην ταχεία αύξηση του πληθυσμού στις φτωχές χώρες. Γενικά, η ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό, επηρεάζει άμεσα το δείκτη ολικής γονιμότητας (TFR) και εάν οι χώρες καταφέρουν να εξαλείψουν πλήρως την ανικανοποίητη ανάγκη, το ποσοστό γονιμότητας θα μειωθεί (Subhash, 2013). Με τη μείωση του δείκτη ολικής γονιμότητας (TFR), οι μητέρες και οι γυναίκες διασφαλίζουν την καλή υγεία τους προλαμβάνοντας ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και με τη μείωση των ανικανοποίητων αναγκών, μειώνεται η μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Σε ένα διαφορετικό πλαίσιο η ανικανοποίητη ανάγκη μπορεί να θεωρηθεί ως ένας τρόπος διασφάλισης των δικαιωμάτων των γυναικών να επιλέξουν τον αριθμό των παιδιών τους, τον χρόνο της εγκυμοσύνης και την άσκηση της αυτονομίας τους (Assefa & Fikrewold, 2011). Η έλλειψη υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας είναι ένας από τους λόγους για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες και ως εκ τούτου ο επιπολασμός των ανεκπλήρωτων αναγκών δίνει μια σαφή εικόνα που διατηρείται σε εφαρμογή το πρόγραμμα του οικογενειακού προγραμματισμού. Ως εργαλείο αξιολόγησης για τον οικογενειακό προγραμματισμό, ο εντοπισμός των αιτιών και των παραγόντων που ευθύνονται για την έλλειψη υπηρεσιών, μπορεί να είναι χρήσιμος στην εφαρμογή στρατηγικών που θα βελτιώσουν την υπηρεσία οικογενειακού προγραμματισμού και θα προωθήσουν τη λήψη αντισυλληπτικών μεθόδων (Assefa & Fikrewold, 2011).

## **2.5. Δημογραφικοί καθοριστικοί παράγοντες της ανικανοποίητης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.**

Κάθε χρόνο, περισσότερες από 500.000 γυναίκες θνήσκουν από αιτίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, και το 90% των περιπτώσεων λαμβάνει χώρα στην Αφρική και την Ασία. Σε πολλές περιπτώσεις, η έλλειψη οικογενειακού προγραμματισμού οδηγεί σε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και τελικά καταλήγουν σε περιπτώσεις άμβλωσης. Από τα εβδομήντα έξι εκατομμύρια γυναικών στις αναπτυσσόμενες χώρες που βιώνουν ακούσιες εγκυμοσύνες κάθε χρόνο, περίπου το



είκοσι τοις εκατό τερματίζουν τις μη ασφαλείς αμβλώσεις που μεταφράζονται σε 68.000 μητρικούς θανάτους παγκοσμίως (Oyedokun, 2007, WHO, 2010). Επιπλέον, πολλές γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Κένυα χρησιμοποιούν μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού για να αποτρέψουν τις ανεπιθύμητες και απρογραμμάτιστες εγκυμοσύνες. Τα επίπεδα του ποσοστού επικράτησης αντισυλληπτικών μεθόδων έχουν αυξηθεί από 10% τη δεκαετία του 1960 σε περισσότερο από 50% τη δεκαετία του 1990 στις αναπτυσσόμενες χώρες (Guttmacher Institute, 2009).

Οι καθοριστικοί παράγοντες για τη μη χρήση υπηρεσιών αντισύλληψης ή οικογενειακού προγραμματισμού ποικίλλουν λόγω των διαφορών στο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό υπόβαθρο μεταξύ των έγγαμων γυναικών. Οι υψηλής ποιότητας υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού και η κατάλληλη μέθοδος αντισύλληψης μπορεί να είναι απρόσιτες, μη διαθέσιμες ή δαπανηρές για πολλές γυναίκες, ειδικά σε χώρες χαμηλού εισοδήματος. Υπάρχει επίσης περιορισμένη επιλογή αντισυλληπτικών μεθόδων που μπορεί να οφείλεται στο κόστος της αντισύλληψης, στις παρενέργειες, στην αντιπάθεια ή στις πεποιθήσεις (WHO, 2010; Omwago et al., 2006). Καθοριστικοί παράγοντες της ανεκπλήρωτης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό μπορεί να οφείλονται σε οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς ή/και σε έλλειψη γνώσης για τα αντισυλληπτικά. Η ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό ποικίλλει μεταξύ περιοχών του κόσμου, χωρών ή εντός των χωρών και καθορίζεται από διάφορους κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες όπως η γυναικεία αυτονομία (Ndaruhuye et al., 2009), από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες όπως η ηλικία των γυναικών, η ηλικία γάμου, την προτίμηση για γιους και τον αριθμό των παιδιών που επιβιώνουν και από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες όπως η εργασιακή κατάσταση, το μορφωτικό και το βιοτικό επίπεδο (Igwegbe et al., 2009; Gebreselassie & Pav, 2013· Wubegzier & Alemayehu, 2011). Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Νεπάλ διαπίστωσε ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ανικανοποίητης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό και της προτίμησης του φύλου στα παιδιά. Αναφέρει ότι οι γυναίκες θα προτιμούσαν να έχουν περισσότερους γιους σε σύγκριση με τις κόρες. Επομένως, αν μια γυναίκα θέλει πιθανώς περισσότερους επιπλέον γιους υπάρχει υψηλή τάση αυτή η ομάδα γυναικών να έχει ανικανοποίητες ανάγκες (Andurkar et al., 2006; Ojaka, 2008). Χρησιμοποιώντας το μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης, ενώ η ηλικία, η ισοτιμία, η κατοικία, η ηλικία γάμου και η εμπειρία απώλειας παιδιού, δεν συσχετίστηκε με τη συνολική ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό, αντίθετα η



εκπαίδευση των γυναικών, η εκπαίδευση του συζύγου και το επάγγελμα της γυναίκας (οικιακά) συνδέθηκαν με τη συνολική ανικανοποίητη ανάγκη (Abdel & Amira, 2013). Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η αύξηση της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων, βοηθά τα ζευγάρια να επιτύχουν τις αναπαραγωγικές τους προθέσεις και βελτιώνουν τον τρόπο ζωής τους τόσο κοινωνικά όσο και οικονομικά και οδηγεί άμεσα σε μείωση της μητρικής και παιδικής θνησιμότητας (Sedgh et al., 2007; Andurkar et al., 2006). Παρόλο που έχουν γίνει κάποιες μελέτες, σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό, καμία από αυτές δεν είχε πρωτογενή δεδομένα σχετικά με την ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό. Οι περισσότεροι από αυτές βασίστηκαν σε δευτερεύοντα δεδομένα για ανάλυση σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες (Okech, 2011; Omwago, 2006).

## **2.6. Κοινωνικοοικονομικοί καθοριστικοί παράγοντες της ανεκπλήρωτης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.**

Πιστεύεται ότι όσο περισσότερο προχωρά μια γυναίκα στην εκπαίδευση, υπάρχει υψηλή τάση για υψηλότερα επίπεδα επικράτησης αντισυλληπτικών μεθόδων, μικρότερη σε μέλη οικογένεια και χαμηλότερα επίπεδα ανεκπλήρωτων αναγκών (Ferdousi et al., 2010; Bernstein et al., 2007). Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι η εργασιακή κατάσταση των γυναικών σχετίζεται με ανικανοποίητες ανάγκες. Οι γυναίκες που εργάζονται έξω από το σπίτι έχουν μικρότερη πιθανότητα να έχουν ανικανοποίητες ανάγκες από εκείνες που εργάζονται στο σπίτι ή σε εσωτερικούς χώρους (Oluwasanmi et al., 2011). Μια άλλη μελέτη που έγινε στο νότιο Σουδάν ανακάλυψε ότι η ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό μειώνεται με το μορφωτικό επίτευγμα και το εργασιακό καθεστώς μιας γυναίκας, καθώς η γυναίκα ενδυναμώνεται όλο και περισσότερο (Abdel & Amira, 2013). Στην Ανατολική Αφρική, μελέτες τεκμηριώνουν ότι η ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό είναι χαμηλότερη για τις γυναίκες με καλύτερη εκπαίδευση. Στην Ουγκάντα, οι ανικανοποίητες ανάγκες ήταν χαμηλότερες για τις γυναίκες με δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση και στην Κένυα, οι γυναίκες με πρωτοβάθμια ελλιπή εκπαίδευση είχαν δυο φορές περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν ανεκπλήρωτη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό σε σύγκριση με εκείνες με πρωτοβάθμια, πλήρη ή ανώτερη εκπαίδευση (Assefa & Fikrewold, 2011). Η ίδια περίπτωση ισχύει και για τον τόπο κατοικίας και την εκπαίδευση του συζύγου. Μια μελέτη που έγινε από τους Assefa & Fikrewold (2011), διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές ήταν σημαντικά πιο πιθανό να επηρεαστούν από όλους





τους τύπους ανεκπλήρωτων αναγκών για οικογενειακό προγραμματισμό. Μελέτες σε άλλες χώρες της υποσαχάριας Αφρικής έδειξαν επίσης ότι οι γυναίκες της υπαίθρου είχαν σημαντικά υψηλότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες σε σύγκριση με τις αστικές γυναίκες. Οι περισσότερες μελέτες για τις ανικανοποίητες ανάγκες επικεντρώθηκαν κυρίως σε κατοίκους της υπαίθρου όπου πιστεύεται ότι το ποσοστό των ανικανοποίητων αναγκών είναι υψηλό, αγνοώντας το γεγονός ότι η ανικανοποίητη ανάγκη δεν σημαίνει απαραίτητα ότι οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού δεν είναι διαθέσιμες, αλλά μπορεί να οφείλεται σε έλλειψη πληροφόρησης από τις γυναίκες ή ότι η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών δεν εμπνέει την απαραίτητη εμπιστοσύνη ή ότι οι ίδιες οι γυναίκες έχουν ελάχιστο λόγο στη λήψη αποφάσεων, κάτι που μπορεί να αποδειχθεί στις αστικές περιοχές (Assefa & Fikrewold, 2011).

## **2.7. Πολιτιστικοί καθοριστικοί παράγοντες της ανεκπλήρωτης ανάγκης για οικογενειακό προγραμματισμό στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας**

Σε επίπεδο κοινότητας, μεμονωμένες γυναίκες μπορεί να φοβούνται την κοινωνική απομόνωση ή να κατηγορηθούν για την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού από φίλους ή στενούς συγγενείς στην κοινότητα. Πολιτισμικά, σε ορισμένες κοινότητες η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων μπορεί να ληφθεί ως αιτία σεξουαλικής απιστίας. Πιστεύεται επίσης ότι οι έγγαμες γυναίκες μπορεί να χρειάζονται τη συναίνεση των συντρόφων για πρόσβαση σε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού ή χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων σε ατομικό επίπεδο (UNFP, 2010). Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι ο κύριος καθοριστικός παράγοντας για μια ανικανοποίητη ανάγκη είναι η έλλειψη γνώσης για την αντισύλληψη (Subhash, 2003), οι ανησυχίες για την υγεία ή ο φόβος για τις παρενέργειες των αντισυλληπτικών μεθόδων και η αντίθεση των συζύγων, άλλων συγγενών ή η έλλειψη αυτοπειθαρχίας (Khan et al., 2008; Igwegbe et al., 2009). Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Ινδία δεν χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικές μεθόδους λόγω του φόβου των παρενεργειών, της θρησκευτικής απαγόρευσης, της μη συνεργασίας των συντρόφων, της έλλειψης γνώσης σχετικά με τη μέθοδο, της έλλειψης πληροφοριών από την υπηρεσία του οικογενειακού προγραμματισμού και των οικονομικών περιορισμών (Ferdousi et al., 2010). Μια άλλη μελέτη που έγινε στο Πακιστάν διαπίστωσε ότι αν και οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες ήταν σημαντικοί για τον προσδιορισμό της ανεκπλήρωτης ανάγκης του ζευγαριού, ορισμένοι από αυτούς αποδείχθηκαν αρκετά



σημαντικοί, για παράδειγμα, η θρησκεία. Η θρησκεία έχει αποδειχθεί σε άλλες μελέτες ως βασικός παράγοντας που μπορεί να καθορίσει τη χρήση του οικογενειακού προγραμματισμού, ιδιαίτερα των Καθολικών και των Μουσουλμάνων. Οι Μουσουλμάνοι είχαν σημαντικά υψηλότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες από τους Ινδουιστές (Samira & Nihad, 2011).



## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### 3.1.Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ως Οικουμενικό Ανθρώπινο

#### Δικαίωμα

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τον οικογενειακό προγραμματισμό ως το μέσο που επιτρέπει στους ανθρώπους να αποκτήσουν τον επιθυμητό αριθμό παιδιών και να καθορίσουν την απόσταση μεταξύ των κηήσεων. Μέσω του οικογενειακού προγραμματισμού βελτιώνεται η γενική ευημερία και η αυτονομία των γυναικών, ενώ ταυτόχρονα ενισχύονται κοινότητες και έθνη με πολλαπλά οφέλη.

Αρχικά, ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτρέπει τους κινδύνους υγείας που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη στις γυναίκες, ιδιαίτερα στα έφηβα κορίτσια και στις μεγαλύτερες γυναίκες που αντιμετωπίζουν τους μεγαλύτερους κινδύνους κατά την εγκυμοσύνη, επιτρέποντάς τους να καθορίσουν την απόσταση μεταξύ των κηήσεων ή να περιορίζουν τις γεννήσεις εάν είναι απαραίτητο. Επιπλέον, η δυνατότητα καθορισμού της απόστασης μεταξύ των κηήσεων ή ο περιορισμός των γεννήσεων μειώνει την ανάγκη για ανασφαλείς και συχνά θανατηφόρες αμβλώσεις που συμβαίνουν συνήθως στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθά στην επιβράδυνση της εξάπλωσης του HIV/AIDS αποτρέποντας τις ακούσιες εγκυμοσύνες και, κατά συνέπεια, τη μετάδοση του HIV/AIDS από τη μητέρα στο παιδί. Τα προφυλακτικά, μια μέθοδος οικογενειακού προγραμματισμού, μειώνουν επιπλέον την εξάπλωση του HIV/AIDS αποτρέποντας ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, ενώ ταυτόχρονα αποτρέπουν τη μετάδοση του HIV και άλλων Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (ΣΜΝ).

Ο οικογενειακός προγραμματισμός καταπολεμά τη βρεφική και μητρική θνησιμότητα αποτρέποντας τις άσκοπες εγκυμοσύνες και γεννήσεις. Επιπρόσθετα, επιβραδύνει τη μη βιώσιμη αύξηση του πληθυσμού και συνεπώς μειώνει το αρνητικό άγχος σε περιβάλλοντα, κοινότητες και έθνη (WHO, 2013).

Αυτά τα οφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού στην υγεία των γυναικών και στην ευημερία των εθνών είναι από μόνα τους λόγοι για την υποστήριξη της χρήσης του. Ωστόσο, για να κατανοήσει κανείς πραγματικά τη σημασία και την αναγκαιότητά του, πρέπει επίσης να εξετάσει τους τρόπους με τους οποίους αλλάζει η ζωή των γυναικών όταν είναι σε θέση να ελέγχουν τον αριθμό των παιδιών που έχουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Ο Amartya Sen είπε ότι, «Ίσως η πιο άμεση αντιξοότητα που προκαλείται από τον υψηλό ρυθμό αύξησης του πληθυσμού έγκειται στην απώλεια της ελευθερίας που υποφέρουν οι γυναίκες όταν δεσμεύονται από τη μητρότητα και την



ανατροφή των παιδιών» (Sen, 2001). Όταν οι γυναίκες αποκτούν πολλά παιδιά ενάντια στις επιθυμίες τους, είναι λιγότερο πιθανό να συνειδητοποιήσουν άλλες ευκαιρίες που βρίσκονται εκτός της παιδικής φροντίδας. Αλλά όταν οι γυναίκες και οι σύντροφοί τους μπορούν να κάνουν συνειδητές επιλογές για την υγεία και τις οικογένειές τους μέσω του οικογενειακού προγραμματισμού, η ζωή τους αλλάζει ριζικά. Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερες προοπτικές συμμετοχής στη δημόσια ζωή, συμπεριλαμβανομένης της αμειβόμενης απασχόλησης και της ενισχυμένης εκπαίδευσης. Ο οικογενειακός προγραμματισμός ωφελεί επίσης τις οικογένειες στο σύνολό τους, καθώς λιγότερα παιδιά επιτρέπουν στους γονείς να επενδύσουν περισσότερο σε κάθε παιδί.

Παρά τα πολλά πλεονεκτήματα του οικογενειακού προγραμματισμού, η αναγνώρισή του ως παγκόσμιου ανθρώπινου δικαιώματος βρισκόταν σε εξέλιξη για πολλά χρόνια. Το θεμελιώδες δικαίωμα στην υγεία αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά από την Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ το 1948, με το δικαίωμα επιλογής στην αναπαραγωγή μετά από είκοσι χρόνια αργότερα στην Παγκόσμια Διάσκεψη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Τεχεράνη του Ιράν το 1968 (Shaw, 2006). Στη Διεθνή Διάσκεψη για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη το 1994 στο Κάιρο της Αιγύπτου, ο οικογενειακός προγραμματισμός αναγνωρίστηκε ως παγκόσμιο ανθρώπινο δικαίωμα. Αποφασίστηκε ότι «στόχος των προγραμμάτων του οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να είναι η δυνατότητα σε ζευγάρια και άτομα να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και την απόσταση μεταξύ των κήσεων και να τους παρέχονται οι πληροφορίες και τα μέσα για να το επιτύχουν» (Report of the International Conference on Population and Development, 1994). Το δικαίωμα στον οικογενειακό προγραμματισμό είναι μια κρίσιμη πτυχή των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων και είναι ουσιαστικό από μόνο του, αλλά είναι επίσης σημαντικό καθώς επιτρέπει την επίτευξη άλλων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων στην υγεία, την εκπαίδευση και την επίτευξη μιας αξιοπρεπούς ζωής (Green, Shareen&Omar, 2012).

### **3.2.Ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα**

Στον ελληνικό χώρο ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού εμφανίστηκε με μεγάλη καθυστέρηση. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στη σύγχυση που επικράτησε αναφορικά με τις επιπτώσεις που θα μπορούσαν να απορρέουν από την εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος καθώς η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από την



υπογεννητικότητα. Οι πρώτες προσπάθειες για την ίδρυση κέντρου οικογενειακού προγραμματισμού, έγιναν από τον καθηγητή Ν. Λούρο στο μαιευτήριο Αλεξάνδρα το 1973. Την ίδια δεκαετία, ιδρύθηκε η Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ε.Ο.Π), μέσω της οποίας υπάρχει αντιπροσώπευση της Ελλάδας στη Διεθνή Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού. Τη δεκαετία του 1980, ο οικογενειακός προγραμματισμός νομοθετείται από το κράτος σύμφωνα με το νόμο 1036/80. Ο νόμος 1397/83, στο άρθρο 22 εντάσσει τον οικογενειακό προγραμματισμό στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν τη διενέργεια κλινικών και γυναικολογικών εξετάσεων, τη διενέργεια κυτταρολογικής εξέτασης για τη λήψη δείγματος κολπικού και τραχηλικού υγρού (test ΠΑΠ), την τοποθέτηση ενδομήτριων σπειραμάτων, κολπικών δακτυλίων, τη διενέργεια ελέγχου για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς και τη διενέργεια διακοπής ανεπιθύμητων κυήσεων.

Επιπρόσθετα στις υπηρεσίες που παρέχονται από τον οικογενειακό προγραμματισμό περιλαμβάνεται η ενημέρωση για τις μεθόδους αντισύλληψης, τον καθορισμό του διαστήματος μεταξύ των κυήσεων, για τον προγεννητικό έλεγχο, την πρόληψη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, την υπογονιμότητα καθώς και την υγιεινή. Σημαντική επίσης είναι η συμβουλευτική που παρέχεται στις μονογονεϊκές οικογένειες, σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας αλλά και σε θέματα που αφορούν την υιοθεσία. Επίσης, στις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού περιλαμβάνονται τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας τόσο της γυναίκας όσο και του συντρόφου για την περίοδο της εγκυμοσύνης έτσι ώστε μέσω ενημερωτικών και συμβουλευτικών συνεδριών να παρέχονται έγκυρες πληροφορίες τόσο για την εγκυμοσύνη, όσο και για τον τοκετό και τη γονεϊκότητα. Στο πλαίσιο, τέλος, των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού συμπεριλαμβάνονται και οι ενημερωτικές διοργανώσεις σε σχολεία καθώς και σε συλλόγους και φορείς (Κρεατσάς, 2003).

### **3.3.Θρησκεία και οικογενειακός προγραμματισμός**

Οι απαρχές των προσπαθειών της ανθρωπότητας να ελέγξει τον αριθμό της έχουν χαθεί στην ιστορία. Ωστόσο, μεταξύ των προγραμμάτων πολιτισμών, ο περιορισμός της δημογραφικής ανάπτυξης ήταν ρουτίνα. Ενώ η βρεφοκτονία και η άμβλωση ήταν κοινές πρακτικές εκείνη την εποχή, ο πραγματικός έλεγχος των γεννήσεων ήταν σπάνιος. Είναι



λογικό να πιστεύουμε ότι οι πρωτόγονες γυναίκες κατανοούσαν τα πλεονεκτήματα της προγραμματισμένης εγκυμοσύνης και επομένως εκμεταλλεύονταν στοιχειώδεις τεχνικές αντισύλληψης όταν ήταν εφικτό. Τα στοιχεία που υπάρχουν στη διάθεσή μας υποδηλώνουν ότι οι κύριοι λόγοι πίσω από αυτή τη συμπεριφορά ήταν οικονομικής και ιατρικής φύσης, παρόμοια με αυτά που παρατηρούμε στις μέρες μας. Σαφώς, η ανάγκη για έλεγχο των γεννήσεων δεν είναι μια άγνωστη έννοια για την ανθρωπότητα (Schenker, 2000).

Στη σημερινή εποχή, οι γυναίκες στις ανεπτυγμένες χώρες μπορούν να επωφεληθούν από πολύ πιο εξελιγμένες επιλογές. Ωστόσο, οι απρογραμμάτιστες εγκυμοσύνες, καθώς και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, συμβαίνουν με ανησυχητικό ρυθμό. Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στον περιορισμό ή την αποτροπή της πρόσβασης των γυναικών στην αντισύλληψη: κυριότεροι από αυτούς είναι οι προσωπικές πεποιθήσεις που διαμορφώνονται τόσο από την κοινωνία όσο και από τη θρησκεία (Srikanthan&Reid, 2008). Είναι κοινή πρακτική για τις θρησκευτικές αρχές να αποθαρρύνουν τη χρήση και την ανάπτυξη τεχνικών μεθόδων αντισύλληψης (Schenker, 2000). Η θρησκεία είναι ενσωματωμένη στον πολιτισμό όλων των κοινωνιών. Ασχολείται με θέματα που απασχολούν τον κάθε άνθρωπο κάποια στιγμή στη ζωή του. Οι θρησκευτικές ομάδες ασκούν κάποια πολιτική επιρροή σε θέματα αναπαραγωγής, προωθώντας ενεργά τις απόψεις τους στον δημόσιο χώρο. Τα ηθικά διλήμματα που εγείρονται από την τεχνολογική πρόοδο των μεθόδων αντισύλληψης δεν έχουν πάντα σαφείς απαντήσεις και ο ρόλος της θρησκείας στη βιοηθική περιλαμβάνει κυρίως τη δήλωση των θέσεων των διαφορετικών ομάδων και κοινοτήτων σχετικά με μια τέτοια πρόοδο. Ως εκ τούτου, είναι υψίστης σημασίας οι γυναικολόγοι και οι μαιευτήρες να εκπαιδεύονται σχετικά με τις θρησκευτικές στάσεις έναντι της φροντίδας της αναπαραγωγικής υγείας. Όταν ένας πάροχος υγειονομικής περίθαλψης δεν γνωρίζει τις θρησκευτικές στάσεις ενός ζευγαριού απέναντι στην αναπαραγωγική υγεία, οι συμβουλές του μπορεί να μην λαμβάνουν υπόψη το πολιτισμικό υπόβαθρο των ασθενών. Σε χώρες με σημαντική θρησκευτική ποικιλομορφία, τα ιατρικά ιδρύματα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους παράγοντες που επηρεάζουν την προθυμία ενός ζευγαριού να χρησιμοποιήσει αντισύλληψη και θα πρέπει να έχουν στη διάθεσή τους ένα ευρύ φάσμα εναλλακτικών λύσεων για την κατάλληλη αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων.

Οι θρησκείες συχνά στερούνται ενιαίας άποψης για ορισμένα αναπαραγωγικά ζητήματα, αν και οι γενικές αρχές των θρησκευτικών ομάδων συχνά συμπίπτουν (Srikanthan&Reid, 2008). Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις υπόκεινται επίσης συχνά στην



επιρροή των τοπικών εθίμων της γεωγραφικής τους περιοχής, κάτι που μπορεί να επηρεάσει τη στάση τους σε πολλά ζητήματα. Επιπλέον, πολλές θρησκείες διακλαδίζονται σε διαφορετικά δόγματα, τα οποία μπορεί να έχουν συμπεριφορές που αποκλίνουν από το ορθόδοξο δόγμα. Είναι επομένως περίπλοκο να ορίσουμε μια ενιαία άποψη που αντιπροσωπεύει οποιαδήποτε δεδομένη θρησκεία. Αυτή η άποψη ενισχύεται από τους ίδιους τους ασθενείς, οι οποίοι, παρόλο που προσδιορίζονται ότι ανήκουν σε μια συγκεκριμένη θρησκευτική ομάδα, μπορεί να έχουν μια προσωπική ερμηνεία του θρησκευτικού δόγματος που δεν ακολουθεί αυστηρά τη γενική άποψη του θρησκευτικού τους ιδρύματος. Αυτές οι περιπτώσεις θα πρέπει να αξιολογούνται σε ατομική βάση (Srikanthan&Reid, 2008).

Η σημερινή Ευρώπη αντιμετωπίζει μια δραματική αύξηση του πληθυσμού των προσφύγων, καθορίζοντας τον ρόλο της ως ήπειρο μετανάστευσης και εγείροντας ερωτήματα σχετικά με τον καλύτερο τρόπο κατανομής και ενσωμάτωσης των μεταναστών στα διάφορα ευρωπαϊκά έθνη (Bitzer, 2015). Παρόμοια ερωτήματα προκύπτουν όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα την αναπαραγωγική υγεία, των μεταναστών, λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές και θρησκευτικές τους διαφορές. Ορισμένοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είχαν ήδη εμπειρία με πολιτιστικά ενταγμένους ασθενείς, αλλά δεν έχουν εμπειρία στην εργασία με μη ενταγμένους ή μειονοτικούς προσφυγικούς πληθυσμούς. Η πλειοψηφία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στερείται γνώσης σχετικά με τις διάφορες θρησκευτικές πεποιθήσεις και κουλτούρες των μεταναστών ασθενών. Η γνώση σχετικά με αυτές τις διαφορές είναι το πρώτο βήμα για την κατανόηση των πολιτισμικών αξιών και κανόνων για την επιτυχή προώθηση της υγειονομικής περίθαλψης (Bitzer, 2015).

Οι θρησκευτικές απόψεις για τον οικογενειακό προγραμματισμό στον Χριστιανισμό, τον Ιουδαϊσμό, το Ισλάμ και τον Ινδουισμό έχουν διαφορετικό υπόβαθρο και προοπτικές. Η τρέχουσα κατάσταση στην Ευρώπη θα πρέπει να παρακινήσει τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να αυξήσουν την επίγνωσή τους για τις διάφορες θρησκευτικές πεποιθήσεις και πολιτιστικές παραδόσεις, προκειμένου να κατανοήσουν και να αποδεχτούν τις διαφορές (Pinter, 2016).

### **3.3.1.Χριστιανισμός**

Οι απόψεις σχετικά με τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων διαφέρουν πολύ μεταξύ των κοινοτήτων, και η χρήση αντισυλληπτικών έχει υποβληθεί ιστορικά σε μια



σειρά από πολιτιστικές, κοινωνικοοικονομικές και θρησκευτικές επιρροές. Ενώ αυτές οι επιρροές υπάρχουν στους χριστιανικούς πληθυσμούς, είναι εσφαλμένο να υποθέσουμε ότι το θρησκευτικό δόγμα αποθαρρύνει ρητά τη χρήση αντισυλληπτικών. Αντίθετα, οι διαφορετικές κατηγορίες του χριστιανισμού παρέχουν μια σειρά από κατευθυντήριες οδηγίες που πληρούνται με διαφορετικά επίπεδα συμμόρφωσης. Οι τρεις κύριες κατηγορίες του Χριστιανισμού περιλαμβάνουν τον Ρωμαιοκαθολικισμό, την Ανατολική Ορθοδοξία και τον Προτεσταντισμό, οι οποίες διαφέρουν όλες ως προς τις απόψεις τους σχετικά με τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων για τα παντρεμένα ζευγάρια. Ενώ προηγούμενες μορφές Χριστιανισμού όπως ο Ρωμαιοκαθολικισμός και η Ανατολική Ορθοδοξία τείνουν να έχουν πιο συντηρητικές οδηγίες για τη χρήση αντισυλληπτικών, οι μεταγενέστερες και πιο προοδευτικές έχουν μια πιο ευέλικτη άποψη (Srikanthan&Reid, 2008).

### **3.3.1.1.Ρωμαιοκαθολικισμός**

Η Καθολική Εκκλησία παρέχει τις αυστηρότερες αποφάσεις κατά της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων, βασιζόμενη στο δόγμα που υποστηρίζεται από τη Βίβλο και τα παραδοσιακά θρησκευτικά κείμενα. Σύμφωνα με το ρωμαιοκαθολικό δόγμα, ο πρωταρχικός σκοπός της συνουσίας είναι η τεκνοποίηση. Η αντισύλληψη επομένως έρχεται σε άμεση σύγκρουση με αυτόν τον σκοπό, επιτρέποντας τη σεξουαλική ικανοποίηση χωρίς την εκπλήρωση της δημιουργίας νέας ζωής. Η Αγία Γραφή προσδιορίζει τα παιδιά ως δώρα που δόθηκαν από τον Θεό, παρομοιάζοντάς τα με «βέλη στα χέρια ενός πολεμιστή... Μακάριος ο άνθρωπος που γεμίζει τη φαρέτρα του με αυτά» (The English Standard Version Bible, 2009). Με αυτόν τον ορισμό, η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων χρησιμεύει ως απόρριψη των χαρισμάτων του Θεού. Οι πρώτες εκκλησιαστικές διδασκαλίες του Αγίου Ιωάννη του Χρυσόστομου αντικατοπτρίζουν αυτήν την ιδέα, ορίζοντας τη χρήση της αντισύλληψης ως απόπειρες «καταστροφής του καρπού» και πρακτικές που «καταδικάζουν τα δώρα του Θεού και πολεμούν με τους νόμους του» (Maguire, 2003). Οι πρώτες εκκλησιαστικές διδασκαλίες όπως αυτές που παρέχονται από τον Άγιο Ιωάννη τον Χρυσόστομο έχουν συναντήσει γενική συναίνεση μεταξύ του Καθολικού κλήρου τα τελευταία 1500 χρόνια. Σήμερα, οι επίσημες πρακτικές της Εκκλησίας ευθυγραμμίζονται με το *Humanae Vitae* της Εκκλησίας του 1968, στο οποίο ο Πάπας Παύλος VI έγραψε ότι «είναι σοβαρό λάθος να πιστεύουμε ότι μια ολόκληρη έγγαμη ζωή με κατά τα άλλα κανονικές σχέσεις μπορεί να





δικαιολογήσει τη σεξουαλική επαφή που είναι εσκεμμένα αντισυλληπτική και τόσο εγγενώς εσφαλμένη» (Maguire, 2003).

Ο Πάπας Φραγκίσκος επιβεβαίωσε τις παραδοσιακές διδασκαλίες της Καθολικής Εκκλησίας, περιγράφοντας τις διδασκαλίες του Παύλου VI ως «προφητικές». Ωστόσο, τόνισε επίσης τη σεξουαλική ευθύνη, δηλώνοντας ότι οι Καθολικοί δεν χρειάζεται να εκτρέφονται «σαν κουνέλια» και αναφέροντας τον φυσικό οικογενειακό προγραμματισμό μέσω της αποχής και της ρυθμιστικής μεθόδου ως τις μόνες αποδεκτές μεθόδους αντισύλληψης (Pinteretal., 2016).

### **3.3.1.2. Ανατολική Ορθοδοξία**

Οι καθιερωμένες ανατολικές ορθόδοξες απόψεις για την αντισύλληψη είναι πιο περίπλοκες από τις απόψεις της Καθολικής Εκκλησίας και παρέχουν μια πιο ευέλικτη αποδοχή της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων. Εφόσον η Ορθόδοξη Εκκλησία θεωρεί τον γάμο ως την ολοκλήρωση ενός άνδρα και μιας γυναίκας σε ένα ον, η σεξουαλική επαφή δεν περιορίζεται στον σκοπό της τεκνοποίησης, αλλά μάλλον γίνεται αποδεκτή ως μέσο συζυγικής ενότητας. Έτσι, η Ορθόδοξη Εκκλησία έχει δημιουργήσει κατευθυντήριες γραμμές που επιτρέπουν τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων για λόγους όπως το μεσοδιάστημα μεταξύ των κυήσεων, η ενίσχυση των συζυγικών σχέσεων και της αγάπης, καθώς και η διατήρηση της υγείας (Harakas, 1982). Η Ορθόδοξη Εκκλησία διαφοροποιεί επιπρόσθετα τον τύπο αντισύλληψης, αποδεχόμενη προσωρινές μορφές αντισύλληψης αλλά απαγορεύοντας τη χρήση μόνιμων μορφών αντισυλληπτικών μεθόδων, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις. Αυτές οι εξαιρέσεις για να επιτρέπεται η μόνιμη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων πρέπει να είναι ηθικά δικαιολογημένες και περιλαμβάνουν την πρόληψη αναπόφευκτης γενετικής νόσου, καταστάσεις που δεν επιτρέπουν στο ζευγάρι να μεγαλώσει παιδιά και περιπτώσεις όπου ο κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας δεν μπορεί να παρακαμφθεί (Zion, 1992). Όπως η Καθολική Εκκλησία, η Ορθόδοξη Εκκλησία απαγορεύει τις αμβλώσεις, αν και σε αντίθεση με την Καθολική Εκκλησία παρέχει εξαίρεση σε περίπτωση που απειλείται η ζωή της μητέρας.

### **3.3.1.3. Προτεσταντισμός**

Σε σύγκριση με τον Καθολικισμό και την Ορθοδοξία, ο Προτεσταντισμός περιλαμβάνει έναν εκτενέστερο κατάλογο υποκατηγοριών και έτσι παρέχει ένα φάσμα απόψεων για κοινωνικά ζητήματα. Ο Προτεσταντισμός περιλαμβάνει δύο κύριες



αιρέσεις, που δημιουργήθηκαν στη Ριζοσπαστική Μεταρρύθμιση και τη Μεταρρύθμιση των Δικαστικών. Η κύρια διαφορά μεταξύ αυτών των δύο μεταρρυθμίσεων εκτείνεται από τον 17ο αιώνα και περιστρέφεται κυρίως γύρω από το ρόλο της πολιτικής και της κοινωνίας μέσα στη θρησκεία. Δηλαδή, οι κλάδοι υπό τη Ριζοσπαστική Μεταρρύθμιση αντιστάθηκαν στην εξουσία του κράτους, ενώ οι κλάδοι υπό τη Μεταρρύθμιση του Δικαστικού αποδέχονταν την εξουσία των αστικών «δικηγόρων». Εκτός από τη μεγάλη διαφορά μεταξύ των δύο μορφών, υπάρχουν επίσης μεγάλες παραλλαγές μεταξύ των ονομασιών και των υποκατηγοριών κάθε μορφής. Σε σύγκριση με τα άλλα χριστιανικά δόγματα, ωστόσο, ο Προτεσταντισμός παρέχει γενικά την πιο ευέλικτη προσέγγιση στα σύγχρονα κοινωνικά ζητήματα, συμπεριλαμβανομένης της αποδοχής της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων. Συνήθως, η Προτεσταντική Εκκλησία επιτρέπει στο εν λόγω ζευγάρι να λαμβάνει αποφάσεις αναπαραγωγικής υγείας σχετικά με το μέγεθος της οικογένειας, τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και τον τύπο των αντισυλληπτικών που χρησιμοποιούνται (LoPresti, 2005).

Ενώ η Προτεσταντική Εκκλησία έχει αντιταχθεί σθεναρά στη σεξουαλική δραστηριότητα και τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων για ανύπαντρες γυναίκες, έχει γενικά παράσχει αποδεκτούς λόγους για αντισύλληψη για παντρεμένες γυναίκες. Σύμφωνα με την αποδεκτή βιβλιογραφία, ο σκοπός της σεξουαλικής δραστηριότητας περιλαμβάνει λόγους πέρα από τη σύλληψη, επιτρέποντας έτσι τη χρήση αντισύλληψης εντός του γάμου για λόγους που περιλαμβάνουν την προώθηση των συζυγικών σχέσεων, τη δυνατότητα υπεύθυνης ανατροφής των παιδιών και τη διατήρηση της υγείας των γυναικών (Srikanthan&Reid, 2008). Γενικά, Ο προτεσταντισμός θεωρεί την άμβλωση αμαρτία και ο συντηρητικός προτεσταντισμός έχει καταδικάσει κάθε έκτρωση. Ωστόσο, η πλειονότητα των κυρίαρχων συντηρητικών προτεσταντικών δογμάτων επιτρέπει τη διακοπή της κύησης όταν η ζωή της μητέρας απειλείται. Οι Φιλελεύθεροι Προτεστάντες ευνοούν μια γυναίκα που παίρνει τη δική της απόφαση σε καταστάσεις ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (LoPresti, 2005).

### 3.3.2.Ιουδαϊσμός

Ο Ιουδαϊσμός είναι μια αρχαία μονοθεϊστική θρησκεία και μια από τις παλαιότερες θρησκείες του κόσμου. Η ιστορία, οι πεποιθήσεις και οι παραδόσεις των Εβραίων καταγράφηκαν στο θεμελιώδες κείμενό της, την Εβραϊκή Βίβλο, ξεκινώντας ήδη από τον 8ο αιώνα π.Χ. Η Εβραϊκή Βίβλος θεωρείται από τους πιστούς ως έκφραση



της αποκάλυψης, διδασκαλίας και καθοδήγησης του Θεού προς την ανθρωπότητα. Οι συμπληρωματικές προφορικές παραδόσεις αντιπροσωπεύονται εκτενώς από μεταγενέστερα κείμενα, όπως το Mishnah, το Talmud, οι Post-Talmudic Codes και η λογοτεχνία Responsa. Αυτοί οι προφορικοί νόμοι ερμηνεύουν, διευρύνουν και διευκρινίζουν τη γραπτή Τορά (νόμος) και τα πρότυπα συμπεριφοράς και ρυθμίζουν νέους κανόνες και έθιμα σύμφωνα με τις ανάγκες της εποχής. Επί του παρόντος, υπάρχουν τρεις κύριοι κλάδοι του Ιουδαϊσμού, ο καθένας με διαφορετικές προσεγγίσεις στη θρησκευτική ζωή: Ορθόδοξος, Συντηρητικός και Μεταρρυθμιστικός. Ο Μεταρρυθμιστικός και ο Συντηρητικός Ιουδαϊσμός, που επικρατούν κυρίως στις ΗΠΑ, τείνουν να είναι πιο φιλελεύθεροι στις απόψεις των ηγετών τους σχετικά με τη χρήση του ελέγχου των γεννήσεων, με γενικά λιγότερους περιορισμούς που επιβάλλονται στον οικογενειακό προγραμματισμό (Schenker, 2008).

### **3.3.2.1. Ιουδαϊσμός και οικογενειακός προγραμματισμός**

Μια αυστηρή συσχέτιση μεταξύ πίστης και πρακτικής εντολής χαρακτηρίζει την εβραϊκή θρησκεία. Η εβραϊκή στάση απέναντι στον έλεγχο της γονιμότητας μπορεί να μαθευτεί από το γεγονός ότι η πρώτη εντολή του Θεού προς τον Αδάμ ήταν «γόνισε και πληθύνεσθε». Έτσι, η εβραϊκή θρησκευτική άποψη για τον οικογενειακό προγραμματισμό πηγάζει από αυτή τη θετική οδηγία που υποχρεώνει τους ενήλικες να παντρευτούν και να τεκνοποιήσουν. Ο έλεγχος των γεννήσεων δεν απαγορεύεται από μόνος του από τον Halakha (εβραϊκός θρησκευτικός νόμος). Ορισμένες μέθοδοι, ωστόσο, δεν θεωρούνται αποδεκτές, καθώς δεν συμφωνούν με άλλες σημαντικές εβραϊκές αρχές. Αυτές περιλαμβάνουν δύο κύριες εντολές: την πρώτη που απαγορεύει τη «σπατάλη» ή τη «χύσιμο σπόρων» (π.χ. αυνανισμός), που ήταν η αμαρτία του Ονάν και η δεύτερη εντολή που απαγορεύει κάθε μορφή ευνουχισμό (Haimon-Kochmanetal., 2012). Η αποδοχή των διαφόρων μορφών αντισύλληψης κρίνεται συνήθως σύμφωνα με αυτά τα κριτήρια. Επιπλέον, όλες οι μορφές αντισύλληψης που διακόπτουν τη φυσική μορφή της σεξουαλικής επαφής απαγορεύονται επίσης επειδή μειώνουν την ευχαρίστηση του ζευγαριού και παρεμποδίζουν την κανονική αναπαραγωγή. Η επιλογή της αντισύλληψης εγείρεται από το Ταλμούδ (εξωβιβλική συλλογή εβραϊκών κειμένων), όπου η χρήση ενός κολπικού πεσσού ή ενός αντισυλληπτικού απορροφητικού (moch) συζητείται για γυναίκες που είναι πολύ μικρές για να μείνουν έγκυες ή είναι επί του παρόντος έγκυες ή θηλάζουν. Σε κάθε περίπτωση, είτε η γυναίκα είτε το παιδί της πιστεύεται ότι διατρέχουν



κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών. Πολλές ραβινικές αρχές θεωρούν αυτή την Ταλμουδική αναφορά ως τη βάση για να επιτρέπεται η αντισύλληψη σε καταστάσεις όπου η εγκυμοσύνη θα μπορούσε να βλάψει σοβαρά τη γυναίκα. Τα Ορθόδοξα Εβραϊκά ζευγάρια που ενδιαφέρονται για τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, συμβουλευονται συνήθως μια ραβινική αρχή, η οποία θα αξιολογήσει τις ανάγκες τους και θα τους συμβουλευτεί σχετικά με τη μέθοδο που είναι προτιμότερη από Χαλαχική άποψη. Επίσης ζητείται η συμβουλή από γυναικολόγο (Haimon-Kochmanetal., 2012). Η αντισύλληψη επιτρέπεται συνήθως από μια ραβινική αρχή για μη ιατρικές ενδείξεις μόνο σε παντρεμένα ζευγάρια που έχουν ήδη παιδιά και ως εκ τούτου έχουν εκπληρώσει την πρώτη εντολή να «είναι καρποφόροι και να πολλαπλασιάζονται». Μια μοναδική πτυχή του τρόπου ζωής των Ορθόδοξων Εβραίων γυναικών είναι η ανάγκη τους να ακολουθούν τους νόμους της οικογενειακής αγνότητας (niddah). Σύμφωνα με αυτούς τους θρησκευτικούς νόμους, οι Ορθόδοξες Εβραίες απαγορεύεται να έχουν σεξουαλική επαφή πριν από τη βύθιση σε ένα τελετουργικό λουτρό (mikveh), το οποίο επιτρέπεται μόνο 7 ημέρες μετά την έμμηνο ρύση. Οποιαδήποτε αιμορραγία ή απροσδόκητη κηλίδωση απαιτεί από τη γυναίκα να συμβουλευτεί μια ραβινική αρχή για να προσδιορίσει την προέλευση του αίματος. Σε περίπτωση αιμορραγίας από τη μήτρα, η σεξουαλική επαφή απαγορεύεται και πάλι για επτά ημέρες μετά. Οι νόμοι της οικογενειακής αγνότητας που ρυθμίζουν τη συνουσία μεταξύ των Ορθόδοξων Εβραίων σύμφωνα με τη φάση του εμμηνορροϊκού κύκλου έχουν δυνητικά σημαντικό αντίκτυπο στη γονιμότητα. Η «θρησκευτική (χαλαχική) στειρότητα» προκύπτει από την ωορρηξία που λαμβάνει χώρα κατά τις ημέρες της τελετουργικής ακαθαρσίας, πριν επιτραπεί η συνουσία από τον εβραϊκό θρησκευτικό νόμο (Haimon-Kochmanetal., 2012). Είναι σαφές ότι οι νόμοι της niddah έρχονται σε πλήρη αντίθεση με τις μεθόδους γονιμότητας, οι οποίοι βασίζονται σε οδηγίες για το πώς να αποφύγετε τη σεξουαλική επαφή κατά τις γόνιμες ημέρες που συνήθως ακολουθούν το mikveh (εβραϊκό λουτρό). Αυτές οι μέρες θεωρούνται οι πιο αγνές τελετουργικά ημέρες για να έχει επαφή το εβραϊκό ζευγάρι. Ωστόσο, η καθυστέρηση του τελετουργικού του λουτρού είναι μια βολική και κάπως αποτελεσματική μέθοδος φυσικής αντισύλληψης. Με αυτόν τον τρόπο, εφαρμόζεται αντισύλληψη ενώ υπάρχει ακόμη η φαινομενικά κατάλληλη συμπεριφορά (Haimon-Kochman&Hochner-Celinkier, 2007).



### **3.3.3.Ισλάμ**

Το Ισλάμ είναι η θρησκεία του ενός τέταρτου του παγκόσμιου πληθυσμού. Από τις απαρχές του στην Αραβική Χερσόνησο, το Ισλάμ αναπτύσσεται τώρα ταχύτερα από την αύξηση του πληθυσμού, με προβλεπόμενη αύξηση 73% τις επόμενες τέσσερις δεκαετίες (ElHamri, 2010). Το Ισλάμ ορίζεται τόσο ως πνευματικός όσο και ως φυσικός τρόπος ζωής. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, οι μουσουλμανικές κοινότητες, αλλά όχι το ίδιο το Ισλάμ, έχουν συνδεθεί με συγκρούσεις, πολέμους και ριζοσπαστισμό. Η Ευρώπη αντιμετωπίζει την πρόκληση της ενσωμάτωσης μαζικών πληθυσμών μουσουλμάνων εκτοπισμένων από διάφορα μέρη της Μέσης Ανατολής. Ο ισλαμικός νόμος προέρχεται από το Κοράνι (ο λόγος του Θεού που κατέρχεται στον Προφήτη Μωάμεθ) και τη Σούννα (τα λόγια και οι στάσεις του Προφήτη) (ElHamri, 2010). Μοναδικό στο Ισλάμ είναι το γεγονός πως ό,τι ερμηνεύεται στους δύο αυτούς βασικούς πόρους, που ονομάζεται νομολογία, αυτό επιτρέπεται. Οι μιάμηδες στις μουσουλμανικές χώρες προσφέρουν τις ατομικές τους ερμηνείες ή φετβά (μια επιστημονική άποψη για ένα θέμα του ισλαμικού νόμου) και οι οπαδοί τηρούν τις οδηγίες του μιάμη τους. Οι νόμοι μπορούν να θεσπιστούν με συναίνεση μεταξύ των μελετητών. Επιτρέπονται αναλογίες με εκδηλώσεις του Κορανίου και χρησιμοποιούνται για τη συζήτηση των βέλτιστων πρακτικών. Το γεγονός ότι στο Κοράνι συζητείται μια φάση μετά τον τοκετό που διαρκεί για χρόνια έχει οδηγήσει τις μουσουλμανικές κοινωνίες να ενθαρρύνουν τον θηλασμό και να αποδεχτούν την αντισύλληψη μετά τον τοκετό. Οι διδασκαλίες του Ισλάμ προάγουν την κοινωνική δικαιοσύνη και την κατανομή των πόρων και θεωρούν την ανακούφιση της φτώχειας ως μια ενάρητη προσπάθεια (ElHamri, 2010).

#### **3.3.3.1.Ισλαμισμός και οικογενειακός προγραμματισμός**

Καθώς η υγεία θεωρείται ευλογία από τον Θεό, η υγεία και η ευημερία υπερισχύουν έναντι του θρησκευτικού δόγματος. Η ιατρική είναι ιδιαίτερα σεβαστή ως επάγγελμα, καθώς θεωρείται ως ο καθρέφτης της ανθρωπιάς μας και ως αντανάκλαση της αξίας της ανθρώπινης ζωής. Οι άνδρες και οι γυναίκες θεωρούνται ότι έχουν δικαίωμα στο υψηλότερο επίπεδο υγείας. Τα παιδιά θεωρούνται δώρα από τον Θεό και η ευημερία τους είναι υπέρτατη. Μάλιστα, στις αραβικές μουσουλμανικές χώρες οι γονείς αποκαλούνται με τα ονόματα των παιδιών τους. Το Κοράνι περιγράφει τη διακοπή της κύησης μέχρι την 120 ημέρα της εγκυμοσύνης όταν η ζωή της μητέρας βρίσκεται σε κίνδυνο. Τόσο η ζωή όσο και ο θάνατος θεωρούνται δώρα, αλλά η ζωή έχει προτεραιότητα, οπότε το χαράμ (απαγορευμένο) γίνεται χαλάλ (επιτρέπεται) εάν σώσει



μια ζωή. Άλλες έννοιες που επηρεάζουν τις αποφάσεις για την υγεία είναι η αυτονομία και την υπόληψη (Dialmy, 2010).

Η τεκνοποίηση θεωρείται ως ένας από τους κύριους σκοπούς του γάμου, αλλά η απόλαυση της συντροφιάς του συζύγου αναγνωρίζεται επίσης στο Κοράνι. Για τους μουσουλμάνους νομικούς, η σεξουαλική ευχαρίστηση καθαρίζει την καρδιά, σε αντίθεση με την αποχή, που τη σκληραίνει. Αυτή η κανονιστική ισλαμική αξιοποίηση της σεξουαλικής απόλαυσης εμφανίζεται στην άρνηση της αγαμίας και του σεξουαλικού ασκητισμού, και στην αποδοχή της διακοπής της συνουσίας για αντισυλληπτικούς σκοπούς (Dialmy, 2010).

Τα ζευγάρια παντρεύονται νωρίς και στοχεύουν στην τεκνοποίηση νωρίς στο γάμο, κάτι που συχνά δημιουργεί προβλήματα όταν η σύζυγος είναι έφηβη. Το Ισλάμ επιτρέπει τη ρύθμιση της γονιμότητας με τον καθορισμό της χρονικής απόστασης μεταξύ των κήσεων, εάν η ποιότητα της ζωής ή η υγεία της μητέρας ή των υπαρχόντων παιδιών μπορεί να διακυβευτεί (Omran, 1982). Επομένως, το Ισλάμ ασχολείται με το ζήτημα οικογενειακού προγραμματισμού μέσα από το ζήτημα του καθορισμού της απόστασης μεταξύ των κήσεων. Είναι σημαντικό να τονιστεί η απόσταση μεταξύ των κήσεων και του περιορισμού του αριθμού των γεννήσεων: το τελευταίο δεν επιτρέπεται στο Ισλάμ. Το Κορανικό εδάφιο συνιστά επίσης να υπάρχει ένα χρονικό περιθώριο τριάντα μηνών μεταξύ των κήσεων με σκοπό τη διασφάλιση της ανάρρωσης της μητέρας. Το διακοπόμενη συνουσία είναι αποδεκτή με την προϋπόθεση ότι η σύζυγος εξουσιοδοτεί τον σύζυγο να το κάνει. Η σύζυγος έχει αυτήν την εξουσία λόγω του δικαιώματός της στην απόλαυση και στην τεκνοποίηση (ElHamri, 2010).

Οποιοσδήποτε σύγχρονες μέθοδοι αντισύλληψης, όπως ορμονική αντισύλληψη, προφυλακτικά, ενέσεις και σπιράλ που στοχεύουν στην επίτευξη του ίδιου αποτελέσματος με τη διακοπή της συνουσίας είναι επίσης αποδεκτές. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι μουσουλμάνοι πιστεύουν ότι η διακοπή της συνουσίας, ο θηλασμός και οποιοσδήποτε άλλες μέθοδοι αντισύλληψης δεν είναι 100% αξιόπιστες. Επομένως, αυτές οι μέθοδοι αντισύλληψης δεν παρεμβαίνουν στη δημιουργία ή στην ικανότητα του Αλλάχ να δημιουργήσει μια ψυχή εάν είναι επιθυμητή (ElHamri, 2010). Οι αντισυλληπτικές μέθοδοι επηρεάζουν τις σωματικές λειτουργίες και μπορούν έτσι να επηρεάσουν τις ατομικές αντιλήψεις για την ευημερία και σε ορισμένες περιπτώσεις την ικανότητα των Ισλαμικών γυναικών να εκτελούν τα θρησκευτικά τους καθήκοντα. Η παρατεταμένη και απρόβλεπτη αιμορραγία μπορεί να εμποδίσει τις γυναίκες να νηστεύουν κατά τη διάρκεια του Ραμαζανιού, να προσεύχονται ή να εκτελούν τα



τελετουργικά του προσκυνήματος. Οι μακροχρόνιες αναστρέψιμες μέθοδοι μπορεί να θεωρηθούν ότι αποτρέπουν τη «στιγμαία» γονιμότητα, ενώ ο ισχυρισμός ότι χρησιμοποιούνται φυσικές μέθοδοι μπορεί να αποτελεί κάλυψη για τη μη χρήση οποιασδήποτε ισλαμικής άποψης σχετικά με την άμβλωση. Οι απόψεις αυτές είναι διαφορούμενες καθώς κανένα κορανικό κείμενο δεν απαγορεύει άμεσα την άμβλωση, το Κοράνι υποστηρίζει την αρχή της ιερότητας της ζωής. Η υγεία της μητέρας φαίνεται να έχει προτεραιότητα έναντι αυτής του εμβρύου. Η κατάσταση μιας εγκυμοσύνης κάτω των 120 ημερών θεωρείται διαφορετική από την κατάσταση μιας εγκυμοσύνης άνω των 120 ημερών. Ως εκ τούτου, η άμβλωση για εμβρυϊκή ανωμαλία επιτρέπεται μέχρι τις 120 ημέρες της εγκυμοσύνης (Hessini, 2007).

### 3.3.4. Ινδουϊσμός

Για πολλούς Ινδουιστές, η θρησκεία παίζει ενεργό ρόλο στην καθημερινή ζωή και έτσι μπορεί να επηρεάσει σε κάποιο βαθμό την πολιτιστική πρακτική. Ο Ινδουισμός είναι η αρχαιότερη εν ζωή μεγάλη θρησκεία στον κόσμο, με ρίζες που χρονολογούνται από τους προϊστορικούς χρόνους. Αν και ο Ινδουισμός προσφέρει πολλούς παραλληλισμούς με άλλες μεγάλες θρησκείες, δεν μπορεί εύκολα να συγκριθεί με καμία από αυτές. Αυτό έχει να κάνει πολύ με την πρακτική του Ινδουισμού σήμερα και τον τρόπο με τον οποίο η θρησκεία κατανοείται από τους οπαδούς των άλλων θρησκειών (Klostermaier, 2007).

Ο Ινδουισμός αντιπροσωπεύει μια κατάσταση πολιτιστικού και θρησκευτικού πλουραλισμού. Ο πλησιέστερος ινδουιστικός όρος για τη θρησκεία θα ήταν το ντάρμα, δηλαδή το καθήκον που έχει κάποιος στη ζωή. Οι μελετητές έχουν περιγράψει ότι περιλαμβάνει τα προνόμια, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις ενός ανθρώπου, το πρότυπο συμπεριφοράς του ως μέλους της κοινότητας, ως ανθρώπου και σε ένα συγκεκριμένο στάδιο της ζωής. Εν ολίγοις, το ντάρμα αντιπροσωπεύει κοινωνικο-ηθικούς νόμους και υποχρεώσεις. Οι ερμηνείες του ινδουιστικού ντάρμα περιλαμβάνουν μια κοινωνική τάξη στην οποία όλες οι λειτουργίες και τα καθήκοντα ανατίθενται σε ξεχωριστές τάξεις των οποίων η ομαλή αλληλεπίδραση εγγυάται την ευημερία της κοινωνίας στο σύνολό της καθώς και αυτής του κόσμου (Klostermaier, 2007). Ο Ινδουισμός στη μακρά ιστορία του έχει υποστεί πολλές αλλαγές, φέρνοντας συνεχώς νέα κινήματα για να κάνει τη θρησκεία σχετική και ουσιαστική με τον τρόπο που οι άνθρωποι ζουν τη ζωή τους. Ήταν πάντα κάτι περισσότερο από μια θρησκεία με τη δυτική έννοια



και στοχεύει στο να είναι ένας ολοκληρωμένος τρόπος ζωής και μια παράδοση με τη δική της λογική και δυναμισμό.

Έτσι, η ινδουιστική κοινωνία έχει σχεδιαστεί για να βασίζεται σε δύο στοιχεία: ηθικές αρχές και ηθικές επιταγές. Οι ηθικές αρχές είναι οι σχετικά αμετάβλητες αξίες που καθοδηγούν την ανθρώπινη ζωή, ενώ οι ηθικές επιταγές είναι οι παράγωγοι κανόνες που αποτελούν μέρος της κοινωνικής δομής: οι κανόνες συμπεριφοράς που είναι ενσωματωμένοι στην καθημερινή ζωή. Αυτοί οι κανόνες εξαρτώνται από το πλαίσιο και αλλάζουν καθώς αλλάζει η κοινωνία. Ο Ινδουισμός δέχεται ότι για να επιβιώσει κάθε κοινωνικός θεσμός, πρέπει είτε να προσαρμοστεί ή να δικαιολογεί την αφήφιση των στοιχείων αυτών (Srinivas, 1993).

#### **3.3.4.1. Ινδουισμός και οικογενειακός προγραμματισμός**

Ο Ινδουισμός έχει μια σειρά από θεϊκές μορφές ή θεότητες στις οποίες τα άτομα μπορούν να προσφέρουν λατρεία. Ωστόσο, δεν είναι καθοριστικός ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο μπορεί να προσφέρει λατρεία ή να συγκεντρώνει τις σκέψεις του για να αποκτήσει τη σωτηρία. Οι σεβαστοί ινδουιστές άγιοι είναι γνωστό ότι δηλώνουν ότι «όλες οι θεότητες δεν είναι παρά διαφορετικές μορφές του ενός Μπράχμαν», του αόρατου Υπέρτατου Όντος (Klostermaier, 2007). Τα ινδουιστικά θρησκευτικά κείμενα προωθούν επίσης μια έννοια της ιερής τριάδας, το Υπέρτατο Όν που εκπροσωπείται με τρεις μορφές: Μπράχμα (ο δημιουργός), Βισνού (ο προστάτης) και Σίβα (ο καταστροφέας). Έτσι, ο Ινδουισμός επιτρέπει την ατομική ελευθερία με τον τρόπο που κάποιος επιθυμεί να λατρεύει, αλλά επικεντρώνεται στην εκπλήρωση του καθήκοντός του απέναντι στον εαυτό, την οικογένεια και την κοινωνία (Sherma, 2005). Τα άτομα που αποκτούν την ικανότητα να συγκεντρώνουν το μυαλό τους χωρίς τη βοήθεια συγκεκριμένων ειδώλων ή θεοτήτων μπορούν να το κάνουν με άλλα μέσα. Υπάρχει ένας αριθμός διαφορετικών απόψεων για την αυτοπραγμάτωση και τη σωτηρία, που διαδίδονται από λόγιους Ινδουιστές μελετητές ή αγίους με τα χρόνια (Klostermaier, 2007). Ο Ινδουισμός αποδίδει σεβασμό και σημασία στις γυναίκες μέσω των θρησκευτικών του διδασκαλιών. Ορισμένες θεότητες που χρησιμοποιούνται στη λατρεία αντιπροσωπεύουν την έννοια της ισότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Υπάρχει ένας αριθμός αναφορών στις ινδουιστικές γραφές για την εξουσία, που αποδίδεται στο θηλυκό φύλο και θεωρείται ότι είναι η πρωταρχική δύναμη. Ωστόσο, ένα σημαντικό κείμενο, οι Νόμοι του Μανου, που ερμηνεύει συγκεκριμένες οικογενειακές παραδόσεις στην





ινδουιστική κοινωνία, τοποθετεί τη σύζυγο ως υποχείρια του συζύγου της. Τα ινδουιστικά κείμενα προωθούν την άποψη ότι το σεξ πρέπει να απολαμβάνουν και οι γυναίκες και οι άνδρες και ότι το σεξ είναι αποδεκτό τόσο για ευχαρίστηση όσο και για τεκνοποίηση (Sherma, 2005). Η ινδουιστική πίστη στη μετενσάρκωση απαιτεί από τα παιδιά να προσεύχονται για τις ψυχές των προγόνων τους. Έτσι, το ινδουιστικό ντάρμα απαιτεί από τα ζευγάρια να κάνουν παιδιά εντός γάμου (Sherma, 2005; Iyer, 2002). Αυτό δίνει έμφαση στη γονιμότητα και στη δημιουργία οικογένειας. Δίνεται έμφαση στην απόκτηση υιού, καθώς η θρησκεία θεωρεί καθήκον του γιου να κάνει τις τελευταίες θρησκευτικές τελετές για τους γονείς του. Κατά συνέπεια, πολλές ινδουίστριες μπορεί να μην επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν αντισυλληπτική μέθοδο έως ότου εδραιώσουν τη γονιμότητα και, ειδικότερα, αποκτήσουν έναν γιο. Αν και παραδοσιακά οι πολιτιστικές επιρροές ενθαρρύνουν τις μεγάλες οικογένειες, οι οικογένειες που περιγράφονται στα ιερά ινδουιστικά κείμενα προωθούν την έννοια της ιδανικής οικογένειας, μικρής και ενωμένης με μια βαθιά ριζωμένη αίσθηση τιμής, καθήκοντος και δικαιοσύνης (Srikanthan&Reid, 2008). Ο Ινδουισμός αναγνωρίζει ότι οι σεξουαλικές σχέσεις πρέπει να βιώνονται και να απολαμβάνονται αμοιβαία μέσα στο γάμο (Sherma, 2005). Ο γάμος θεωρείται από τις θρησκευτικές διδασκαλίες ως απαραίτητος για τη σταθερότητα της κοινωνικής τάξης. Το ινδουιστικό θρησκευτικό δόγμα δεν έχει άμεσες απαγορεύσεις ή περιορισμούς όσον αφορά την αντισύλληψη. Επομένως, όλες οι μέθοδοι είναι αποδεκτές, συμπεριλαμβανομένης της μόνιμης αντισύλληψης, και εναπόκειται στα άτομα να αποφασίσουν πότε επιθυμούν να ξεκινήσουν αντισύλληψη και ποια μέθοδο θα χρησιμοποιήσουν.

Οι παραθρησκευτικές ή πολιτισμικές επιρροές μπορεί, ωστόσο, να περιορίσουν τη χρήση ορισμένων μεθόδων αντισύλληψης. Η έμμηνος ρύση θεωρείται ότι είναι μια περίοδος κατά την οποία μια γυναίκα είναι «ακάθαρτη» (Kishen, 2013).

Η σύλληψη θεωρείται μια θεϊκή πράξη με την οποία η ζωή εισέρχεται σε ένα έμβρυο. Ως εκ τούτου, η άμβλωση καταδικάζεται στην ινδουιστική θρησκευτική διδασκαλία. Έτσι, σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γυναίκες μπορεί να αποφασίσουν ότι η άμβλωση είναι μια απαραίτητη και ηθική πορεία δράσης στις περιστάσεις τους. Στην Μπαγκαβάντ Γκίτα υπάρχει ηθικός λόγος για την έννοια του τι συνιστά τη μικρότερη βλάβη. Εάν αυτές οι αρχές χρησιμοποιούνται σε μια κατάσταση όπου μια γυναίκα αντιμετωπίζει αποφάσεις σχετικά με την άμβλωση, υπάρχει ηθική περίπτωση να καταφύγει στην άμβλωση σύμφωνα με το ινδουιστικό δόγμα, όταν η συνέχιση της εγκυμοσύνης θα είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη βλάβη στη μητέρα, την οικογένεια ή



την κοινωνία. Γενικά, υπάρχει μεγάλη ευελιξία στο ινδουιστικό δόγμα και οι περισσότερες αποφάσεις βασίζονται σε πρόθεση και κίνητρο. Εάν η πρόθεση της αντισύλληψης δεν είναι ηθικά εσφαλμένη, δεν προκύπτει ηθική ή πνευματική βλάβη. Ο Ινδουισμός θεωρεί την απόφαση να χρησιμοποιηθεί η αντισύλληψη ως προσωπική υπόθεση για τις γυναίκες που συνήθως δεν εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής της θρησκευτικής προσταγής. Η έννοια της ελευθερίας είναι κεντρική στον Ινδουισμό: η ελευθερία επιλογής του μονοπατιού πρέπει να υπάρχει, καθώς αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να συνδεθεί κανείς με την πνευματικότητά του. Η απόφαση για τη χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου είναι επομένως θέμα προσωπικής επιλογής (Jain, 2003).



## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

### 4. Υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού

Βασικό στοιχείο της προληπτικής ιατρικής αποτελεί ο οικογενειακός προγραμματισμός, ο οποίος στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Μέσω του οικογενειακού προγραμματισμού εκφράζεται η ισότητα των δυο φύλων και διευκολύνει τη λειτουργικότητα του γυναικείου φύλου στον κοινωνικό χώρο. Οι νέοι άνθρωποι και κυρίως τα νέα ζευγάρια είναι εκείνοι τους οποίους αφορά ο οικογενειακός προγραμματισμός αλλά και τον γενικότερο πληθυσμό. Η επίτευξη των στόχων του οικογενειακού προγραμματισμού επιτυγχάνεται μέσα από την παροχή υπηρεσιών.

#### 4.1. Εκπαίδευση

Ορισμένες μελέτες έχουν διεξαχθεί σχετικά με το ρόλο που παίζει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην πρόληψη ακούσιων κυήσεων και στην προώθηση της χρήσης αντισύλληψης. Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που δημοσιεύτηκε σχετικά με τη χρήση αντισύλληψης στην Ασία διαπίστωσε ότι η έλλειψη γνώσης σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης και τη σεξουαλική εκπαίδευση γενικά συμβάλλει σε υψηλά ποσοστά ακούσιας εγκυμοσύνης στην περιοχή (Najafi-Sharjabad et al., 2013). Μια μελέτη που διεξήχθη σε εφήβους στις Φιλιππίνες, την Ταϊλάνδη και το Βιετνάμ διαπίστωσε ότι οι έφηβοι στερούνται ειδικών γνώσεων σχετικά με τις σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης και τη διαθεσιμότητά τους, οδηγώντας στη χρήση παραδοσιακών μεθόδων ή σε καμία μέθοδο αντισύλληψης μεταξύ των σεξουαλικά ενεργών εφήβων (Pachauri & Santhya, 2002). Όσον αφορά τη γενική κατάσταση της σεξουαλικής αγωγής στη χώρα, οι ειδικοί σημειώνουν ότι οι έφηβοι δεν λαμβάνουν την εκπαίδευση που χρειάζονται, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για ολοκληρωμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση για αγόρια και κορίτσια από την 5η τάξη για την αύξηση της γνώσης και την πρόληψη αρνητικών αποτελεσμάτων αναπαραγωγικής υγείας (Galang Philippines, 2016). Έτσι, η βιβλιογραφία υποστηρίζει την ανάγκη για αυξημένη εκπαίδευση σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας μεταξύ των εφήβων.

Μελέτες έχουν διεξαχθεί σχετικά με την επίδραση της παροχής εκπαίδευσης στους εφήβους. Σε μελέτη που διεξήχθη στην Αγγλία διαπιστώθηκε ότι η παροχή ολοκληρωμένης σεξουαλικής εκπαίδευσης ήταν αποτελεσματική στη βελτίωση της σεξουαλικής υγείας μεταξύ των εφήβων (Pound, 2017). Επιπλέον, μια μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες διαπίστωσε ότι η σεξουαλική αυτοαντίληψη των εφήβων, όπως επηρεάζεται από την εκπαίδευση που λαμβάνουν, είναι ένας σημαντικός παράγοντας για



την κατανόηση της χρήσης αντισύλληψης και των ποσοστών εφηβικής εγκυμοσύνης. Αυτές οι μελέτες υποστηρίζουν τη θετική σχέση που υπάρχει μεταξύ της σεξουαλικής εκπαίδευσης και της αντισύλληψης. Μια εκτενής ανάλυση πραγματοποιήθηκε σχετικά με τον ρόλο της εκπαίδευσης και των πληροφοριών για τη σεξουαλική υγεία στην ενδυνάμωση των νεαρών γυναικών να χρησιμοποιούν αντισυλληπτικές μεθόδους. Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν επίσης το γεγονός ότι η εκπαίδευση από μόνη της δεν διασφαλίζει ότι οι νέοι ενήλικες θα έχουν πρόσβαση στην αντισύλληψη και σημειώνουν ότι πολλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν περιλάμβαναν μόνο δεδομένα που προέρχονται από ποσοτικές μεθόδους. Επομένως, μπορεί να είναι χρήσιμο να πραγματοποιηθούν ποιοτικές μελέτες που εστιάζουν στο ζήτημα της χρήσης αντισύλληψης. Κάτι τέτοιο θα επιτρέψει την απόκτηση περισσότερων πληροφοριών σχετικά με τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νεαροί ενήλικες όταν έχουν πρόσβαση στην αντισύλληψη (Pound, 2017).

#### 4.2. Συμβουλευτική

Η συμβουλευτική σε τοπικό και εθνικό επίπεδο είναι επίσης σημαντική συνιστώσα της αναπαραγωγικής υγείας και της προώθησης της χρήσης αντισύλληψης μεταξύ των ευάλωτων πληθυσμών. Μια μελέτη που διεξήχθη από τους Heuser et al., (2017) τόνισε τον ρόλο που πρέπει να διαδραματίσουν οι επαγγελματίες υγείας στην ενίσχυση της συμβουλευτικής (Heuser et al., 2017). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συνεισφέρουν στο δημόσιο διάλογο για να βοηθήσουν στη διαμόρφωση κοινών οδηγιών για τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και τον οικογενειακό προγραμματισμό, καθώς και να συμμετέχουν σε νομοθετικές συζητήσεις (Heuser et al., 2017). Οι Rice et al., (2019), επαναλαμβάνουν αυτό το εύρημα, δηλώνοντας ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να πλαισιώσουν τις προσπάθειες συμβουλευτικής μέσα από το πρίσμα της αντισύλληψης ως σωτήριο μέτρο (Rice et al., 2019). Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι τα επιχειρήματα που βασίζονται σε στοιχεία μπορούν να βοηθήσουν στην προώθηση της καθολικής πρόσβασης στην αντισύλληψη (Rice et al., 2019). Αν και αυτές οι πηγές βασίζονται σε δεδομένα, παρέχουν σημαντική εικόνα του ρόλου που μπορούν να διαδραματίσουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στην προώθηση παρά στην πρόληψη της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων. Η συμβουλευτική στην πολιτική και τη δημόσια πολιτική είναι επίσης απαραίτητη για την αλλαγή των κανόνων χρήσης των αντισυλληπτικών μεθόδων. Μια μελέτη στο Περού έδειξε ότι η συμβουλευτική μπορεί να διασφαλίσει ότι



όλες οι γυναίκες θα έχουν πρόσβαση στους πόρους που χρειάζονται, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση τους, το μορφωτικό επίπεδο ή την ηλικία (Puig Borràs & Álvarez, 2018). Όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς, η ισότητα στην αναπαραγωγική υγεία είναι μια σημαντική πτυχή της συμβουλευτικής για την αντισύλληψη, καθώς η διασφάλιση πρόσβασης σε όλες τις γυναίκες, ανεξαρτήτως ηλικίας ή μορφωτικού επιπέδου, είναι απαραίτητη προκειμένου να αυξηθούν τα ποσοστά χρήσης των αντισυλληπτικών μεθόδων (Puig Borràs & Álvarez, 2018).

Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έχουν αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια ως ένα ισχυρό εργαλείο συμβουλευτικής, ειδικά μεταξύ των εφήβων. Οι ιστότοποι κοινωνικών μέσων όπως το Facebook χρησιμοποιούνται ευρέως (Swearingen, 2018). Εξαιτίας αυτού, οι πληροφορίες διαδίδονται εύκολα και εκτενώς. Ο τοπικός οργανισμός αναπαραγωγικής υγείας, Roots of Health, χρησιμοποιεί το Facebook για να προσεγγίσει γυναίκες και κορίτσια που έχουν ανάγκη, μοιράζοντας πληροφορίες αναπαραγωγικής υγείας, όπως δεδομένα σχετικά με διαφορετικούς τύπους μεθόδων αντισύλληψης (Roots of Health, 2019). Ως εκ τούτου, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης υπάρχουν ως μια σημαντική μέθοδος για την υποστήριξη της πρόσβασης στην αντισύλληψη. Μια ανασκόπηση των πρωτογενών και δευτερογενών πηγών που δημοσιεύθηκαν σχετικά με τις συνέπειες της ανικανοποίητης ανάγκης για αντισύλληψη έδειξε ότι η έλλειψη πρόσβασης στις απαραίτητες υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή των γυναικών και των παιδιών τους. Περαιτέρω ανάλυση του πολιτικού και θρησκευτικού πλαισίου, παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την καλύτερη κατανόηση των χαμηλών ποσοστών χρήσης αντισύλληψης και των υψηλών ποσοστών ακούσιας εφηβικής εγκυμοσύνης (Swearingen, 2018).

#### **4.3.Βελτίωση της υγείας της μητέρας και του νεογνού**

Οι στατιστικές που βασίζονται στην παγκόσμια κατάσταση υποδηλώνουν ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός θα μπορούσε να διαδραματίσει κρίσιμο ρόλο στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Από 180 – 200 εκατομμύρια εγκυμοσύνες κάθε χρόνο, 75 εκατομμύρια ήταν ανεπιθύμητες. Πιο συγκεκριμένα, περισσότερες από τις μισές εγκυμοσύνες στον αναπτυσσόμενο κόσμο ήταν ακούσιες. Αυτό ήταν αποτέλεσμα της αποτυχίας της μεθόδου ή της έλλειψης χρήσης οποιουδήποτε αντισυλληπτικού. Από τα 50 εκατομμύρια εκτρώσεις που προκλήθηκαν στον κόσμο, τα 20 εκατομμύρια αμβλώσεις ήταν ανασφαλείς. Οι συνέπειες από τις μη ασφαλείς αμβλώσεις περιλάμβαναν ανεπιθύμητη γονιμότητα, νοσηρότητα και



θνησιμότητα. Επιπλέον, 20 εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο υπέφεραν από μητρική νοσηρότητα και 600.000 πέθαιναν ετησίως από επιπλοκές εγκυμοσύνης και τοκετού. Με άλλα λόγια, η απουσία οικογενειακού προγραμματισμού έθεσε τη ζωή των γυναικών σε κίνδυνο (WHO, 2012).

Εμπόδια στον οικογενειακό προγραμματισμό υπάρχουν σε εθνικό, σε περιφερειακό, στον πάροχο υπηρεσιών, στην κοινότητα, στην οικογένεια και σε ατομικό επίπεδο. Αυτά περιλαμβάνουν την απαγόρευση της χρήσης ορισμένων μεθόδων σε μια χώρα, την προκατάληψη του παρόχου με τη μορφή της άρνησης ορισμένων ή όλων των μεθόδων σε ορισμένες ομάδες, όπως οι έφηβοι ή οι άτοκες γυναίκες, και η διακοπή μιας μεθόδου από τον πελάτη λόγω αποδοκιμασίας του συντρόφου. Εκεί όπου οι ανάγκες οικογενειακού προγραμματισμού είχαν ικανοποιηθεί και η αύξηση του πληθυσμού είχε μειωθεί, ο οικογενειακός προγραμματισμός είχε την ενεργή υποστήριξη των πολιτικών, των εργαζομένων στην ανάπτυξη, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των κοινοτήτων (Fabicetal., 2014).

Η ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό αναφέρεται σε σεξουαλικά ενεργές γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας που δεν χρησιμοποιούσαν αντισύλληψη, αλλά ήθελαν να περιορίσουν ή να μειώσουν τις γεννήσεις τους, και σε έγκυες των οποίων οι εγκυμοσύνες ήταν ανεπιθύμητες ή καθυστερημένες. Μεταξύ των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, η ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό ήταν 15% στο Μπαγκλαντές και την Ινδία και σχεδόν 30% στο Νεπάλ. Είναι ενδιαφέρον ότι, ενώ το ποσοστό επικράτησης αντισυλληπτικών μεθόδων αυξανόταν, ο δείκτης ολικής γονιμότητας δεν μειώθηκε αναλογικά. Αυτό οφείλεται εν μέρει σε εσφαλμένη χρήση ή διακοπή των μεθόδων (Chopraetal., 2009).

Το πρόβλημα της πρόωμης εγκυμοσύνης θα μπορούσε να οδηγήσει σε περισσότερες γεννήσεις κατά τη διάρκεια της ζωής και σε κακή υγεία της μητέρας και του βρέφους. Ενώ υπήρχαν νόμοι σε ορισμένες χώρες της Περιφέρειας που απαγόρευαν το γάμο γυναικών πριν από την ηλικία των 18 ετών, συχνά δεν επιβάλλονταν. Επίσης, υπήρχε ισχυρή κοινωνική και οικονομική πίεση για τις γυναίκες να παντρευτούν όταν ήταν νεαρές, και συχνά ήταν αναμενόμενο οι νεαρές νέφες να αποδείξουν τη γονιμότητά τους αμέσως ή αμέσως μετά το γάμο. Οι περισσότεροι, νεαρές γυναίκες και άνδρες, δεν είχαν πρόσβαση σε επαρκείς πληροφορίες και μεθόδους αντισύλληψης, ενώ το προγαμιαίο σεξ και οι συνέπειές του εξακολουθούσαν να αντιμετωπίζονται ανεπαρκώς μεταξύ των νέων. Μέχρι την ηλικία των 19 ετών, σχεδόν το 60% των γυναικών από το



Μπαγκλαντές, περίπου το 40% των Ινδών γυναικών και των γυναικών του Νεπάλ και το 30% των Ινδονήσιων γυναικών ήταν ήδη μητέρες ή έγκυες (Chopraetal., 2009).

Η μεροληψία μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα σχετικά με τις μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού συνεχίζει να αποτελεί πρόβλημα. Ορισμένες μέθοδοι χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να εξηγηθούν, να ακολουθηθούν ή να απαιτούν συζητήσεις με τους πελάτες, κάτι που μπορεί να κάνει τους παρόχους να νιώθουν άβολα. Σε άλλες περιπτώσεις, οι μέθοδοι που εισήχθησαν πρόσφατα ενδέχεται να μην είναι πλήρως κατανοητές ή να μην τις εμπιστεύονται ορισμένοι πάροχοι και, ως εκ τούτου, να μην προσφέρονται στις γυναίκες ως επιλογή. Αυτό σημαίνει ότι οι επιλογές αντισύλληψης των γυναικών ήταν περιορισμένες με βάση την προκατάληψη του παρόχου. Η δυσαρέσκεια της πελάτισσας με μια μέθοδο αντισύλληψης θα μπορούσε να οδηγήσει στη διακοπή της και εάν οι επιλογές της ήταν περιορισμένες, αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε εγκυμοσύνη, νοσηρότητα ή θνησιμότητα (WHO, 2003).

Ο καθορισμός του μεσοδιαστήματος μεταξύ των κυήσεων μέσω του οικογενειακού προγραμματισμού θα μπορούσε να βοηθήσει στη μείωση της μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας, αλλά δεν έχει προαχθεί τόσο έντονα όσο θα μπορούσε. Τα στοιχεία έδειξαν ότι όταν το διάστημα της κύησης ήταν μικρότερο από δύο χρόνια, υπήρχε αυξημένος κίνδυνος βρεφικής θνησιμότητας. Πρόσφατα στοιχεία έδειξαν ότι ένα διάστημα κύησης μετά τα τρία έτη είναι ακόμη πιο ωφέλιμο. Επιπλέον, η φροντίδα για τη ζωή της μητέρας μείωσε τους θανάτους κάτω των πέντε ετών, ειδικά μεταξύ των κοριτσιών (WHO, 2003).

Ο οικογενειακός προγραμματισμός σώζει τις ζωές γυναικών και παιδιών βοηθώντας στην αποφυγή μη ασφαλών αμβλώσεων, περιορίζοντας τον κίνδυνο εγκυμοσύνης και τοκετού, μειώνοντας τον αριθμό των γεννήσεων και περιορίζοντας την εγκυμοσύνη στις πιο υγιείς ηλικίες. Προσφέρει περισσότερες επιλογές στις γυναίκες, μπορεί να αντιμετωπίσει τις ανισότητες με βάση το φύλο και να ενθαρρύνει την υιοθέτηση ασφαλέστερης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Η βραδύτερη αύξηση του πληθυσμού συμβάλλει στην προστασία του περιβάλλοντος και στην καλύτερη κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη όχι μόνο για τα άτομα, αλλά και για την κοινωνία. Η αύξηση του πληθυσμού συνδέεται άμεσα με την εκπαίδευση, την οικονομική ανάπτυξη, τα δικαιώματα των γυναικών, τη βελτίωση της ποιότητας και την πρόσβαση σε υπηρεσίες (WHO, 2003).



#### 4.4.Αποφυγή ακούσιας εγκυμοσύνης

Η ικανότητα προγραμματισμού και του καθορισμού του μεσοδιαστήματος των κυήσεων, μειώνει τη μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα αποτρέποντας ακούσιες και υψηλού κινδύνου εγκυμοσύνες (Cleland et al., 2006). Η ακούσια εγκυμοσύνη σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας για τη μητέρα και με συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως η καθυστερημένη προγεννητική φροντίδα, η χρήση καπνού και η κατανάλωση αλκοόλ, που συνδέονται με δυσμενείς επιπτώσεις για το παιδί (Cleland et al., 2006).

Ειδικά το παιδί μιας ανεπιθύμητης σύλληψης (διαφορετικά από μια εσφαλμένη) διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να γεννηθεί με χαμηλό βάρος γέννησης, να πεθάνει τον πρώτο χρόνο της ζωής του, να κακοποιηθεί και να μην λάβει επαρκείς πόρους για υγιή ανάπτυξη. Η μητέρα μπορεί να διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης, σωματικής κακοποίησης και η σχέση με τον σύντροφό της μεγαλύτερο κίνδυνο διάλυσης. Τόσο η μητέρα όσο και ο πατέρας μπορεί να υποφέρουν από οικονομικές δυσκολίες και να αποτύχουν στους εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς στόχους τους. Τέτοιες συνέπειες αναμφίβολα εμποδίζουν τη δημιουργία και τη διατήρηση ισχυρών οικογενειών (IOM, 1995).

Το 2000, περίπου οι μισές ακούσιες εγκυμοσύνες οδήγησαν σε έκτρωση (Finer & Henshaw, 2006). Συνεπώς, η διαθεσιμότητα και η κατάλληλη χρήση αντισύλληψης μπορεί επίσης να μειώσει τα ποσοστά αμβλώσεων. Εκτός από την πρόληψη ακούσιων κυήσεων, η αποτελεσματική χρήση αντισυλληπτικών μπορεί να μειώσει τη μετάδοση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (AGI, 2003).

Όταν η κύηση έχουν επαρκή απόσταση, με τη σύλληψη να πραγματοποιείται όχι νωρίτερα από 18 μήνες μετά τη γέννηση ή περίπου 2,5 χρόνια μεταξύ των γεννήσεων, είναι λιγότερο πιθανό να εμφανιστούν επιπλοκές. Τέτοιες επιπλοκές περιλαμβάνουν το χαμηλό βάρος γέννησης, το οποίο συνδέεται με μια σειρά από προβλήματα υγείας και ανάπτυξης. Το χαμηλό βάρος γέννησης και ο πρόωρος τοκετός είναι πιθανότερο να εμφανιστούν σε γυναίκες κάτω των 18 ετών και άνω των 35 ετών καθώς και σε εκείνες που έχουν ήδη γεννήσει τέσσερις ή περισσότερες φορές (Conde-Agudelo et al., 2006).

Εκτός από τα οφέλη για την υγεία της μητέρας και του βρέφους, ο οικογενειακός προγραμματισμός μπορεί να αυξήσει τη συμμετοχή των συντρόφων στις αποφάσεις σχετικά με το εάν και πότε θα τεκνοποιήσουν. Μια από τις πιο σημαντικές πτυχές παροχής βοήθειας στους ανθρώπους για να προγραμματίσουν την εγκυμοσύνη είναι να αποφύγουν την ακούσια εγκυμοσύνη. Τα ζευγάρια που είναι σε θέση να





προγραμματίσουν τις οικογένειές τους αντιμετωπίζουν λιγότερη σωματική, συναισθηματική και οικονομική πίεση, έχουν περισσότερο χρόνο και ενέργεια για προσωπική και οικογενειακή ανάπτυξη και έχουν περισσότερες οικονομικές ευκαιρίες. Με τη σειρά του, ο αποτελεσματικός οικογενειακός προγραμματισμός έχει ως αποτέλεσμα λιγότερες καταπονήσεις στους πόρους της κοινότητας, όπως οι κοινωνικές υπηρεσίες και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Cleland et al., 2006).

Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην ακούσια εγκυμοσύνη, όπως η έλλειψη πρόσβασης στην αντισύλληψη, η αποτυχία επιλεγμένων αντισυλληπτικών μεθόδων, τα λιγότερο από τα βέλτιστα πρότυπα χρήσης αντισυλληπτικών ή η έλλειψη χρήσης και η έλλειψη επαρκούς κινήτρου για αποφυγή εγκυμοσύνης (Frost et al., 2008).

Η ακούσια εγκυμοσύνη είναι πιθανότατα μεταξύ γυναικών που είναι νεαρές, ανύπαντρες, χαμηλού εισοδήματος ή/και μέλη φυλετικών ή εθνοτικών μειονοτήτων. Οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες ηλικίας 18-24 ετών έχουν τα υψηλότερα ποσοστά ακούσιας εγκυμοσύνης - περισσότερες από μία ακούσιες εγκυμοσύνες συνέβησαν για κάθε 10 γυναίκες σε αυτό το ηλικιακό εύρος, το οποίο είναι διπλάσιο από το ποσοστό για τις γυναίκες συνολικά (Finer & Henshaw, 2006). Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι ακούσιες εγκυμοσύνες αντιπροσωπεύουν το υψηλότερο ποσοστό όλων των κήσεων μεταξύ των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων, που κυμαίνονται από 100% για τις ηλικίες κάτω των 15 ετών, έως 82% μεταξύ εκείνων ηλικίας 15-19, έως 60% μεταξύ των ατόμων ηλικίας 20-24 ετών (Finer & Henshaw, 2006). Ωστόσο, τα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης μειώθηκαν κατά 38% μεταξύ 1990 και 2004 μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15-19 ετών (NCHS, 2008). Το ποσοστό εγκυμοσύνης παρουσίασε απότομη μείωση μεταξύ των εφήβων ηλικίας 15-17 ετών από ό,τι μεταξύ των εφήβων ηλικίας 18-19 ετών. Το ποσοστό γεννήσεων των εφήβων μειώθηκε επίσης τις τελευταίες δύο δεκαετίες, από το ανώτατο όριο των 61,8 ανά 1.000 το 1991 σε 40,5 ανά 1.000 το 2005, μια μείωση της τάξεως του 35%. Το ποσοστό γεννήσεων μεταξύ των εφήβων ηλικίας 15-19 ετών αυξήθηκε κατά 3% μεταξύ 2005 και 2006 (NCHS, 2008).

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το ποσοστό ακούσιας εγκυμοσύνης είναι σημαντικά υψηλότερο μεταξύ των ανύπαντρων γυναικών (67 ανά 1.000) από ότι στις παντρεμένες γυναίκες (32 ανά 1.000) (Finer & Henshaw, 2006). Το 74% των κήσεων μεταξύ των ανύπαντρων γυναικών ήταν ακούσιες το 2001, σε σύγκριση με το 27% μεταξύ των παντρεμένων γυναικών (Finer & Henshaw, 2006). Το ποσοστό ακούσιας εγκυμοσύνης είναι επίσης σημαντικά υψηλότερο μεταξύ των φτωχών γυναικών (Finer & Henshaw, 2006). Το ποσοστό των ακούσιων κήσεων σχετίζεται αντιστρόφως με το



εισόδημα: μεταξύ των εγκύων γυναικών που ζούσαν στο όριο της φτώχειας ή κάτω από το όριο της φτώχειας το 2001, το 62% των εγκυμοσύνων ήταν ακούσιες (Finer & Henshaw, 2006). Ωστόσο, επειδή οι γυναίκες με υψηλότερα εισοδήματα είναι πιο πιθανό να κάνουν άμβλωση όταν βιώνουν μια ακούσια εγκυμοσύνη, το ποσοστό ακούσιων γεννήσεων μεταξύ των φτωχών γυναικών (58 ανά 1.000) είναι πέντε φορές μεγαλύτερο από αυτό μεταξύ των γυναικών που ανήκουν στην κατηγορία υψηλότερου εισοδήματος (Finer & Henshaw, 2006). Τα ποσοστά ακούσιας εγκυμοσύνης είναι επίσης υψηλότερα μεταξύ των γυναικών με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και των γυναικών των μειονοτήτων (Finer & Henshaw, 2006).

#### 4.5. Πρόληψη Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και μείωση της υπογονιμότητας

Εκτός από την πρόληψη των ακούσιων κυήσεων, ο οικογενειακός προγραμματισμός δίνει έμφαση στις υπηρεσίες για εφήβους και στις υπηρεσίες υπογονιμότητας. Οι προτεραιότητες του προγράμματος του οικογενειακού προγραμματισμού προέβλεπαν την επέκταση των υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας ώστε να συμπεριλάβουν τον προσυμπτωματικό έλεγχο και την πρόληψη των ΣΜΝ, συμπεριλαμβανομένου του HIV/AIDS. Η διάγνωση και η θεραπεία των ΣΜΝ είναι βασικό συστατικό της ολοκληρωμένης φροντίδας αναπαραγωγικής υγείας και συμβάλλει επίσης στη μείωση των ποσοστών υπογονιμότητας. Σημαντικές αλλαγές έχουν σημειωθεί στον επιπολασμό των ΣΜΝ. Το 1970, η γονόρροια ήταν το πιο διαδεδομένο ΣΜΝ. Τα ποσοστά γονόρροιας κορυφώθηκαν το 1975 σε 464 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους και μειώθηκαν δραματικά κατά τη δεκαετία του 1980 και τις αρχές της δεκαετίας του 1990 μετά την εφαρμογή του εθνικού προγράμματος ελέγχου της γονόρροιας στα μέσα της δεκαετίας του 1970 (CDC, 2007). Οι αλλαγές στις πρακτικές προσυμπτωματικού ελέγχου και αναφοράς, καθώς και η χρήση διαφορετικών διαγνωστικών τεστ, μπορεί να κρύψουν πραγματικές αυξήσεις ή μειώσεις της νόσου (CDC, 2007).

Τα ποσοστά των χλαμυδίων, αυξάνονται σταθερά με την πάροδο του χρόνου, αν και η αύξηση των αναφερόμενων λοιμώξεων αντανάκλα αυξημένες δραστηριότητες προσυμπτωματικού ελέγχου και βελτιώσεις στους διαγνωστικούς ελέγχους (CDC, 2007). Υπάρχουν στοιχεία ότι τα χλαμύδια συνδέονται με επακόλουθη στειρότητα (Land & Evers, 2002). Ωστόσο, ο προσυμπτωματικός έλεγχος αποτελεί σύσταση του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμώξεων (CDC). Το 2006, αναφέρθηκαν 347 περιπτώσεις



χλαμυδίων ανά 100.000 άτομα στο γενικό πληθυσμό. Σε σύγκριση με τη γονόρροια και τα χλαμύδια, τα ποσοστά σύφιλης έχουν παραμείνει σχετικά χαμηλά. Το 2006, υπήρχαν 12,5 περιπτώσεις σύφιλης σε όλα τα στάδια ανά 100.000 κατοίκους στις Ηνωμένες Πολιτείες (CDC, 2007).

Το 2006, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμώξεων (CDC) υπολόγισε ότι περίπου 1,1 εκατομμύρια άνθρωποι ζούσαν με μόλυνση από τον ιό HIV, τα τρία τέταρτα των οποίων ήταν άνδρες και το ένα τέταρτο των οποίων ήταν γυναίκες. Το 2006, σχεδόν το ήμισυ όλων των ανθρώπων που ζουν με HIV ήταν ομοφυλόφιλοι (CDC, 2008). Τα άτομα που εκτέθηκαν μέσω ετεροφυλοφιλικής επαφής, αντιπροσώπευαν ένα επιπλέον 28% όλων των ανθρώπων που ζούσαν με HIV το 2006 (CDC, 2008).

Οι μειονότητες, ιδιαίτερα οι Αφροαμερικανοί και οι Ισπανόφωνοι, επηρεάζονται δυσανάλογα από τον ιό HIV. Το ποσοστό επικράτησης του HIV για τους Αφροαμερικανούς, ήταν σχεδόν οκτώ φορές υψηλότερο από εκείνο των λευκών το 2006. Οι Ισπανόφωνοι, αντιπροσώπευαν το 18% των ανθρώπων που ζούσαν με HIV το 2006. Το ποσοστό επικράτησης για τους Ισπανόφωνους, ήταν σχεδόν τριπλάσιο από αυτό για τους λευκούς (CDC, 2008). Το ποσοστό επικράτησης του HIV είναι πολύ υψηλότερο μεταξύ των ανδρών από ό,τι στις γυναίκες ανεξαρτήτως φυλής ή εθνικότητας. Ωστόσο, οι γυναίκες επηρεάζονται σοβαρά, ιδιαίτερα οι Αφροαμερικανές και οι Ισπανόφωνες γυναίκες, οι οποίες εμφανίζουν ποσοστά επικράτησης του HIV 18 και 4 φορές υψηλότερα από το ποσοστό για τις λευκές γυναίκες, αντίστοιχα (CDC, 2008).

#### 4.6. Μείωση της φτώχειας

Ο ρόλος του οικογενειακού προγραμματισμού στη μείωση της φτώχειας δεν πρέπει να υπερεκτιμηθεί. Οι δημογράφοι εκτιμούν ότι ο παγκόσμιος πληθυσμός θα αυξηθεί κατά 40% τα επόμενα 45 χρόνια, από 6,5 δισεκατομμύρια σε 9,1 δισεκατομμύρια. Αυτή η αύξηση θα επηρεάσει διαφορετικά την Αφρική και την Ασία, και περισσότερο από το 90% της αύξησης του πληθυσμού θα πραγματοποιηθεί στις φτωχότερες χώρες. Εκτός από έναν μικρό αριθμό πλούσιων σε πετρέλαιο χωρών, καμία κυβέρνηση δεν έχει εξαλείψει τη φτώχεια, ενώ εξακολουθεί να διατηρεί υψηλά ποσοστά γονιμότητας (Cleland et al., 2006).

Δεδομένης μιας σταθερής οικονομίας, τα χαμηλότερα ποσοστά γονιμότητας συμβάλλουν στη μείωση των επιπέδων φτώχειας μειώνοντας την αύξηση του πληθυσμού. Το 2000, η διεθνής κοινότητα ξεκίνησε μια νέα προσπάθεια για την καταπολέμηση της



ακραίας φτώχειας σε όλο τον κόσμο και ανέπτυξε μια σειρά στόχων. Με προθεσμία το 2015, οι Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας συντάχθηκαν από τα Ηνωμένα Έθνη για να εστιάσουν τις προσπάθειες της παγκόσμιας κοινότητας στην επίτευξη ουσιαστικών βελτιώσεων στη ζωή των ανθρώπων. Αν και πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την οικονομική κατάσταση μιας αναπτυσσόμενης χώρας, τα ποσοστά γονιμότητας και αύξησης του πληθυσμού παίζουν σημαντικό ρόλο. Ο πρώτος αναπτυξιακός στόχος της χιλιετίας επιδιώκει να εξαλειφθεί η ακραία φτώχεια και πείνα (UNMillenniumProject, 2005). Τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού μπορούν να τονώσουν την οικονομική ανάπτυξη με πολλούς τρόπους. Η εθελοντική μείωση της γονιμότητας ανοίγει ένα «δημογραφικό παράθυρο» όπου μια μεγάλη ομάδα ενηλίκων σε ηλικία εργασίας εισέρχεται στον πληθυσμό, ξεπερνώντας σε αριθμό τα παιδιά και τους ηλικιωμένους. Αυτή η μειωμένη αναλογία εξάρτησης τείνει να τονώσει τις αποταμιεύσεις και τις επενδύσεις (UnitedNationsPopulationFund, 2005). Οι οικονομολόγοι εκτιμούν ότι το ένα τρίτο της οικονομικής ανάπτυξης της Ανατολικής Ασίας τις δεκαετίες του 1980 και του 1990 οφειλόταν σε αυτή τη δημογραφική μετάβαση (Cleland et al., 2006).

Η πτώση των ποσοστών γεννήσεων δημιουργεί επίσης οικονομική ανάπτυξη ενισχύοντας το επίπεδο υγείας, παραγωγικότητας, εκπαίδευσης και δεξιοτήτων του πληθυσμού, αφού οι πόροι μπορούν να διανεμηθούν σε λιγότερα άτομα, βελτιώνοντας έτσι το ανθρώπινο κεφάλαιο. Τέλος, τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού συμβάλλουν στην οικονομία με άμεση εξοικονόμηση πόρων (Cleland et al., 2006).

Οι παρεμβάσεις οικογενειακού προγραμματισμού είναι απαραίτητες στις χώρες με χαμηλό εισόδημα. Οι φτωχότερες γυναίκες, κατά μέσο όρο, έχουν περισσότερες ακούσιες εγκυμοσύνες και λιγότερη πρόσβαση στην αντισύλληψη από τις πιο εύπορες γυναίκες (UnitedNationsPopulationFund, 2005). Σε ορισμένες χώρες, όπως η Αιθιοπία, το Μπαγκλαντές, η Κένυα, η Ρουάντα, η Αϊτή και η Νικαράγουα, οι γυναίκες έχουν ένα έως δύο παραπάνω παιδιά από όσα θέλουν. Υπολογίζεται ότι 125 έως 200 εκατομμύρια άνθρωποι στον αναπτυσσόμενο κόσμο θα ήθελαν να ελέγξουν τη γονιμότητά τους αλλά δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη (APPG, 2007). Έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισύλληψη συμμετέχουν πιο ενεργά στη λήψη αποφάσεων στην οικογένεια και έχουν μεγαλύτερη οικονομική ασφάλεια. Χωρίς να μπορούν να ελέγξουν την αναπαραγωγή τους, οι γυναίκες και τα κορίτσια θα συνεχίσουν να έχουν χαμηλή θέση και δύναμη στην κοινωνία (Singhetal., 2003).

Η αναπαραγωγική επιλογή είναι απαραίτητη για την εκπλήρωση του αναπτυξιακού στόχου της τρίτης χιλιετίας για την προώθηση της ισότητας των φύλων και



την ενδυνάμωση των γυναικών. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, υπάρχει μεγάλο χάσμα στη χρήση της σύγχρονης αντισύλληψης μεταξύ των απόλυτων φτωχών και του υπόλοιπου πληθυσμού. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι η Λατινική Αμερική είχε τη μεγαλύτερη διαφορά στη χρήση σύγχρονης αντισύλληψης μεταξύ του εθνικού μέσου όρου και του φτωχότερου πεμπτημορίου του πληθυσμού, ακολουθούμενη από την υποσαχάρια Αφρική και τη Νότια και Νοτιοανατολική Ασία. Χωρίς αυξημένη πρόσβαση στη σύγχρονη αντισύλληψη μεταξύ των φτωχών, οι κύκλοι μεταξύ των γενεών της φτώχειας θα συνεχιστούν (Gakidou&Vayena, 2007).

#### 4.7.Αναπαραγωγική υγεία

Οι υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού θεωρούνται όλο και περισσότερο ως ένας κατάλληλος μηχανισμός για τη βελτίωση της αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών. Μερικοί βασικοί λόγοι για την παροχή ενός ευρύτερου φάσματος υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας, είναι ότι η ιατρική έρευνα έχει αποδείξει ότι οι πολύ πρώιμες, πολύ αργές και πολύ συχνές εγκυμοσύνες επηρεάζουν αρνητικά την υγεία των γυναικών, καθώς και την υγεία ενός παιδιού. Επίσης πολλές από τις ασφαλείς σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης μπορούν επίσης να αποτρέψουν την αναιμία, τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις (ΣΜΝ) και ορισμένες μορφές καλοήθων και κακοήθων νεοπλασμάτων. Άλλος λόγος είναι ότι οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες αποτελούν σοβαρή απειλή για την υγεία των γυναικών, και ακόμη και όταν η άμβλωση είναι νόμιμη, οι πιθανές παρενέργειές της ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας. Επιπρόσθετα, η συχνότητα των προκλητών αμβλώσεων συνδέεται αντιστρόφως με την πρόσβαση και τη διαθεσιμότητα ασφαλούς και αποτελεσματικής αντισύλληψης (WHO, 2003).

Τα ποσοστά επικράτησης των αντισυλληπτικών μεθόδων κυμαίνονται περίπου από 60% έως 70% σε ορισμένες χώρες της δυτικής Ευρώπης, ενώ σε ορισμένες χώρες της ανατολικής Ευρώπης σε λιγότερο από 10% . Σε πολλές χώρες λείπουν οι οικονομικοί πόροι ή η πολιτική βούληση για να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές. Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις που ασχολούνται με την αναπαραγωγική υγεία των γυναικών δραστηριοποιούνται ολοένα και περισσότερο στις χώρες τους προκειμένου να επιφέρουν αλλαγές και ο αυξανόμενος κοινωνικός σεβασμός για αυτές τις οργανώσεις αντικατοπτρίστηκε στο γεγονός ότι πολλές γυναίκες που ανήκαν στον οικογενειακό προγραμματισμό ή σε άλλες οργανώσεις υγείας των γυναικών ήταν μέλη των εθνικών



αντιπροσωπειών που παρευρέθηκαν στη Διεθνή Διάσκεψη για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη (ICPD) στο Κάιρο τον Σεπτέμβριο του 1994 και ως εκ τούτου το γεγονός αυτό επηρεάζει άμεσα τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τα παγκόσμια ζητήματα υγείας των γυναικών. Αν και οι περισσότερες χώρες αναφέρουν αυξανόμενο ενδιαφέρον για τα αντισυλληπτικές μεθόδους, η περιορισμένη διαθεσιμότητα και το κόστος τις αφαιρούν ως βιώσιμες επιλογές για πολλούς ανθρώπους. Σε ορισμένες χώρες, η έλλειψη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης με την παρουσία μεταβαλλόμενων κοινωνικών και ηθικών αξιών έχει οδηγήσει σε αύξηση των εφηβικών εγκυμοσύνων, οι οποίες ποικίλλουν ευρέως μεταξύ των χωρών, με το Ηνωμένο Βασίλειο να αναφέρει ένα από τα υψηλότερα και την Ολλανδία τα χαμηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη. Πολλές χώρες της κεντρικής Ευρώπης αναφέρουν αύξηση των αμβλώσεων στους εφήβους (WHO, 2003).

#### 4.8. Αντισυλληπτικές μέθοδοι

Το Πρόγραμμα Δράσης της Διεθνούς Διάσκεψης για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη (ICPD) περιλαμβάνει μια σαφή δέσμευση να διασφαλίσει ότι οι γυναίκες και οι άνδρες έχουν πρόσβαση στο ευρύτερο δυνατό φάσμα ασφαλών και αποτελεσματικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού, προκειμένου να μπορούν να ασκούν ελεύθερη και ενημερωμένη επιλογή, αναγνωρίζοντας παράλληλα ότι οι κατάλληλες μέθοδοι για ζευγάρια και άτομα ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία, την ισότητα, την προτίμηση σε μέγεθος οικογένειας και άλλους παράγοντες. Στους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης (ΣΒΑ), ο στόχος 3.7 καλεί τις χώρες «μέχρι το 2030, να εξασφαλίσουν καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού, της πληροφόρησης και της εκπαίδευσης και της ενσωμάτωσης της αναπαραγωγικής υγείας στις εθνικές στρατηγικές και προγράμματα». Η αξιολόγηση της προόδου προς αυτόν τον στόχο απαιτεί παρακολούθηση βασικών δεικτών οικογενειακού προγραμματισμού, συμπεριλαμβανομένου του φάσματος και των τύπων των μεθόδων αντισύλληψης που χρησιμοποιούνται (Wheldonetal., 2018; UN, 2019).

Ορισμένες μέθοδοι αντισύλληψης, όπως το ανδρικό προφυλακτικό, οι μέθοδοι απόσυρσης και οι μέθοδοι ρυθμού έχουν χρησιμοποιηθεί εδώ και χιλιετίες, ενώ μέθοδοι όπως το χάπι και το ενδομήτριο σπείραμα (IUD) άρχισαν να χρησιμοποιούνται τη δεκαετία του 1960. Μερικές δεκαετίες αργότερα, ο κολπικός δακτύλιος, η επείγουσα αντισύλληψη, οι υποδόριες ενέσεις ή τα εμφυτεύματα έγιναν διαθέσιμα. Οι διαφορετικές



ανάγκες πρόληψης της εγκυμοσύνης, είτε για την πλήρη διακοπή της τεκνοποίησης είτε για την καθυστέρηση της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να καλύπτονται με κατάλληλες και αποτελεσματικές μεθόδους. Οι ανάγκες οικογενειακού προγραμματισμού εξελίσσονται επίσης κατά τη διάρκεια της ζωής, ανάλογα με τις προσωπικές συνθήκες και τις μεταβαλλόμενες προτιμήσεις τεκνοποίησης. Σε επίπεδο πληθυσμού, ο επιπολασμός της αντισύλληψης και ο συνδυασμός μεθόδων θα αλλάξουν με τις αλλαγές στις επιθυμίες για τεκνοποίηση, τις τάσεις γονιμότητας, τα πρότυπα γάμου και την ηλικιακή δομή των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Όλες οι διαθέσιμες μέθοδοι αντισύλληψης έχουν πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα. Η εμπειρία ή η επίγνωση των παρενεργειών και των ταλαιπωριών από τη χρήση συγκεκριμένων μεθόδων αντισύλληψης καθώς και η αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη της εγκυμοσύνης παίζουν ρόλο στην επιλογή της χρησιμοποιούμενης μεθόδου. Ωστόσο, το εύρος των επιλογών που διατίθενται για τις γυναίκες και τους συντρόφους τους εξαρτάται από την τοπική διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα των διαφόρων μεθόδων (Wheldonetal., 2018; UN, 2019).

Ο επιπολασμός συγκεκριμένων μεθόδων αντισύλληψης ποικίλλει ευρέως ανά τον κόσμο. Ο συνδυασμός μεθόδων έχει αλλάξει με την πάροδο του χρόνου λόγω αλλαγών στις σχετικές πολιτικές, αλλαγών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ανάπτυξης νέων τεχνολογιών και αλλαγών στην πρόσβαση στις διάφορες μεθόδους. Οι κυβερνήσεις σε όλα τα επίπεδα έχουν διαδραματίσει ισχυρό και ορατό ρόλο στην προώθηση και τη νομιμοποίηση της παροχής και της χρήσης των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού και της αναπαραγωγικής υγειονομικής περίθαλψης και της χρήσης συγκεκριμένων μεθόδων (Wheldonetal., 2018; UN, 2019).

Μεταξύ των 1,9 δισεκατομμυρίων γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας (15-49 ετών) που ζουν στον κόσμο το 2019, 1,1 δισεκατομμύρια έχουν ανάγκη οικογενειακού προγραμματισμού, 842 εκατομμύρια χρησιμοποιούν σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης και 80εκατομμύρια χρησιμοποιούν παραδοσιακές μεθόδους ή έχουν ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό. 190 εκατομμύρια γυναίκες θέλουν να αποφύγουν την εγκυμοσύνη και δεν χρησιμοποιούν καμία μέθοδο αντισύλληψης. Το ποσοστό των γυναικών που έχουν ικανοποιημένη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό με σύγχρονες μεθόδους ανέρχεται στο 76% το 2019 (Wheldonetal., 2018; UN, 2019).

Η γυναικεία στείρωση είναι η πιο κοινή μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείται παγκοσμίως, με στοιχεία του 2019, την είχαν χρησιμοποιήσει το 23,7% των γυναικών. Τρεις άλλες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από περισσότερους από 100



εκατομμύρια χρήστες παγκοσμίως, είναι το ανδρικό προφυλακτικό, το ενδομήτριο σπείραμα και το χάπι. Συνολικά, το 45,2% των χρηστών αντισύλληψης βασίζονται σε μόνιμες ή μακράς δράσης μεθόδους όπως η στείρωση γυναικών και ανδρών, το σπινάλι, το εμφύτευμα, το 46,1% σε μέθοδο βραχείας δράσης, όπως ανδρικό προφυλακτικό, το χάπι, οι ενέσεις και άλλες σύγχρονες μέθοδοι και το 8,7% σε παραδοσιακές μεθόδους όπως η απόσυρση, οι μέθοδοι ρυθμού και άλλες παραδοσιακές μέθοδοι (Wheldonetal., 2018; UN, 2019).

#### 4.9.Εμπόδια στη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων

Ο Glasgow (2008), όρισε τα αντιληπτά εμπόδια ως «την εκτίμηση ενός ατόμου για το επίπεδο πρόκλησης των κοινωνικών, προσωπικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών εμποδίων σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά». Στη βιβλιογραφία, η έννοια των αντιληπτών φραγμών έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς με το μοντέλο πεποίθησης υγείας (HBM). Τα αντιληπτά εμπόδια έχουν χρησιμοποιηθεί σε πολλές θεωρίες, συμπεριλαμβανομένου του μοντέλου πεποίθησης της υγείας, της κοινωνικής γνωστικής θεωρίας και της κοινωνικής-οικολογικής θεωρίας (Glasgow, 2008). Ο ολοκληρωμένος αντίκτυπος των πολλαπλών φραγμών εμποδίζει τις γυναίκες να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας. Η περιορισμένη κινητικότητα των γυναικών από την οικογένεια (Jabeenet al., 2020) και η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των ζευγαριών είναι παράγοντες που εμποδίζουν τις γυναίκες να χρησιμοποιούν αντισυλληπτικές μεθόδους (Kiani, 2003). Επιπλέον, τα εμπόδια περιορίζουν την ικανότητα των γυναικών να εφαρμόζουν αντισυλληπτικές μεθόδους. Τις περισσότερες φορές, οι γυναίκες που επιθυμούν να περιορίσουν τη γονιμότητά τους χρησιμοποιώντας αντισυλληπτικά επηρεάζονται από θρησκευτικά και πολιτισμικά εμπόδια (Shaikh, et al., 2013; Atallahjanetal., 2019). Πρέπει να αντιμετωπίσουν μεγάλη αντίσταση από κοινωνικούς φραγμούς συγκριτικά με οικονομικά ζητήματα (Campbell et al., 2006).

Οι αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, ο φόβος για την αρνητική ανταπόκριση των συζύγων τους, γίνονται αντιληπτές ως απαράδεκτη πράξη από την κοινωνία. Επομένως, η κουλτούρα περιορίζει τη χρήση αντισυλληπτικών στις γυναίκες (Casterline et al., 2001). Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη από ερευνητές στο Πακιστάν δήλωσε ότι οι λόγοι για τη μη χρήση αντισυλληπτικών περιλαμβάνουν την επιθυμία για τη γέννηση αγοριού, τον φόβο για κίνδυνο της υγείας και την έλλειψη υποστήριξης από τον σύντροφο. Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν και σε





άλλες μελέτες (Tabassum, etal., 2016; Camphuijsen&Wallaart, 2016). Διαπροσωπική βία (Bergmann&Stockman, 2015), κόστος, ντροπή, επιθυμία για τη γέννηση αγοριού και μεγάλη οικογένεια (Zafaretal., 2003), φόβος της αμαρτίας, στείρωση (Sahin&Sahin, 2003), παρερμηνεία, αποδοκιμασία συζύγου και πεθερικών, επικρατούντες μύθοι και κοινωνικοί κανόνες, αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στη χαμηλή πρόθεση υιοθέτησης πρακτικών οικογενειακού προγραμματισμού (Tabassum, etal., 2016; Anwaretal., 2015).

Ο φόβος για παραβίαση της ιδιωτικής ζωής, ο στιγματισμός και η στάση των παρόχων υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, επηρεάζουν αρνητικά την υιοθέτηση των σύγχρονων πρακτικών των προγραμμάτων του οικογενειακού προγραμματισμού μεταξύ των γυναικών, παρόλο που έχουν γνώση σχετικά με τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων (Regmietal., 2010; Sinaietal., 2019). Η συζυγική επικοινωνία αυξάνει τις πρακτικές του οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά η πίεση από τα πεθερικά, η χαμηλή ισοτιμία και τα διοικητικά ζητήματα αποδυναμώνουν αυτή τη σχέση (Stephenson&Hennink, 2004). Η αδιαφορία και η έλλειψη γνώσης των ανδρών για τα αντισυλληπτικά, η γυναικεία οικονομική εξάρτηση και η σωματική βία αποθαρρύνουν τις γυναίκες να επικοινωνούν με τους συζύγους τους σχετικά με τις πρακτικές του οικογενειακού προγραμματισμού, γεγονός που τελικά προκαλεί τη χαμηλή επικράτηση ή την έλλειψη χρήσης μεθόδων αντισύλληψης (Moshetaetal., 2013). Παρά τις πληροφορίες σχετικά με διάφορες διαθέσιμες μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού, έχει σημειωθεί χαμηλή χρήση αντισυλληπτικών μεταξύ των ζευγαριών της υπαίθρου λόγω εσφαλμένων αντιλήψεων σχετικά με τους κινδύνους που συνδέονται με τις μεθόδους αντισύλληψης (Chipetaetal., 2010). Τα οικογενειακά περιβάλλοντα καθορίζουν επίσης τη συμπεριφορά των γυναικών έναντι των πρακτικών του οικογενειακού προγραμματισμού (Dansereauetal., 2017). Η αυτονομία μιας γυναίκας να λαμβάνει αποφάσεις για οποιαδήποτε πτυχή της ζωής της επηρεάζεται έντονα από τη στρωματοποιημένη οικογενειακή δομή (Jejeebhoy&Sathar, 2001). Όλα αυτά τα εμπόδια συμβάλλουν στην επικράτηση της σύγχρονης αντισύλληψης για τις πρακτικές του οικογενειακού προγραμματισμού, στις οποίες οι γυναίκες δεν θέλουν να συλλάβουν για κάποιο χρονικό διάστημα αλλά εξακολουθούν να μην χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά (VishnuPrasadetal., 2016).



## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>

### 5. Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

Η ίδρυση του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καλαμάτας τοποθετείται το 1959. Σκοπός του νοσηλευτικού ιδρύματος αποτελεί η ιατρονοσηλευτική φροντίδα των ασθενών και η δύναμη του σύμφωνα με την πρώτη αναμόρφωση του οργανισμού που δημοσιεύτηκε στις 20 Φεβρουαρίου 1956 αποτελούνταν από εξήντα κλίνες. Με την υπ' αριθμ. Α3Β/14161/30-09-1986, (ΦΕΚ 634/30-09-1986) Υπουργική Απόφαση, το νοσηλευτικό ίδρυμα έφερε την επωνυμία «Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας».

Η επωνυμία του νοσηλευτικού ιδρύματος στις αρχές του 2000 και συγκεκριμένα το 2001, σύμφωνα με τον ν.2889, ο οποίος αφορούσε τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), αλλάζει και μετονομάστηκε σε «Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας», η οποία παραμένει μέχρι και τη σημερινή εποχή.

Ο καταστροφικός σεισμός που έπληξε την περιοχή της Καλαμάτας το 1986, δημιούργησε νέες ιατρικές ανάγκες. Απόρροια του γεγονότος αυτού η ανέγερση νέου νοσοκομείου, το οποίο θα λειτουργούσε σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά σύγχρονα πρότυπα. Η ανέγερση του νοσηλευτικού ιδρύματος ξεκίνησε το 1986 και ολοκληρώθηκε το 2000. Μετά από σαράντα εννέα χρόνια λειτουργίας το Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας λειτούργησε στις νέες εγκαταστάσεις.

Αναφορικά με τη γεωγραφική τοποθεσία του νοσηλευτικού ιδρύματος, βρίσκεται στο νοτιοδυτικό άκρο της Πελοποννήσου, εξυπηρετώντας ένα αρκετά σημαντικό αριθμό του πληθυσμού του νομού Μεσσηνίας. Η νοσηλευτική μονάδα στεγάζεται έξω από την πόλη της Καλαμάτας, επί της οδού Τριπόλεως-Καλαμάτας και περιλαμβάνει το κυρίως κτίριο, την Ψυχιατρική μονάδα και τα επιμέρους βοηθητικά κτίσματα. Η συνολική δυναμικότητα σε κλίνες είναι 321, συγκριτικά με τις 250 κλίνες που διέθετε το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο. Το κόστος για την ανέγερση του νοσοκομείου έφτασε τα 10 δις περίπου και η έκταση του είναι 24.273 τ.μ.

Διαθέτει τις εξής νοσηλευτικές μονάδες: μαιευτική και γυναικολογική, την παιδιατρική, τη Μ.Ε.Θ. (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας), τη Μ.Ε. (Μονάδα Εμφραγμάτων), τη Μεσογειακή Αναμία, τη Μονάδα Χημειοθεραπείας, τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, την Ψυχιατρική Μονάδα και τις Γενικές Νοσηλευτικές Μονάδες. Επίσης πλαισιώνεται και από διατομεακά τμήματα όπως το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π), Βραχείας Νοσηλείας, των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (Τ.Ε.Ι), το τμήμα Ενδοσκοπήσεων και το τμήμα Φυσικοθεραπείας. Επιπρόσθετα διαθέτει



τα ακόλουθα ιατρικά εργαστήρια: το ακτινοδιαγνωστικό, το βιοχημικό, αιμοδοσίας, το ιστοπαθολογικό-κυτταρολογικό, το μικροβιολογικό, το αιματολογικό, φαρμακείο και νεκροτομείο.

Στις υπηρεσίες του νοσοκομείου υπάγονται η ιατρική υπηρεσία, η νοσηλευτική υπηρεσία, η διοικητική – οικονομική υπηρεσία και η τεχνική υπηρεσία.

Στο νοσηλευτικό ίδρυμα ανήκουν και οι ακόλουθες δομές: το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το Δ.Ι.Ε.Κ. Βοηθών Νοσηλευτών, το Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάσταση Καλαμάτας (ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ), το Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης Φιλιατρών και το Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ψυχαργός στον ξενώνα “Η Κιβωτός”.

(<https://www.nosokomeiokalamatas.gr/nosokomeio/istoriko-genikoy-nosokomeio-kalamatas/>)

## **5.1.Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού Γ.Ν. Καλαμάτας**

### **5.1.Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού Γ.Ν. Καλαμάτας**

Το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας λειτουργεί, 35 χρόνια τώρα, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου (αρ. αποφ. 3/20-2-1987), και από την ίδρυσή του υπάγεται στην Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική υπό την εποπτεία του εκάστοτε Διευθυντή της. Μέχρι το 2014 ονομαζόταν Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού. Από το 2014, μετονομάστηκε σε Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Στεγάζεται σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο στο ισόγειο του Νοσοκομείου και περιλαμβάνει: αίθουσα αναμονής, γραφείο προσωπικού, εξεταστήριο, αρχείο, αποθήκη και χώρους προσωπικής υγιεινής.

Το ωράριο λειτουργίας του είναι Δευτέρα έως Παρασκευή 7:00 έως 15:00 και Δευτέρα και Τετάρτη 14:00 έως 22:00.

Από το 2008 η μαία που υπηρετεί εκεί, έχει παρακολουθήσει εκπαίδευση στη Μονάδα Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσοκομείου Αλεξάνδρα και το 2012 τοποθετήθηκε και 2<sup>η</sup> μαία λόγω των αυξημένων αναγκών της υπηρεσίας. Το προσωπικό του Κέντρου συνεργάζεται με το Κυτταρολογικό και το δερματολογικό ιατρείο, το μικροβιολογικό εργαστήριο την Κοινωνική υπηρεσία και τον Ψυχολόγο του



Νοσοκομείου ώστε να μπορεί να στηρίξει τους χρήστες των υπηρεσιών του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Στόχος είναι η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας ώστε μέσα από την ενημέρωση και τα προγράμματα πρόληψης να επιτυγχάνεται η προφύλαξη της σωματικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού.

Το τμήμα παρέχει ιατρονοσηλευτικές και μαιευτικές υπηρεσίες: λήψεις test pap,κολπικών-τραχηλικών επιχρισμάτων, τοποθετήσεις και αφαιρέσεις ενδομήτριων σπειρωμάτων, διενέργεια εμβολισμών για HPV,ψηλάφηση έλεγχο μαστού, έλεγχο για ΣΜΝ, χορήγηση αντισυλληπτικών και φαρμακευτική αγωγής .

Στο τμήμα λειτουργεί συμβουλευτικός σταθμός μέσω του οποίου παρέχονται πληροφορίες στα νέα ζευγάρια για τις μεθόδους αντισύλληψης, την υγιεινή του γεννητικού συστήματος, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τη διακοπή ανεπιθύμητης κύησης και για το σωστό προγραμματισμό μιας εγκυμοσύνης καθώς και συμβουλευτική γονέων σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εφήβου ή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση εφήβου με ατομικά ραντεβού.

Στο τμήμα προετοιμασίας νέων γονέων και μητρικού θηλασμού, παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, την μετά τον τοκετό περίοδο καθώς επίσης και για τη φροντίδα του νεογνού. Επισημαίνονται τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, παρέχεται πλήρης ενημέρωση και συμβουλές για την επιτυχή εδραίωση του αλλά και για προβλήματα που μπορεί να προκύψουν και πως αυτά αντιμετωπίζονται. Δίνεται μάλιστα ιδιαίτερη σημασία και προσοχή στην ψυχολογική υποστήριξη των νέων μητέρων. Μέσω της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου παρέχεται η προετοιμασία των ζευγαριών που πρόκειται να γίνουν γονείς. Οι προγραμματισμένες συνεδρίες δίνουν τη δυνατότητα στους νέους γονείς να αποκτήσουν μια πλήρη και επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφόρηση για τα ζητήματα που αφορούν τη μητρότητα, τον τοκετό, το θηλασμό αλλά και την καλή υγεία τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού.

Το προσωπικό του τμήματος πραγματοποιεί επισκέψεις και ομιλίες σε σχολεία της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αλλά και διοργανώνει διαλέξεις και ημερίδες σε συνεργασία με φορείς, συλλόγους, δήμους και ομάδες για την ενημέρωση μαθητών, φοιτητών και της κοινότητας σε θέματα που αφορούν την αγωγή υγείας. Τα σχολεία είναι ιδανικό μέρος για να προσεγγίσουμε τους εφήβους, ειδικά επειδή εκεί οι έφηβοι που αναζητούν φροντίδα σχετική με τον οικογενειακό προγραμματισμό δεν βιώνουν την αμηχανία που μπορεί να συνοδεύει μια επίσκεψη τους στην μονάδα. Μέσα από τις επισκέψεις τονίζονται τα οφέλη της ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης για



εφήβους που σε άλλη περίπτωση δεν θα είχαν πρόσβαση σε αυτή όπως επίσης και την ανάγκη για μια ρεαλιστική προσέγγιση στις αυξανόμενες περιπτώσεις εγκυμοσύνης στην εφηβεία.



## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>

### 6.Μελέτη περίπτωσης

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας αφορά στην ανάλυση των περιστατικών που απευθύνθηκαν στην Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτα, κατά διάστημα 2016-2019.

#### 6.1.Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών του Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και τα οφέλη που απορρέουν από τις υπηρεσίες του θεσμού αυτού στον πληθυσμό του νομού Μεσσηνίας.

#### 6.2.Υλικό και μέθοδος

Η προτεινόμενη μελέτη είναι μια αναδρομική μελέτη ποιοτικού τύπου, με στόχο την ανάλυση και την ερμηνεία ποιοτικών στοιχείων αλλά και κατανοώντας τους άδηλους ή πρόδηλους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα αυτή.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε από καταγεγραμμένες πληροφορίες του αρχείου του τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και συγκεκριμένα για το χρονικό διάστημα 2016-2019, μετά από έγκριση για την εκπόνηση της μελέτης από την Επιστημονική Επιτροπή της νοσηλευτικής μονάδας. Η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η ανάλυση περιεχομένου. Η διάρκεια της μελέτης ήταν από το Δεκέμβριο του 2020 έως και τον Απρίλιο του 2021.

#### 6.3.Μεθοδολογία

Τα συγκεντρωτικά στοιχεία των επισκεπτών που προσήλθαν στην Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας εισήχθησαν σε βάση δεδομένων του στατιστικού λογισμικού SPSS 25 (StatisticalPackageforSocialSciences).

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αποτελούν κατηγορικές μεταβλητές και για την ανάλυσή τους χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία:

**Περιγραφική ανάλυση:** πίνακες διπλής εισόδου (με ποσοστά), ραβδογράμματα ποσοστών.

### 6.3.Ανάλυση Στοιχείων

Στον πίνακα που ακολουθεί, δίνεται ο αριθμός των περιστατικών που εξυπηρετήθηκαν στην Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτα, ανά έτος, το διάστημα 2016-2019.

**Πίνακας 0.1Περιστατικά που εξυπηρετήθηκαν 2016-2019**

| 1. ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΘΕΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|------|------|------|------|
|  | 3376 | 4219 | 4200 | 5471 |

Όπως εντοπίζεται, μεταξύ 2016 και 2019, έλαβε χώρα μια σημαντική αύξηση στον αριθμό των περιστατικών που εξυπηρετήσε η υπηρεσία. Το 2017 και 2018 ο αριθμός αυτός εμφάνισε σταθερότητα, αλλά τα περιστατικά του 2019 ήταν κατά, περίπου, 62% περισσότερα σε σχέση με το 2016.

Το σύνολο των περιστατικών περιλαμβάνει και νέα περαστικά, για τα οποία δίνονται ποσοτικά δεδομένα στον πιο κάτω πίνακα, επίσης, ανά έτος.

**Πίνακας 0.2Νέα περιστατικά ανά έτος**

| 2. ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------------------------------|------|------|------|------|
|                              | 2728 | 2784 | 3067 | 3648 |

Ο αριθμός των νέων περιστατικών μεταξύ 2016 και 2019, δεν είχε αντίστοιχη αύξηση με αυτήν του συνόλου. Συγκεκριμένα, τα νέα περιστατικά του 2019 ήταν, περίπου, κατά 33% περισσότερα σε σχέση με το 2016.

Στον πιο κάτω πίνακα, περιλαμβάνονται στοιχεία για τον αριθμό επισκέψεων στην υπηρεσία, μεταξύ 2016 και 2019.

**Πίνακας 0.3Αριθμός επισκέψεων ανά έτος**

| 3. ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|----------------------|------|------|------|------|
|                      | 2983 | 3308 | 3552 | 4035 |

Και σε αυτή την περίπτωση, ο αριθμός των επισκέψεων σημείωσε σταδιακή αύξηση, μεταξύ 2016 και 2019.

Όσον αφορά το φύλο των ατόμων που απευθύνθηκαν στην υπηρεσία, η σχετική κατανομή δίνεται στον παρακάτω πίνακα.



### Πίνακας 0.4 Φύλο

| 4. ΦΥΛΟ | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---------|------|------|------|------|
| Θήλυ    | 99%  | 98%  | 99%  | 98%  |
| Άρρεν   | 1%   | 2%   | 1%   | 2%   |
|         | 100% | 100% | 100% | 100% |

Όπως ήταν, μάλλον, αναμενόμενο, η συντριπτική πλειοψηφία των επισκέψεων στην υπηρεσία έγινε από γυναίκες, με ποσοστό 98%-99%.

Με βάση την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων που επισκέφθηκαν την υπηρεσία, μεταξύ 2016 και 2019, η κατανομή των περιστατικών δίνεται στον πιο κάτω πίνακα.

### Πίνακας 0.5 Οικογενειακή κατάσταση ανά περιστατικό

| 5. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--------------------------|------|------|------|------|
| Άτομο                    | 2816 | 2784 | 3067 | 2423 |
| Ζευγάρι                  | 30   | 58   | 36   | 41   |
| Οικογένεια               | 0    | 0    | 0    | 0    |
| Σύνολο                   | 2846 | 2842 | 3103 | 2464 |
|                          |      |      |      |      |
| Άτομο                    | 99%  | 98%  | 99%  | 98%  |
| Ζευγάρι                  | 1%   | 2%   | 1%   | 2%   |
| Οικογένεια               | 0%   | 0%   | 0%   | 0%   |
|                          | 100% | 100% | 100% | 100% |

Όπως καταδεικνύεται, η συντριπτική πλειοψηφία των επισκέψεων είχε ατομικό χαρακτήρα, ενώ μόλις το 1%-2% των επισκέψεων έγιναν από ζευγάρια. Σύμφωνα με το κριτήριο της ηλικίας, τα άτομα που επισκέφθηκαν την υπηρεσία κατανεμήθηκαν με βάση την πιο κάτω κλίμακα.

### Πίνακας 0.6 Ηλικία

| 6. ΗΛΙΚΙΑ | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-----------|------|------|------|------|
| 10-18     | 1%   | 1%   | 1%   | 1%   |
| 19-24     | 7%   | 8%   | 7%   | 6%   |
| 25-29     | 8%   | 9%   | 8%   | 7%   |
| 30-39     | 20%  | 20%  | 20%  | 20%  |
| 40-49     | 24%  | 22%  | 22%  | 23%  |
| 50-59     | 26%  | 25%  | 25%  | 24%  |
| >60       | 15%  | 16%  | 17%  | 18%  |
|           | 100% | 100% | 100% | 100% |



Γενικά, οι περισσότερες επισκέψεις, κατά την αναφερόμενη περίοδο, αφορούσαν σε άτομα μεταξύ 50 και 59, καθώς και 40 και 49 ετών. Ακολουθούσαν τα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών, ενώ με την μικρότερη συμμετοχή εμφανίζονται τα άτομα μεταξύ 10 και 18 ετών. Επίσης, σχεδόν, ταυτόσημη εικόνα εμφάνισαν τα ηλικιακά διαστήματα από 19 έως 24 ετών και από 25 έως 29 ετών. Στον πίνακα που ακολουθεί, δίνεται ο επιμερισμός των περιστατικών, με βάση την εθνικότητα.

**Πίνακας 0.7 Εθνικότητα**

| 7. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---------------|------|------|------|------|
| Ελληνική      | 90%  | 92%  | 92%  | 92%  |
| Άλλη          | 10%  | 8%   | 8%   | 8%   |
|               | 100% | 100% | 100% | 100% |

Τα άτομα ελληνικής εθνικότητας που επισκέφθηκαν την υπηρεσία ήταν κατά συντριπτική πλειοψηφία περισσότερα, σε κάθε έτος, ξεπερνώντας το 90%.

Αναφορικά με την ασφαλιστική κάλυψη των επισκεπτών στην υπηρεσία, προέκυψε η παρακάτω κατανομή.

**Πίνακας 0.8 Ασφαλιστική κάλυψη**

| 8. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-----------------------|------|------|------|------|
| ΝΑΙ                   | 92%  | 87%  | 86%  | 85%  |
| ΌΧΙ                   | 8%   | 13%  | 14%  | 15%  |
|                       | 100% | 100% | 100% | 100% |

Σε κάθε έτος, η πλειοψηφία όσων απευθύνθηκαν στην υπηρεσία διέθετε ασφαλιστική κάλυψη. Όμως, παρατηρείται σταδιακή μείωση στο ποσοστό αυτό, μεταξύ 2016 και 2019 και συνακόλουθη αύξηση του ποσοστού των ανασφάλιστων.

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, οι επισκέπτες στην υπηρεσία, ομαδοποιήθηκαν στις πιο κάτω κατηγορίες.

**Πίνακας 0.9 Οικογενειακή κατάσταση**

| 9. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ     | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------------------------------|------|------|------|------|
| Άγαμος/η                      | 17%  | 18%  | 17%  | 17%  |
| Έγγαμος/η                     | 70%  | 69%  | 68%  | 69%  |
| Διαζευγμένος/η                | 7%   | 6%   | 7%   | 7%   |
| Χήρος/α                       | 3%   | 3%   | 4%   | 4%   |
| Συγκατοίκηση                  | 3%   | 3%   | 3%   | 3%   |
| Άλλο (π.χ. σύμφωνο συμβίωσης) | 0%   | 0%   | 0%   | 0%   |
|                               | 100% | 100% | 100% | 100% |



Εφόσον η υπηρεσία αφορά στον οικογενειακό προγραμματισμό, είναι εύλογο να απευθύνονται σε αυτήν έγγαμα άτομα, κάτι που φαίνεται ξεκάθαρα και από τα δεδομένα του διαγράμματος. Ακολουθούν οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι, ενώ οι λοιπές, οι χήροι και τα άτομα σε συγκατοίκηση εμφανίζονται με αντίστοιχα ποσοστά.

Τα περιστατικά, στην συνέχεια, επιμερίστηκαν με βάση τον αριθμό των τέκνων στην οικογένεια και προέκυψαν τα πιο κάτω στοιχεία.

**Πίνακας 0.10 Αριθμός τέκνων**

| 10. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--------------------|------|------|------|------|
| 1                  | 23%  | 22%  | 22%  | 24%  |
| 2                  | 51%  | 53%  | 54%  | 51%  |
| 3                  | 19%  | 18%  | 18%  | 20%  |
| 4 και άνω          | 8%   | 6%   | 6%   | 6%   |
|                    | 100% | 100% | 100% | 100% |

Οι περισσότεροι επισκέπτες στην υπηρεσία είχαν 2 παιδιά, ενώ με αντίστοιχα ποσοστά εμφανίζονται όσοι είχαν 1 ή 3 παιδιά. Με σαφώς μειωμένα ποσοστά εντοπίζονται όσοι επισκέφθηκαν την υπηρεσία ενώ είχαν 4 παιδιά και άνω. Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των επισκεπτών στην υπηρεσία, προέκυψε η παρακάτω κατανομή:

**Πίνακας 0.11 Επίπεδο εκπαίδευσης**

| 11. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ                 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|------|------|------|------|
| Υποχρεωτική εκπαίδευση έως Γ΄ Γυμνασίου | 28%  | 26%  | 23%  | 25%  |
| Δευτεροβάθμια εκπαίδευση                | 34%  | 35%  | 37%  | 34%  |
| Μεταλυκειακή εκπαίδευση                 | 9%   | 9%   | 9%   | 9%   |
| Τριτοβάθμια εκπαίδευση ΑΕΙ/ΤΕΙ          | 26%  | 27%  | 27%  | 28%  |
| Μεταπτυχιακές σπουδές                   | 1%   | 2%   | 2%   | 2%   |
| Αναλφάβητοι                             | 2%   | 2%   | 1%   | 2%   |
|   |      |      |      |      |

Οι πλειοψηφία, σε κάθε έτος, όσων απευθύνθηκαν στην υπηρεσία είχε αποφοιτήσει από την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ ακολουθούσαν οι απόφοιτοι της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στην συνέχεια, τοποθετούνται οι απόφοιτοι της υποχρεωτικής εκπαίδευσης και της μεταλυκειακής εκπαίδευσης αντίστοιχα. Με πολύ μικρά ποσοστά εμφανίζονται τα άτομα με μεταπτυχιακό τίτλο, καθώς και οι αναλφάβητοι. Εν συνεχεία, οι επισκέπτες στην υπηρεσία επιμερίστηκαν με βάση την εργασιακή τους κατάσταση. Στον πιο κάτω πίνακα, δίνονται τα σχετικά δεδομένα.

### Πίνακας 0.12 Εργασιακή κατάσταση

| 12. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ           | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------------------------|------|------|------|------|
| Δημόσιος Υπάλληλος      | 12%  | 13%  | 13%  | 13%  |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος     | 18%  | 20%  | 22%  | 24%  |
| Ελεύθερος επαγγελματίας | 9%   | 4%   | 4%   | 4%   |
| Άνεργος                 | 29%  | 25%  | 25%  | 25%  |
| Άλλο (π.χ. οικιακά)     | 31%  | 38%  | 35%  | 33%  |
|                         | 100% | 100% | 100% | 100% |

Η πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν ανήκε σε κάποια συγκεκριμένη κατηγορία εργαζομένων, ενώ με τα δεύτερα μεγαλύτερα ποσοστά συμμετείχαν άνεργοι. Οι ιδιωτικοί υπάλληλοι ακολουθούσαν στην κατάταξη και στην συνέχεια οι υπάλληλοι του δημοσίου. Την χαμηλότερη συμμετοχή είχαν οι ελεύθεροι επαγγελματίες.

Οι περισσότερες από τις γυναίκες που επισκέπτονται την υπηρεσία, έχουν βιώσει τεχνητή διακοπή κύησης και ίσως για παραπάνω από μια φορές. Οι σχετικές πληροφορίες, για το διάστημα 2016-2019, που αναφέρθηκαν στην υπηρεσία, έχουν ως κάτωθι:

### Πίνακας 0.13 Συχνότητα διακοπής κύησης

| 13. ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|----------------------------|------|------|------|------|
| 1 διακοπή                  | 53%  | 57%  | 50%  | 57%  |
| 2 διακοπές                 | 28%  | 25%  | 30%  | 26%  |
| >3 διακοπές                | 18%  | 18%  | 19%  | 17%  |
|                            | 100% | 100% | 100% | 100% |

Στις περισσότερες περιπτώσεις, φαίνεται ότι οι γυναίκες που επισκέφθηκαν την μονάδα είχαν βιώσει μια τεχνητή διακοπή κύησης. Το ποσοστό αυτό μειωνόταν σταδιακά σε σχέση με τις 2 και τις 3 διακοπές κύησης. Στην μονάδα οικογενειακού προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτα, γίνονται διάφορες κλινικές πράξεις. Στον πιο κάτω πίνακα, αναφέρονται τα ποσοτικά στοιχεία για τις εν λόγω πράξεις, μεταξύ 2016 και 2019.



### Πίνακας 0.14 Κλινικές πράξεις

| A. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ  | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ                                   | 159         | 532         | 279         | 906         |
| 2. ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΩΝ  | 7           | 17          | 0           | 1           |
| 3. ΕΛΕΓΧΟΣ Σ.Μ.Ν.  | 0           | 0           | 0           | 2           |
| 4. ΛΗΨΗ ΤΕΣΤ ΚΑΤΑ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ                             | 2033        | 2393        | 2573        | 3004        |
| 5. ΛΗΨΗ ΚΟΛΠΙΚΩΝ ΥΓΡΩΝ ΓΙΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ                     | 586         | 696         | 745         | 738         |
| 6. ΛΗΨΗ ΒΙΟΨΙΩΝ  | 0           | 0           | 0           | 0           |
| 7. ΛΗΨΗ ΗΡVΔNΑΤΕΣΤ   | 0           | 0           | 0           | 0           |
| 8. ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΗΡV                              | 2           | 8           | 17          | 8           |
| 9. ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΩΝ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΩΝ, ΚΟΛΠΙΚΩΝ ΔΑΚΤΥΛΙΩΝ | 9           | 8           | 4           | 10          |
| 10. ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΚΩΝ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΩΝ                      | 14          | 7           | 4           | 17          |
| 11. ΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ           | 0           | 0           | 0           | 0           |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ</b>                             | <b>2810</b> | <b>3661</b> | <b>3622</b> | <b>4686</b> |

Σύμφωνα με τα αναφερόμενα στοιχεία, οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούσαν το τεστ Παπανικολάου, ενώ ακολουθούσαν οι γυναικολογικές εξετάσεις. Η εξέταση μαστών, ο έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η διενέργεια εμβολιασμού κατά του ιού ΗΡV, η τοποθέτηση, καθώς και η αφαίρεση κολπικών σπειραμάτων χαρακτηρίζονταν από πολύ μικρό αριθμό περιπτώσεων. Επίσης, μεταξύ 2016 και 2019 δεν πραγματοποιήθηκε καμία λήψη υλικών βιοψίας η τεστ ΗΡVΔNΑ, ούτε κάποιος καυτηριασμός κονδυλωμάτων. Στον πίνακα που δίνεται στην συνέχεια, αναφέρονται οι υπηρεσίες της μονάδας σε σχέση με την ενημέρωση και την συμβουλευτική σε όσους απευθύνθηκαν σε αυτήν, κατά το διάστημα 2016-2019.

### Πίνακας 0.15 Ενέργειες Συμβουλευτικής - Ενημέρωσης

| B. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ   | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|------|------|------|------|
| 1. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ  | 27   | 31   | 28   | 27   |
| 2. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ | 16   | 20   | 18   | 1    |
| 3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ  | 0    | 2    | 0    | 1    |
| 4. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ   | 17   | 20   | 20   | 1    |
| 5. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΗΡV - ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ  | 25   | 45   | 22   | 24   |
| 6. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ Σ.Μ.Ν.   | 164  | 188  | 165  | 160  |
| 7. ΥΓΙΕΙΝΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ   | 17   | 39   | 40   | 45   |
| 8. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΨΗΛΑΦΙΣΗ ΜΑΣΤΩΝ   | 21   | 26   | 32   | 32   |



|   |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|
| <b>9. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ - ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ<br/>ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ</b>  | 43  | 97  | 109 | 136 |
| <b>10. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ -<br/>ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ</b>   | 8   | 2   | 0   | 3   |
| <b>11. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ<br/>ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΓΚΥΩΝ - ΖΕΥΓΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ</b>  | 32  | 35  | 91  | 116 |
| <b>12. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ</b>  | 37  | 39  | 47  | 87  |
| <b>13. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ<br/>ΛΕΧΩΙΔΟΣ</b>  | 1   | 0   | 0   | 0   |
| <b>14. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ (ΑΤΟΜΟ)</b>   | 4   | 6   | 1   | 0   |
| <b>15. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ<br/>ΓΥΝΑΙΚΩΝ</b>  | 0   | 0   | 0   | 0   |
| <b>16. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ<br/>ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΠΑΝΙΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ<br/>ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ - ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ</b> | 1   | 0   | 0   | 0   |
| <b>17. ΣΤΗΡΙΞΗ ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ</b>   | 2   | 0   | 0   | 0   |
| <b>18. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ -<br/>ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗΣ</b>  | 21  | 8   | 4   | 8   |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ</b>   | 436 | 558 | 577 | 641 |

Όπως καταδεικνύεται, σε επίπεδο ενημέρωσης και συμβουλευτικής, η υπηρεσία βοηθά περισσότερο στην ενημέρωση αναφορικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Επίσης, σημαντική είναι η αρωγή της σε θέματα σε σχέση με την εμμηνόπαυση, καθώς και αναφορικά με την προετοιμασία των εγκύων και των ζευγαριών για τον επερχόμενο τοκετό. Η μητρικός θηλασμός, η υγιεινή του γεννητικού συστήματος και ο εμβολιασμός για τον ιό HPV, ακολουθούν στην ιεραρχία. Με μικρότερη συχνότητα, εντοπίζονται οι περιπτώσεις που αφορούν στην ενημέρωση αναφορικά με την αντισύλληψη μετά τον τοκετό και τις νέες μεθόδους αυτής, όπως και την συμβουλευτική για την ψηλάφηση των μαστών, για την διακοπή εγκυμοσύνης και την ενημέρωση σε θέματα αγωγής υγείας και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Με πολύ μικρά ποσοστά, επίσης, εμφανίζονται τα ζητήματα που αφορούν τον προγραμματισμό μιας επιθυμητής εγκυμοσύνης, την ενημέρωση σε θέματα υπογονιμότητας και στειρότητας, την ψυχολογική υποστήριξη των λεχώνων, την συμβουλευτική ευπαθών ατόμων ή ομάδων, την στήριξη μονογονεϊκών οικογενειών και την ενημέρωση για την κληρονομικότητα νοσημάτων. Επίσης, τουλάχιστον, κατά την αναφερόμενη περίοδο κανένα περιστατικό δεν αφορούσε σε στήριξη ή συμβουλευτική φροντίδα σε κακοποιημένες γυναίκες. Εκτός από τα παραπάνω, η Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, αναλαμβάνει πρωτοβουλίες επιμόρφωσης κι



ευαισθητοποίησης. Στον πιο κάτω πίνακα, δίνονται τα σχετικά δεδομένα για το διάστημα 2016-2019.

*Πίνακας 0.16 Ενέργειες Επιμόρφωσης - Ευαισθητοποίησης*

| Γ. ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ - ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ (ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ)   | 2016      | 2017      | 2018      | 2019      |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ - ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ   | 2         | 5         | 15        | 20        |
| 2. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΗΡV - ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ   | 0         | 6         | 0         | 0         |
| 3. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ Σ.Μ.Ν.  | 1         | 5         | 1         | 2         |
| 4. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ   | 1         | 4         | 0         | 1         |
| 5. ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ  | 0         | 4         | 0         | 1         |
| 6. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΗΡV   | 0         | 0         | 0         | 0         |
| 7. ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΗΡV   | 0         | 0         | 0         | 0         |
| 8. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΠΡΟΛΗΨΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ                                   | 0         | 1         | 3         | 1         |
| 9. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ   | 4         | 0         | 0         | 0         |
| 10. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ   | 0         | 4         | 4         | 6         |
| 11. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΛΗΡΟΝΙΜΙΚΩΝ ΣΠΑΝΙΩΝ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ | 5         | 0         | 0         | 0         |
| 12. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ - ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ  | 0         | 0         | 2         | 0         |
| 13. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ - ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ  | 3         | 0         | 0         | 0         |
| 14. ΘΕΜΑΤΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ                                    | 0         | 0         | 0         | 0         |
| 15. ΆΛΛΟ  | 0         | 0         | 2         | 0         |
| 16. ΜΙΚΤΗ ΔΡΑΣΗ   | 4         | 0         | 3         | 5         |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ ΔΡΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ</b>  | <b>20</b> | <b>29</b> | <b>30</b> | <b>36</b> |

Με βάση τα δεδομένα, η πλειοψηφία των ενεργειών αφορούσε σε ζητήματα που σχετίζονται με σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Οι δε ενέργειες αυτές πραγματοποιήθηκαν σε κάθε έτος, μεταξύ 2016 και 2019. Επιπρόσθετα, το 2016 έλαβε χώρα μια ενημέρωση για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις αντισυλληπτικές μεθόδους. Το ίδιο έτος, πραγματοποιήθηκαν 3 δράσεις ενημέρωσης για τα ζητήματα υπογονιμότητας, καθώς και 4 μικτές δράσεις και 4 ενημερώσεις σε ευπαθείς ομάδες. Επίσης, έγιναν 5 ενέργειες ενημέρωσης αναφορικά με την πρόληψη κληρονομικών και χρόνιων νοσημάτων. Το 2017, έγιναν 6 ενημερώσεις για τον ιό ΗΡV και 5 για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Ακόμα, πραγματοποιήθηκαν από 4 ενημερώσεις για τις μεθόδους αντισύλληψης, την υγιεινή του γεννητικού συστήματος και τον μητρικό θηλασμό, αντίστοιχο. Επιπρόσθετα, έγινε και μια ενημέρωση για την πρόληψη του



γυναικολογικού καρκίνου. Το 2018, έγιναν 4 ενημερώσεις για τον μητρικό θηλασμό και 3 ενημερώσεις για τον γυναικολογικό καρκίνο σε γυναίκες, όπως και 3 μικτές δράσεις. Επίσης, οργανώθηκαν 2 δράσεις που αφορούσαν ζητήματα εμμηνόπαυσης και 2 δράσεις λοιπών ζητημάτων. Το έτος αυτό, έγινε και μια δράση σε σχέση με την ενημέρωση για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το 2019, εκτός από τις δράσεις σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, έγιναν και 6 ενημερώσεις για τον μητρικό θηλασμό και 5 μικτές δράσεις. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν 2 δράσεις ενημέρωσης για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Κατά το ίδιο έτος, πραγματοποιήθηκε από μια δράση για την ενημέρωση σε σχέση με τις αντισυλληπτικές μεθόδους, την υγιεινή του γεννητικού συστήματος και την πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου σε γυναίκες, αντίστοιχα.

Τα περιστατικά που απευθύνονται στην μονάδα οικογενειακού προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας εντοπίζουν την υπηρεσία από διάφορες πηγές. Οι πηγές αυτές, και ο αντίστοιχος αριθμός των περιστατικών, περιλαμβάνονται στον πιο κάτω πίνακα.

*Πίνακας 0.17 Φορείς Διασύνδεσης - Παραπομπές*

| <b>Ε. ΦΟΡΕΙΣ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ - ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ</b>                                      | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> | <b>2019</b> |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>1. ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ / ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>                                   | 2971        | 2019        | 2253        | 3500        |
| <b>2. ΆΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ / ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>                                      | 4           | 3           | 5           | -           |
| <b>3. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ/ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ)</b> | -           | -           | -           | -           |
| <b>4. ΆΛΛΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΗΜΟΥ - ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ Κ.Α.</b>                               | -           | -           | -           | -           |
| <b>5. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ</b>  | -           | -           | -           | -           |
| <b>6. Μ.Κ.Ο. ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ</b>   | -           | -           | -           | -           |
| <b>7. ΆΛΛΟ</b>   | -           | -           | -           | -           |
| <b>ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ</b>   | 2975        | 2022        | 2258        | 3500        |

Με την έννοια της Παραπομπής και της Διασύνδεσης περιγράφεται η συνεργασία της Υπηρεσίας του Οικογενειακού με άλλες υπηρεσίες του Νοσοκομείου Καλαμάτας. Οι παραπομπές αυτές των περιστατικών, απευθύνονταν κυρίως στο Κυτταρολογικό τμήμα, στο Μικροβιολογικό τμήμα, στο Δερματολογικό τμήμα, στο Ψυχολογικό τμήμα, στην Κοινωνική Υπηρεσία και στις Διοικητικές υπηρεσίες του Νοσοκομείου Καλαμάτας. Μεταξύ του 2016 και του 2018 υπήρξαν και κάποιες ελάχιστες περιπτώσεις παραπομπής προς άλλα νοσοκομεία, ενώ, δεν πραγματοποιήθηκε καμία παραπομπή περιστατικού προς άλλο φορέα ή σχετική. υπηρεσία, κανένας άλλος φορέας δεν παρέπεμψε κάποιο





περιστατικό στην υπηρεσία οικογενειακού προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας.

#### 6.4. Ευρήματα

Η μονάδα οικογενειακού προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας υφίσταται για 35 έτη και δημιουργήθηκε με στόχο να προσφέρει ιατρονοσηλευτικές-μαιευτικές παρεμβάσεις, συμβουλευτική και ενημέρωση κι επιμόρφωση αναφορικά με ζητήματα που άπτονται της σωματικής υγείας και ψυχικής υγείας όσων απευθύνονται σε αυτήν.

Πιο αναλυτικά, μεταξύ των υπηρεσιών και των παροχών της μονάδας περιλαμβάνονται οι γυναικολογικές εξετάσεις, όπως τα τεστ Pap, καθώς και άλλες παρεμβάσεις όπως οι τοποθετήσεις και αφαιρέσεις ενδομήτριων σπειραμάτων και ο εμβολιασμός κατά του ιού HPV, μεταξύ άλλων. Επίσης, στα πλαίσια της συμβουλευτικής, παρέχεται ενημέρωση αναφορικά με τις μεθόδους αντισύλληψης, οδηγίες για την τήρηση της υγιεινής του γεννητικού συστήματος, ψυχολογική υποστήριξη ευπαθών ομάδων, καθώς και ψυχοσωματική προετοιμασία των εγκύων κ.τ.λ. Επιπρόσθετα, η μονάδα, οργανώνει και συμμετέχει σε διάφορες εκδηλώσεις και δράσεις που έχουν ως στόχο την ενημέρωση σε σχέση με ζητήματα σεξουαλικής υγείας, όπως η επιμόρφωση για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση εφήβων, την πρόληψη νεοπλασματικών ασθενειών στις γυναίκες κ.α.

Η υπηρεσία σήμερα στελεχώνεται από έναν γυναικολόγο και δύο μαιέες που αναλαμβάνουν να ολοκληρώνουν την ευρεία ποικιλία υπηρεσιών που αναλύθηκαν προηγούμενα για τα έτη 2016-2019. Λειτουργεί καθημερινά, εκτός Σαββατοκύριακου, και στεγάζεται σε ανεξάρτητο χώρο απέναντι από την Μαιευτική- Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας. Σημειώνεται, επίσης, ότι η υπηρεσία βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με τα Κέντρα Υγείας του Νομού Μεσσηνίας, τον Δήμο Καλαμάτας και τους όμορους Δήμους, καθώς και με συλλόγους και ΜΚΟ, ενώ υπάρχει, στα πλαίσια των επιμορφωτικών προγραμμάτων, συνεργασία και με Σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Μεσσηνίας.

Όπως διαπιστώθηκε από την εν λόγω ανάλυση, από το 2016 μέχρι και το 2019, οι υπηρεσίες που προσέφερε η μονάδα οικογενειακού προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, σχεδόν, διπλασιάστηκαν. Το γεγονός αυτό, μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες.



Αρχικά, είναι γεγονός ότι η διεξαγωγή εξετάσεων και ιατρικών πράξεων όμοιων με αυτών που προσφέρονται στην Υπηρεσία, φέρουν υψηλό κόστος όταν γίνονται από ιδιώτες γιατρούς. Η οικονομική στενότητα και η μη ασφαλιστική κάλυψη πολλών ατόμων του πληθυσμού, κατά τα χρόνια της κρίσης, φαίνεται ότι έστρεψε το ενδιαφέρον για την λήψη υπηρεσιών από δημόσιους φορείς, όπως η Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας. Με άλλα λόγια, σαφώς, ένα μεγάλο μέρος όσων απευθύνονται μέχρι και σήμερα σε αυτήν, την επισκέπτεται διότι δεν μπορεί να καλύψει ιδιωτικά το σχετικό κόστος.

Παρόλα αυτά, δεν πρέπει να παραβλέπεται η προσπάθεια που καταβάλλεται από το προσωπικό, καθώς είναι άξιο αναφοράς ότι ενώ εξυπηρετείται ένας μεγάλος αριθμός περιστατικών, όλες αυτές οι υπηρεσίες προσφέρονται από, ουσιαστικά, τρεις υπαλλήλους του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας. Ο αριθμός και μόνο των περιστατικών τα οποία και εξυπηρετούνται επαρκώς, υποδηλώνει όχι μόνο την διάθεση για προσφορά του προσωπικού, αλλά και την ικανότητά του να υπηρετεί την δημόσια υγεία. Τονίζεται ότι όταν η μονάδα ξεκίνησε την λειτουργία της, ετησίως, εξυπηρετούνταν, περίπου, 600 περιστατικά, μέγεθος που σήμερα προσεγγίζει τις 5.000.

Ο μεγάλος αριθμός εξυπηρετούμενων περιστατικών οφείλεται, μάλλον, και στο γεγονός ότι ανάλογη μονάδα στην περιοχή της Πελοποννήσου υφίσταται μόνο στο Νοσοκομείο του Ρίου, στην πόλη της Πάτρας. Άρα, εικάζεται ότι οι δύο αυτές υπηρεσίες έχουν αναλάβει να εξυπηρετήσουν το ευρύ κοινό, τουλάχιστον, της Πελοποννήσου. Όπως εντοπίζεται τόσο από τα ποιοτικά, όσο και από τα ποσοτικά στοιχεία που αναφέρθηκαν, είναι βέβαιο ότι η Υπηρεσία Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας εξυπηρετεί στο ακέραιο τους σκοπούς για τους οποίους συστάθηκε.

Πρέπει να αναφερθεί ότι η προσφορά της Υπηρεσίας στην περιοχή της Μεσσηνίας έχει πολύπλευρο χαρακτήρα. Από την μια, υπάρχει η αμιγώς ιατρική φύση των υπηρεσιών που προσφέρονται και που στοχεύουν, όπως και όλες οι υπηρεσίες υγείας, στην διασφάλιση της δημόσιας υγείας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Στο πλαίσιο αυτό, οι υπηρεσίες είναι διαφόρων μορφών από καθαρά διαγνωστικές μέχρι και θεραπευτικές. Πέραν τούτου, όμως, πρέπει να αναγνωρίζεται και η κοινωνική ευαισθησία που χαρακτηρίζει την λειτουργία της μονάδας. Το στοιχείο αυτό, αποτυπώνεται στην παροχή συμβουλευτικής, ψυχολογικής υποστήριξης και ενημέρωσης σε ζητήματα σεξουαλικής υγείας. Τα στελέχη της μονάδας δεν περιορίζονται στο να εκτελούν ιατρικές πράξεις,



αλλά συμβάλλουν και στην ευρύτερη στήριξη των ατόμων, κυρίως γυναικών, που απευθύνονται σε αυτά.

Δεν πρέπει να λησμονείται, ότι οι υπηρεσίες της μονάδας οικογενειακού προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας διαχειρίζονται λεπτά κι ευαίσθητα ζητήματα που μπορεί να αποτελούν χρόνια προβλήματα στην ζωή των ατόμων και που δεν επηρεάζουν μόνο την σωματική, αλλά και την ψυχική τους υγεία. Ως εκ τούτου, η μέγιστη προσφορά των στελεχών της μονάδας αποκτά ακόμα πιο σημαντικό περιεχόμενο για την τοπική κοινωνία. Κι αυτό, διότι προσεγγίζει και διαχειρίζεται καταστάσεις που προάγουν την ατομική, αλλά και την οικογενειακή υγεία κι εξέλιξη. Λόγω της συνεχούς αύξησης, των εξυπηρετούμενων περιστατικών, χρειάζεται να γίνει αντιληπτό, από όλους τους ιθύνοντες, ο ιδιαίτερος κοινωνικά χαρακτήρας της εν λόγω μονάδας η οποία πρέπει να υποστηριχθεί ποικιλοτρόπως.

## 6.5.Συζήτηση

Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι μια λύση για τον έλεγχο της πληθυσμιακής αύξησης και την αναχαίτιση της σημερινής μη βιώσιμης ανάπτυξης. Περίπου 214 εκατομμύρια γυναίκες στις αναπτυσσόμενες χώρες που θέλουν να αποφύγουν την εγκυμοσύνη δεν χρησιμοποιούν σύγχρονες μεθόδους αντισύλληψης (WHO, 2018). Ιστορικά, οι πολιτικές οικογενειακού προγραμματισμού έχουν χαρακτηριστεί καταναγκαστικές αλλά οι Korpinina & Washington (2016) τονίζουν ότι «ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει να κάνει με το να δίνουμε στις γυναίκες την επιλογή ως προς το πότε να χρησιμοποιήσουν το «δικαίωμά» τους να κάνουν παιδιά» (Korpinina & Washington, 2016).

Τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού είναι από τις πιο επιτυχημένες αναπτυξιακές παρεμβάσεις των τελευταίων ετών. Είναι μοναδικά ως προς το φάσμα των πιθανών πλεονεκτημάτων τους, που περιλαμβάνει την οικονομική ανάπτυξη, την υγεία της μητέρας και του παιδιού, την εκπαιδευτική πρόοδο και την ενδυνάμωση των γυναικών. Μελέτες δείχνουν ότι με υψηλής ποιότητας εθελοντικά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού, οι κυβερνήσεις είναι σε θέση να μειώσουν τη γονιμότητα και να παράγουν μεγάλης κλίμακας βελτιώσεις στην υγεία, τον πλούτο, τα ανθρώπινα δικαιώματα και την εκπαίδευση (Abeletal., 2016).

Η Υπηρεσία του Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, εδώ και είκοσι πέντε έτη παρέχει τις υπηρεσίες του στο πληθυσμό της πόλης



της Καλαμάτας αλλά και των όμορων περιοχών. Στην παρούσα μελέτη που διεξήχθη για το χρονικό διάστημα 2016-2019 παρατηρήθηκε σταδιακά σημαντική αύξηση των περιστατικών, τα οποία εξυπηρετήθηκαν από τη μονάδα οικογενειακού προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας. Η αύξηση που παρατηρείται μάλλον οφείλεται στο γεγονός ότι ο πολίτες που εξυπηρετήθηκαν δείχνουν εμπιστοσύνη στο θεσμό αυτό καθώς τους παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες οι οποίες είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και βασίζονται σε ενδείξεις αναφορικά με την ασφάλεια, τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε αντισυλληπτικές μεθόδους, την ποιότητα και την κάλυψη των αναγκών. Επιπρόσθετα, σταδιακή αύξηση παρατηρήθηκε και στον αριθμό των επισκέψεων ανά έτος, όμως ο αριθμός των νέων περιστατικών που αναζήτησε τις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού δεν παρουσίασε αντίστοιχη αύξηση με αυτή του συνόλου.

Ο γυναικείος πληθυσμός στην παρούσα μελέτη, αποτέλεσε τη συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που επισκέφτηκαν τη μονάδα οικογενειακού προγραμματισμού και έκαναν χρήση των υπηρεσιών, εν αντιθέσει με τον ανδρικό πληθυσμό που κατά τη διάρκεια των τεσσάρων ετών το ποσοστό που αναζήτησε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού κυμάνθηκε σε πάρα πολύ χαμηλά ποσοστά. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη προγραμμάτων που εστιάζουν στον ανδρικό πληθυσμό ή στην ελλιπή ενημέρωση σχετικά με ζητήματα που αφορούν τον οικογενειακό προγραμματισμό. Επίσης, οι περισσότεροι άνδρες μπορεί να έχουν αρνητικές στάσεις σχετικά με την επιλογή και τη χρήση του οικογενειακού προγραμματισμού από τις γυναίκες. Μερικοί άνδρες μπορεί να φοβούνται ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός θα κάνει τις γυναίκες τους ανεξάρτητες και δεν θα βρίσκονται υπό τον έλεγχό τους. Οι περισσότεροι άντρες μπορεί να είναι απρόθυμοι να βάλουν τις γυναίκες τους να υιοθετήσουν τον οικογενειακό προγραμματισμό καθώς οι ίδιοι υπάρχει πιθανότητα να έχουν ελάχιστη ή μηδαμινή γνώση. Κάποιοι από τον ανδρικό πληθυσμό μπορεί να αντιτίθενται στη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων για θρησκευτικούς λόγους και άλλοι μπορεί να πιστεύουν ότι οι πολύτεκνες οικογένειες αντικατοπτρίζουν την αρρενωπότητά τους. Σύμφωνα με μελέτες προκειμένου να επιτευχθούν οι Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης της μητρικής θνησιμότητας, η συμμετοχή των ανδρών σε θέματα αναπαραγωγικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του οικογενειακού προγραμματισμού, είναι απαραίτητη (Doyle&Stiglitz, 2014). Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η προώθηση και η παροχή οικογενειακού προγραμματισμού μπορεί να έχει σημαντική συμβολή στην ενδυνάμωση των γυναικών και στην επίτευξη της καθολικής πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη, στην Αφρική, η αντίθεση



ή μη συμμετοχή των ανδρών στον οικογενειακό προγραμματισμό είναι ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν στη χαμηλή χρήση αντισυλληπτικών ή την υψηλή ανεκπλήρωτη ανάγκη (Ethiopian Demographic Health Survey, 2011). Ενώ τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού παραδοσιακά απευθύνονται σε γυναίκες, υπάρχει αυξανόμενη συνειδητοποίηση ότι η αναπαραγωγική ευημερία είναι ευθύνη τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών. Η συμμετοχή των ανδρών στον οικογενειακό προγραμματισμό τις τελευταίες δεκαετίες, έχει κερδίσει μεγαλύτερη προσοχή παγκοσμίως. Ωστόσο, τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού που εστιάζουν στη συμμετοχή του ανδρικού πληθυσμού δεν έχουν εξελιχθεί (Wondimet al., 2020). Σύμφωνα με τους Aderaetal., (2015). Η συμμετοχή των ανδρών στη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων βελτιώνει την αποδοχή και τη συνέχεια των προσεγγίσεων οικογενειακού προγραμματισμού από τις γυναίκες αυξάνοντας τον συντονισμό των συζύγων και μειώνοντας την αντίθεση (Aderaetal., 2015). Προηγούμενες έρευνες έχουν επίσης δείξει ότι η μη συμμετοχή των ανδρών στον οικογενειακό προγραμματισμό οδηγεί σε υψηλή συχνότητα διακοπής της αντισύλληψης μεταξύ των γυναικών (Zakariaetal., 2016; Nteetal., 2009). Ειδικά στην υποσαχάρια Αφρική, όπως η Αιθιοπία, οι άνδρες είναι βασικοί φορείς λήψης αποφάσεων στον οικογενειακό προγραμματισμό (Wondimet al., 2020). Σύμφωνα με μελέτη των Mistik&Nacar, (2003), οι άνδρες διαδραματίζουν εξέχοντα ρόλο στην αναπαραγωγή και είναι επομένως εξαιρετικά χρήσιμο να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στην αντισύλληψη, ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενες χώρες όπου οι στόχοι της αντισύλληψης δεν έχουν επιτευχθεί (Mistik & Nacar, 2003).

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα των ατόμων και των ζευγαριών να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα για τον αριθμό και την απόσταση των παιδιών τους. Τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους να έχουν επαρκείς πληροφορίες και μέσα για να καθορίσουν το μέγεθος των οικογενειών τους και να διαθέτουν ένα πλήρες φάσμα ασφαλών και αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης. Στην παρούσα μελέτη η συντριπτική πλειοψηφία των επισκέψεων στη μονάδα οικογενειακού προγραμματισμού στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, είχε ατομικό χαρακτήρα εν αντιθέσει με το πολύ μικρό ποσοστό ζευγαριών που αναζήτησαν τις υπηρεσίες του συγκεκριμένου τμήματος. Σύμφωνα με μελέτη των Bankole&Ezeh (1999), η ανικανοποίητη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό υπολογίζεται τυπικά μόνο για τις παντρεμένες γυναίκες (Bankole & Ezeh 1999). Αυτή η υπόθεση μπορεί να είναι παραπλανητική, καθώς πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι προτιμήσεις των συζύγων είναι επίσης σημαντικές για την



αναπαραγωγική συμπεριφορά των ζευγαριών, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης αντισυλληπτικών και της επακόλουθης γονιμότητας (Berrington, 2004; Samandarietal., 2010). Τα ζευγάρια συχνά, μπορεί να έχουν διαφορετικές προτιμήσεις γονιμότητας και αυτές οι προτιμήσεις μπορεί να επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών του οικογενειακού προγραμματισμού και συνάμα τη γονιμότητα. Αν και τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού επικεντρώνονται στην κάλυψη των αναγκών μεμονωμένων πελατών, είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι οι προτιμήσεις και οι συμπεριφορές των περισσότερων ατόμων υπάρχουν στο πλαίσιο ενός ζευγαριού και οι προγραμματικές προσεγγίσεις θα μπορούσαν να διαφέρουν βάσει των ανεκπλήρωτων αναγκών του ζευγαριού στον πληθυσμό. Ο Voas (2003) υποστηρίζει ότι σε κοινωνίες όπου η γονιμότητα είναι υψηλή και ο επιπολασμός της αντισύλληψης είναι χαμηλός, όπως στη Δυτική Αφρική, τα ζευγάρια που δεν χρησιμοποιούν οικογενειακό προγραμματισμό είναι πιθανό να συνεχίσουν να μην χρησιμοποιούν έως ότου το ζευγάρι καταλήξει σε συμφωνία σχετικά με τις προθέσεις του και ενεργήσει για την έναρξη χρήσης του οικογενειακού προγραμματισμού (Voas, 2003). Δεδομένου ότι οι περισσότερες διαθέσιμες μέθοδοι αντισύλληψης ελέγχονται από γυναίκες, οι γυναίκες μπορούν να χρησιμοποιούν κρυφά αντισύλληψη εάν το επιθυμούν, αλλά η χρήση αντισύλληψης είναι πιθανό να είναι πιο αποτελεσματική, με μια ευρύτερη ποικιλία διαθέσιμων επιλογών οικογενειακού προγραμματισμού και περισσότερη υποστήριξη για τη συνέχιση της αντισύλληψης, στα ζευγάρια στα οποία οι άνδρες εμπλέκονται στη χρήση του οικογενειακού προγραμματισμού.

Σύμφωνα με το κριτήριο της ηλικίας τα άτομα που επισκέφτηκαν τη μονάδα του οικογενειακού προγραμματισμού αφορούσαν τα 50 και 59 έτη καθώς και τα 40 και 49 έτη. Η ανάπτυξη μιας ευρύτερης επιλογής αξιόπιστης αντισύλληψης στα μέσα του 20ου αιώνα μείωσε το ποσοστό ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης σε νεαρή ηλικία και έδωσε στις γυναίκες έλεγχο της αναπαραγωγής τους. Η απελευθέρωση του νόμου για τις αμβλώσεις σημαίνει ότι λιγότερες γυναίκες συνεχίζουν με ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Αν και η χρήση αντισύλληψης μπορεί να είναι η πιο προφανής αιτία καθυστερημένης τεκνοποίησης, υπάρχουν διάφοροι κοινωνικοί, ψυχολογικοί ή οικονομικοί λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι μπορεί να καθυστερήσουν τη δημιουργία οικογένειας. Οι άνδρες και οι γυναίκες ξοδεύουν περισσότερο χρόνο στην εκπαίδευση και μπορεί να θέλουν να εδραιώσουν τη σταδιοδρομία τους. Η αυξημένη ευημερία και η κοινωνική κινητικότητα μπορεί να οδηγήσουν στο γεγονός ότι οι νέοι χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αποκατασταθούν επαγγελματικά. Σύμφωνα με τους Kalmijn&Kraaykamp (2005),



υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η πρόωγη τεκνοποίηση έχει αρνητική επίδραση στις αποδοχές των γυναικών κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Kalmijn&Kraaykamp, 2005). Οι περισσότερες γυναίκες ξεκινούν οικογένειες σε προχωρημένη μητρική ηλικία άνω των 35 ετών. Οι ηλικιωμένες γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αποβολής και άλλων επιπλοκών που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη. Παρά τις προόδους στην υποβοηθούμενη σύλληψη, δεν υπήρξαν βελτιώσεις στο υπόβαθρο γονιμότητας με την ηλικία. Η «ανεξήγητη» γονιμότητα προκαλείται από την αύξηση της ηλικίας των γυναικών και των συντρόφων τους και ο γηράσκων πληθυσμός αντιμετωπίζει μείωση της γονιμότητας, τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες. Η ατεκνία, σκόπιμη ή όχι, αυξάνεται. Δεν είναι σαφές εάν οι γυναίκες κατανοούν την πραγματική φύση της γονιμότητάς τους. Σύμφωνα με τη μελέτη των Utting&Bewley (2011), η φαινομενικά θαυματουργή φύση της τεχνολογίας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ως «θεραπείας όλων» που μπορεί να προκαλέσει ακόμη και μετεμμηνοπαυσιακή εγκυμοσύνη έχει συσχετιστεί με αντίστοιχη αύξηση της υπογονιμότητας. Στην προθυμία της κοινωνίας να μειώσει την εφηβική εγκυμοσύνη, με τα κοινωνικά της μειονεκτήματα, μπορεί να υπήρχε ανισορροπία στα μηνύματα σχετικά με την αντισύλληψη και τη γονιμότητα, που σημαίνει ότι οι νέοι εγκαταλείπουν αργότερα τη δημιουργία οικογένειας, μερικές φορές πολύ αργά. Θα ήταν κατανοητό αν οι γυναίκες πίστευαν ότι η γονιμότητά τους δεν θα τελειώσει ποτέ και ότι υπάρχουν επιλογές στη διάθεσή τους όταν μεγαλώσουν (Utting&Bewley, 2011).

Η πλειονότητα των χρηστών των υπηρεσιών του οικογενειακού προγραμματισμού ήταν ελληνικής εθνικότητας συγκριτικά με τα σχετικά χαμηλά ποσοστά των χρηστών που κατάγονταν από άλλες χώρες. Το κόστος των υπηρεσιών αλλά και η περιορισμένη πρόσβαση στην ασφαλιστική κάλυψη μπορεί να αποτελούν τροχοπέδη στην πρόσβαση στις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού σε ένα ποσοστό των αλλοδαπών. Επιπρόσθετα, είναι δυνατό να υπάρχει έλλειψη συνειδητοποίησης από τους δυσπρόσιτους πληθυσμούς για τις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού. Ένα μεγάλο ποσοστό των αλλοδαπών που κατοικούν στην Ελλάδα λόγω του ότι εργάζονται αρκετές ώρες μπορεί να μην είναι εφικτό να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού καθώς δεν είναι βολικές οι ώρες αλλά και επειδή οι αποστάσεις είναι αρκετά μακρινές. Σύμφωνα με μελέτες των Anachebe (2006) και Finer (2006), οι εθνικοί δείκτες υγείας έχουν δείξει ότι οι γυναίκες της μειονότητας έχουν χειρότερα αποτελέσματα αναπαραγωγικής υγείας, όπως υψηλότερη μητρική και βρεφική θνησιμότητα και υψηλότερα ποσοστά ακούσιας εγκυμοσύνης (Anachebe, 2006; Finer, 2006). Μελέτη των Thorburn& Bogart (2005), εξέτασε τη συχνότητα των αντιληπτών



διακρίσεων λόγω φυλής που βιώνουν οι μαύρες γυναίκες όταν λαμβάνουν υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού. Από τις 326 γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, το 67% ανέφερε διακρίσεις λόγω φυλής και το 52% ανέφερε εμπειρίες που αντικατοπτρίζουν τα στερεότυπα των μαύρων γυναικών. Επιπλέον, οι εμπειρίες αυτών των ατόμων με τις διακρίσεις δεν είχαν σχέση με τους περισσότερους από τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που εξετάστηκαν, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης, της απασχόλησης, της ισοτιμίας και της σεξουαλικής δραστηριότητας, υποδηλώνοντας ότι η φυλή/εθνικότητα των ασθενών υπερισχύει άλλων παραγόντων σε επίπεδο ασθενών (Thorburn & Bogart, 2005). Η θρησκεία είναι ενσωματωμένη στον πολιτισμό όλων των κοινωνιών. Επηρεάζει θέματα ηθικής, ιδεολογίας και λήψης αποφάσεων, που απασχολούν κάθε άνθρωπο κάποια στιγμή στη ζωή του. Αν και οι διαφορετικές θρησκείες συχνά στερούνται ενιαίας άποψης για θέματα όπως η αντισύλληψη και η άμβλωση, μερικές φορές υπάρχει κάποια δογματική επικάλυψη όταν οι γενικές θρησκευτικές αρχές υπόκεινται στην επιρροή των τοπικών εθίμων. Η μετανάστευση και η πληθυσμιακή ροή προσθέτουν περαιτέρω πολυπλοκότητα στις κοινωνικές απόψεις για θέματα αναπαραγωγής. Η σημερινή Ευρώπη αντιμετώπισε πρόσφατα μια δραματική αύξηση της εισροής προσφύγων, η οποία εγείρει ερωτήματα σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών και τις επιπτώσεις των πολιτισμικών και θρησκευτικών διαφορών στην αναπαραγωγική υγεία. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό, για παράδειγμα, στον Χριστιανισμό, τον Ιουδαϊσμό, το Ισλάμ και τον Ινδουισμό έχουν αναπτυχθεί από διαφορετικά υπόβαθρα και προοπτικές. Η κατανόηση αυτών των διαφορών μπορεί να οδηγήσει σε πιο ικανή από πολιτισμική άποψη παροχή φροντίδας από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Αναφορικά με την ασφαλιστική κάλυψη για το χρονικό διάστημα 2016-2019 η πλειοψηφία των ατόμων που επισκέφτηκαν τη μονάδα οικογενειακού προγραμματισμού διέθετε ασφαλιστική κάλυψη. Αξιοσημείωτο όμως είναι το γεγονός ότι με την πάροδο των ετών παρατηρήθηκε σταδιακή μείωση του ποσοστού των ασφαλισμένων και αύξηση του ποσοστού των ανασφάλιστων. Για τις οικογένειες, η ανεργία μπορεί να σημαίνει περισσότερα από την απλή απώλεια μιας θέσης εργασίας και των πόρων. Καθώς οι γονείς αγωνίζονται να τα βγάλουν πέρα, η αστάθεια μπορεί να επιβαρύνει τις σχέσεις γονέων και παιδιών και να βλάψει τη συνολική ευημερία τους. Το οικονομικό και ψυχολογικό στρες μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στη δομή της στέγασης ή της οικογένειας που μπορεί να έχουν μακροχρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις στην ανάπτυξη των παιδιών.





Στην παρούσα εργασία η πλειοψηφία των ατόμων που επισκέφθηκαν τη μονάδα του οικογενειακού προγραμματισμού ήταν έγγαμα και ο αριθμός των παιδιών που είχαν ήταν δύο, ενώ τα ποσοστά των ζευγαριών που είχαν τέσσερα παιδιά ήταν σαφώς μειωμένο. Ένας παράγοντας που πρόσφατα έχει κερδίσει την προσοχή ως σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων είναι ο ρόλος του συζύγου στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον οικογενειακό προγραμματισμό. Σύμφωνα με τους Kabagenyiet al. (2014), ο ρόλος των ανδρών στον οικογενειακό προγραμματισμό περιλαμβάνει τη λήψη απόφασης για την πρακτική αντισύλληψη, αλλά στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, τα ευρήματα δείχνουν ότι η συμμετοχή των ανδρών είναι λιγότερο συχνή (Ijadunolaetal., 2010). Άλλη μελέτη έδειξε ότι οι άνδρες θα πρέπει επίσης να συμμετέχουν σε προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού (Sharma, 2003), αλλά στις περισσότερες χώρες παγκοσμίως, αυτά τα προγράμματα έχουν μέχρι στιγμής επικεντρωθεί αποκλειστικά στις γυναίκες ως ομάδα-στόχο (Mekonnen&Worku, 2011). Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι εντατικές προσπάθειες για την επίτευξη της στοχευμένης κάλυψης οικογενειακού προγραμματισμού είναι πιο επιτυχημένες όταν περιλαμβάνουν και άνδρες, όχι μόνο γυναίκες (Berhaneetal., 2011). Έρευνα στο Μαλάουι έδειξε ότι η στόχευση ανδρών για παρεμβάσεις οικογενειακού προγραμματισμού μπορεί να αυξήσει σημαντικά τη λήψη αντισυλληπτικών μεθόδων. Η σημασία της συμμετοχής των συζύγων σε προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού έχει επίσης τεκμηριωθεί για την αύξηση της χρήσης σύγχρονων αντισυλληπτικών αντί για παραδοσιακές μεθόδους (Shattucketal., 2011).

Οι απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αποτέλεσαν το υψηλότερο ποσοστό των ατόμων που επισκέφθηκαν το τμήμα οικογενειακού προγραμματισμού. Η εκπαίδευση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος κάθε κοινωνίας. Η ευημερία του πληθυσμού μιας χώρας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το εκπαιδευτικό της σύστημα. Οι επενδύσεις στην εκπαίδευση των γυναικών αποφέρουν δραματικές αποδόσεις στην υγεία των γυναικών, των παιδιών και των κοινοτήτων. Σύμφωνα με την Ethiopia Demographic and Health Survey (2011), οι νέες γυναίκες χωρίς εκπαίδευση έχουν ελαφρώς λιγότερες πιθανότητες από τις γυναίκες με δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση να γνωρίζουν μια σύγχρονη μέθοδο οικογενειακού προγραμματισμού (Ethiopia Demographic and Health Survey (2011).

Οι άνεργοι αποτέλεσαν το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που επισκέφθηκαν τη μονάδα του οικογενειακού προγραμματισμού, όμως το ποσοστό δεν είχε μεγάλη απόκλιση από τις άλλες ομάδες ατόμων. Το ποσοστό αυτό των άνεργων που



επισκέφτηκαν το τμήμα του οικογενειακού προγραμματισμού μπορεί να οφείλεται στο ότι δεν διέθεταν τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους προκειμένου να επισκεφτούν κάποιον ιδιώτη γιατρό.

Ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού αφορούσε την τεχνητή διακοπή κύησης. Η διακοπή της κύησης με τεχνητό τρόπο ενέχει σοβαρούς κινδύνους για τη γυναίκα. Μελέτες έδειξαν πως η διακοπή της πρώτης κύησης διπλασιάζει τις πιθανότητες εμφάνισης του καρκίνου του μαστού. Οι λόγοι που μπορεί μια γυναίκα να καταφεύγει σε διακοπή της κύησης είναι κοινωνικοί και οικονομικοί. Μία γυναίκα μπορεί να θεωρεί πως δεν θα μπορέσει να ανταπεξέλθει οικονομικά με τον ερχομό ενός παιδιού, ή πως δεν είναι η κατάλληλη στιγμή να αποκτήσει παιδί ή μπορεί να θεωρεί πως έχει ολοκληρώσει την τεκνοποίηση.

Οι υπηρεσίες που διενεργούνται σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό στη μονάδα οικογενειακού προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας είναι η λήψη δείγματος κολπικού και τραχηλικού υγρού, το γνωστό τεστ Παπανικολάου. Ακολουθεί η λήψη κολπικών υγρών για καλλιέργεια, οι γυναικολογικές εξετάσεις, η εξέταση των μαστών, ο έλεγχος για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα, η τοποθέτηση κολπικών σπειραμάτων και η διενέργεια εμβολιασμού έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας φαίνεται να αποτελεί σημαντική προτεραιότητα του γυναικείου πληθυσμού όπως φαίνεται και από τα ποσοστά και μέσω των επαγγελματιών υγείας μπορεί να υπάρξει πλήρη ενημέρωση, παρακολούθηση, αξιολόγηση αλλά και παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες όταν κρίνεται απαραίτητο. Η λήψη υλικού για τη διενέργεια βιοψίας, η διενέργεια τεστ HPV DNA και ο καυτηριασμός κονδυλωμάτων αποτελούν κλινικές πράξεις οι οποίες δεν έχουν διενεργηθεί καθόλου για το χρονικό διάστημα 2016-2019. Παρά το γεγονός ότι οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από τη μονάδα οικογενειακού προγραμματισμού, οι πολίτες δεν κάνουν χρήση. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι ίσως οι χρήστες να αναζητούν τις υπηρεσίες αυτές σε άλλα ιδρύματα είτε δημόσια είτε ιδιωτικά.

Αναφορικά με την ενημέρωση και τη συμβουλευτική το τμήμα παρέχει πληροφόρηση περισσότερο σε υπηρεσίες που αφορούν τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Επιπρόσθετα, η προετοιμασία των νέων ζευγαριών για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό αλλά και την φροντίδα και την υγεία του νεογνού και θέματα εμμηνόπαυσης περιλαμβάνονται στη συμβουλευτική που παρέχεται από το τμήμα. Στην ίδια συχνότητα στη συμβουλευτική και την ενημέρωση κυμαίνονται ο θηλασμός, ο εμβολιασμός έναντι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων και η υγιεινή του γεννητικού συστήματος. Σε



χαμηλά ποσοστά κυμαίνεται η πληροφόρηση σχετικά με την αντισύλληψη μετά τον τοκετό, των μεθόδων αντισύλληψης, η διακοπή της ανεπιθύμητης κύησης, η ψηλάφηση των μαστών καθώς και η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Οι υπηρεσίες που χρησιμοποιούνται λιγότερο από τους χρήστες αφορούν θέματα υπογονιμότητας, ψυχολογικής υποστήριξης των γυναικών μετά τον τοκετό, του προγραμματισμού μιας επιθυμητής εγκυμοσύνης και στήριξης μονογονεϊκών οικογενειών. Για το χρονικό διάστημα 2016-2019 δεν αναφέρεται καμία περίπτωση που να χρήζει συμβουλευτικής ενημέρωσης σε κακοποιημένη γυναίκα.

Το τμήμα οικογενειακού προγραμματισμού για το χρονικό διάστημα 2016-2019 πραγματοποίησε ενέργειες και επιμόρφωσης του πληθυσμού της πόλης της Καλαμάτας. Τα ζητήματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης βρίσκονται ψηλά στην ατζέντα του τμήματος, ενώ παράλληλα έγιναν ενέργειες επιμόρφωσης και ενημέρωσης για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις αντισυλληπτικές μεθόδους. Κατά το έτος 2016 το τμήμα πραγματοποίησε δράσεις ενημέρωσης για την υπογονιμότητα αλλά και δράσεις που αφορούσαν τις ευπαθείς ομάδες. Αρκετές ήταν και οι ενέργειες ενημέρωσης για ζητήματα πρόληψης των κληρονομικών και χρόνιων νοσημάτων. Το τμήμα του οικογενειακού προγραμματισμού για το έτος 2017 προχώρησε σε ενημερώσεις, έξι στον αριθμό, για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων και σε πέντε ενημερώσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Δράσεις επίσης πραγματοποιήθηκαν για τις αντισυλληπτικές μεθόδους και για την πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου. Το 2018 πραγματοποιήθηκε μια σειρά δράσεων για το μητρικό θηλασμό, τον γυναικολογικό καρκίνο και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Το έτος 2019 οι ενημερωτικές δράσεις του τμήματος εστίασαν στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, στο μητρικό θηλασμό, το γυναικολογικό καρκίνο, τις αντισυλληπτικές μεθόδους και την υγιεινή του γεννητικού συστήματος.

Ελάχιστες ήταν οι παραπομπές προς άλλους φορείς από το τμήμα του οικογενειακού προγραμματισμού, ενώ δεν καταγράφηκε καμία παραπομπή προς το τμήμα οικογενειακού προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας από κάποιο άλλο φορέα.

## 6.6. Συμπεράσματα

Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι μοναδικός μεταξύ των αναπτυξιακών πρωτοβουλιών στο φάσμα των πιθανών οφελών του, που περιλαμβάνει την οικονομική



ανάπτυξη, την υγεία της μητέρας και του παιδιού, την εκπαιδευτική πρόοδο, την ενδυνάμωση των γυναικών και την προστασία του περιβάλλοντος. Ορισμένα από αυτά τα οφέλη είναι αδιαμφισβήτητα. Η συμβολή της χρήσης αντισυλληπτικών στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας, κυρίως μέσω της αποφυγής ακούσιων εγκυμοσύνων, και στη μείωση της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας, σε μεγάλο βαθμό μέσω της μεγαλύτερης απόστασης μεταξύ των γεννήσεων, είναι καλά τεκμηριωμένα.

Η τεκμηρίωση των οφελών του οικογενειακού προγραμματισμού και της μείωσης της γονιμότητας για τη μείωση της φτώχειας ήταν ένα πολύ αμφιλεγόμενο έργο. Οι μειώσεις τόσο της γονιμότητας όσο και των δεικτών εξάρτησης ευνοούν την αποταμίευση και τις επενδύσεις και ενισχύουν το ανθρώπινο κεφάλαιο αυξάνοντας την πρόσβαση στην εκπαίδευση και την κατάρτιση. Αυτές οι οικονομικές εκτιμήσεις ισχύουν με ιδιαίτερη βαρύτητα στις φτωχότερες χώρες, όπου ο συνδυασμός της συνεχιζόμενης ταχείας αύξησης του πληθυσμού, της στάσιμης γεωργικής παραγωγικότητας, της εκτεταμένης επισιτιστικής ανασφάλειας και υποσιτισμού, της κλιματικής αλλαγής και της πίεσης σε εύθραυστα περιβάλλοντα θέτουν σοβαρές προκλήσεις.

Η μονάδα οικογενειακού προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας εξυπηρετεί ένα μεγάλο μέρος των πολιτών του νομού Μεσσηνίας. Όπως προκύπτει αποτελεί ένα κοινωνικό θεσμό ο οποίος διακρίνεται για την υποστήριξη του στον πληθυσμό. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες της προάγουν και διασφαλίζουν τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των ατόμων χωρίς διακρίσεις και χωρίς καμία προκατάληψη αλλά και έχοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, κοινωνικά, θρησκευτικά, πολιτιστικά, εθνικά των χρηστών της. Επιπρόσθετα, το τμήμα συμβάλλει στην καλλιέργεια της γνώσης και στην προώθηση της ολοκληρωμένης ενημέρωσης και συμβουλευτικής έχοντας σαν απώτερο στόχο την πρόληψη, την διατήρηση και εξασφάλιση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας αλλά και της κοινωνίας. Το τμήμα οικογενειακού προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας προσαρμόζεται στις αλλαγές λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση υγείας του πληθυσμού αλλά και τις κοινωνικές ανάγκες, και επιπλέον, προσεγγίζει με έναν ολιστικό τρόπο τα ζητήματα που πραγματεύεται. Οι υψηλής ποιότητας παρεχόμενες υπηρεσίες του τμήματος οικογενειακού προγραμματισμού συμβάλλουν στη μείωση της γονιμότητας, παράγοντας μεγάλης κλίμακας βελτιώσεις στην υγεία, στο κόστος, στα ανθρώπινα δικαιώματα, στην εκπαίδευση και στην κοινωνική ευημερία.

Η αξία του Τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, εκτός από την κοινωνική και οικονομική όπως φαίνεται και



από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έχει και διαχρονική αξία. Η ανάγκη ύπαρξης και η εφαρμογή των προγραμμάτων του Τμήματος αποτελούν σταθερές αξίες και απαιτητές υπηρεσίες από το σύνολο του πληθυσμού του νομού Μεσσηνίας.



## Βιβλιογραφία

- Abdel, A. and Amira, O., (2013). Factors affecting unmet need for family planning in Eastern Sudan BMC Public Health 2013, 13:102.
- Abel, G.J., Barakat, B., KC, S. and Lutz, W., (2016). Meeting the Sustainable Development Goals lead to lower population growth. PNAS, 113(50), pp. 14294-14299.
- Adera, A., Belete, T., Gebru, A., Hagos, A., (2015) Assessment of the role of men in FP utilization at, Tigray, North Ethiopia. Am J Nurs Sci.;4(4):174.
- AGI. (2003). *Adding it up: The benefits of investing in sexual and reproductive health care*. New York: AGI.
- Alkema, L., Kantorova, V., Menozzi, C., & Biddlecom, A. (2013). National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. Lancet (London, England), 381(9878), 1642–1652.
- All Party Parliamentary Group on Population Development and Reproductive Health, (APPG) (2007). Return of population growth factor: its impact on the Millennium Development Goals. London (UK): APPG, Population Development and Reproductive Health.
- Altshuler, A, Blumenthal, PD. (2013). A Global Overview of Use and Practice of Contraception: Past, Present, and Future. In: Arora M, Blumenthal PD, Sheriar N, Joshi R, eds. World Clinics: Obstetrics and Gynecology. New Delhi, India: Jaypee Brothers Medical Publishers; 11–28.
- Anachebe, N.F., (2006). Racial and ethnic disparities in infant and maternal mortality. Ethn Dis;16(S3):71–76.
- Andurkar, S., Yadav, V., and Dalvi, S., (2006) .Study of unmet need for family planning among married women of reproductive age in urban health central field practice area of Govt. Medical College, Aurangabad. Indian J Public Health.2006; 50:45-6.
- Anwar, S., Aslam, Z., Qureshi, S., Riaz, Q., (2015). Unmet Needs for Family Planning. J. Rawalpindi Med Coll. Stud. Suppl., 19, 55–58.
- Asamoah, B. O., Agardh, A., & Östergren, P.-O. (2013). Inequality in fertility rate and modern contraceptive use among Ghanaian women from 1988–2008. International Journal for Equity in Health, 12(1), 37.



- Assefa, H., Fikrewold, H. (2011). Factors affecting unmet need for family planning in southern nations, nationalities and peoples region, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 21(2), 77-89.
- Ataullahjan, A., Mumtaz, Z., & Vallianatos, H. (2019). Family planning, Islam and sin: Understandings of moral actions in Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *Social Science & Medicine*.
- Bankole, A., Ezeh A.C., (1999). Unmet need for couples: An analytical framework and evaluation with DHS data. *Population Research and Policy Review*; 18(6):579–605.
- Bellows, B., Bulaya, C., Inambwae, S., Lissner, C. L., Ali, M., & Bajracharya, A. (2016). Family Planning Vouchers in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *Studies in Family Planning*, 47(4), 357–370.
- Bergmann, J. N., & Stockman, J. K. (2015). How does intimate partner violence affect condom and oral contraceptive Use in the United States? *Contraception*, 91(6), 438–455.
- Berhane, A., Biadgilign, S., Amberbir, A., Morankar, S., Berhane, A., & Deribe, K. (2011). Men's knowledge and spousal communication about modern family planning methods in Ethiopia. *African journal of reproductive health*, 15(4), 24–32.
- Bernstein, S., and Eduard, L., (2007). Targeting access to reproductive health: giving contraception more prominence and using indicator to monitor progress. *Reproductive Health Matters*. 2007;15 (29).
- Berrington, A., (2004). Perpetual postponers? Women's, men's and couple's fertility intentions and subsequent fertility behaviour. *Population trends*, (117), 9–19.
- Bitzer, J., (2015). Keep Europe alive. *Eur J Contracept Reprod Health Care*.; 20:327–328.
- Blanc, A. K., Curtis, S. L. & Croft, T. N. (2002). Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care. *Stud Fam Plann*, 33, 127-40.
- Blumenthal, P., & Schivone, G. (2016). Contraception in the Developing World: Special Considerations. *Seminars in Reproductive Medicine*, 34(03), 168–174.
- Blumenthal, PD., Voedisch, A., Gemzell-Danielsson, K., (2011). Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. *Hum Reprod Update* 2011;17(1):121–137.



- Bongaarts, J. (2011). Can family planning programs reduce high desired family size in subsaharan Africa? *Int Perspect Sex Reprod Health*, 37, 209-16.
- Bongaarts, J., (2015). Global fertility and population trends. *Semin Reprod Med*; 33(1):5–10
- Bradley, K., Trevor, N., Joy, D., and Westoff, F., (2012). Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25(1). Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann*, 21, 61-91.
- Burke, H. M. & Ambasa-Shisanya, C. (2011). Qualitative study of reasons for discontinuation of injectable contraceptives among users and salient reference groups in Kenya. *Afr J Reprod Health*, 15, 67-78.
- Cahill, N., Sonneveldt, E., Stover, J., Weinberger, M., Williamson, J., Wei, C., ... Alkema, L. (2018). Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool. *The Lancet*, 391(10123), 870–882.
- Caldwell, J. C., Phillips, J. F. & Barkat E, K. (2002). The future of family planning programs. *Stud Fam Plann*, 33, 1-10.
- Campbell, M., Sahin-Hodoglugil, N. N., & Potts, M. (2006). Barriers to Fertility Regulation: A Review of the Literature. *Studies in Family Planning*, 37(2), 87–98.
- Camphuijsen, M., Wallaart, K., (2016). Overcoming Barriers to Family Planning in Pakistan: Lessons from Stories of Change and a Literature Review; Oxfam Novib: Islamabad, Pakistan; p. 19.
- Casterline, J. B., Perez, A. E. & Biddlecom, A. E. (1997). Factors underlying unmet need for family planning in the Philippines. *Stud Fam Plann*, 28, 173-91.
- Casterline, J. B., Sathar, Z. A., & Haque, M. (2001). Obstacles to Contraceptive Use in Pakistan: A Study in Punjab. *Studies in Family Planning*, 32(2), 95–110.
- CDC, (2007). *Sexually transmitted disease surveillance, 2006*. Atlanta, GA: CDC.
- CDC, (2008). *New estimates of U.S. HIV prevalence, 2006*. Atlanta, GA: CDC.





- Chipeta, E., Chimwaza, W., & Kalilani-Phiri, L. (2010). Contraceptive Knowledge, Beliefs and Attitudes in Rural Malawi: Misinformation, Misbeliefs and Misperceptions. *Malawi Medical Journal*, 22(2).
- Chopra, M., Daviaud, E., Pattinson, R., Fonn, S., Lawn, JE., (2009). Saving the lives of South Africa's mothers, babies, and children: can the health system deliver? *Lancet*;374(9692):835–46.
- Cleland, J, Machiyama, K., (2015). Unmet need for family planning: past achievements and remaining challenges. *Semin Reprod Med*;33(1):11–1.
- Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A. & Innis, J. (2006). Family planning: the unfinished agenda. *Lancet*, 368, 1810-27.
- Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., and Innis, J., (2006). Family planning: The unfinished agenda. *Lancet* 368(9549):1810–1827.
- Collumbien, M., Gerressu, M., Cleland, J., (2004). Non-use and use of ineffective methods of contraception. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. *Comparative Quantification of Health Risks: The Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Geneva: World Health Organization:1255–319.
- Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermudez, A., and Kafury-Goeta, A.C., (2006). Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 295(15):1809–1823.
- Dansereau, E., Schaefer, A., Hernández, B., Nelson, J., Palmisano, E., Ríos-Zertuche, D., ... El Bcheraoui, C. (2017). Perceptions of and barriers to family planning services in the poorest regions of Chiapas, Mexico: a qualitative study of men, women, and adolescents. *Reproductive Health*, 14(1).
- Dialmy, A., (2010). Sexuality and Islam. *Eur J Contracept Reprod Health Care*;15:160–168.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.
- Doyle, M. W., & Stiglitz, J. E. (2014). Eliminating Extreme Inequality: A Sustainable Development Goal, 2015–2030. *Ethics & International Affairs*, 28(01), 5–13.
- El Hamri, N., (2010). Approaches to family planning in Muslim communities. *J Fam Plann Reprod Health Care*;36:27–31.



- Emina, J. B. O., Chirwa, T., & Kandala, N.-B. (2014). Trend in the use of modern contraception in sub-Saharan Africa: does women's education matter? *Contraception*, 90(2), 154–161.
- Ethiopia Demographic and Health Survey (2011). *Girls' Education and Family Planning*. The David and Lucile Packard Foundation.
- Ethiopian Demographic Health Survey (EDHS) (2011). *Central Statistical Agency*.
- Ewerling, F., Victora, C. G., Raj, A., Coll, C. V. N., Hellwig, F., & Barros, A. J. D. (2018). Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low- and middle-income countries: who is lagging behind? *Reproductive Health*, 15(1).
- Fabir, M. S., Choi, Y., Bongaarts, J., Darroch, J. E., Ross, J. A., Stover, J., ... Starbird, E. (2015). Meeting demand for family planning within a generation: the post-2015 agenda. *The Lancet*, 385(9981), 1928–1931.
- Fabir, M.S., Choi, Y., Bongaarts, J., Darroch, J.E., Ross, J.A., Stover, J., et al. (2014). Meeting demand for family planning within a generation: the post-2015 agenda. *Lancet*. 2014.
- Ferdousi, S., Jabbar, M., Hoque, S., Karim, S., Mahmood, A., Ara, R., and Khan, N., (2010). Unmet need of family planning among Rural women in bangladesh *J Dhaka Med Coll.*, 2010; 19(1).
- Finer, L. B., and Henshaw, S.K., (2006). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 38(2):90–96.
- Finer, L.B., (2006). Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health*;38:90–96.
- Frost, J. J., Darroch, J.E., and Remez, L., (2008). *Improving contraceptive use in the United States*. New York: AGI.
- Gakidou, E., Vayena, E., (2007). Use of modern contraception by the poor is falling behind. *PLoS Med*;4:e31.
- Galang Philippines. (2016). Country Advocacy Brief: Philippines. Comprehensive Sexuality Education: The Way Forward. Retrieved from <https://arrow.org.my/wpcontent/uploads/2017/10/Phillipines-CSE-brief.pdf>.
- Gebreselassie, T., and Pav, G., (2013). Levels and Trends in Unmet Need for Family Planning among Adolescents and Young Women in Ethiopia. Calverton, Maryland, USA: ICF International;11-4.



- Glasgow, R.E., (2008). Perceived Barriers to Self-Management and Preventive Behaviors. Available online: <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/barriers.pdf> (accessed on 4 October 2021).
- Glasier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., & Van Look, P. F. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet*, 368(9547), 1595–1607.
- Green, M., Shareen J., and Omar R., (2012). «UNFPA State of World Population 2012 By Choice, Not by Chance: Family Planning, Human Rights, and Development.»
- Greene, E. & Stanback, J. 2011. Old barriers need not apply: opening doors for new contraceptives in the developing world. *Contraception*, 85, 11-4.
- Guttmacher Institute. (2009). In Brief: Facts on Abortion in Kenya. New York: Guttmacher Institute. [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org).
- Habumuremyi, P. D., & Zenawi, M. (2012). Making family planning a national development priority. *The Lancet*, 380(9837), 78–80.
- Haimov-Kochman, R., Adler, C., Ein-Mor, E., et al., (2012). Infertility associated with precoital ovulation in observant Jewish couples; prevalence, treatment, efficacy and side effects. *Isr Med Assoc J.*;14:100–103.
- Haimov-Kochman, R., Hochner-Celinkier, D., (2007). Contraceptive counseling for orthodox Jewish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*;12:13–18.
- Hancock, N. L., Stuart, G. S., Tang, J. H., Chibwesa, C. J., Stringer, J. S. A., & Chi, B. H. (2016). Renewing focus on family planning service quality globally. *Contraception and Reproductive Medicine*, 1(1). doi:10.1186/s40834-016-0021-6
- Harakas, S.S., (1982). Contemporary moral issues facing the Orthodox Christian. Minneapolis (MN): Light and Life Publishing Company.
- Helzner, J. F. (2002). Transforming family planning services in the Latin American and Caribbean region. *Stud Fam Plann*, 33, 49-60.
- Hessini, L., (2007). Abortion and Islam: policies and practice in the Middle East and North Africa. *Reprod Health Matters*;15:75–84.
- Heuser, C. C., Gibbins, K. J., Smid, M. C., & Branch, D. W. (2017). Reproductive rights advocacy: not just for the family-planning community. *American journal of obstetrics and gynecology*, 217(3), 322-e1.



<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/index.html>>.

- Hull, V. (1996). Improving quality of care: a status report. Family planning. Popul Briefs, 2, 6.
- Igwegbe, A., Ugboaja, J., and Monago, E., (2009). Prevalence and determinants of unmet need for family planning in Nnewi, South-east Nigeria. International Journal of Medicine and Medical Sciences 1(8):325–9.
- Ijadunola, M. Y., Abiona, T. C., Ijadunola, K. T., Afolabi, O. T., Esimai, O. A., & OlaOlorun, F. M. (2010). Male involvement in family planning decision making in Ile-Ife, Osun State, Nigeria. African journal of reproductive health, 14(4 Spec no.), 43–50.
- IOM (Institute of Medicine), (1995). *The best intentions: Unintended pregnancy and the well-being of children and families*. Washington, DC: National Academy Press.
- Iyer, S., (2002). Religion and decision to use contraception in India. J Sci Study Relig.;41:711–722.
- Jabeen, S., Rathor, A., Riaz, M., Zakar, R., Fischer, F., (2020). Demand and supply-side factors associated with the use of contraceptive methods in Pakistan: A comparative study of demographic and health surveys, 1990–2018. BMC Women Health, 20, 265.
- Jain, S., (2003). The right to family planning, contraception and abortion: the Hindu view. In: Maguire DC, ed. Sacred rights: the case for contraception and abortion in world religions. Oxford: Oxford University Press. p. 129–144.
- Jejeebhoy, S. J., & Sathar, Z. A. (2001). Women’s Autonomy in India and Pakistan: The Influence of Religion and Region. Population and Development Review, 27(4), 687–712.
- Kabagenyi, A., Jennings, L., Reid, A., Nalwadda, G., Ntozi, J., & Atuyambe, L. (2014). Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: a qualitative study of men and women’s perceptions in two rural districts in Uganda. Reproductive Health, 11(1).
- Kalmijn, M., & Kraaykamp, G. (2005). Late or later? A sibling analysis of the effect of maternal age on children’s schooling. Social Science Research, 34(3), 634–650.



- Khan, S., Bradley, S., Fishel, J., and Mishra, V., (2008). Unmet Need and the Demand for Family Planning in Uganda: Further Analysis of the Uganda Demographic and Health Surveys, 1995–2006. Calverton, MD: Macro International Inc.
- Kiani, M.F.K., (2003). Motivation and Involvement of Men in Family Planning in Pakistan. *Pak. Dev. Rev.*, 42, 197–217.
- Kishen, M., (2013). Counselling: the cultural dimension. *Gynaecol Forum.*;18:17–19.
- Klostermaier, K.K., (2007). A survey of Hinduism. 3rd ed. Albany (NY): State University of New York Press.
- Kopnina, H., and Washington, H., (2016). Discussing why population growth is still ignored or denied. *Chinese Journal of Population Resources and Environment*, 14(2), pp.133-143.
- Κρεατσάς, Γ., (2003). Σεξουαλική Αγωγή και οι σχέσεις των δύο φύλων. Αθήνα Ελληνικά Γράμματα.
- Land, J. A., and Evers, J.L.H., (2002). Chlamydia infection and subfertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 16(6):901–912.
- Laya, K.S., (2012). Prevalance and determinants of unmet need for family planning among women in India. *Research and Social Practices in Social Sciences* 7(2) 59-70.
- LoPresti, AF., (2005). Christianity. In: Manning C, Zuckerman P, eds. Sex and religion. Toronto: Thomson Wadsworth; p. 117–141.
- Machiyama, K., & Cleland, J. (2015). Unmet Need for Family Planning: Past Achievements and Remaining Challenges. *Seminars in Reproductive Medicine*, 33(01), 011–016. doi:10.1055/s-0034-1395273
- Machiyama, K., Casterline, J. B., Mumah, J. N., Huda, F. A., Obare, F., Odwe, G., ... Cleland, J. (2017). Reasons for unmet need for family planning, with attention to the measurement of fertility preferences: protocol for a multi-site cohort study. *Reproductive Health*, 14(1).
- Maguire, D.C., (2003). Sacred rights: the case for contraception and abortion in world religions. Oxford: Oxford University Press.
- Mboane, R., & Bhatta, M. P. (2015). Influence of a husband’s healthcare decision making role on a woman’s intention to use contraceptives among Mozambican women. *Reproductive Health*, 12(1).



- Mekonnen, W., & Worku, A. (2011). Determinants of low family planning use and high unmet need in Butajira District, South Central Ethiopia. *Reproductive health*, 8, 37.
- Mistik, S, Nacar, M., (2003). Married men's opinion and involvement regarding family planning in rural areas of turkey. *Contraception*. 67(2):133-137.
- Mosha, I., Ruben, R., & Kakoko, D. (2013). Family planning decisions, perceptions and gender dynamics among couples in Mwanza, Tanzania: a qualitative study. *BMC Public Health*, 13(1).
- Najafi-Sharjabad, F., Yahya, S. Z. S., Rahman, H. A., Hanafiah, M., & Manaf, R. A. (2013). Barriers of modern contraceptive practices among Asian women: A mini literature review. *Global Journal of health science*, 5(5), 181.
- NCHS, (2008). *NCHS data on teenage pregnancy*. [http://www.cdc.gov/nchs/data/infosheets/infosheet\\_teen\\_preg.htm](http://www.cdc.gov/nchs/data/infosheets/infosheet_teen_preg.htm) (accessed October 9, 2021).
- Ndaruhuye, D., Broekhuis, A. and Hooimeijer, P., (2009). Demand and unmet need for means of family limitation in Rwanda. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35(3):122–30.
- Ndayizigiye, M., Fawzi, M. C. S., Lively, C. T., & Ware, N. C. (2017). Understanding low uptake of contraceptives in resource-limited settings: a mixed-methods study in rural Burundi. *BMC Health Services Research*, 17(1).
- Nte, A., Odu, N., Enyindah, C., (2009) Male involvement in family planning: women's perception. *Niger J Clin Pract.*;12:3.
- Ojaka, D., (2008). Trends and Determinants of Unmet Need for Family Planning in Kenya. DHS Working Papers No. 56. Calverton, MD: Macro International, Inc.:23-26.
- Okech, T., Wawire, N., and Mburu, K., (2011). Contraceptive Use among Women of Reproductive Age in Kenya's City Slums. *International Journal of Business and Social Science* Vol. 2 No. 1.:1-3
- Oluwasanmi, L., Supa, P., and Karl, P., (2011). Awareness and use of and barriers to family planning services among female university students in Lesotho. *SAJOG* Vol. 17, No. 3:1- 6.
- Omran, AR., (1982). *Family planning in the legacy of Islam*. London: Routledge.
- Omwago, O. and Khasakhala, A. (2006). «Factors influencing couples' unmet need for contraception in Kenya». *Africa Population Studies*, 21(2): 75–94.



- Oyedokun, O., (2007), Determinants of Contraceptive Usage: Lessons from Women in Osun State, Nigeria, *Journal of Humanities and Social Science*, Volume 1, Issue 2:1-3.
- Pachauri, S., & Santhya, K. G. (2002). Reproductive choices for Asian adolescents: A focus on contraceptive behavior. *International Family Planning Perspectives*, 186-195.
- Paine, K., Thorogood, M. & Wellings, K. (2000). The impact of the quality of family planning services on safe and effective contraceptive use: a systematic literature review. *Hum Fertil (Camb)*, 3, 186-193.
- Pellegrom, D. (2006). RE: Personal communication with President and CEO of Pathfinder International.
- Petrunej, T., Wilson, L. C., Stanback, J., & Cates, W. (2014). Family planning and the post-2015 development agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(8), 548–548A.
- Pinter, B., (2016). 12th ESC Seminar. How can we use better understanding of religious beliefs to promote contraceptive use? *ESC Newsletter*;13:3.
- Pinter, B., Hakim, M., Seidman, D. S., Kubba, A., Kishen, M., & Di Carlo, C. (2016). Religion and family planning. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), 486–495.
- Population Reference Bureau 2011. (2011). PRB 2011 World Population Data Sheet.
- Pound, P., Denford, S., Shucksmith, J., Tanton, C., Johnson, A. M., Owen, J., ... & Campbell, R. (2017). What is best practice in sex and relationship education? A synthesis of evidence, including stakeholders' views. *BMJ open*, 7(5), e014791.
- Prata, N., Weidert, K., Fraser, A., Gessesew, A., (2013). Meeting rural demand: a case for combining community-based distribution and social marketing of injectable contraceptives in Tigray, Ethiopia. *PLoS ONE* ;8(7):e68794.
- Puig Borràs, C., & Álvarez Álvarez, B. I. (2018). The history of universal access to emergency contraception in Peru: a case of politics deepening inequalities. *Reproductive health matters*, 26(54), 47-50.
- Ramarao, S. & Mohanam, R. (2003). The quality of family planning programs: concepts, measurements, interventions, and effects. *Stud Fam Plann*, 34, 227-48.



- Regmi, P. R., Van Teijlingen, E., Simkhada, P., & Acharya, D. R. (2010). Barriers to Sexual Health Services for Young People in Nepal. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 28(6).
- Report of the International Conference on Population and Development, (1994).»  
International Conference on Population and Development. Cairo: United Nations.
- Rice, L. W., Espey, E., Fenner, D. E., Gregory, K. D., Askins, J., & Lockwood, C. J. (2019). Universal access to contraception: women, families, and communities benefit. *American journal of obstetrics and gynecology*.
- Roots of Health (2019). Youth Work. Retrieved from <http://rootsofhealth.org/youth-work/>.
- Sahin, H. A., & Sahin, H. G. (2003). Reasons for not using family planning methods in Eastern Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 8(1), 11–16.
- Samandari, G., Speizer, Ilene, S., O'Connell, K.,. (2010). The role of social support and parity on contraceptive use in Cambodia. *International Family Planning Perspectives*. 2010;36(3):122–31.
- Samira, M.E. and Nihad, K.M., (2011). Knowledge, attitude and practice of family planning among women in Basrah city south of Iraq. *Medical journal Basrah University*, vol 29, no. 1&2, 2011:1-3.
- Schenker, J. . (2000). Women's reproductive health: monotheistic religious perspectives. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 70(1), 77–86.
- Schenker, JG., (2008). The beginning of human life: status of embryo. *Perspectives in Halakha (Jewish religious law)*. *J Assist Reprod Genet*;25:271–276.
- Sedgh, G., & Hussain, R. (2014). Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries. *Studies in Family Planning*, 45(2), 151–169.
- Sedgh, G., Hussain, R., (2014). Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Stud Fam Plann*;45(2):151–169.
- Sedgh, G., Hussain, R., Bankole, A., and S. Singh, S., (2007). Occasional report No. 37. Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method. New York, USA: Guttmacher Institute.: 5-9.





- Sen, A., (2001). Population and gender equity. *Journal of Public Health Policy* 22(2): 169-174.
- Shaikh, B.T., Azmat, S.K., Mazhar, A., (2013). Family planning and contraception in Islamic countries: A critical review of the literature. *J.Pak. Med. Assoc.*, 63, 67–72.
- Sharma, A., (2003). Male Involvement in Reproductive Health: Women’s Perspective. *The Journal of Family Welfare*;49(1):1–7.
- Shattuck, D., Kerner, B., Gilles, K., Hartmann, M., Ng'ombe, T., & Guest, G. (2011). Encouraging contraceptive uptake by motivating men to communicate about family planning: the Malawi Male Motivator project. *American journal of public health*, 101(6), 1089–1095.
- Shaw, D. (2006). Sexual and reproductive health: rights and responsibilities. *The Lancet*, 368(9551), 1941–1943.
- Sherma, R.D., (2005). Hinduism. In: Manning C, Zuckerman P, eds. *Sex and religion*. Toronto: Thomson Wadsworth;p. 18–40.
- Sinai, I., Omoluabi, E., Jimoh, A., & Jurczynska, K. (2019). Unmet need for family planning and barriers to contraceptive use in Kaduna, Nigeria: culture, myths and perceptions. *Culture, Health & Sexuality*, 1–16.
- Sinding, S. W. (2008). What has happened to family planning since Cairo and what are the prospects for the future? *Contraception*, 78(4), S3–S6.
- Singh, S., Vlassoff, M., Nadeau, J.,(2003). *Adding it up: the benefits of investing in sexual and reproductive health care*. New York (NY): United Nations Population Fund, The Alan Guttmacher Institute.
- Snow, R. C., Laski, L., & Mutumba, M. (2015). Sexual and reproductive health: Progress and outstanding needs. *Global Public Health*, 10(2), 149–173.
- Srikanthan, A., & Reid, R. L. (2008). *Religious and Cultural Influences on Contraception*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30(2), 129–137.
- Srinivas, M.N., (1993). The Hindu view: a part of life. *Asiaweek*;53:59.
- Stephenson, R., Hennink, M., (2004). Barriers to family planning service use among the urban poor in Pakistan. *Asia-Pac. Popul. J.*,19, 5–26.
- Subhash, B., (2013). Socio-economic and Demographic Determinants of Unmet Need for Family Planning in India and its Consequences. *Research on Humanities and Social Sciences*. Vol.3, No.3, 2013:2-3.



- Suh, S., Moreira, P. & Ly, M. (2007). Improving quality of reproductive health care in Senegal through formative supervision: results from four districts. *Hum Resour Health*, 5, 26.
- Swearingen, J. (2018). Facebook Used the Philippines to Test Free Internet. Then a Dictator was Elected. *Intelligencer*. Retrieved from <https://nymag.com/intelligencer/2018/09/how-facebooksfree-internet-helped-elect-a-dictator.html>.
- Tabassum, A., Manj, Y.N., Gunjial, T.R., Nazir, S., (2016). Perceptions of rural women about contraceptive usage in district Khushab, Punjab. *JPMA*, 66, 1577–1581.
- The English Standard Version Bible, (2009). New York: Oxford University Press.
- Thorburn, S., Bogart, L.M., (2005). African American women and family planning services: Perceptions of discrimination. *Women Health*;42:23–39.
- Tsui, A. O., Casterline, J., Singh, S., Bankole, A., Moore, A. M., Omideyi, A. K., ... Shellenberg, K. M. (2011). Managing unplanned pregnancies in five countries: Perspectives on contraception and abortion decisions. *Global Public Health*, 6(sup1), S1–S24.
- Tumlinson, K., Hubacher, D., Wesson, J. & Lasway, C. (2010). Measuring the usefulness of family planning job aids following distribution at training workshops. *J Biosoc Sci*, 42, 695-8.
- UN Millennium Project, (2005). Investing in development: a practical guide to achieve the Millennium Development Goals. New York (NY): United Nations.
- United Nations Population Fund, (2005). Reducing poverty and achieving the Millennium Development Goals: Arguments for investing in reproductive health and rights. New York (NY): United Nations Population Fund.
- United Nations Population Fund, (2010). Improving Reproductive Health, UNFPA, New York, viewed 23 April 2010.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Contraceptive Use 2019.
- United Nations. Goal 2, (2015). Achieve Universal Primary Education. 2015. Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals/education.shtml>. Accessed October 22, 2021.



- United Nations. Goal 5: Achieve gender equality and empower all women and girls. 2015. Available at: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/>. Accessed October 12, 2021.
- USAID, (2015). Family Planning from A to Z. FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics; Vancouver, BC.
- Utting, D., & Bewley, S. (2011). Family planning and age-related reproductive risk. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 13(1), 35–41.
- Vishnu Prasad, R., Venkatachalam, J., & Singh, Z. (2016). Unmet Needs of Family Planning Among Women: A Cross-Sectional Study in a Rural Area of Kanchipuram District, Tamil Nadu, South India. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 66(S1), 488–493.
- Voas, David., (2003). Conflicting preferences: A reason fertility tends to be too high or too low. *Population and Development Review*.;29(4):627–646.
- Wang, G.-Z. & Pillai, V. K. (2001). Women’s Reproductive Health: A Gender-Sensitive Human Rights Approach. *Acta Sociológica*, 44, 231-242.
- Westoff, F., (2006): New estimate of unmet need and the demand for family planning. DHS comparative reports No. 14. Calverton, Maryland, USA: Marco International Inc; 2006.
- Wheldon, M., et al., (2018). Methods for estimating and projecting key family planning indicators among all women of reproductive age. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Technical Paper No. 2.
- WHO, (2003). Improving Maternal and Newborn Health – The Role of Family Planning. Report of a Regional Consultation Chiang Mai, Thailand, 19–21 November 2003. WHO Project: ICP MPS 001.
- WHO, (2013). Family Planning. Accessed, September 15, 2021.
- WHO. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. Geneva, Switzerland: WHO, 2012.
- Wondim, G., Degu, G., Teka, Y., & Diress, G. (2020). Male Involvement in Family Planning Utilization and Associated Factors in Womberma District, Northern Ethiopia: Community-Based Cross-Sectional Study. *Open access journal of contraception*, 11, 197–207.
- World Health Organization (WHO). 2018. Family Planning/Contraception. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> [Accessed 5 November 2021].




- World Health Organization, (2010): unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion in 2008. Sixth edition. WHO, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization; 2011. ISBN: 978 92 4 150111 8.
- World Health Organization, (2011). Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008. 6th ed. Geneva: WHO.
- Wubegzier, M., and Alemayehu, W., (2011). Determinants of low family planning use and high unmet need in Butajira Division, South Central Ethiopia. Mekonnen and Worku Reproductive Health 2011, 8:37.
- Wulifan, J. K., Brenner, S., Jahn, A., & De Allegri, M. (2016). A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. BMC Women's Health, 16(1).
- Zafar, M.I., Ullah, M.H., Abbasi, S., (2003). Fertility Regulating Behaviour: A Study of Rural Punjab-Pakistan. J. Appl. Sci., 3, 376–384.
- Zakaria, M., Bhuiyan, MM., (2016). Determinants of male involvement in women's reproductive health: a multilevel study in bangladesh. Malaysian J PublicHealth Med.; 16(3):211–218.
- Zion, WB., (1992). Eros and transformation: sexuality and marriage—an Eastern Orthodox perspective. New York: University Press of America; p. 239–261.

## Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

<https://www.nosokomeiokalamatas.gr/nosokomeio/istoriko-genikoy-nosokomeio-kalamatas/>



## Παράρτημα Α

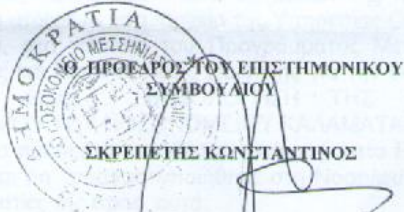
  
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 6<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ  
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
Τηλέφ.: 2721046376

Καλαμάτα, 30-03-2021  
Αριθ.Πρωτ.: 6660

**ΠΡΟΣ**  
-κ.Αλειφέρη Ελένη Διοικήτρια του Γ.Ν.Μεσσηνίας  
-κ.Γκούζου Μαρία Δ/τρια Ν.Υ. της Ν.Μ.Καλαμάτας

Σας αποστέλλουμε συνημμένα την αριθμ. Συνεδρίαση 5<sup>η</sup>/19-03-2021  
Συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου με το θέμα: 5<sup>ο</sup>, προκειμένου να  
λάβετε γνώση.

Συνημμένα: Τέσσερις (4) σελίδες

  
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ  
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
ΕΚΡΕΜΕΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Κοινοποίηση:  
- κ.Μάλαμα Μαρία Μαία του Μ/Τ Τμήματος της Ν.Μ.Καλαμάτας



**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ**  
**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**  
Αρ. 5<sup>ο</sup>/19-03-2021

**ΘΕΜΑ: 5<sup>ο</sup> : «Επί του με αριθμ.πρωτ. 4219/02-03-2021 εγγράφου της κ.Μάλαμα Μαρίας ΤΕ Μαιών της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας»**

Σχετικά με το θέμα αυτό ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου κ. Σκρεπέτης Κωνσταντίνος, θέτει υπόψη των μελών :

Το με αριθμ.πρωτ.. 4219/02-03-2021 έγγραφο της κ.Μάλαμα Μαρίας ΤΕ Μαιών της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας, με θέμα: «Συλλογή στοιχείων για εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας» το οποίο έχει ως εξής:

«Είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, στο Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής με Α.Μ. 3032201901307 και μου έχει ανατεθεί η εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας με θέμα : «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ»

Σας παρακαλώ όπως μου επιτρέψετε να έχω πρόσβαση στα αρχεία της Υπηρεσίας Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσοκομείου ώστε να μου δοθεί η δυνατότητα να συντάξω της εργασία μου».

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του τα ανωτέρω

**ΓΝΩΜΟΔΟΤΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ**

Συμφωνεί για την έγκριση άδειας στην κ.Μάλαμα Μαρία ΤΕ Μαιών της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας, για τη συλλογή στοιχείων στα αρχεία της Υπηρεσίας Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσοκομείου, στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών της, στο Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής για την εκπόνηση της διπλωματικής της εργασίας με θέμα : «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ»

Επίσης με το πέρας της εργασίας, θα πρέπει να καταθέσει αντίγραφο στο Επιστημονικό Συμβούλιο, στο οποίο να αναγράφεται ότι πραγματοποιήθηκε στη Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας και να εκφράζει τις ευχαριστίες της προς αυτό.



**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ**

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

Αρ. 5<sup>ο</sup>/19-03-2021

Μετά τη λήψη της απόφασης ο κ. Πρόεδρος, κλείνει το πρακτικό αυτό, επικυρώνεται αυθημερόν και υπογράφεται ως ακολούθως:

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΣΚΡΕΠΕΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ  
ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ  
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

**ΤΑ ΜΕΛΗ**

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΝΑΝΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΤΣΑΛΤΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ-ΔΑΝΑΗ

ΠΑΝΟΥΣΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΛΙΑΠΠΑ ΧΡΥΣΗ

ΠΡΑΤΤΗ ΤΡΙΣΕΥΓΕΝΗ

**ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ**

Καλαμάτα,  
Η Γραμματέας

ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

## Παράρτημα Β

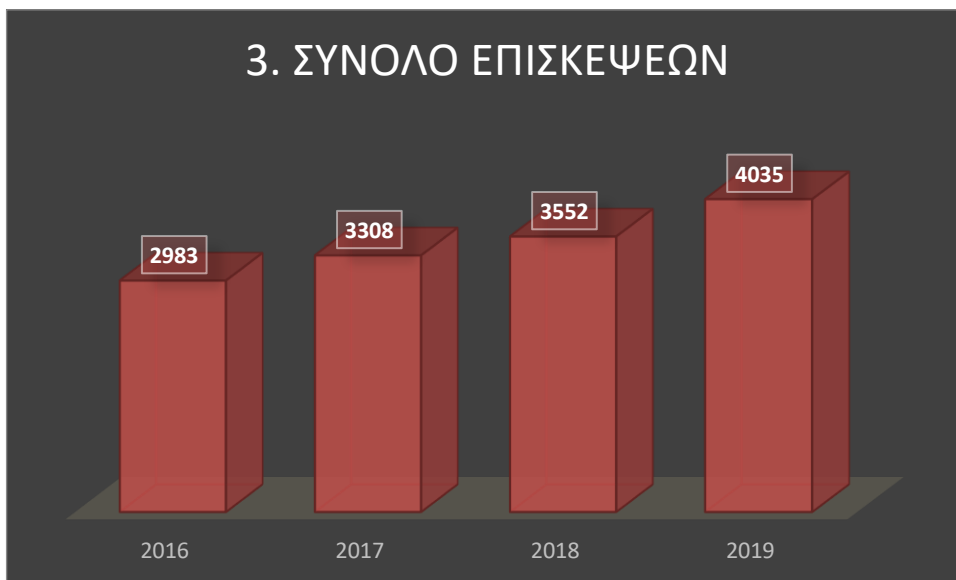


*Διάγραμμα 0.1 Περιστατικά που εξυπηρετήθηκαν 2016-2019*

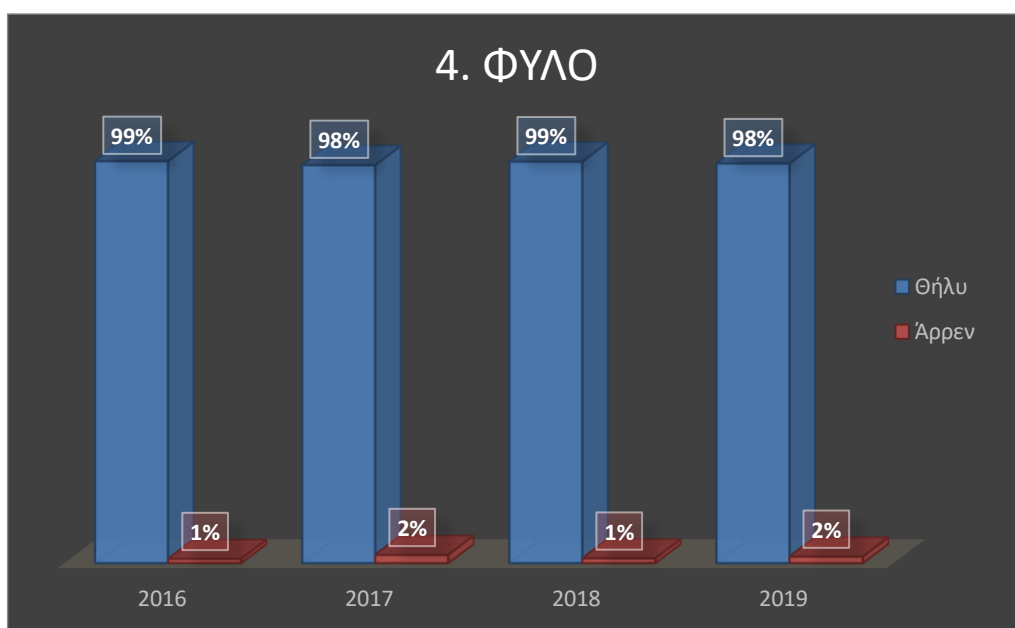


*Διάγραμμα 0.2 Νέα περιστατικά ανά έτος*

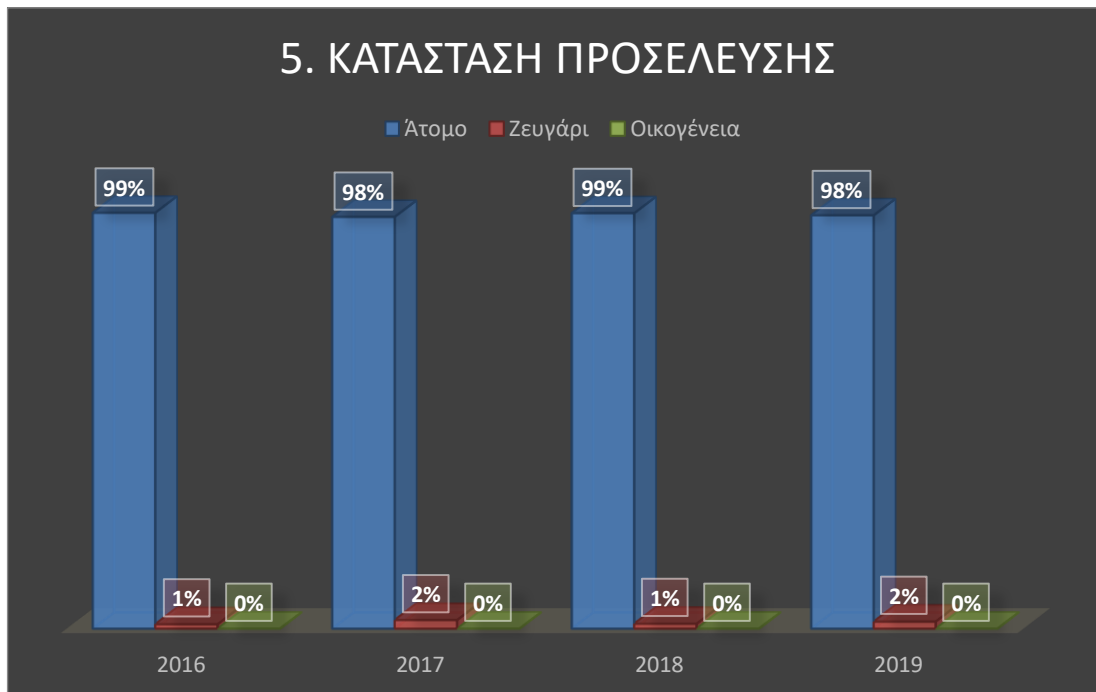




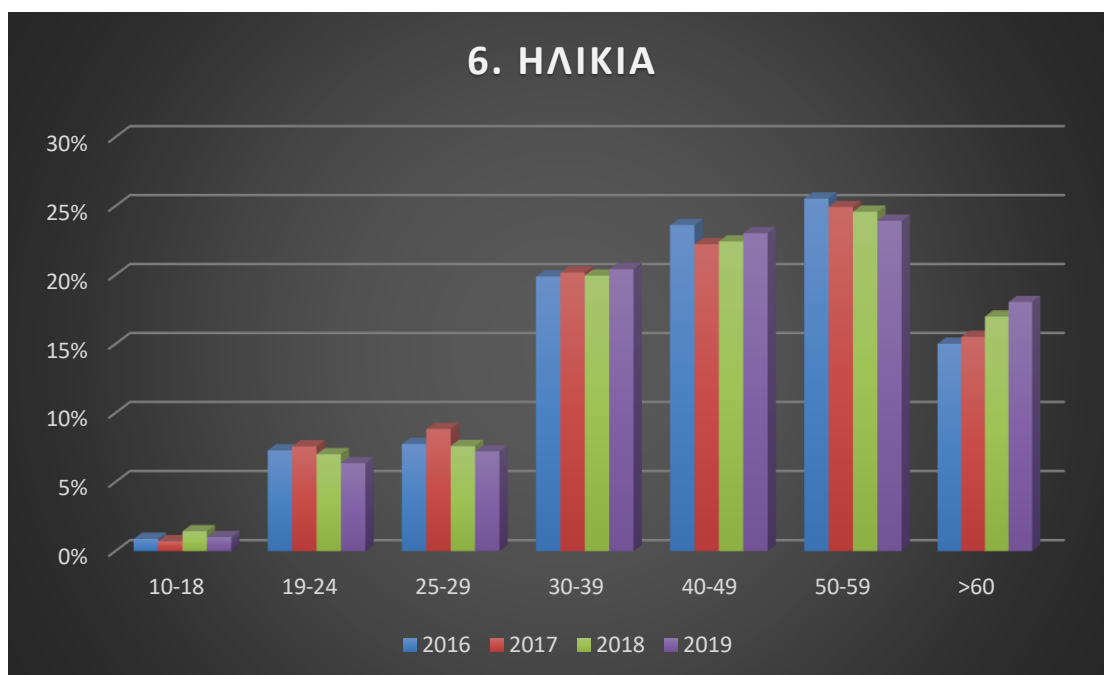
Διάγραμμα 0.3 Αριθμός επισκέψεων ανά έτος



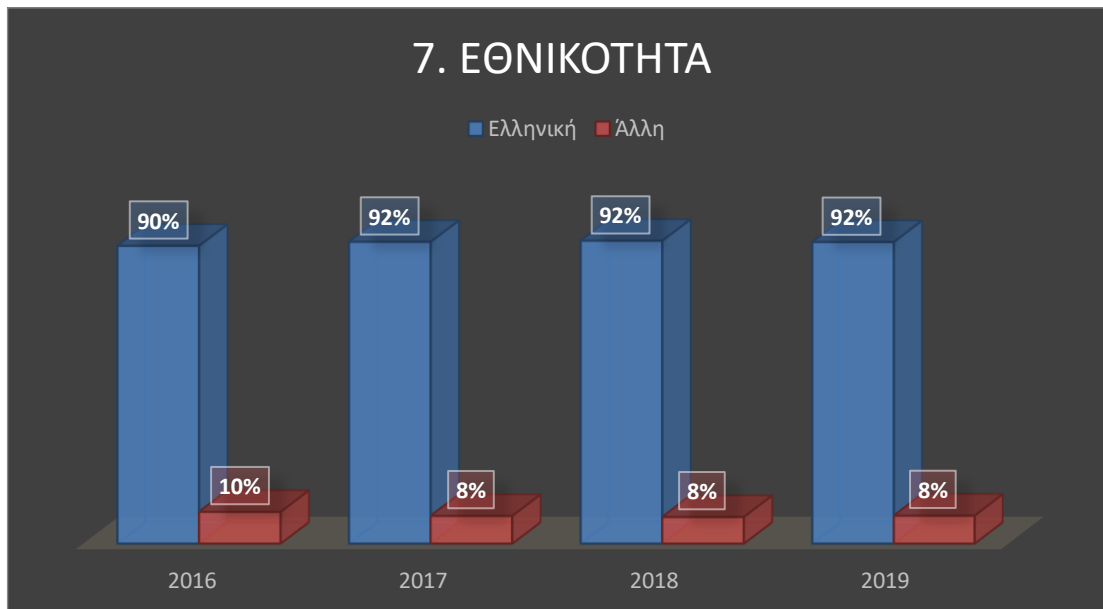
Διάγραμμα 0.4 Φύλο



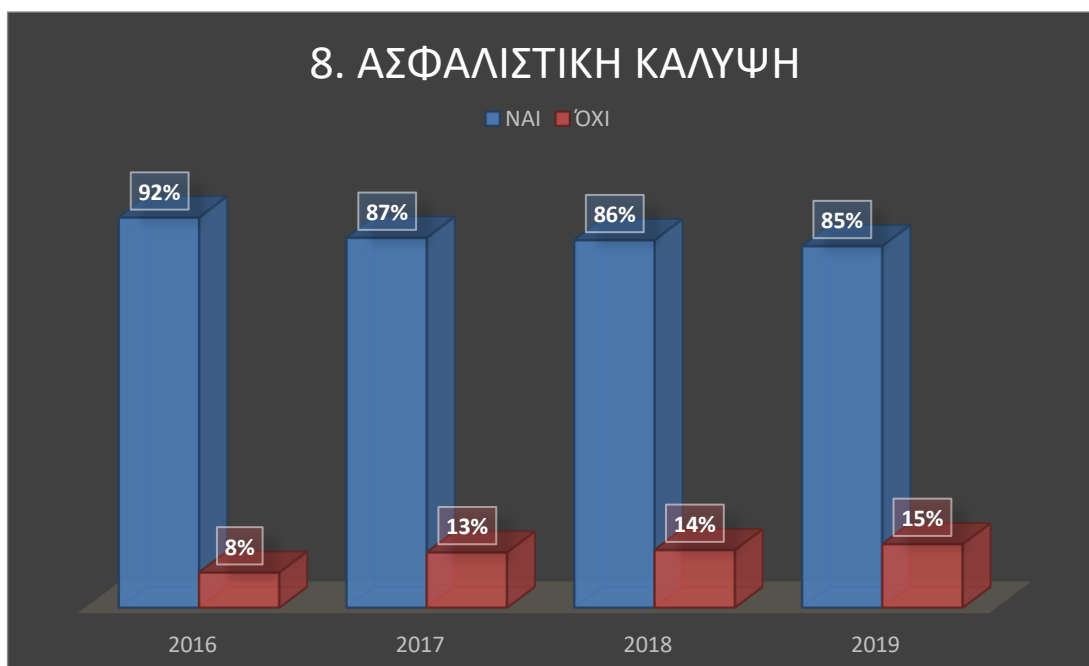
Διάγραμμα 0.5 Οικογενειακή κατάσταση ανά περιστατικό



Διάγραμμα 0.6 Ηλικία



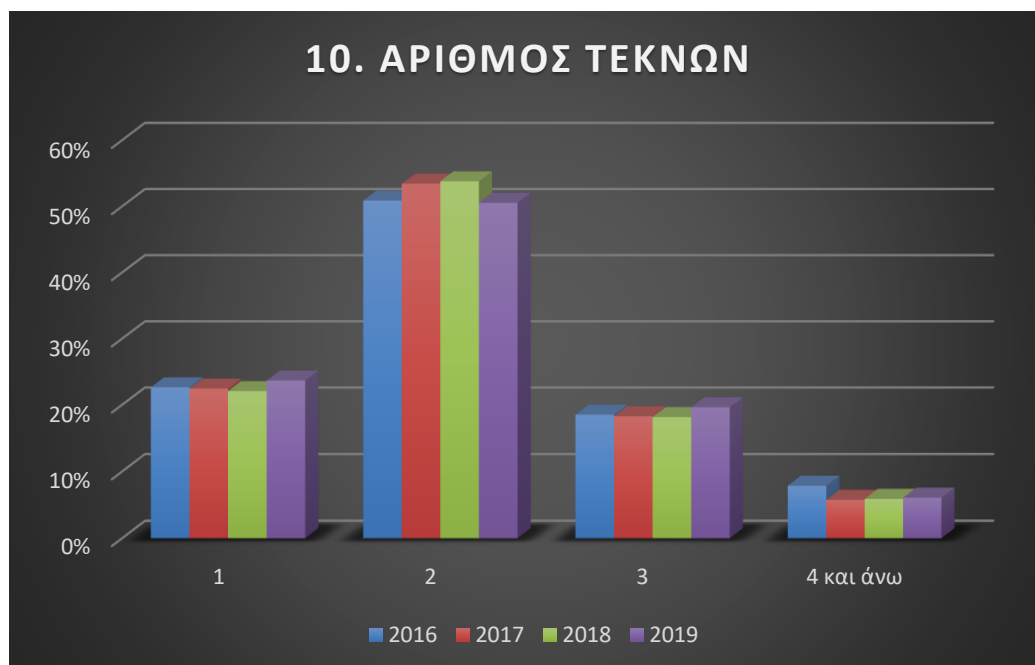
*Διάγραμμα 0.7 Εθνικότητα*



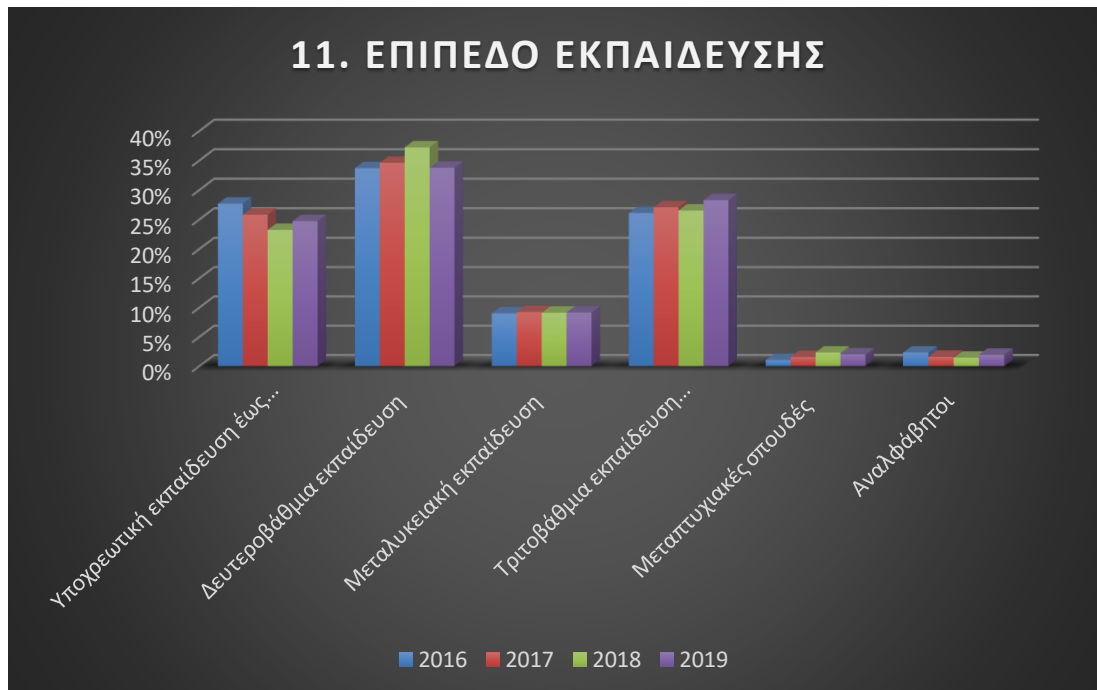
*Διάγραμμα 0.8 Ασφαλιστική κάλυψη*



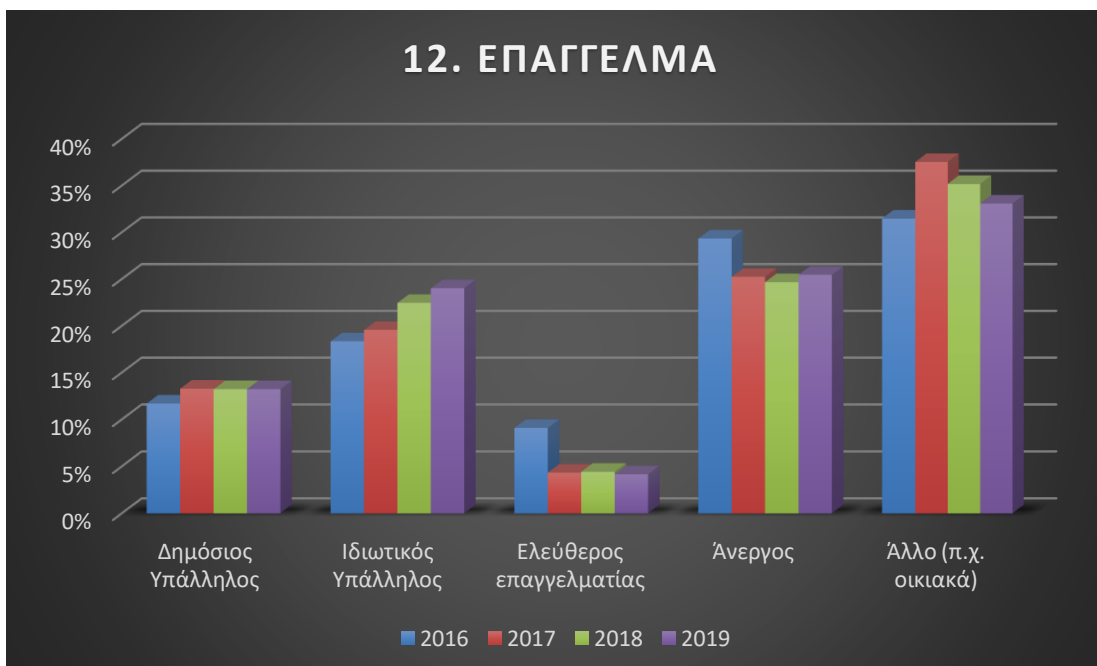
*Διάγραμμα 0.9 Οικογενειακή κατάσταση*



*Διάγραμμα 0.10 Αριθμός τέκνων*



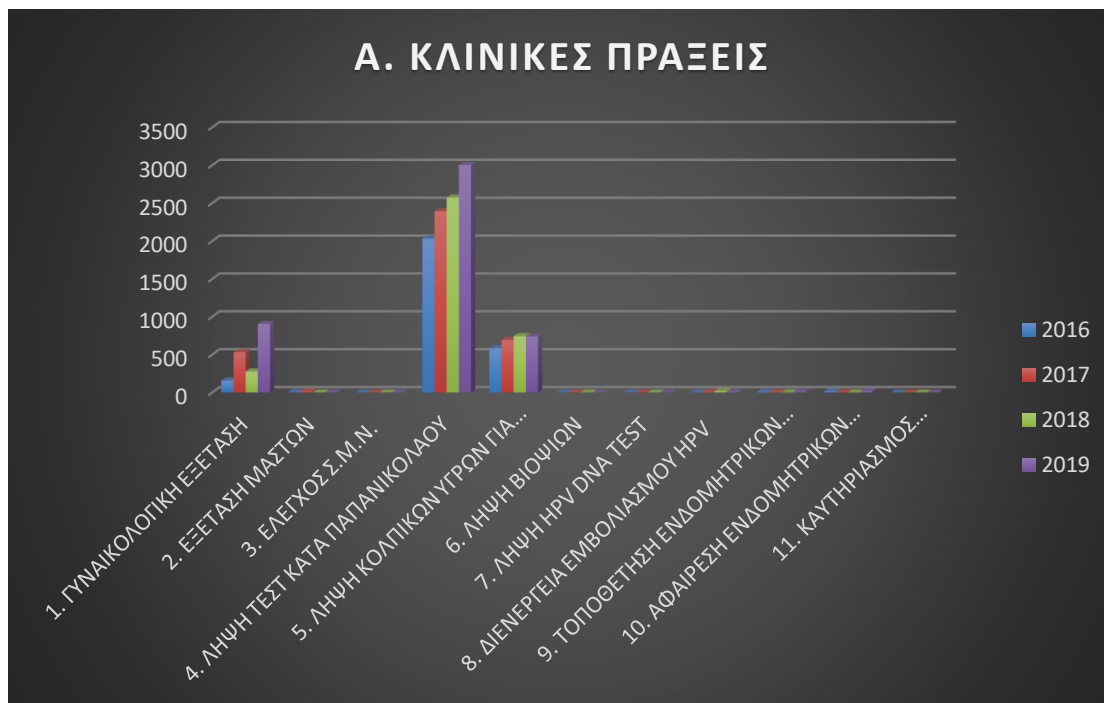
Διάγραμμα 0.11 Επίπεδο εκπαίδευσης



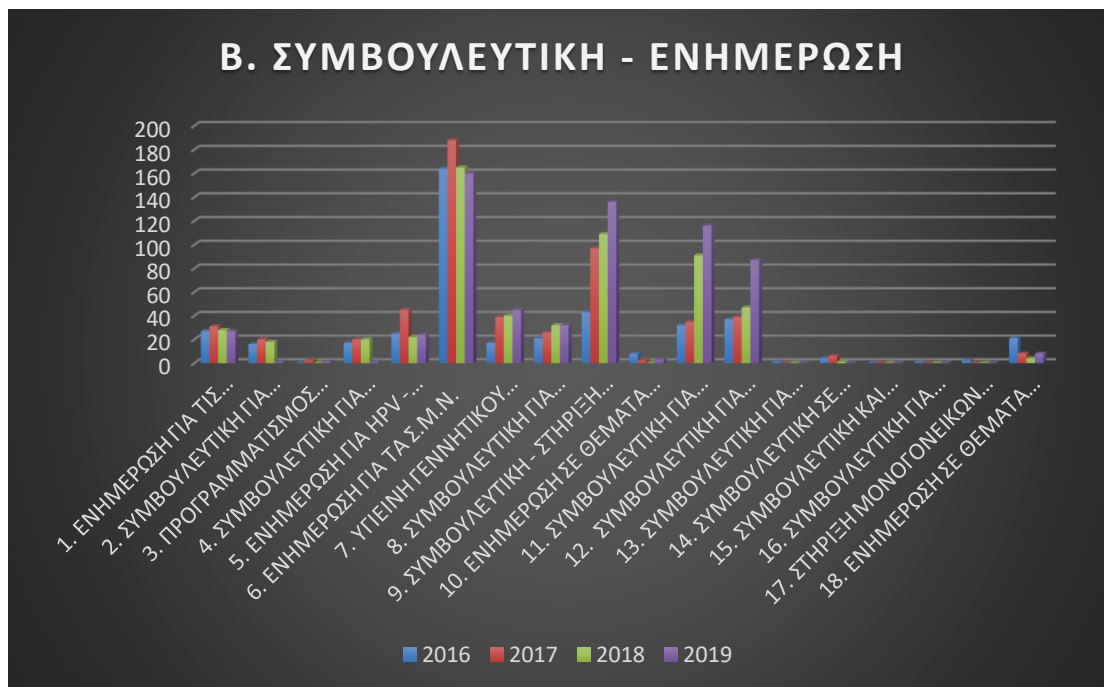
Διάγραμμα 0.12 Εργασιακή κατάσταση



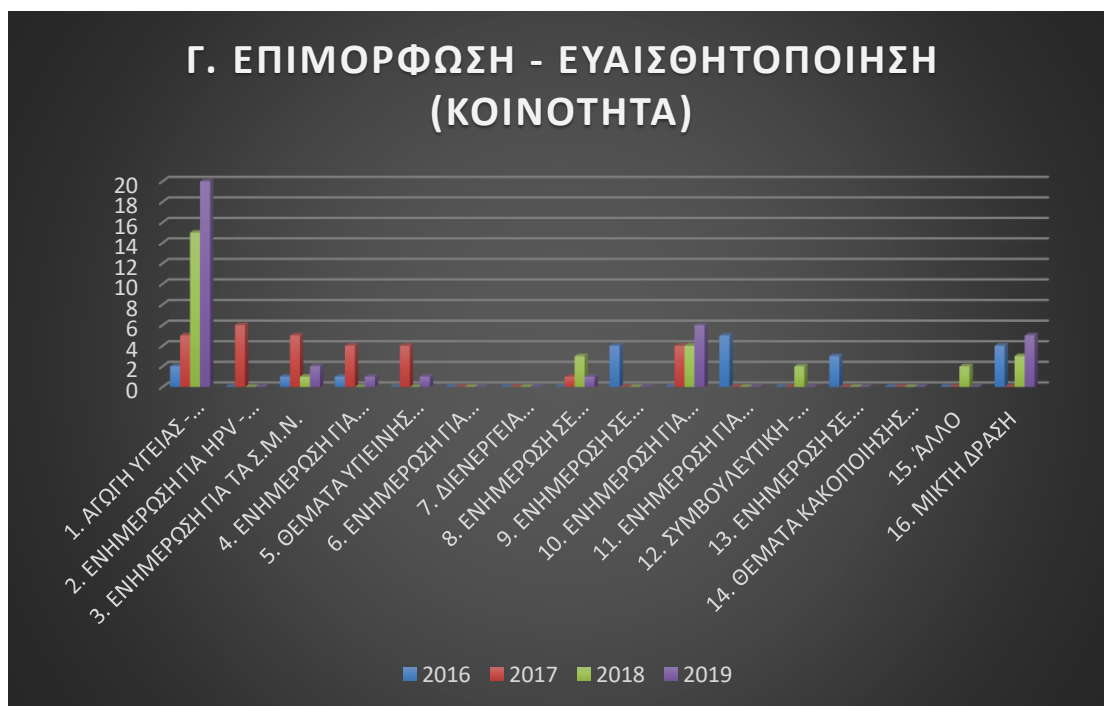
Διάγραμμα 0.13 Συχνότητα διακοπής κήσεως



Διάγραμμα 0.14 Κλινικές πράξεις



Διάγραμμα 0.15 Ενέργειες Συμβουλευτικής- Ενημέρωσης



Διάγραμμα 0.16 Ενέργειες Επιμόρφωσης - Ευαισθητοποίησης



*Διάγραμμα 0.17 Φορείς Διασύνδεσης - Παραπομπές*