

**Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**ΣΤΟΧΟΙ - ΜΟΝΤΕΛΑ - ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.**

**ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΠΙΤΡΕΠΟΥΝ ΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ -  
ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ.**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΚΑΚΟΛΥΡΗ ΙΩΑΝΝΑ  
ΚΑΠΕΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ**



**ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.**

**ΣΤΟΧΟΙ - ΜΟΝΤΕΛΑ - ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.**

**ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΔΙΑΔΟΣΗ - ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ  
ΘΕΣΜΟΥ.**

**ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κα ΦΑΝΗ ΚΑΤΣΑΡΟΥ**

**ΑΘΗΝΑ 1994**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1254
----------------------	------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	6
1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	6
2. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΓΕΝ- ΝΗΣΕΩΝ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	8
1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	8
2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	11
3. ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑ- ΔΑ	13
4. ΣΗΜΕΡΙΝΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΝΤΙΣΤΡΑΤΕΥΟΜΕΝΕΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜ- ΜΑΤΙΣΜΟΥ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	18
1. ΣΤΟΧΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	18
2. ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	23
Α. Κλινική βάση - Κλινικός Προσανατολισμός	23
Β. Κλινική βάση - κοινοτικός Προσανατολισμός	24
Γ. Κοινοτική βάση - Κοινοτικός Προσανατολισμός	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	26
1. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟ	26
Α. Δημογραφικά αίτια	26
Β. Γεννητικότητα - θνησιμότητα του Ελληνικού Πληθυσμού	27
2. ΜΕΤΡΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ	29
3. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΘΕΥΝΣΕΩΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΓΡΑ- ΦΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	35

4.ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
1.ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ	39
2.ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ	40
3.ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	43
1.ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΘΝΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ (Ι.Ρ.Ρ.Φ.)	43
2.ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	43
3.ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	44
Α.Εκπαίδευση Στελεχών - Σεμινάρια	45
Β.Εκδόσεις	46
Γ.Επιστημονικά Συνέδρια	46
Δ.Διεθνής Συνεργασία	47
Ε.Συμβουλευτικός Σταθμός - Ιατρεία	47
ΣΤ.Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση Κοινής Γνώμης	47
Ζ.Δραστηριότητες που έχουν προγραμματιστεί για τα επόμενα χρόνια	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	
ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	51
1.ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	51
Η εκπαίδευση του προσωπικού	52
2.ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ - ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	53
Στελέχωση υπηρεσιών	54
3.ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	56
4.Π.Ι.Κ.Π.Α.	61
5.ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	
1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	63
2.ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕ-	

ΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	67
3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	71
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	75
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΕΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΙΣ ΗΔΗ ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	77
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΩΛΥΟΥΝ ΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΔΙΑΔΟΣΗ - ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΟΙΚΟΓΕ- ΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12	82
ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13	85
1. ΣΥΝΟΨΗ ΘΕΣΕΩΝ ΑΡΜΟΔΙΩΝ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	85
2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	92
ΕΡΕΥΝΑ	93
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	94

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Για τη συγκέντρωση στοιχείων της μελέτης μας συνεργαστήκαμε:

- Με την υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, αρμόδια επί θεμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού (Κα Χάλιου, Μαία).
- Με στελέχη (την κοινωνική λειτουργό, την μαία και το γυναικολόγο του εφηβικού τμήματος) του Μαιευτηρίου (Αλεξάνδρας).
- Με μέλος της εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ο.Π) που εργάζεται σε κέντρο Ο.Π στο ΠΙΚΠΑ ΑΘΗΝΩΝ (Κα Τσεμπέρη, Οικογενειακό σύμβουλο).
- Με μέλη της εταιρίας Ευγονικής και Γενετικής.
- Με την Κα Κατσαρού Φανή την Καθηγήτριά μας, αρμόδια για την παρουσίαση της μελέτης μας, για την κατανόησή της κατά τη συνεργασία μας.
- Με την Κα Βασιλάκου Φ. Δ/ντρια της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου, η οποία μας παρέπεμψε στις αρμόδιες υπηρεσίες (με προσωπικές της συστάσεις και στοιχεία) και για τη γενικότερη ηθική υποστήριξη στη μελέτη μας.
- Τέλος την Κα Καλουμένη, λειτουργό του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου.

Τους ευχαριστούμε όλους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αντικείμενο μελέτης μας αποτέλεσε ο Θεσμός του Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ο.Π.) στην Ελλάδα. Στα πλαίσια αυτά μελετήσαμε τους στόχους και τα μοντέλα που τον συναποτελούν, τις υπηρεσίες, που παρέχονται από τα διάφορα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού (Κ.Ο.Π.) για την υλοποίηση των συγκεκριμένων στόχων τους παράγοντες που αναστέλλουν την ουσιαστική και ευρύτερη εφαρμογή του νέου αυτού Θεσμού.

Σκοπός μας ήταν να διερευνηθεί, αν ο Θεσμός έχει δυνατή εφαρμογή στα ελληνικά πρότυπα.

Τα ευρήματα που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική μας έρευνα και την επαφή μας με διάφορα επιστημονικά στελέχη είναι:

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι ένας διεθνής Θεσμός, που λειτουργεί σύμφωνα με τις αρχές του Ο.Η.Ε. Για την Ελλάδα είναι ένας πολύ νέος Θεσμός. Καθιερώθηκε, πριν δώδεκα (12) χρόνια από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η λειτουργία του βασίζεται διεθνώς σε τρία μοντέλα: α) Τον Κλινικό Προσανατολισμό β) Τον Κοινωνικό Προσανατολισμό γ) Τον Κοινοτικό Προσανατολισμό.

Οι στόχοι του "Ο.Π." είναι ποικίλλοι και εξίσου σημαντικοί ως προς τη σπουδαιότητά τους.

Επιγραμματικά αυτοί είναι οι παρακάτω:

α) Κύρια η μείωση στο ελάχιστο των εκτρώσεων μέσω των αντισυλληπτικών μεθόδων β) Ο Προγραμματισμός επιθυμητής και αποδεκτής από το ζευγάρι εγκυμοσύνης γ) Ο Προγραμματισμός των κυήσεων για την εξασφάλιση της υγείας της μητέρας, δ) Η εφαρμογή προγραμμάτων γενετικής συμβουλευτικής, προγεννητικού ελέγχου για την εξασφάλιση υγειών παιδιών, ε) την πρόληψη σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, στ) τον έλεγχο του χρόνου γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων, η) τη σεξουαλική αγωγή, θ) την εξασφάλιση ποιοτικής ζωής στο παιδί.



Για την επίτευξη των παραπάνω παρέχονται από τα 29 (Κ.Ο.Π.) που λειτουργούν σ' όλη την Ελλάδα μια σειρά από σημαντικές και διαφορετικές υπηρεσίες ανάλογα με τον υγειονομικό φορέα, όπου ανήκουν αυτά (π.χ. Τα Κέντρα Υγείας, τα Νομαρχιακά, Περιφερειακά Νοσοκομεία, Π.Ι.Κ.Π.Α.).

Οι Υπηρεσίες αυτές είναι:

Πληροφόρηση των ατόμων ή της Κοινότητας, χορήγηση αντισύλληψη, γεννητσιακή ενημέρωση, εφηβική γυναικολογία κ.ά.

Ενώ θεωρητικά ο θεσμός φαίνεται να διέπεται από ευαίσθητους και ζωτικούς στόχους, στην εφαρμογή του βρίσκεται σ' εμφυιακή μορφή και ο πρωταρχικός του στόχος η μείωση των εκτρώσεων δεν επιτεύχθη. Υπεύθυνοι παράγοντες γι' αυτό είναι:

- α) Η αντιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη, β) τα διάφορα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμάχονται τη διάδοση των προγραμμάτων του Οικογενειακού Προγραμματισμού, γ) Η ανεπάρκεια υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού, δ) Η αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης κ.ά.

Για την συλλογή των στοιχείων επισκεφθήκαμε αρμόδιους χώρους όπως: Την Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, το Π.Ι.Κ.Π.Α. το Μαιευτήριο ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ, την Ελληνική Εταιρεία Ευγονικής και Γενετικής του ανθρώπου.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μετά το δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο ειδικοί επιστήμονες και υπεύθυνοι παράγοντες της Πολιτείας άρχισαν ν' ανησυχούν για τη δημογραφική κατάσταση του Ελληνικού πληθυσμού.

Έτσι σήμερα μιλούν όλοι για σοβαρό δημογραφικό πρόβλημα, κάνουν συγκρίσεις με γειτονικά κράτη και προτείνουν τρόπους αντιμετώπισής του. Η μείωση της αναπαραγωγικότητας του Ελληνικού πληθυσμού και ο ανορθόδοξος τρόπος με τον οποίο αυτή επιτυγχάνεται πρέπει πράγματι να ληφθεί υπόψη για να συγκρατηθεί η παραπέρα μείωση του και να βελτιωθεί ταυτόχρονα η σύνθεση του πληθυσμού που θα επιτρέψει τη συνέχιση της κοινωνικοοικονομικής του ανάπτυξης και θα βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του. Για το σκοπό αυτό απαιτείται η υιοθέτηση της φιλοσοφίας του Οικογενειακού Προγραμματισμού και η ευρεία διάδοσή του καθώς και η ουσιαστική του υποστήριξη από την Πολιτεία.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός θεσμός κατεξοχή κοινωνικός, καταπολεμά τις προκαταλήψεις, καλλιεργεί τη γνώση και προωθεί την ενημέρωση προς την κατεύθυνση της πρόληψης, της υγείας και της ευτυχίας του ατόμου της οικογένειας και της κοινωνίας.

Αμετακίνητος στόχος του είναι η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του ατόμου και της οικογένειας.

Είναι επιτακτική ανάγκη να συνειδητοποιήσει το άτομο, η γυναίκα και άνδρας ότι το μέλλον του δεν είναι υπόθεση τύχης, αλλά ατομικής υπεύθυνης θέσης και στάσης.

Δυστυχώς, αν και έχουν γίνει προσπάθειες διάδοσης και εφαρμογής των αρχών και μεθόδων του Οικογενειακού Προγραμματισμού στη χώρα μας, ωστόσο ο θεσμός βρίσκεται σε εμβρυακή μορφή. Ο αριθμός των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού (ΚΟΠ) είναι δυσανάλογος με τη γεωγραφική έκταση της χώρας και τα ήδη λειτουργούντα δεν ανταποκρίνονται πάντα στις ανάγκες των ενδιαφερομένων.

Η παρούσα μελέτη έχει σαν σκοπό να ενημερώσει και να ενημερωθεί γύρω από τους στόχους, τα μοντέλα και τα προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού να θίξει τους παράγοντες κείνους, που παρακωλύουν την ευρύτερη εφαρμογή του να τονίσει την αναγκαιότητα της υποστήριξης του από το επίσημο κράτος προκειμένου για την

αναβάθμισή του ίδιου του θεσμού και την πλατύτερη αποδοχή του από τις πληθυσμιακές ομάδες.

Η μελέτη είναι μια βιβλιογραφική εργασία. Επειδή όμως, αν και θελήσαμε να κάνουμε και μια ερευνητική προσέγγιση στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών των ΚΟΠ, δεν το επέτρεπαν, οι τεχνικές, οικονομικές δυσχέρειες που συναντήσαμε και ο περιορισμένος χρόνος, που διαθέταμε για την όλη μελέτη, γι' αυτό παραθέτουμε μια έρευνα που διεξήχθη το '91 από μέλη της Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού και αφορούσε τις υπηρεσίες - προγράμματα, που λειτουργούν στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού και την αποτελεσματικότητά τους προς τους χρήστες.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

---

### **1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ**

Με τον όρο "Οικογενειακός Προγραμματισμός" η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, συνιστά στο κάθε ζευγάρι να επιλέγουν ελεύθερα, συνειδητά και υπεύθυνα, μετά από ενημέρωσή τους τον αριθμό των παιδιών τους, το χρόνο και τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των τοκετών' αποσκοπεί μ' αυτόν τον τρόπο να δημιουργηθεί μια οικογένεια από ευτυχισμένους γονείς και από επιθυμητά και ευτυχισμένα παιδιά.

Θεμελιώδες προϋπόθεση για την επίτευξη αυτού του σκοπού είναι η σωστή ενημέρωση των πολιτών για τη χρήση μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας και η γνώση των μέτρων εκείνων με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση. Επίσης η παροχή συμβολών πάνω σε προβλήματα ευγονικής, ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και πρόληψης αφροδισίων νοσημάτων.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός δυστυχώς ταυτίστηκε με τον έλεγχο των γεννήσεων, που εφαρμόζεται στις υπό ανάπτυξη χώρες, οι οποίες μαστίζονται από το υπερπληθυσμιακό πρόβλημα. Γι' αυτό πολλές χώρες αντιδρούν αρνητικά στην εφαρμογή του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Στη χώρα μας ο θεσμός συναντά εξίσου μεγάλα εμπόδια και παρερμηνείες. Ωστόσο ο Οικογενειακός Προγραμματισμός διαφέρει από τον έλεγχο των γεννήσεων σε βασικά σημεία μεταξύ τους.

### **2. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ**

1. Έχουν διαφορετικούς στόχους: Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός επιδιώκει την εκούσια, υπεύθυνα και συνειδητή αναπαραγωγικότητα της οικογένειας. Θεωρεί λοιπόν ως αναφαίρετο δικαίωμα την πληροφόρηση κάθε ατόμου πάνω σ' αυτό. Αντίθετα η πολιτική του ελέγχου των γεννήσεων αποβλέπει στην αύξηση ή τη μείωση των γεννήσεων για να επιταχύνει ή να επιβραδύνει το ρυθμό αύξησης του πληθυσμού, παραβλέποντας τις προσωπικές επιθυμίες των ενδιαφερόμενων μελών. Εξάλλου αξίζει να επισημανθεί ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός στην αρχική

του μορφή στις παραδοσιακές κοινωνίες στόχευε στην ενίσχυση των γεννήσεων. Επειδή η βρεφική και παιδική θνησιμότητα ήταν πολύ αυξημένη. Γι' αυτό η προσπάθεια ήταν να γεννηθούν πολλά, για να ζήσουν μερικά.

2. Έχουν διαφορετικά κριτήρια στη χρήση τεχνικών μέσων ρύθμισης της αναπαραγωγικότητας. Και στην περίπτωση δηλ. που η πολιτική ελέγχου της γονιμότητας αποβλέπει στη μείωση των γεννήσεων, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός προσπαθεί να θεραπεύσει τη στειρότητα, για να δώσει το δικαίωμα σε κάθε ζευγάρι ν' αποκτήσει το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας.
3. Ως προς την αιτιολογική και ιδεολογική τοποθέτηση. Ο έλεγχος των γεννήσεων υπαγορεύεται από την ανάγκη αντιμετώπισης προβλημάτων υπερπληθυσμικού ή υποπληθυσμιακού χαρακτήρα. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αδιαφορεί για τα συγκεκριμένα προβλήματα η πολιτική του θεμελιώνεται πάνω σε παραδεκτές από το κοινωνικό σύνολο αξίες.

[Παπαευαγγέλου - Ρουμελιώτου - Καραγιάννη. Αρχές και Μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού. ΑΘΗΝΑ 1979. Εκδόσεις Λεοντιάδη, σελ.10]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

---

### 1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού σα θεσμού, πέρασε πολλά στάδια εξέλιξης, για να φτάσει στη σημερινή μορφή του.

Ο θεσμός του Οικογενειακού Προγραμματισμού συνδέεται εξελικτικά με την πορεία και τους αγώνες του φεμινιστικού κινήματος.

Ο έλεγχος των γεννήσεων απασχόλησε την ανθρωπότητα από την αρχαιότητα. Η πιο παλιά αντισυλληπτική συνταγή, αναφέρεται σε Αιγυπτιακό πάπυρο, πριν από 3.500 χρόνια, κατά την οποία "μίγμα κορυφών ακακίας και μέλιτο υπό μορφή υποθέτων εισήγето εντός του κόλπου". Σήμερα η επιστήμη απέδειξε ότι η ζύμωση της ακακίας διασπά γαλακτικό οξύ, που χρησιμοποιείται σαν βασικό σπερματοκτόνο συστατικό για την κατασκευή ιδιοσυσκευασμάτων (αλοιφών, σπρέϋ, ζελέ).

Στην Κλασική Ελλάδα και τη Ρώμη μετά τον ανεπιθύμητο τοκετό, χρησιμοποιούσαν ειδικούς λόφους, στους οποίους εγκατέλειπαν τα μωρά τους.

Στο Μεσαίωνα οι απαγορεύσεις της εκκλησίας, είχαν σαν αποτέλεσμα, οι επιστημονικές μέθοδοι της ελληνικής ιατρικής να αντικατασταθούν με τη δεισιδαιμονία και τη μαγεία.

Κατά το 19ο αιώνα για τον περιορισμό των γεννήσεων αρχίζει η χρήση του "προφυλακτικού". Σ' αυτό συντελεί η επεξεργασία του πλαστικού το 1840. Μέχρι τότε αποτελούσε προστατευτικό κατά των αφροδίσιων νοσημάτων.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός πρωτοεμφανίστηκε στην εποχή της βιομηχανικής επανάστασης στην Αγγλία, όταν για πρώτη φορά αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα των πολυμελών οικογενειών και χρειάστηκε να ληφθούν μέτρα για την αναχαίτιση της πολυτεκνίας.

Στις αρχές του 18ου αιώνα ο Ρόμπερτ Μάλθους, Άγγλος δημογράφος, οικονομολόγος και ιερέας πρώτος επισήμανε το υπερπληθυσμακό πρόβλημα της γης και υποστήριξε ότι η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ αυξημένης αναπαραγωγι-κότητας και

μειωμένης σημαντικά αύξησης των αγαθών θα δημιουργήσει προβλήματα πείνας, ασθενειών, καταστροφές και πολέμους.

Δημοσίευσε δε και κυκλοφόρησε στην Αγγλία έρευνες, που ανέλυαν τις ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές απόψεις του σχετικά με τον έλεγχο των γεννήσεων.

Την κίνησή του μιμείται η Αμερική και η Ευρώπη. Δημοσιεύουν επίσης έρευνες, ενώ συγχρόνως αρχίζουν να εφαρμόζουν σε περιορισμένη κλίμακα, όσες αντισυλληπτικές μεθόδους γνώριζαν.

Η κίνηση για τον έλεγχο των γεννήσεων συνεχίζεται με δημοσιεύσεις, συζητήσεις και δίκες οι οποίες προκαλούν το ενδιαφέρον της κοινής γνώμης. Στην Αμερική επιτεύχθει με το νόμο του "COMSTOC" η απαγόρευση του θ του ελέγχου των γεννήσεων (Παπαευαγγέλου - Ρουμιλιώτου. "Αρχές και μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού". ΑΘΗΝΑ 1979, σελ. 3, 4). Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός σαν κίνημα κοινωνικό, άρχισε στις αρχές του αιώνα μας με πρωτοπόρους τρεις γυναίκες: τη Margaret Sanger στις Η.Π.Α το 1912, τη Mary Stopes γιατρό και την Edith How-Mattyn στη Μεγάλη Βρετανία το 1915.

Το 1912 η νοσοκόμος Margaret Sanger στις Η.Π.Α με δική της πρωτοβουλία και κίνδυνο της ζωής της αφήνοντας τις απαγορεύσεις του νόμου "COMSTOC" αρχίζει μεγάλο αγώνα για να επαβάλλει το δικαίωμα της γυναίκας να ελέγχει τη γονιμότητά της και μέσα από τα αντισυλληπτικά να βάλει βάσεις για την απελευθέρωσή της.

Επισκέπτεται λοιπόν φτωχές γειτονίες στη Νέα Υόρκη, δίνει συμβουλές και οδηγίες στις γυναίκες, τις παροτρύνει να ελέγχουν τη γονιμότητά τους. Στο ξεκίνημα της η Sanger είδε την κίνησή της συνδεδεμένη μόνο με την υγεία και την ευτυχία της Οικογένειας. Η κίνηση για τον "έλεγχο των γεννήσεων" (birth control) στηρίχτηκε στην άποψη ότι η γυναίκα απελευθερώνεται από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες πράγμα, που συνδέεται άμεσα με την υγεία μάνας-παιδιού.

Το 1916 η Margaret Sanger ανοίγει στη Νέα Υόρκη την πρώτη κλινική ελέγχου των γεννήσεων. Η ενέργεια αυτή θεωρήθηκε επαναστατική και φυλακίστηκε για αρκετό καιρό. Το 1918 όμως κέρδισε την πρώτη μεγάλη της νίκη, όταν θεσμοθετήθηκε, πως οι γιατροί μπορούν να δίνουν συμβουλές, που αφορούν την αντισύλληψη σε έγγαμες γυναίκες, εφόσον αυτό γίνεται για να προλάβουν και να θεραπεύσουν κάποια νόσο.

Αργότερα συνδέθηκε με το γνωστό Σύνδεσμο Ελέγχου των γεννήσεων του οποίου οι σκοποί ήταν να δίνει τις οδηγίες που ήταν απαραίτητες για την ανάπτυξη προγαμιαίων σχέσεων, να παρέχει βοήθεια στα ζευγάρια που πρόκειτο να γίνουν γονείς, να βοηθάει άτομα, άντρες ή γυναίκες, που έχουν προβλήματα στειρότητας.

Ενώ συνέβαιναν αυτά στις Η.Π.Α, η Mary Stopes ανοίγει το 1921 στο Λονδίνο τον πρώτο συμβουλευτικό σταθμό ελέγχου γεννήσεων. Το 1927 στη Γενεύη οργανώνεται το Πρώτο Διεθνές Συνέδριο για προβλήματα υπερπληθυσμού. Στο συνέδριο συμμετέχουν διακεκριμένοι δημογράφοι, οικονομολόγοι και γιατροί. Θέμα συζήτησης "Το πως θα εμποδιστεί η εκρηκτική αύξηση του πληθυσμού". (Ελληνική Εταιρία Ευγονικής και Γενετικής. ΑΘΗΝΑ 1980, σελ. 5). Το 1930 συγκαλείται στη Ζυρίχη το Δεύτερο Διεθνές Συνέδριο, θέμα του οποίου ήταν ξανά ο έλεγχος των γεννήσεων, όπου πήραν μέρος αντιπρόσωποι 12 χωρών. Η συνάντηση αυτή είχε και έναν ειδικότερο σκοπό: να πλησιάσει και να εξασφαλίσει την υποστήριξη του ιατρικού κόσμου, πράγμα πολύ σημαντικό για την εποχή εκείνη. Το Συνέδριο αυτό έβαλε τη σφραγίδα του στη μελλοντική εξέλιξη του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Το 1952 έγινε στη Βομβάη το Τρίτο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού. Εκεί ιδρύθηκε η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (International Planet Penenhood Federation I.I.P.F) κατά την οποία η Margaret Sanger εξελέγη Πρόεδρος της Ομοσπονδίας. Πρωταρχικός σκοπός της ομοσπονδίας είναι με τη μόρφωση και την επιστημονική έρευνα, να προωθηθεί παγκοσμίως η αποδοχή της προγραμματισμένης οικογένειας και να αναπτυχθεί το αίσθημα ευθύνης των γονέων προκειμένου για τη δημιουργία οικογένειας και χρηστής κοινωνίας.

Το 1966 σε Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε διακηρύσσεται ότι κάθε ζευγάρι θα πρέπει να έχει δικαίωμα να ρυθμίζει ελεύθερα τον αριθμό μελών της οικογένειάς του.

Το 1968 στην Τεχεράνη, το Παγκόσμιο Συνέδριο των Δικαιωμάτων του ατόμου, διευρύνει και εξατομικεύει το δικαίωμα της τεκνογονίας του ζευγαριού διακηρύσσοντας ότι: "θεμελιώδες δικαίωμα του ζευγαριού είναι να επλέγει ελεύθερα τον αριθμό των μελών της οικογένειάς του, αλλά και τη ρύθμιση του χρόνου των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κηύσεων" (Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Ιστορία Οικογενειακού Προγραμματισμού. ΑΘΗΝΑ 1985, σελ. 3).



Το 1970 ορίζεται από την Π.Ο.Υ ένα βασικό πλαίσιο αρχών σύμφωνα με το οποίο, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αφορά πρακτικές που βοηθούν τα ζευγάρια να πετύχουν ορισμένους σκοπούς:

- να αποφεύγουν ανεπιθύμητες γεννήσεις
- να προκαλούν επιθυμητές γεννήσεις
- να ρυθμίζουν τα διαστήματα μεταξύ των κηύσεων
- να ελέγχουν το χρόνο των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων
- να καθορίζουν τον αριθμό των παιδιών.

(Θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας. ΑΘΗΝΑ 1986, σελ. 10)

## **2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Στην Ελλάδα η θεσμοθέτηση του οικογενειακού προγραμματισμού καθυστέρησε σημαντικά· εμφανίστηκε στο τέλος της δεκαετίας του '60. Αυτό πρέπει να αποδοθεί στη σύγχυση που επικράτησε· που μπορεί να πίστευαν, πως ο προγραμματισμός της οικογένειας και η διάδοση των αντισυλληπτικών μέσων, θα επηρέαζε μια χώρα, που κύριο χαρακτηριστικό της έχει την μείωση της αναπαραγωγικότητας.

Η μελέτη όμως των χαρακτηριστικών της υπογεννητικότητας από ιατρικούς και άλλους κύκλους έδειξε ότι τα δημογραφικά μας χαρακτηριστικά συμβαδίζουν με την κοινωνικοοικονομική και πολιτιστική μας ανάπτυξη και πλησιάζουν προς τα πρότυπα των χωρών της ΕΟΚ. Η σημαντικότερη πτυχή του δημογραφικού μας προβλήματος δεν είναι η υπογεννητικότητα, αλλά η μεθοδολογία που ακολουθείται για τη μείωση της αναπαραγωγικότητας.

Έρευνες έδειξαν ότι τα μέσα που χρησιμοποιούνται από τις Ελληνίδες για την ρύθμιση της γονιμότητας δεν ήταν αποτελεσματικά. Αυτό έχει σα συνέπεια την μεγάλη συχνότητα των εκτρώσεων, μέσω, των οποίων επιχειρείται και σήμερα η επίτευξη του προτύπου της οικογένειας που θεωρείται ως ιδανικό (1-2 παιδιά). Από την εμπειρία και άλλων κρατών εξάλλου απεδείχθει ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός όχι μόνο δεν οδηγεί στην μείωση της αναπαραγωγικότητας, αλλά αντιθέτως μπορεί να επηρεάσει

θετικά τη γεννητικότητα με την αποφυγή δευτεροπαθών στειρώσεων που συχνά ακολουθούν τις εκτρώσεις.

Έτσι το 1973 συστήθηκε μια ομάδα επιστημόνων αποτελούμενη κυρίως από γιατρούς, η Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού με κέντρο το Μαιευτήριο της Αλεξάνδρας. Σκοπός ήταν ο περιορισμός αν όχι ο φραγμός των εκτρώσεων ένα φαινόμενο που είχε πάρει διαστάσεις εθνικού ιατρικοκοινωνικού χαρακτήρα στην Ελλάδα. Εν συνεχεία το 1974 ιδρύθηκε η εταιρεία οικογενειακού προγραμματισμού το 1980 το κράτος νομοθετεί τον οικογενειακό προγραμματισμό με το νόμο 1036/1980.

Ακολούθησε η σύσταση επιτροπής, με πρόεδρο τον καθηγητή Ιωάννη Δανέζη, με σκοπό να δημιουργηθεί ενιαίος φορέας, που θα εντάξει τον οικογενειακό προγραμματισμό στα πλαίσια των υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. (Παπαευαγγέλου - Ρουμελιώτου σελ.7) . Αργότερα με την οικονομική ενίσχυση και τεχνική υποστήριξη του Ο.Η.Ε (Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών) δημιουργούνται τα πρώτα εξειδικευμένα στελέχη και το 1983 αρχίζει η λειτουργία 10 νέων κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού . Το 1983 μάλιστα εντάχθηκε ο οικογενειακός προγραμματισμός με το άρθρο 22 του Ν.1397/83 στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και η χώρα μας συνεργάστηκε με την Π.Ο.Υ στα Μεσοπρόθεσμα Προγράμματα Συνεργασίας.

Επίσης από το 1981 έως το 1988 το υπουργείο Υγείας οργάνωσε πέντε εκπαιδευτικά σεμινάρια στελεχών, που επάνδρωσαν τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Σήμερα λειτουργούν 40 Κ.Ο.Π. (Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού) ενώ με τη στήριξη του υπουργείου επεκτάθηκε το πρόγραμμα μέσα στις υπηρεσίες του Π.Ι.Κ.Π.Α και Ι.Κ.Α και σε ορισμένους δήμους που εκδήλωσαν ανάλογο ενδιαφέρον με προγραμματικές συμβάσεις.

Στόχος του υπουργείου είναι σε κάθε νομαρχιακό νοσοκομείο να λειτουργεί Κ.Ο.Π και σε όλα τα κέντρα υγείας να παρέχεται συμβουλευτική και ανάλογες υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού.

(Υπουργείο Υγείας. Θέματα Ο.Π. ΑΘΗΝΑ 1986, σελ 12).

### 3. ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Για πρώτη φορά ο Οικογενειακός Προγραμματισμός θεσμοθετήθηκε στην Ελλάδα το 1980 με το νόμο 1036/80. Στην προώθηση της ψήφισης Νόμου αυτού συνέβαλε η τότε πρόεδρος της Εταιρίας Ο.Π και βουλευτής Κα Τσουδερού. Αν και η νομοθεσία εξέφραζε την κοινωνική χρησιμότητα του Ο.Π δε στάθηκε δυνατή η ευρεία εφαρμογή του. Ωστόσο για πρώτη φορά την ίδια περίοδο οργανώθηκαν από την πλευρά του κράτους, σεμινάρια για λειτουργούς υγείας, προκειμένου να πλασιώσουν τα (3) ήδη λειτουργούντα, καθώς και τα υπό ίδρυση Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού (Κ.Ο.Π). Ακολούθησε η νομοθεσία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.1397/83). Το άρθρο 15 του νόμου αυτού περιλαμβάνει τον Οικογενειακό Προγραμματισμό στους σκοπούς των Κέντρων Υγείας. Στον ίδιο νόμο το άρθρο 22 καταργεί τον αρχικό νόμο του Ο.Π, σχεδόν στο σύνολό του. Στο εξής ο Οικογενειακός Προγραμματισμός περιέχεται στην αποκλειστική αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας. Συγκεκριμένα αναφέρει: "Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας, η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η Πρακτική εφαρμογή γίνεται από υπεύθυνα κρατικά όργανα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ". Μέχρι σήμερα όμως δε στάθηκε δυνατή η παροχή υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού από τα κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ.

Δυστυχώς η νομοθεσία αυτή ανάγκασε την Ε.Ο.Π να περιορίσει τις δραστηριότητές της σε επίπεδο που δε θα προκαλούσαν ιδιαίτερα τις κυβερνητικές θέσεις στο ίδιο θέμα. Η Ε.Ο.Π όμως κατέβαλε προσπάθεια τροποποίησης του άρθρου 22/Ν.1397 στηριζόμενη στο σημείο εκείνο του κειμένου της διακήρυξης της ALMA-ATA (1978) του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (W.H.U) που αναφέρεται στο σαφή ρόλο και τη συμμετοχή των μη κυβερνητικών οργανώσεων στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπου περιλαμβάνεται και ο Οικογενειακός Προγραμματισμός. Έκτοτε, αν και η νομοθεσία δεν άλλαξε, απόνησε σημαντικά ωστόσο η εφαρμογή του. Σήμερα συζητείται η αντικατάσταση του άρθρου αυτού.

Σε ότι αφορά τη νομοθεσία των εκτρώσεων με το άρθρο 2 Υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 103/87) ρυθμίζονται θέματα που αφορούν τη διακοπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των ιατρικών προϋποθέσεών της. Ωστόσο το νομικό πλαίσιο που

συνδέεται με την αντισύλληψη εξακολουθεί να είναι ασαφές.

(Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού. Αξιολόγηση υπηρεσιών Ο.Π. ΑΘΗΝΑ 1991)

#### 4. ΣΗΜΕΡΙΝΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΝΤΙΣΤΡΑΤΕΥΟΜΕΝΕΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Εκτός των προτερητάτων του Ο.Π υπάρχουν και εκείνοι οι οποίοι εξακολουθούν να αντιμάχονται το πνεύμα του. Θ' αναφερθούμε στους κυριότερους υποστηρικτές:

- Σύμφωνα με την άποψη του Κου Τιμόθεου Τιμοθεάδη (1989, σελ. 177) μαιευτήρα χειρουργού Γυναικολόγου, τα αποτελέσματα του ελέγχου της γονιμότητας και της αναπαραγωγικής προφύλαξης στη χώρα μας, είτε με την εφαρμογή των αντισυλληπτικών μεθόδων ή την εκτέλεση των εκτρώσεων είναι να μειώνονται οι γεννήσεις στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια κατά τρόπο ανησυχητικό και εθνικά επικίνδυνο.
- Ενώ η Ακαδημία Αθηνών στις 2/6/1988 για πρώτη φορά πήρε θέση επί του δημογραφικού προβλήματος, για να τονίσει τον κατηφορικό δρόμο όπου οδηγείται η χώρα λόγω της συνεχιζόμενης υπογεννητικότητας. Προσδίδει μάλιστα έμφαση στις εξής περιόδους: Το 1934 επί συνόλου κατοίκων 6.227.000 οι γεννήσεις ήταν 209.000. Από τα μέσα όμως του 1986 η Ελλάδα έχει μειούμενο αριθμό γεννήσεων κάτω από 2,1 παιδιά κατά γυναίκα δείκτη, που σημαίνει το έσχατο όριο για ανανέωση των γενεών. Από το 1987 όμως, με την υπεροχή των θανάτων έναντι των γεννήσεων (το 1987 οι θάνατοι ήταν περισσότεροι από τις γεννήσεις στην Πελοπόννησο, Στερεά Ελλάδα, νησιά Αιγαίου και Ιονίου πελάγους) εισήλθε στη φάση της μηδενικής αύξησης και ελάττωσης του πληθυσμού. Από 148.000 γεννήσεις το 1980, φτάσαμε στις 105.899 το 1987 επί πληθυσμού 9.980.000. Αν τα πράγματα αφεθούν στην τύχη τους, υποστηρίζει η Ακαδημία, η κατάσταση θα επιδεινωθεί περισσότερο και το 1990 υπολόγιζαν ότι θα φθάναμε στα 1,26 παιδιά κατά γυναίκα.

Προκειμένου μάλιστα να βοηθήσει τον πληθυσμό η Ακαδημία προτείνει τα εξής: 1) Παροχή σε κάθε μητέρα, που αποκτά τρίτο παιδί και άνω μηνιαίου επιδόματος 30.000 δραχ το λιγότερο που θα καταβάλλονται επί τρία χρόνια. Η απαιτούμενη δαπάνη

πιστεύεται ότι θα είναι αρκετά υψηλή θα αποτελέσει όμως την πιο αποτελεσματική επένδυση για την επιβίωση του Έθνους. 2) Παροχή σημαντικών εκπλάσεων από το φορολογητέο εισόδημα για τους έχοντες παιδιά. 3) Ίδρυση περισσότερων βροφονηπιακών σταθμών και παροχή διευκολύνσεων στην εργαζόμενη μητέρα. 4) Η άδεια λοχείας στην εργαζόμενη μητέρα που είναι σήμερα 49-60 μέρες να γίνει ένας ολόκληρος χρόνος, για να μπορέσει η μητέρα απερίσπαστη να μεγαλώσει σωστά το παιδί της τον πρώτο κρίσιμο χρόνο.

Η Ακαδημία τέλος υποστηρίζει ότι μόνο με τη γέννηση περισσότερων παιδιών είναι δυνατόν να μη χάσουμε την Εθνική μας ταυτότητα και να μην αφομοιωθούμε σε 2-3 γενεές μέσα στα 300 εκατομμύρια κατοίκων της Ευρώπης, τώρα που εισήλθαμε στην Ε.Ο.Κ. (Τιμόθεος Τιμοθεάδης 1989, σελ.178).

Αντίθεση τέλος προς το θεσμό είναι και Εκκλησιαστικός φορέας ο οποίος καταδικάζει όλες τις αντισυλληπτικές μεθόδους και ιδιαίτερα την έκτρωση. Αμετακίνητη θέση της είναι ότι "Ο θεός ευλόγησε τα πολλά παιδιά στους νόμιμους συζύγους". Συνεπώς κάθε παρεμβολή στο έργο και ώρο του θεού "κύηση", τη θεωρεί έγκλημα και αμαρτωλή πράξη. Κατά τους θρησκευτικούς κύκλους οι αμαρτίες και η καταπάτηση των ηθικών αρχών, όπως συμβαίνει με την έκτρωση και την αντισύλληψη, ελαττώνουν και εξαφανίζουν ολόκληρες φυλές.

Καλούν μάλιστα το κράτος και τους άλλους κύκλους ιατρικούς, πανεπιστήμια, την εταιρία πληθυσμιακών ερευνών και μελετών, να ξεκινήσουν σταυροφορία για ν' αυξηθούν οι γεννήσεις, επειδή οι στιγμές που ζούμε, ως έθνος, όπως ισχυρίζονται είναι κρίσιμες. (Τιμόθεος Τιμοθεάδης 1989, σελ.173)

Εδώ αξίζει ν' αναφερθεί και η θέση του πατέρα Λάμπρου Φωτόπουλου, ο οποίος ασκεί το επάγγελμα του Παππά εδώ κι 1 1/2 χρόνο και απ' τον οποίο πήραμε μια μικρή συνέντευξη. Σκοπός της συνέντευξης αυτής ήταν να δούμε σε προσωπικό πλέον επίπεδο πώς βλέπει και τι θέση παίρνει η εκκλησία απέναντι στον οικογενειακό προγραμματισμό.

Ο κ.Φωτόπουλος μας ανέφερε γενικά τις δύο στάσεις απέναντι στον Οικογενειακό Προγραμματισμό. Η μία θετική στάση είναι ότι

η ζωή μπορεί να μπει σε καλούπια και η άλλη αρνητική στάση είναι ότι η ζωή μπορεί κι από μόνη της να προγραμματιστεί. Η προσωπική θέση του κ. Φωτόπουλου απέναντι στον Οικογενειακό Προγραμματισμό είναι η εξής: "Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός με την μορφή που υπάρχει σήμερα δεν είναι επιδοκιμαστέος. Η άμβλωση δεν είναι τρόπος οικογενειακού προγραμματισμού σκεπτόμενοι ότι η ίδια η νομοθεσία σήμερα αίρει ακόμα και την άμβλωση. Έτσι, πιστεύω, ότι η ζωή δεν μπορεί να παρεμποδιστεί γιατί η ίδια η ζωή θα εκδικηθεί. Με ποιόν τρόπο; Το βλέπουμε ήδη, με την υπογεννητικότητα πρωτ' απ' όλα. Ξέρουμε ότι η Ελλάδα παρουσιάζει σοβαρό δημογραφικό πρόβλημα και η πολιτική ηγεσία όχι μόνο αποδέχεται την άμβλωση, αλλά δεν αεφαρμόζει και δεν μεριμνεί για την προστασία και φροντίδα των άγαμων μητέρων με ειδικά προγράμματα και τους κατάλληλους χώρους υποδοχής αυτών των μητέρων. Συνέπειες, βέβαια, της υπογεννητικότητας είναι η έλλειψη εργατικού δυναμικού, η ανεργία, η υπολειτουργία διαφόρων τομέων όπως η γεωργία, η μείωση καταναλωτών, η έλλειψη αισιοδοξίας και οπωσδήποτε οικονομικές συνέπειες".

Στην ερώτηση για το ποια αιτία πιστεύει ότι οδηγεί στην υπογεννητικότητα απάντησε: "Η πολύτεκνη οικογένεια οδηγεί στον φόβο και στην αίσθηση της κοινωνικής απομόνωσης, και άρα στην μείωση των γεννήσεων".

Τέλος ρωτήσαμε τον πατήρ Λάμπρο, με ποιά μορφή πιστεύει ότι θα μπορούσε να λειτουργήσει ο Οικογενειακός Προγραμματισμός στην Ελλάδα. Η απάντηση ήταν η εξής: "Πιστεύω, με την μορφή της στήριξης και συμβολής της οικογένειας σε όλους της τους τομείς. Αντίθετα, με την μορφή που λειτουργεί σήμερα, πιστεύω ότι οδηγεί στην ίδια την υπογεννητικότητα".

Η Πρόταση του κ. Φωτόπουλου για την λειτουργία του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι ότι: "Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός πρέπει να βοηθήσει τον άνθρωπο στην επιλογή του, είτε θέλει ν' αποκτήσει λίγα είτε πολλά παιδιά. Να βοηθήσει την οικογένεια να συνειδητοποιήσει κι αναγνωρίσει τις δυνατότητές της. Πάνω από όλα όμως να αφήσει την οικογένεια ελεύθερη στην επιλογή

κι οργάνωσή της".

Οι Υποστηρικτές όμως του Οικογενειακού Προγραμματισμού απαντούν προς τους "διαφωνούντες" ότι το μεγάλο πρόβλημα της υπογεννητικότητας δεν επηρεάζεται καθόλου από το συγκεκριμένο πρόγραμμα, αφού αυτό σέβεται την επιθυμία του ζεύγους για παιδιά, αλλά τους βοηθάει ν' αποκτήσουν τόσα ώστε να μπορούν να ζήσουν μια ποιοτική ζωή, σαν οικογένεια, ανάλογα με τις συνθήκες διαβίωσής τους, τους στόχους, τις υποχρεώσεις τους.

Επισημαίνουν δε, την εξής πραγματικότητα ως ευθύνουσα της τρομακτικής μείωσης των γεννήσεων:

1. Την παντελή έλλειψη βρεφονηπιακών σταθμών.

2. Τη δυσκολία αποδοχής από τους σταθμούς παιδιών οικογενειών με οικονομικούς πόρους.

3. Το μικρό χρονικό διάστημα (2 μήνες) που δίνεται στη μητέρα ως άδεια μετά τον τοκετό.

4. Η στέρηση δικαιώματος στους γονείς να μείνουν στο σπίτι σε περίπτωση αποδεδειγμένης νόσου του βρέφους.

5. Τα εξευτελιστικά ποσά των οικογενειακών επιδομάτων.

6. Η περικοπή του ποσού στις αναρρωτικές άδειες μετά από κάποιο στάδιο της κύησης.

7. Η έλλειψη δυνατότητας μερικής απασχόλησης στο δημόσιο τομέα.

(Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού. Ο Ο.Π και το δημογραφικό πρόβλημα ΑΘΗΝΑ 1988, σελ.10).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 1. ΣΤΟΧΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αποτελεί βασικό στοιχείο της Προληπτικής Ιατρικής.

Στόχος του είναι ο ορθός σχεδιασμός και οργάνωση της ζωής του ατόμου με τον Προγραμματισμό της οικογένειας. Απευθύνεται στο ζευγάρι, στη γυναίκα, στο παιδί, στον έφηβο, στο νέο.

Όπως αναφέρουν οι Καραγιάννης-Ρουμελιώτου στο βιβλίο "Μέθοδοι και αρχές Οικογενειακού Προγραμματισμού", οι του Υπουργείου Υγείας σημειώσεις για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό και τα έντυπα της εταιρίας Ο.Π, οι στόχοι του θεσμού είναι ποικίλοι και εξίσου ζωτικής σημασίας όλοι ως προς τη σημαντικότητά τους.

1. Κυρίαρχο όμως σε προτεραιότητα στόχο για τα Ελληνικά δεδομένα θεωρούν τη σωστή αντισυλληπτική καθοδήγηση της γυναίκας, ώστε ν' αποφεύγει την έκτρωση ή τις πολλαπλές εκτρώσεις, οι οποίες οδηγούν σε μια σειρά οργανικών και ψυχολογικών επιπλοκών και κύρια στη στειρώση από την πρόκληση σαλπγγίτιδας.

Η έκτρωση σήμερα θεωρείται ως λύση σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, και μάλιστα για πολλές γυναίκες αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο. Έτσι τα νούμερα, που αναφέρονται σ' αυτή είναι αδιάφορα και προκαλούν προβληματισμό και συγκρούσεις μεταξύ των ερευνητών. Κάποιοι μιλάνε για αριθμό 300.000 το χρόνο, ενώ μερικοί άλλοι υποστηρίζουν ότι τα εκτρωτικά κρούσματα ανέρχονται σε 150.000 ετησίως. Τέλος υπάρχει και άποψη που επιμένει σε ένα πολύ μικρό νούμερο των 200 ετησίως.

Οι άλλοι στόχοι - προτεραιότητες κατά τους παραπάνω είναι:

2. Ο Προγραμματισμός επιθυμητής και αποδεκτής εγκυμοσύνης από το ζευγάρι, για να αποφευχθεί ή να μετριαστεί αφ' ενός η πιθανότητα γέννησης παιδιών, των οποίων οι γονείς δε θα επιθυμούν την παρουσία και να απαλλάξει αφετέρου το παιδί από τραυματικές συναισθηματικές εμπειρίες. Παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά, των οποίων η γέννηση δεν είναι αποδεκτή στερούνται ουσιαστικής στοργής και φροντίδας και



εξελίσσονται συνήθως σε παιδιά με αισθήματα ανασφάλειας κατά την παιδική ηλικία ενώ στην ήβη εκδηλώνουν κοινωνικές δυσπροσαρμοστίες, δημιουργούν συγκρουσιακές διαπροσωπικές σχέσεις. Γίνονται εσωστρεφή και μοναχικά άτομα. Δυσπιστούν στη φιλία που τους προσφέρεται και δύσκολα γίνονται προσιτοί κ.α.

3. Η αποκατάσταση της υγείας της γυναίκας με την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης σε περίπτωση όπου εκδηλώνεται μια παροδική ασθένεια, όπως ανοικτή φυματίωση, ενεργός καρδιοπάθεια, χρόνιες φλεγμονές του ουροποιητικού συστήματος και ψυχικές καταστάσεις, στοιχεία που μπορούν να προκαλέσουν σοβαρούς κινδύνους στη ζωή της τους κυοφόρους μήνες. Σ' αυτό το ενδεχόμενο συνίσταται η χρήση της αντισυλληπτικής μεθόδου, για την περίοδο που απαιτείται έως την πλήρη ανάρρωση της υγείας της γυναίκας. Ενώ στις γυναίκες με χρόνια ιστορικό υγείας, όπως χρόνιας υπέρτασης, διαβήτη με αγγειακές και νεφρικές επιπλοκές, αντιρροπούμενης καρδιοπάθειας χορηγείται μόνιμη αντισυλληπτική μέθοδος.
4. Η εφαρμογή προγραμμάτων που αφορούν τη γενετική, τη συμβουλευτική, τον προγεννητικό έλεγχο προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση κληρονομικών παθήσεων από γονείς, που πάσχουν ή νοσούν από ασθένειες όπως αμιορρινοπάθεια, η αμιορροφιλία, αμαυρωτική ιδιοτεία, οι χρωματοσωμικές ανωμαλίες και να εξασφαλιστεί η γέννηση υγιών παιδιών. Σ' αυτές τις περιπτώσεις παρατηρείται ότι η εγκυμοσύνη κλονίζει την υγεία της γυναίκας. Δεδομένου ότι θα καταφύγει σύμφωνα με τις στατιστικές ή στην έκτρωση για την αποφυγή γέννησης παθολογικού παιδιού ή θα συνεχίσει την κύηση και θα γεννήσει πιθανότατα παθολογικό παιδί το πρόβλημα του οποίου θα επηρεάζει την ψυχική της υγεία.
5. Ο προγραμματισμός των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κύησεων, που θεωρούνται απαραίτητα, για ν' αποφευχθούν οι διαδοχικές κύσεις και οι θηλασμοί που προκαλούν αδυνάτισμα και άλλες οργανικές διαταραχές. Επιστημονικά είναι απαραίτητη η διέλευση μιας περιόδου 2-3 ετών σαν ένας χρόνος ξεκούρασης για τη γυναίκα για να αποκτήσει την ψυχολογική της ισορροπία και 8 μηνών για τη βιολογική της επαναλειτουργία, ανεξάρτητα του αριθμού των γεννήσεων. Ειδικά οι πολύτοκες έχουν ανάγκη μιας περιόδου οργανικής ξεκούρασης, για να μην εμφανιστούν στο μέλλον φαινόμενα αναμίας, υποθρεψμίας ή ψυχολογικά, όπως συμβαίνει σε μερικές γυναίκες.

6. Ν' απαγκιστρώσει τις γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο από τα κοινωνικοοικονομικού χαρακτήρα προβλήματα, τα οποία συνεπάγεται η γέννηση ενός ακόμα παιδιού.
7. Η βελτίωση της ποιοτικής ζωής των παιδιών των πολυμελών οικογενειών, όταν οι δυνατότητες των γονιών οικονομικές, μορφωτικές είναι περιορισμένες. Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε ένα τέτοιο περιβάλλον, δεν έχουν την απαραίτητη ανάγκη και προσοχή που χρειάζονται. Μεγαλώνουν λοιπόν στη φτώχεια και πολύ συχνά υποσιτίζονται και εκτίθενται σε λοιμώξεις. Στερούνται επίσης της εκπαίδευσης, που θα τους έδινε τη δυνατότητα να βελτιώσουν τη ζωή τους. Έτσι θα αποτελέσουν στο μέλλον τη νέα γενιά φτωχών, που θα ζήσουν σύμφωνα με τα γονικά τους πρότυπα "φτωχοί με πολλά παιδιά". Έρευνες έδειξαν ότι τα παιδιά, που προέρχονται από ένα τόσο στερημένο περιβάλλον, έχουν περιορισμένο λεξιλόγιο και εξελίσσονται σε μέτριους μαθητές. Συχνά δε γίνονται επιθετικά επιθυμώντας να αποσπάσουν την προσοχή, που τους στέρησε το σπίτι τους. Αρκετές φορές όμως η παραπάνω στάση οδηγεί στη φυλακή ή το αναμορφωτήριο. Αναφερόμενοι στις συνθήκες διαβίωσης των πολυμελών οικογενειών δεν πρέπει να παραληφθεί η επισήμανση ότι το ποσοστό των παιδιών που κατορθώνουν να σπουδάσουν και να καλλιεργήσουν τις όποιες ικανότητές τους και να αναδειχτούν σε καριερίστες είναι μικρότερο αναλογικά.
8. Η εφαρμογή προγραμμάτων για τη μείωση της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας, η οποία συνδέεται με τις πολύ μικρές ηλικίες (14-16 ετών) και τις μεγάλες ηλικίες άνω των 45 ετών, π.χ ο σκελετός στην έφηβη δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως. Άρα η πύελος έχει μικρότερες διαστάσεις από της ενήλικης γυναίκας. Με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσαναλογία μεταξύ πυέλου και του εμβρύου και ο γιατρός να καταφεύγει στην καισαρική, επειδή εμφανίζονται προβλήματα κατά τον τοκετό. Αντίθετα τα προβλήματα που εμφανίζουν οι ηλικίες μετά τα 45 έτη, οφείλονται στη μείωση της αναπαραγωγικής ικανότητας της μητέρας από τις αλλοιώσεις, που χαρακτηρίζουν - τις μεγάλες ηλικίες - τη γήρανση. Οι επιστήμονες παρατηρούν ότι η αναπαραγωγική ικανότητα της γυναίκας φτάνει στο υψηλότερο σημείο απόδοσης στην ηλικία των 18-20 ετών. Στο σημείο αυτό διατηρείται σε όλη διάρκεια της τρίτης δεκαετίας. Μετά όμως επέρχεται η βαθμιαία μείωση της αναπαραγωγικότητας της. Η αδυναμία αυτή επηρεάζει αυτομάτως και τη νοσηρότητα και θνησιμότητα του

παιδιού, που εμφανίζεται στην περιγεννητική και βρεφική περίοδο, π.χ έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα του συνδρόμου Down επηρεάζει τα μωρά που γεννιούνται από γυναίκες άνω των 40 ετών.

9. Η ενημέρωση του ατόμου για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (αφροδίσια).

Με τον όρο σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα εννοούνται, εκείνες οι ασθένειες, που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο μέσω της σεξουαλικής επαφής. Μερικά βέβαια απ' αυτά μεταδίδονται με την απλή επαφή. Εντοπίζονται κύρια στη γενετήσια περιοχή. Οι χαρακτηριστικότερες ασθένειες, που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή είναι:

1. Η βλεννόρροια.
2. Η σύφιλη.
3. Μονιλίαση των γεννητικών οργάνων.
4. Ο έρπης των γεννητικών οργάνων.
5. Αφροδίσια κονδυλώματα.
6. Αιδοιοκολπίτις, Βαλανίτις.
7. Ψώρα, φθειρίαση.
8. Μαλακό έλκος.
9. Αφροδίσιο λευκοκκοκίωμα και Βουβωνικό κοκίωμα.
10. Τα τελευταία χρόνια έχει πάρει επικίνδυνες και ανεξέλεγκτες διαστάσεις ο ιός της πανούκλας και της θείας τιμωρίας, όπως χαρακτηρίζεται το AIDS.

Εκτός όμως του AIDS παρατηρείται ότι και τα προαναφερόμενα βρίσκονται σε έξαρση τα τελευταία χρόνια. Τα επισκιάζει όμως το AIDS επειδή η παρουσία του είναι συνδεδεμένη με την πορεία του ασθενούς σ' ένα δρόμο χωρίς επιστροφή, στην καταδίκη που σημαίνει γρήγορη ή αργή πορεία προς το θάνατο, δεδομένου ότι παρά τις επιστημονικές προσπάθειες η θεραπεία της νόσου είναι μόνο συμπτωματική προς το παρόν. Αντίθετα αποτελεσματικές θεραπείες ισχύουν για μερικά από τα λοιπά σεξουαλικά νοσήματα π.χ βλεννόρροια, σύφιλη, ψώρα. Δυστυχώς αθεράπευτα παραμένουν τα κονδυλώματα και ο έρπης. Η καθολική αυτή έξαρση οφείλεται στην έλλειψη ενημέρωσης και φόβου, για τους κινδύνους, που εγκυμονούν γύρω από τα αφροδίσια και γενικά τους κινδύνους τους μολυσματικούς, που εγκυμονούν μετά από

μα σεξουαλική επαφή, ειδικά όταν ο-η ερωτικός σύντροφος μας είναι άγνωστος ή ελάχιστα γνωστός. Τα αφροδίσια είναι συχνότερα σε άτομα με έντονη-πολλαπλή σεξουαλική δράση παρά στο γενικό πληθυσμό.

Οφείλονται σε ποικίλους παθογόνους μικροοργανισμούς και η συμπτωματολογία τους περιλαμβάνει ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις σε διάφορα όργανα και συστήματα του σώματος. Οι επιπλοκές των λοιμώξεων αυτών είναι μακροπρόθεσμες και συχνά αποβαίνουν μοιραίες ειδικά για τη γυναίκα η οποία έρχεται αντιμέτωπη πολλές φορές με μια εξωμήτρια κύηση, με συγγενείς ανωμαλίες ή το πιο επώδυνο με κακοήθεις νεοπλασίες ή με την περίπτωση της μόνιμης στειρότητας.

Η σοβαρότητα των επιπλοκών εξαρτάται από το χρόνο έναρξης της θεραπείας. Το επικίνδυνο για μερικές από τις παθήσεις αυτές είναι ότι είναι ασυμπτωματικές για ορισμένο χρόνο και είναι δύσκολο για το άτομο να υποψιαστεί ότι έχει προσβληθεί και έτσι μπορεί να μεταδώσει τη νόσο. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ενημερώνει το άτομο για τους κινδύνους που διατρέχει σε περίπτωση που προσβληθεί από μια αφροδίσια νόσο μετά από μια σεξουαλική επαφή. Τονίζει τη χρησιμότητα της άμεσης επίσκεψης στον γιατρό σ' αυτή την περίπτωση. Ενημερώνει για τη συμπτωματολογία των λοιμώξεων, μοιράζει έντυπα που αναφέρονται εκτενώς σε αυτές τις ασθένειες, όπως τονίζει τέλος τη σημασία χρήσης προφυλακτικού για το μετρίασμα ή για την αποτροπή του κινδύνου μόλυνσης από τέτοιες νόσους.

#### 10. Η αντιμετώπιση της στειρότητας.

Οι μελέτες που έγιναν κατά καιρούς πάνω στο πρόβλημα της στειρότητας απέδειξαν πως τα 10 στα 100 ζευγάρια δε μπορούν να τεκνοποιήσουν ενώ άλλα 15 αποκτούν λιγότερα απ' όσα επιθυμούν. Αυτό σημαίνει ότι το 25% του πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα γονιμότητας. Στειρότητα αναστρέψιμη ή ολική, είναι η αδυναμία του ζεύγους να συλλάβει. Στην Ελλάδα θεωρείται κοινωνικό στίγμα και προσωπική αποτυχία η αδυναμία του ζεύγους να αποκτήσει παιδιά. Κύρια δε το στίγμα στρέφεται προς τη γυναίκα, η οποία θεωρείται ως στερημένη από τη φύση της για την ολοκλήρωση του προορισμού της παρουσίας της.

Υπάρχουν δύο είδη στειρότητας:

α) Η προσωρινή ανικανότητα, που ονομάζεται αναστρέψιμη

β) Η ολική ανικανότητα, που ονομάζεται στειρότητα.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός στην περίπτωση της μη αναστρεψιμότητας παρέχει υποστήριξη στο ζευγάρι. Επεμβαίνει δηλαδή ενημερωτικά και συμβουλευτικά για να τους εξηγήσει τη δυνατότητά τους ν' αποκτήσουν ένα παιδί. Στα πλαίσια της ενημέρωσης, τους συνδέει με τις υπηρεσίες εκείνες που μπορούν να τους παρέχουν τη δυνατότητα για υιοθεσία.

Όταν όμως το πρόβλημα είναι αναστρέψιμο τους ενημερώνει ότι πρέπει να ακολουθήσουν μια σειρά εξετάσεων για να γίνει η σωστή διάγνωση και θεραπεία, ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της στειρότητας και να προκληθεί εγκυμοσύνη.

(Συνέντευξη με την Κα Τσεμπέρη, σύμβουλο Οικογενειακού Προγραμματισμού)

11. Η συμβουλευτική σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης

12. Η πρόληψη του καρκίνου (μαστού, τραχήλου μήτρας) του γυναικείου πληθυσμού, αυτός ο στόχος είναι τελευταίος ιεραρχικά αφού οι υπηρεσίες δίνονται και από άλλες υγειονομικές μονάδες.

(Σημειώσεις Υπουργείου Υγείας, ΑΘΗΝΑ 1988, σελ. 10)

## 2. ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Οι μέθοδοι που μπορούν να εφαρμοστούν για να πετύχουν οι στόχοι του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι 3 σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία:

A) Κλινική βάση - Κλινικός Προσανατολισμός

B) Κλινική βάση - Κοινοτικός Προσανατολισμός

Γ) Κοινοτική βάση - Κοινοτικός Προσανατολισμός

### A. Κλινική βάση - Κλινικός Προσανατολισμός

Στο μοντέλο αυτό, που είναι ιατρο-κεντρικό, οι υπηρεσίες Ο.Π διατίθενται μόνο μέσα στις μονάδες υγείας (νοσοκομείο, κέντρα υγείας) και κατά κανόνα προϋποθέτει την ύπαρξη εξειδικευμένου γιατρού. Στο μοντέλο αυτό εμπειριούνται τα προγράμματα που απευθύνονται σε ζευγάρια που έχουν γεννητικό πρόβλημα, όπως στειρότητα,

εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου, ψυχοσεξουαλικά προβλήματα και προβλήματα που αφορούν τα νεαρά άτομα (σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αφροδίσια νοσήματα) (Σημειώσεις Αλέκας Συκάκη-Σούκα, Μαίας του μαιευτηρίου "Αλεξάνδρας" πάνω στον Ο.Π). Οι διαδικασίες όμως που ακολουθούνται από το ιατρικό προσωπικό για την παροχή υπηρεσιών (γραφειοκρατικά) είναι ανάλογες των άλλων ιατρικών μονάδων.

### **Β. Κλινική βάση - Κοινοτικός Προσανατολισμός**

Στο μοντέλο αυτό η κλινική παραμένει η βάση δράσης του προγράμματος όμως το ενδιαφέρον επικεντρώνεται κύρια σε θέματα εκτός του κέντρου, που αφορούν στην κοινότητα προκειμένου για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ενδιαφερομένων. Το προσωπικό εδώ διενεργεί τακτικές επισκέψεις στην κοινότητα για να πληροφορήσει και να καθοδηγήσει τους πολίτες σε θέματα συνδεδεμένα με τη νόμιμη ή την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, την υιοθεσία, τον προγεννητικό έλεγχο, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τη σεξουαλική αγωγή προκειμένου να τους ευαισθητοποιήσει και να επαυχθεί η προσέλευσή τους στα κέντρα.

### **Γ. Κοινοτική βάση - Κοινοτικός Προσανατολισμός**

Στο τρίτο μοντέλο η έμφαση των δραστηριοτήτων των ΚΟΠ επικεντρώνεται καθαρά στην κοινότητα όπου γίνεται ενημέρωση σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Το κλινικό έργο περιορίζεται σε θέματα τεχνικής υποστήριξης και στη δημιουργία ενός δικτύου μελών της κοινότητας, οι οποίοι επωμίζονται την ευθύνη της προώθησης του προγράμματος των ΚΟΠ και της παροχής ορισμένων υπηρεσιών σ' αυτά. Οι δραστηριότητες του Οικογενειακού Προγραμματισμού στα κοινοτικά πλαίσια αποσκοπούν στην προαγωγή υγείας της Κοινότητας και θα πρέπει συνεπώς ν' αποτελεί στόχο των κοινοτήτων ή της τοπικής αυτοδιοίκησης η δημιουργία κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού. Πρόσφατες μάλιστα ενδείξεις (όχι αρκετές) συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι όσο περισσότερο κινούνται τα προγράμματα των ΚΟΠ προς μια Κοινοτική κατεύθυνση τόσο πιο αποτελεσματικά γίνονται.

(Θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, Υπουργείο Υγείας, 1989, σελ. 7)

Στην Ελλάδα ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ξεκίνησε βασιζόμενος στον κλινική-

θεραπευτική μέθοδο αφ' ενός γιατί υπήρχε η ανάλογη δομή των υπηρεσιών υγείας, που μπορούσε να ανταποκριθεί άμεσα στις απαιτούμενες προϋποθέσεις για την ανάπτυξη του προγράμματος και αφετέρου, γιατί κρίθηκε σκόπιμο ότι σαν νέος θεσμός θα τύχαινε ευνοϊκής αποδοχής από το κοινό και θα ξεπερνούσε τις δυσκολίες, οι οποίες προκύπτουν συνήθως από την εύλογη δυσπιστία σε κάθε τι καινούριο.

Μετά όμως από μια πετυχημένη πρώτη φάση εφαρμογής του προγράμματος πρέπει σταδιακά να αποϊατροκοποιηθεί ο θεσμός και να τείνει περισσότερο στο 2ο μοντέλο προσεγγίζοντας έτσι σε μεγαλύτερο βαθμό τις ανάγκες της κοινότητας.

(Θέματα Ο.Π Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας. ΑΘΗΝΑ 1988, σελ. 67)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

---

### 1. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

Οι λόγοι που επιβάλλουν τον οικογενειακό προγραμματισμό στην Ελλάδα, ξεκινούν από τη δημογραφική εικόνα, που παρουσίασε ο τόπος μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και επεκτείνονται στους στόχους, που είναι η μείωση των εκτρούσεων και η προστασία της υγείας της μητέρας και της υγείας του παιδιού. Οι λόγοι που απαιτούν την εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού είναι δημογραφικής φύσεως και συνδέονται με τη γεννητικότητα και τη θνησιμότητα του πληθυσμού.

#### A. Δημογραφικά αίτια.

Πιστεύεται ότι η αύξηση του πληθυσμού δεν ήταν ποτέ ομαλή και όμοια σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες.

Αύξηση πληθυσμιακή παρουσιαζόταν, όταν βελτιωνόταν η οργάνωση της κοινωνίας. Αντίθετα, οι επιδημίες, οι πολέμοι, καταστροφές κ.α μειώνουν τον πληθυσμό, ενώ αυξάνει ο δείκτης θνησιμότητας. Ειδικά ο ελληνικός πληθυσμός μειώθηκε πολλές φορές από γεγονότα, σαν τα προαναφερθέντα αφού η ελληνική κοινωνία έζησε σειρά μεγάλων εμπόλεμων εμπειριών λόγω της γεωγραφικής της θέσης.

Η συνεχής επίσης οικονομική ανάπτυξη της χώρας είχε σαν αποτέλεσμα την καλύτερη διοικητική οργάνωση του ελληνικού κράτους. Συγχρόνως δημιουργήθηκαν και οι πρώτες υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

Πολύ αργότερα άρχισε και η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής με την γενίκευση κυρίως των προληπτικών εμβολιασμών. Όμως τα τελευταία χρόνια η καθαυτό θεραπευτική ιατρική συνέβαλλε ουσιαστικά στη παραπέρα μείωση της θνησιμότητας με τη χρησιμοποίηση των χημειοθεραπευτικών και των νεότερων επετυγμάτων της χειρουργικής και των άλλων ειδικοτήτων της ιατρικής.

Συγχρόνως όμως με τη μείωση της θνησιμότητας παρατηρήθηκε και μείωση της γεννητικότητας, γιατί συνειδητοποιήθηκε γρήγορα ότι το επιθυμητό ήταν ο μικρότερος



αριθμός των παιδιών. Εκτός όμως από την μείωση της θνησιμότητας η άνοδος του βιοτικού επιπέδου οι αυξημένες απαιτήσεις της ζωής και η επιθυμία βελτίωσης της ποιότητας της, η ειδική νομοθεσία κατά της παιδικής εργασίας, η επιθυμία των γονέων για τη βελτίωση της ζωής των παιδιών τους και τα πρόσθετα οικονομικά βάρη, τα οποία συνεπαγόταν η βελτίωση αυτή, είχαν σαν αποτέλεσμα τη συνειδητή μείωση του αριθμού των γεννήσεων.

Αντίθετα στις υποανάπτυκτες χώρες ο οικογενειακός προγραμματισμός καλείται να βοηθήσει στη μείωση της τρομερής αύξησης του πληθυσμού με την ενημέρωση, την εφαρμογή αλλά και την ανακάλυψη των αντισυλληπτικών μεθόδων, οι οποίες δεν απαιτούν ενεργό συμμετοχή και ατομικό ενδιαφέρον για την εφαρμογή τους (Ρουμελιώτου - Παπαευαγγέλου).

Έτσι θα βοηθήσει μαζί με την προσπάθεια βιομηχανοποίησης και οικονομικής ανάπτυξης στη μείωση της γεννητικότητας και του ρυθμού αύξησης του πληθυσμού και θα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των υπανάπτυκτων χωρών.

Αρκετές χώρες, όπως για παράδειγμα η Αίγυπτος, η Ινδία κ.α υιοθέτησαν οι περισσότερες από το 1964 τον οικογενειακό προγραμματισμό επισήμως σε μια προσπάθεια περιορισμού των γεννήσεων.

## **B. Γεννητικότητα - Θνησιμότητα του Ελληνικού πληθυσμού.**

Η μείωση της γεννητικότητας στην Ελλάδα φαίνεται ότι επήλθε σχεδόν ταυτόχρονα με τη μείωση της θνησιμότητας και προκλήθηκε από τα ίδια βασικά αίτια. Στα σπουδαιότερα θεωρούνται:

α) Η βελτίωση της υγειονομικής της περίθαλψης.

β) Η αστικοποίηση του πληθυσμού διαδραμάτισε επίσης σημαντικό ρόλο δεδομένου ότι η γεννητικότητα του αστικού πληθυσμού λόγω ειδικών συνθηκών, είναι μικρότερη από τη γεννητικότητα του αγροτικού πληθυσμού.

γ) Καταλυτικός όμως παράγοντας θεωρείται η άνοδος του βιοτικού επιπέδου. Έρευνες έδειξαν, πως η γεννητικότητα είναι αντιστρόφως ανάλογη με τη κοινωνικοοικονομική και μορφωτική ανάπτυξη μιας χώρας.

Σε περιοχές και στα στρώματα εκείνα όπου το μορφωτικό, οικονομικό και κοινωνικό

επίπεδο του πληθυσμού είναι πολύ χαμηλό παρουσιάζεται αυξημένη η αναπαραγωγικότητα. (Ρουμेलιώτου-Παπαευαγγέλου σελ. 36)

Αν εξετάσουμε π.χ τις αγροτικές ή εργατικές κοινωνίες, θα δούμε ότι είναι πατροπαράδοτη η τάση για μεγάλη οικογένεια όπως αυξημένο είναι και το ποσοστό θανάτων.

Η πολυτεκνία στην επαρχία υπαγορεύεται από την επιθυμία των γονιών ν' αποκτήσουν παιδιά και κύρια αγόρια, που θα τα χρησιμοποιήσουν στις σκληρές εργασίες (χωράφια, οικοδομή, εργοστάσιο). Ενώ ταυτόχρονα θ' αποτελέσουν εγγύηση για τα γηραιά και τις αρρώστιες τους.

Κυριαρχεί η αντίληψη επίσης, πως όσα περισσότερα παιδιά γεννήσει μια γυναίκα, τόσο πιο "προκομμένη" είναι, τόσο περισσότερο καταξιώνεται στους κόλπους της οικογένειας και του κοινωνικού περίγυρου.

Τέλος έχει παρατηρηθεί πως στα στρώματα αυτά που η θνησιμότητα των παιδιών είναι υψηλή, υπάρχει η τάση των ζευγαριών για απόκτηση πολλών παιδιών.

Αντίθετα σ' εκείνες τις κοινωνίες όπου ευνοήθηκε η δευτεροβάθμια και ανώτερη εκπαίδευση και κύρια των γυναικών παρατηρείται ένα παράλληλο φαινόμενο αυξημένης υπογεννητικότητας (Ι. Δετοράκης)

Τα τελευταία 30-40 χρόνια η εκπαίδευση έδωσε τη δυνατότητα στη γυναίκα να γνωρίσει καλύτερα τον εαυτό της να συνειδητοποιήσει τις ανάγκες τις και τα προβλήματά της, τις επιθυμίες της, να αναληφθεί τη δύναμή της και να χαράξει στόχους για τη ζωή της. Έτσι έπαψε να είναι πλέον μόνο νοικοκυρά, μητέρα και σύζυγος. Προσανατολίστηκε και σ' άλλους τομείς δράσης και άρχισε σιγά-σιγά να εξομοιώνεται με τον άνδρα ζήτησε τη νόμιμη κατοχύρωση στις διεκδικήσεις της, απέκτησε οικονομική ανεξαρτησία, ενδιαφέρθηκε για την σταθερότητα και εξέλιξη της επαγγελματικής της πορείας και άρχισε πλέον να μη θέλει τη μεγάλη οικογένεια.

Τέλος θα πρέπει να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι σήμερα οι οικονομικά ανεξάρτητες τάξεις έχουν ξεπεράσει το πρόβλημα της γεννητικότητας με την υιοθεσία (Ι. Δετοράκης, σελ. 15)

Γίνεται λοιπόν φανερό από τα προαναφερθέντα ότι η ολιγομελής οικογένεια είναι πράξη αυτόβουλη και συνειδητή στην ελληνική κοινωνία τις τελευταίες δεκαετίες. Ο

προγραμματισμός όμως της οικογένειας δεν ανταποκρίνεται προς τα σημερινά επιτεύγματα της επιστήμης. Γι' αυτό το κράτος για να ενισχύσει την αναπαραγωγικότητα έχει θεσπίσει σειρά μέτρων.

## 2. ΜΕΤΡΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΩΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ

Η αντιμετώπιση του προβλήματος της χαμηλής γεννητικότητας έχει δύο κατευθύνσεις:

- α) την ενθάρρυνση της γεννητικότητας
- β) τη μείωση των εκτρώσεων.

Η αποφυγή των εκτρώσεων είναι δυνατό να επιτευχθεί με την ενημέρωση πάνω στις μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού. Η ενθάρρυνση, όμως, και η ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί λόγω της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης, της ανύψωσης του μορφωτικού επιπέδου, της αστικοποίησης και της συνεχώς αυξανόμενης επαγγελματικής απασχόλησης της γυναίκας.

Παρά τις δυσκολίες όμως που παρουσιάζει η ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας, το κράτος έχει θεσπίσει ορισμένα μέτρα με σκοπό την ενίσχυση της. (Παπαευαγγέλου, Αρχές και Μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα 1979, σελ. 33)

Τα μέτρα αυτά είναι τα εξής:

### 1) Προστασία του θεσμού του γάμου.

Όλα τα νομοθετικά, κοινωνικά και οικονομικά μέτρα που έχουν υιοθετηθεί μέχρι σήμερα, αποσκοπούν στην ενίσχυση του θεσμού του γάμου. Τα περισσότερα από αυτά συμβάλλουν έμμεσα και στην ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας. Η απαγόρευση γάμου μεταξύ συγγενών, ορισμένες νομοθετικές ρυθμίσεις συνάψεως και διαλύσεως γάμου, η επιδίκαση διατροφής, οι φορολογικές απαλλαγές, τα επιδόματα τελέσεως γάμου (από την εργατική εστία) και συζύγου, καθώς και οι στεγαστικές παροχές αναφέρονται μόνο ενδεικτικά σαν ενισχυτικοί της αναπαραγωγικότητας παράγοντες. Αντίθετα ορισμένες απαγορευτικές διατάξεις του νόμου περί διαζυγίων και η απαγόρευση τέταρτου γάμου

δεν φαίνεται να επδρούν αρνητικά στην αναπαραγωγικότητα τουλάχιστον σε σημαντικό βαθμό.

## **2) Προστασία της μητρότητας.**

Στον τομέα αυτό δεν εφαρμόζεται ενιαίο πρόγραμμα και δεν υπάρχει συντονισμός δραστηριοτήτων των διαφόρων φορέων. Οι παροχές διαφέρουν ανάλογα με το φορέα και καλύπτουν σε διάφορο βαθμό τις ανάγκες μαιευτικής παρακολούθησης του τοκετού όπως συμβαίνει και για κάθε άλλη κοινωνικοοικονομική και υγειονομική παροχή. (Παπαευαγγέλου, Οικογενειακός Προγραμματισμός σελ. 33)

Συνοπτικά από τους σπουδαιότερους φορείς προσφέρονται οι παρακάτω υγειονομικές και κοινωνικοοικονομικές παροχές:

### **α) Δημόσιοι υπάλληλοι και υπάλληλοι Ν.Π.Δ.Δ.**

Παρέχεται πλήρης ιατροφαρμακευτική κάλυψη και άδεια από τον όγδοο μήνα της εγκυμοσύνης που παρατείνεται για δύο μήνες μετά τον τοκετό.

### **β) Ι.Κ.Α.**

Με την προϋπόθεση συμπλήρωσης διακοσίων ημερομισθίων παρέχεται πλήρης ιατροφαρμακευτική κάλυψη, άδεια σαρανταδύο ημερών πριν και σαρανταδύο μετά τον τοκετό, καθώς και ειδικό επίδομα τοκετού.

### **γ) Ο.Γ.Α.**

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αντιμετωπίζονται σαν τμήμα της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης. Δεν χορηγείται όμως φαρμακευτική κάλυψη. (Παπαευαγγέλου, Οικογενειακός Προγραμματισμός, σελ 34)

Οι παροχές των υπολοίπων ασφαλιστικών οργανισμών (Δ.Ε.Η., ΤΑΠΟΤΕ, Τραπεζών, Τ.Ε.Β.Ε) διαφέρουν ανάλογα με τις καταστατικές τους διατάξεις, αλλά κυμαίνονται περίπου στα πλαίσια των παροχών του Ι.Κ.Α. Θα πρέπει, βέβαια να τονιστεί το γεγονός ότι όλες αυτές οι παροχές δεν αντιμετωπίζουν τις δαπάνες του τοκετού που τις

περισσότερες φορές είναι πολλαπλάσιες των παρεχομένων. (Παπαευαγγέλου Οικογενειακός Προγραμματισμός, σελ. 34)

## **2) Οικογενειακή προστασία**

### **α) Υγειονομική προστασία.**

Κιμαίνεται ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα όπως εκτέθηκε ήδη παραπάνω. Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε τη συμβολή του Π.Ι.Κ.Π.Α. στον τομέα της προληπτικής ιατρικής με τους συμβουλευτικούς σταθμούς επίτοκων και βρεφών, τις δύο πολυκλινικές και τα ιατροκοινωνικά κέντρα. Θα πρέπει ακόμη να αναφερθεί η συμβολή της τοπικής αυτοδιοίκησης των διαφόρων ιδιωτικών φορέων και της εθελοντικής προσφοράς.

### **β) Προστασία εργαζόμενης μητέρας.**

Η εργαζόμενη μητέρα απαγορεύεται να απολυθεί κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και λοχείας. Οι μητέρες δημόσιοι υπάλληλοι έχουν μειωμένο ωράριο εργασίας κατά δύο ώρες μέχρι συμπλήρωσης του τετάρτου έτους του παιδιού. Οι άλλοι οργανισμοί και επιχειρήσεις δεν ακολουθούν ομοιόμορφο σύστημα, υποχρεούνται όμως στη χορήγηση δύο διακοπών μισής ώρας εργασίας καθημερινά για θηλασμό του βρέφους. Δεν υπάρχει πρόβλεψη μακρότερης άδειας ή μερικής απασχόλησης.

### **γ) Οικονομικές διευκολύνσεις και παροχές.**

#### **I. Ενιαία μέτρα.**

1) Φορολογικές απαλλαγές: Αυτές διαμορφώνονται ανάλογα με τον τιμάρθιο και κλιμακώνονται ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών και μέχρι να συμπληρώσουν το δέκατο όγδοο έτος της ζωής τους ή το εικοστό πέμπτο εφόσον σπουδάζουν. Οι απαλλαγές ισχύουν για τα μέλη της οικογένειας που δεν έχουν δικό τους εισόδημα μεγαλύτερο από ένα κατώτατο ποσό. Επίσης, αναγνωρίζονται εκπτώσεις από το φορολογητέο εισόδημα για χρήματα που δαπανήθηκαν για ιατρική περίθαλψη, για

φροντίδα κωφαλάλων, διανοητικά ανάπηρων και άλλων απροσάρμοστων παιδιών, για ασφάλεια ζωής κ.λ.π.

2) Πολύτεκνοι: Από το 1940 στους πολύτεκνους (πάνω από πέντε παιδιά) άσχετα με το οικογενειακό εισόδημα προσφέρεται δωρεάν εκπαίδευση, νοσοκομειακή περίθαλψη, προτίμηση σε διορισμούς, εκπτώσεις σε εισιτήρια και άλλες διάφορες παροχές, καμία όμως άμεση επιδότηση.

3) Τρίτο και πάνω παιδί: Με το Ν.Δ. 1153/1972 από πρώτη Ιανουαρίου 1972 για κάθε νέο παιδί που γεννιέται σε μία οικογένεια με δύο τουλάχιστο παιδιά στη ζωή χορηγείται μηνιαίο επίδομα 500 δραχ. μέχρι συμπλήρωσεως του δέκατου έκτου έτους της ζωής άσχετα με πιθανή μεταβολή στη μέχρι τότε οικογενειακή κατάσταση. Με το ίδιο Ν.Δ. καθιερώθηκε ετήσιο επίδομα 2.000 δραχ. για οικογένειες που είχαν πάνω από τέσσερα παιδιά την τριακοστή πρώτη Δεκεμβρίου 1971. Τα επιδόματα αυτά βαρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό και χορηγούνται μέσω του ΟΓΑ χωρίς να λαμβάνεται υπόψη κανένα οικονομικό και άλλο κριτήριο και άσχετα με τα λεγόμενα "ειδικά επιδόματα".

## II. Ειδικά επιδόματα.

Στη χορήγηση των ειδικών αυτών επιδομάτων όπως και στην υγειονομική και κοινωνική προστασία υπάρχει μεγάλη ανομοιομορφία ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα.

1) Στους Δημόσιους υπαλλήλους και τους υπαλλήλους Ν.Π.Δ.Δ.: καταβάλλεται επίδομα ανάλογα με το μέγεθος της οικογένειας.

2) Στους μισθωτούς που είναι ασφαλισμένοι στο Ι.Κ.Α.: καταβάλλονται από το Διανεμητικό Λογαριασμό Οικογενειακών Επιδομάτων, μέσω του Ο.Α.Ε.Δ ετήσια επιδόματα ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών και τον πραγματοποιημένων, μέσα σε ένα χρόνο, ημερών εργασίας. Η επιδότηση γίνεται για το πρώτο μέχρι το έκτο παιδί και μέχρι την συμπλήρωση του δέκατου τέταρτου έτους της ηλικίας. Ο λογαριασμός καλύπτει το 80% περίπου του συνόλου των απασχολούμενων με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου και συντηρείται από τις κρατήσεις που γίνονται σε βάρος των εργοδοτών (1%) και των εργαζομένων (1%) επί των αποδοχών τους. Τα ποσά που χορηγούνται το χρόνο σε μία οικογένεια για ένα μέχρι έξι παιδιά, εφόσον ο μισθωτός

έχει πάνω από 250 ημερομίσθια, είναι αντίστοιχα τα εξής:

2.150 - 7.565 - 16.540 - 31.200 - 39.000 - 46.800 δραχ.

Τα ποσά που αντιστοιχούν κατά μήνα στην οικογένεια συνολικά και χωριστά κατά παιδί, είναι αντίστοιχα τα εξής:

175 - 630 - 1.378 - 2.600 - 3.250 - 3.900 δραχ.

175 - 315 - 459 - 650 - 650 - 650 δραχ.

3) Στους μισθωτούς ασφαλισμένους σε άλλους οργανισμούς.

Για κάθε ένα μήνα μέχρι τρία παιδιά, καταβάλλεται από τον εργοδότη μηνιαίο επίδομα 5% επί του βασικού μισθού, χωρίς κρατήσεις, βάσει των συλλογικών συμβάσεων. (Παπαευαγγέλου Οικογενειακός Προγραμματισμός, σελ. 35)

4) Στεγαστικές παροχές.

Και αυτές χαρακτηρίζονται από ανομοιογένεια ανάλογα με τον υπεύθυνο φορέα και χορηγούνται:

i) Από το Υ.Κ.Υ σε συνεργασία με το Υπουργείο Δημόσιων Εργων, ακολουθούνται οι διατάξεις περί Λαϊκής κατοικίας και προϋποθέτουν έλλειψη στέγης, δυσμενείς στεγαστικές συνθήκες ή μετακίνηση οικισμών. Συνήθως χορηγούνται δάνεια αυτοστέγασης για ανέγερση ή αγορά κατοικίας, ανάλογα με την περιοχή οικισμού (αγροτικός - αστικός) και τον αριθμό των παιδιών. Μέρος του δανείου χορηγείται δωρεάν σαν κρατική βοήθεια. Το μεγαλύτερο μέρος του δανείου είναι άτοκο, τμήμα δε αυτού είναι έντοκο. Επίσης, στο σχήμα της δανειοδότησης λαμβάνεται σοβαρά υπόψη ο αριθμός των παιδιών.

ii) Οργανισμός εργατικής κατοικίας: Ιδρύθηκε το 1954 και παρέχει κατοικία ή δάνειο αυτοστέγασης. Συντηρείται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Προτεραιότητα αναγνωρίζεται στους ολικά ή μερικά ανάπηρους και στους πολύτεκνους. Για τους υπόλοιπους η ιεράρχηση εξαρτάται από το μέγεθος της οικογένειας, το εισόδημα και το συνολικό χρόνο εργασίας.

iii) Για τους Δημόσιους και τους Υπαλλήλους Ν.Π.Δ.Δ.: Χορηγούνται δάνεια αυτοστέγασης από το Τ.Π.Δ και τα ταχυδρομικά ταμειυτήρια. Γενικά όλα τα παραπάνω προγράμματα αυτοστέγασης χαρακτηρίζονται από τη βραδύτητά τους και

δεν καλύπτουν τις αιτήσεις των δικαιούχων χρηματοδότησης. (Παπαευαγγέλου Οικογενειακός Προγραμματισμός, σελ. 35)

### ε) Κοινωνική προστασία.

#### I. Απροστάτευτα παιδιά.

Στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, λειτουργεί Επιτροπή Παιδικής Προστασίας για ορφανά, νόθα, εγκαταλελειμένα παιδιά ή παιδιά με γονείς άρρωστους ή ανίκανους να τα φροντίσουν. Η επιτροπή φροντίζει για την εισαγωγή των παιδιών αυτών σε ορφανοτροφεία, σε άλλα ειδικά ιδρύματα ή σε οικογένειες με μηνιαία επιδότηση.

#### II. Βρεφονηπιακοί Σταθμοί.

Αποτελούν σημαντικό μέτρο κοινωνικής προστασίας που έμμεσα συμβάλλει σημαντικά στην ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας. Ο αριθμός τους είναι μικρός και δεν καλύπτει τις υπάρχουσες ανάγκες. Διακρίνονται σε: α) **Αστικούς Βρεφονηπιακούς Σταθμούς του Υ.Κ.Υ.:** Υπάρχουν στις πρωτεύουσες των νομών και στις μεγάλες πόλεις, που δέχονται παιδιά ορφανά από πατέρα ή με εργαζόμενη μητέρα ακολουθώντας ιεράρχηση των αναγκών, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα κ.λ.π. Παρέχουν φαγητό, ψυχαγωγία και διδασκαλία δωρεάν ή με μικρή οικονομική επιβάρυνση ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας. β) **Αγροτικοί Βρεφονηπιακοί Σταθμοί:** Ιδρύθηκαν γύρω στους 300 σε διάφορα χωριά που δέχονται δωρεάν, παιδιά ηλικίας 3 έως 6 ετών. γ) **Άλλοι Βρεφονηπιακοί Σταθμοί:** Έχουν ιδρυθεί από τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από άλλους Οργανισμούς και Ιδιωτικές Επιχειρήσεις.

#### III. Νηπιαγωγεία.

Έχουν ήδη ιδρυθεί Δημόσια Νηπιαγωγεία για τα δύο προσχολικά χρόνια. Αυτά μαζί με τα ιδιωτικά Νηπιαγωγεία καλύπτουν τις ανάγκες του 25% περίπου των παιδιών της ηλικίας αυτής.



#### IV. Μαθητικά Οικοτροφεία.

Υπάρχει περιορισμένος αριθμός οικοτροφείων που λειτουργούν σε κωμοπόλεις όπου υπάρχουν γυμνάσια. Εξυπηρετούν τα παιδιά που κατοικούν σε μικρά χωριά και αναγκάζονται να μετακινούνται στις κωμοπόλεις αυτές για να σπουδάσουν.

#### V. Παιδικές κατασκηνώσεις.

Οι ένοπλες δυνάμεις διαθέτουν κέντρα θερινών διακοπών για οικογένειες. Παιδικές κατασκηνώσεις έχουν οργανωθεί από διάφορους κρατικούς, ημικρατικούς, εκκλησιαστικούς και ιδιωτικούς φορείς. (Παπαευαγγέλου, Οικογενειακός Προγραμματισμός, σελ.36)

#### στ) Δημογραφικές προοπτικές του ελληνικού πληθυσμού.

Για να είναι δυνατή η θέσπιση μέτρων αναπαραγωγικότητας είναι απαραίτητη η γνώση της δημογραφικής κατάστασης της χώρας και οι δημογραφικές μας προοπτικές.

(Παπαευαγγέλου, Οικογενειακός Προγραμματισμός, σελ.36)

### 3. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΟΞΥΝΣΕΩΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.

Α. Η εκκλησία επισημαίνοντας το πρόβλημα του δημογραφικού προβλήματος στην Ελλάδα θεωρεί ως υπαίτιους τους εξής φορείς:

#### 1. ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ

Είναι ο μεγαλύτερος υπεύθυνος της σημερινής κρίσεως του Δημογραφικού μας προβλήματος. Η πολιτική μας ηγεσία είναι κενή σε ήθος και πατριωτισμό και οι πολιτικοί ηγέτες μένουν πάντα στις υποσχέσεις και εξαγγελίες λύσεως του Δημογραφικού προβλήματος.

#### 2. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ

Η πνευματική ηγεσία χρησιμοποιεί την εξουσία της υποτονικά, μ' αποτέλεσμα και η ίδια να οδηγεί στην όξυνση του Δημογραφικού προβλήματος. Επομένως χρειάζεται η πολιτική ηγεσία να χειραγωγείται από την πνευματική ηγεσία και να οδηγείται προς την Δημοκρατία και μέσω αυτής στην Δικαιοσύνη.

Β. Η εκκλησία θεωρεί αίτια όξυνσης του Δημογραφικού προβλήμα-

τος τα εξής στοιχεία:

### 1. Αφελληνισμός του Έθνους.

Ο διεθνής Σιωνομασωνισμός έχει συνωμοτίσει κατά του Ελληνισμού και έχει εξαπολύσει μια θαυμάσια οργανωμένη επίθεση κατά της Εθνικής και φυλετικής του υπάρξεως.

### 2. Αποδυνάμωση εθνικού φρονήματος.

Η αποδυνάμωση επιτυγχάνεται με: α) την έντονη προβολή του Αμερικανικού και υλιστικού τρόπου ζωής (βία, έγκλημα, ναρκωτικά, σεξ κλπ). ενώ αγνοείται η προβολή των ελληνικών παραδόσεων. β) την παραμόρφωση εθνικής σημασίας ιστορικών γεγονότων. γ) την αποσιώπηση βιβλίων, ταινιών με εθνικό παλμό και ιδεαλιστική έξαρση.

### 3. Η Καλλιέργεια κλίματος ευδαιμονίας

Η καλλιέργεια της ευδαιμονιστικής νοοτροπίας βλέπει στην αχρήστευση των ηθικών και ιδεαλιστικών αρετών των ελλήνων και στον εξοβελισμό των Εθνικών Ιδανικών και την καλλιέργεια στην θέση τους, του υλισμού της καταναλωτικής κοινωνίας. Σήμερα ο ευδαιμονισμός, ο ατομικισμός, ο καταναλωτισμός, η απομάκρυνση από την οικογένεια και αύξηση διαζυγίων ακολουθεί ανοδική πορεία. Το 45 ο/ο των Ελληνίδων γενά 1 παιδί. Το 38 ο/ο, 2 παιδιά. Το 12 ο/ο 3 παιδιά και το 5 ο/ο, 4 και άνω.

### 4. Η διάλυση της οικογένειας.

Στην θέση του χριστιανικού γάμου και της έννομης συζυγίας, ο διπρόσωπος υλισμός τοποθέτησε την "ελεύθερη συμβίωση", την "άγαμη μητέρα" και την παρά φύσει ένωση των ομοφυλοφίλων και των δύο φύλων. Αυτό αλλοτόλησαν να το ονομάσουν "οικογένεια" οι προαγωγοί ατόμων και λαών. ΟΗΕ και ΕΟΚ με την διάλυση της παραδοσιακής οικογένειας προετοιμάζουν τους λαούς να αποδεχτούν άλλες μορφές γάμου και "οικογένειας" που προέρχονται απ' όλες τις μορφές του ξεπεσμού και της φθοράς.

Άλλα αίτια όξυνσης του Δημογραφικού προβλήματος, η εκκλησία θεωρεί: την αντισύλληψη, την νομιμοποίηση των αμβλώσεων, την μετανάστευση, τους αλλοδαπούς - λαθρομετανάστες και τα τροχαία ατυχήματα. (ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟΝ 1995 ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΣΦΑΚΙΑΝΩΝ ΠΑΠΑΔΩΝ - Δημογραφικόν - Πολύτεκνοι, σελ.41-62.).

## 4. ΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Βλέπουμε σήμερα, λοιπόν, ότι το σημαντικότερο πρόβλημα της Ελλάδας είναι το Δημογραφικό. Η δική μας άποψη πάνω σ' αυτό το λεπτό σημείο είναι η εξής: Οποσδήποτε υπάρχει οξύ Δημογραφικό πρόβλημα <sup>σ' αυτήν λοιπόν</sup> <sup>εν</sup> <sup>φέρει</sup> περίπτωση ίσως δε συμβάλει στην λύση αυτού του προβλήματος, μέρος του προγράμματος του Οικογενειακού Προγραμματισμού (πρόγραμμα ανειδίκευτων). Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός συντίνει στην υπογεννητικότητα με το να προπαγανδίζει την διάδοση της αντισύλληψης και τον έλεγχο της γονιμότητας προς την πτωτική πορεία των γεννήσεων. Επίσης πιστεύουμε ότι το ίδιο το Κράτος και η Πολιτεία με την Νομιμοποίηση των αμβλώσεων και την μη υποστήριξη της άγαμης μητέρας καθώς και η λανθασμένη ενημέρωση <sup>(η οποία)</sup> γύρω από θέματα αντισύλληψης οδηγεί στην όξυνση του Δημογραφικού Προβλήματος. Επίσης θεωρούμε σωστή την θέση των Σφακιανών Παπάδων στο ημερολόγιο που εξέδωσαν για το 1995, ότι σημαντικός παράγοντας στην όξυνση του Δημογραφικού Προβλήματος, είναι τα Τροχαία Ατυχήματα. Φυσικά κι εδώ την ευθύνη φέρει το Κράτος.

Εξάλλου, βλέπουμε ήδη τις συνέπειες της κρίσεως του Δημογραφικού προβλήματος: α) στον οικονομικό τομέα, όπου με τη γήρανση του εργατικού δυναμικού παρεμποδίζεται η αύξηση της παραγωγικότητας. β) στον κοινωνικό τομέα με την αύξηση των υπερηλίκων, προκαλώντας έτσι την χρεωκοπία των οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης και γ) στον στρατιωτικό τομέα, όπου μειώνεται ανησυχητικά ο αριθμός των στρατευσίμων και άρα η Εθνική μας Αμυνα.

Προτείνουμε λοιπόν, για όλα τα παραπάνω τις εξής λύσεις: Να μεριμνήσει το Κράτος και η Πολιτεία για τα εξής θέματα:

- 1) την κατάργηση των νόμιμων αμβλώσεων
- 2) να πληρωθεί η απλήρωτη εργασία της γυναίκας, δηλαδή το <sup>επάγγελμα</sup> <sup>οικοκυρικά</sup>.
- 3) να παρέχει στον πολύτεκνο η ίδια η Πολιτεία σπίτι ή επίδομα στέγης μέχρι ν' αποκτήσει δικό του σπίτι.
- 4) να δοθεί εργασία στον πολύτικνο άνεργο

5) να δίνονται επιδόματα σε όλα τα παιδιά πολυτέκνων μέχρι την ενηλικίωσή τους.

6) να εξαλειφθεί η ανεργία και να επαναπατριστούν οι αλλοδαποί-λαθρομετανάστες, οι οποίοι θα ελευθερώσουν πολλές χιλιάδες θέσεων εργασίας τις οποίες θα πάρουν άνεργοι Έλληνες.

7) να δοθεί δωρεάν παιδεία στα παιδιά πολύτεκνων οικογενειών όχι μόνο σε βιβλία, αλλά σε στέγη, τροφή, ένδυση κλπ.

Τέλος, συμφωνούμε με την άποψη των Σφακιανών Παπάδων που προτείνουν σαν λύση του Δημογραφικού Προβλήματος τον Επαναπατρισμό των Αποδήμων Ελλήνων. Η πρόταση αυτή είναι σωστή, αλλά κατά τη γνώμη <sup>μας</sup> καθόλου υλοποιήσιμη, εφ' όσον το Κράτος δεν έχει και ούτε πρόκειται να θεσπίσει ισχυρά οικονομικά και ηθικά κίνητρα για τον επαναπατρισμό τους.

## 1. ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Σ' αυτό το τόσο σημαντικό μέρος του ρόλου των γονέων, δηλαδή, την διαπαιδαγώγηση, θα παραθέσουμε την δική μας θέση αναφορικά με το τι θεωρούμε σωστή / κατάλληλη διαπαιδαγώγηση του νέου ανθρώπου από τους γονείς του. Στο κεφάλαιο αυτό παραθέτουμε τις δικές μας απόψεις για το πως οι σημερινοί γονείς αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους και για το πως θα μπορούσαν να πετύχουν μια καλύτερη και σωστή διαπαιδαγώγηση με σκοπό την αποφυγή δημιουργίας δυσάρεστων μελλοντικών καταστάσεων των ιδίων, των παιδιών τους, αλλά και της ίδιας της οικογένειας.

Οι περισσότεροι γονείς δεν σκέφτονται συνήθως τον στόχο της διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους. Όταν μεγαλώνουμε όμως ένα παιδί, έχουμε σαφή ιδέα για το που δεν θέλουμε να καταλήξουν οι προσπάθειές μας.

Στη σημερινή Ελλάδα επικρατούν πολλές απόψεις για το πως είναι και πως θα έπρεπε να είναι το παιδιά και γενικά οι νέοι άνθρωποι. Το θέμα όμως είναι τι γίνεται για να διαπαιδαγωγούνται σωστά τα παιδιά ή οι νέοι.

Όσον αφορά στο προσωπικό επίπεδο των γονέων σημειώνονται διαφορές στην αντιμετώπιση των παιδιών, όπως π.χ. με περισσότερη ή λιγότερη αυστηρότητα ή επιείκεια.

Οι σημερινοί νέοι και άπειροι γονείς ρωτούν τι πρέπει να κάνουν με τα παιδιά και όλοι βέβαια έχουν κάποια θεωρία για το τί είναι καλή ανατροφή και διαπαιδαγώγηση και διαθέτουν ορισμένες γνώσεις για το πως να μεγαλώνουν τα παιδιά τους. Οι γνώσεις αυτές είναι φανερό ότι βασίζονται στις προσωπικές εμπειρίες που είχαν ως παιδιά ή επηρεάζονται από πράγματα που έχουν δει σε άλλες οικογένειες και έχουν συζητήσει με φίλους ή έχουν κάπου διαβάσει.

Βλέπουμε, όμως, ακόμη και σήμερα, ότι οι αρχές ανατροφής των παιδιών επαναλαμβάνονται από γενιά σε γενιά χωρίς πολύ σημαντικές αλλαγές. Επίσης, ο ρόλος και η εξουσία που έχει ένας γονέας στο παιδί του όσο δελεαστική κι αν φαίνεται, μπο-

ρεί να πετύχει τ' αντίθετα αποτελέσματα εάν δεν εφαρμόζεται σωστά. Είναι σημαντικό, πιστεύουμε, ο κάθε γονέας να δείχνει σεβασμό και εκτίμηση στις σκέψεις και τα συναισθήματα του παιδιού του. Πιστεύουμε ότι για να γίνει σωστή η διαπαιδαγώγηση απέναντι στα παιδιά, τα ίδια χρειάζονται συναισθηματική στήριξη από τον μεγάλο. Μ' άλλα λόγια χρειάζεται οι γονείς να έχουν απέναντι στα παιδιά τους: 1. σεβασμό στο ίδιο το παιδί 2. σεβασμό στα δικαιώματά του 3. αποδοχή των συναισθημάτων του 4. θέληση να μάθουμε από την συμπεριφορά του για την φύση του κάθε παιδιού και για την φύση της συναισθηματικής του ζωής.

Γενικά, η σχέση μεγάλων και παιδιών στο έργο της κατάλληλης διαπαιδαγώγησης βασίζεται πιστεύουμε στην επικοινωνία μεταξύ τους, η οποία κι αυτή χρειάζεται βελτίωση. Αυτό βέβαια, μπορεί να γίνει είτε με το ν' απευθυνθούν οι ίδιοι οι γονείς στα Κέντρα σχολών γονέων, είτε σε συμβουλευτικούς σταθμούς είτε σε Κέντρα ψυχικής υγιεινής είτε ακόμη και σε παιδοψυχολόγους ή βιβλία εξελικτικής ψυχολογίας.

Στο ερώτημα των περισσότερων γονέων, "τι σημαίνει κατάλληλη διαπαιδαγώγηση"; πιστεύουμε ότι σημαίνει το εξής: σημαίνει να κατανοούμε την θέση του παιδιού και γενικά του νέου ανθρώπου μέχρι την ενηλικίωσή του, και να υπάρχει διάλογος μαζί του, ο οποίος θα είναι γόνιμος και φιλικός. Εκείνο όμως που θεωρούμε απαραίτητο να ειπωθεί σ' αυτό ακριβώς το σημείο είναι το γεγονός ότι η διαπαιδαγώγηση από τα ήδη μορφωμένα άτομα, υψώνει το παιδί στο επίπεδό τους, διαμορφώνοντας και προσαρμόζοντάς το στον κόσμο ίδιου του γονέα. Αυτό είναι μια μηχανιστική και εξουσιαστική στάση των γονέων. Εδώ ακριβώς επισημαίνουμε ότι η διαπαιδαγώγηση δεν θα 'πρεπε να είναι καθόλου μηχανιστική.

## 2. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Αναφορικά με την σεξουαλικότητα είναι φανερό ότι οι γονείς ανατρέφουν τα παιδιά και τους εφήβους ειδικότερα σύμφω-

να με την δεδομένη αντιφατική στάση της κοινωνίας γύρω απ' αυτό το θέμα. Η σεξουαλικότητα θεωρείται κάτι το "βρόμικο" απ' τους γονείς που πρέπει να κρύβεται. Λένε στα παιδιά οι γονείς ότι οι λέξεις που αφορούν τη σεξουαλικότητα είναι "κακές" και ταυτόχρονα υπάρχουν πολλές οι φορές όπου κατά αντιφατικό τρόπο παροτρύνουν τα παιδιά τους να μαθαίνουν λέξεις με σεξουαλική έννοια, τις οποίες βέβαια αφήνουν ανεξήγητες και τα παροτρύνουν να τις λένε, για να γελούν. Έτσι, οι σχετικές ερωτήσεις των παιδιών συχνά ή δεν απαντώνται ή απαντώνται λανθασμένα.

Πιστεύουμε, λοιπόν ότι οι ίδιοι οι γονείς θα πρέπει πρώτοι αυτοί ν' αρχίζουν μια σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα παιδιά τους, η οποία όμως θα πρέπει να είναι σαφής κι αληθής. Μπορούν οι ίδιοι οι γονείς να εξηγήσουν στο παιδί την σεξουαλικότητα και το πως γίνονται τα παιδιά με ήρεμο και φυσικό τρόπο, έτσι ώστε το όλο θέμα να γίνει ενδιαφέρον κι όχι "βρόμικο" ή πονηρό.

Αναφορικά με την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και τους εφήβους, πολλοί γονείς βλέπουμε ότι παραμένουν ανυποχώρητα αντίθετοι σε κατάλληλα προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Μερικοί γονείς πιστεύουν ότι η σεξουαλική εκπαίδευση, ακόμα και στο γυμνάσιο, είναι επικίνδυνα πρόωρη για εφήβους που εντυπωσιάζονται εύκολα και άλλοι γονείς πιστεύουν ότι το σεξ πρέπει να γίνεται μόνο από τους γονείς στο σπίτι. Σ' αυτό το σημείο εμείς συμφωνούμε και ειδικότερα λέμε ότι η αρχική και κατάλληλη διαπαιδαγώγηση πρέπει να γίνεται από τους γονείς <sup>κατάλληλα</sup> και διαφωνούμε με την άποψη μερικών που συμφωνούν με την ιδέα να ξεκινάει η σεξουαλική μάθηση στα Δημοτικά σχολεία ή στα Γυμνάσια. <sup>ως</sup> κίνηση αυτή την θεωρούμε λανθασμένη, εφόσον τα σχολεία δεν παρέχουν σωστή διαπαιδαγώγηση στα παιδιά σε άλλους τομείς διδακτικούς. <sup>Ενώ το συγκεκριμένο μάθημα που διδάσκεται ήδη στην</sup> <sup>προσφέρει</sup> <sup>τυπικές γνώσεις ανατομίας φυσιολογικών οργάνων, οι αρμόδιοι λένε ότι αυτή συμβαίνει</sup> <sup>Ακόμη, όμως και η πληροφόρηση σχετικά με το σεξ από τους</sup> <sup>με τα ηλικιακά</sup> <sup>τα παιδιά.</sup> γονείς θα πρέπει να είναι υπεύθυνη. Ανεξάρτητα όμως απ' αυτό διαπιστώνεται ότι η μεγαλύτερη πλειοψηφία των γονέων δεν πα-

ρέχει σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα παιδιά και στους εφήβους ειδικότερα. Απ'την άλλη πλευρά, βέβαια, υπάρχουν και οι νέοι (έφηβοι) που πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχει σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στο σχολείο κι ότι αυτό δεν οδηγεί σε περισσότερους σεξουαλικούς πειραματισμούς, και άλλοι νέοι που πιστεύουν ότι "ο καθένας πρέπει να φτιάχνει τους δικούς του ηθικούς κανόνες" (Τζων Κόνγκερ, Η ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ, Μια Καταπιεσμένη γενιά, Αθήνα 1990 σελ. 53-56).

### 3. ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Απ'τα παραπάνω, λοιπόν, συμπεραίνουμε σχετικά με την κατάλληλη διαπαιδαγώγηση προς τον νέο άνθρωπο, ότι πρέπει να γίνεται από τους γονείς στα πλαίσια της επικοινωνίας και του διάλογου και όσον αφορά την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα πρέπει να γίνεται απ'τους (ίδιους τους) γονείς δίνοντας την ευκαιρία στα παιδιά τους, μέχρι να ενηλικιωθούν, για ελευθερία έκφρασης και ειλικρίνεια· κάνοντας έτσι τον νέο άνθρωπο να δει το σεξ σαν ένα φυσικό μέρος της ζωής.

Πιστεύουμε ότι μόνο τότε οι γονείς θα πετύχουν (στο θέμα της διαπαιδαγώγησης) να μην βλέπουν τα παιδιά τους ότι είναι τρωτά και απειλούμενα στο μέλλον, αλλά ότι θα αγωνιστούν για την επίλυση των προβλημάτων τους και την οικοδόμηση μιας πιο ανθρώπινης κοινωνίας. Επίσης θα βοηθήσουν τους εφήβους να αποκτήσουν συνείδηση και υπευθυνότητα της σεξουαλικής τους ταυτότητας.



## **ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

### **1. ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΘΝΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ (I.P.P.F)**

Η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού, γνωστή ως I.P.P.F είναι μετά τον Διεθνή Ερυθρό Σταυρό η μεγαλύτερη Παγκόσμια Οργάνωση Ιδιωτικής Πρωτοβουλίας. Βασικός σκοπός της I.P.P.F είναι "να προωθηθεί με την εκπαίδευση και την επιστημονική έρευνα η παγκόσμια αποδοχή της ελεύθερης και υπεύθυνης γονιμότητας, ώστε η οικογένεια και η κοινωνία να είναι ευτυχέστερες". Αριθμεί 104 μέλη που αντιπροσωπεύουν 123 χώρες. Τα μέλη της είναι εταιρίες Οικογενειακού Προγραμματισμού μη κρατικές, μη κερδοσκοπικές, ανεξάρτητης και εργάζονται σε εθελοντική βάση. (Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού, ΑΘΗΝΑ 1979, σελ.20)

Η πολιτική της I.P.P.F καθορίζεται από τη γενική συνέλευση των μελών της που γίνεται κάθε τρία χρόνια. Ο ρόλος της είναι να συντονίζει τις προσπάθειες για την προώθηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού σε Παγκόσμια κλίμακα, να συμβουλεύει τις κυβερνήσεις και τα Ηνωμένα Έθνη σε θέματα που έχουν σχέση με τον Οικογενειακό Προγραμματισμό και την υγεία του ατόμου, να βοηθάει τις Εταιρίες-μέλη σε τεχνικά και επιστημονικά θέματα, να επιχορηγεί προγράμματα, αλλά και να παρέχει άμεση οικονομική βοήθεια, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο. (Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού, ΑΘΗΝΑ 1979).

Τα έσοδα της I.P.P.F προέρχονται κυρίως από επιχορηγήσεις κυβερνήσεων διαφόρων χωρών. Το διεθνές κύρος είναι μεγάλο και θεωρείται σήμερα ότι είναι το μεγαλύτερο ιδιωτικό δίκαιο υγείας στον κόσμο. (Ελληνική Εταιρία, Οικογενειακού Προγραμματισμού, σελ.16).

### **2. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

Ιδρύθηκε στην Αθήνα το 1973 από ομάδα επιστημόνων (κυρίως γιατρών). Έχει σκοπό την προαγωγή της επιστήμης με έρευνες και ανακοινώσεις, για τη βελτίωση και

προαγωγής της σημαντικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας, με στόχο την προστασία της οικογένειας. Τα μέλη της εταιρίας είναι γιατροί, κοινωνιολόγοι, νομικοί, παιδαγωγοί, θεολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επιστήμονες, που έχουν διακριθεί για την ανάπτυξη του Οικογενειακού Προγραμματισμού, καθώς και εθελοντές ιδιώτες.

Κυρίαρχο όργανο της εταιρίας είναι η Γενική Συνέλευση. Υπάρχει επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο που εκλέγεται κάθε τρία χρόνια. Τακτικοί πόροι του Συλλόγου, είναι οι ετήσιες συνδρομές των μελών. Στα πλαίσια των εκδηλώσεων της Εταιρίας, έχουν γίνει αρκετές συζητήσεις στρογγυλής τραπέζης και παρουσιάσεις της Εταιρίας στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Η Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού έχει ιδρύσει Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού στα εξής νοσοκομεία:

Γενικό Κρατικό Αθηνών - Πειραιώς

Τζάνειο Πειραιά

Αρεταίειο

Μαρίκα Ηλιάδη - "Αλεξάνδρα"

Κρατικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.

(Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού ΑΘΗΝΑ 1979 σελ. 25)

### **3. ΕΤΑΙΡΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

Είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Η Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού ιδρύθηκε το Νοέμβριο του 1976 από μια μικρή ομάδα ευαισθητοποιημένων ατόμων. Σκοπός της Εταιρίας είναι: η μελέτη, προβολή, προώθηση και επίλυση θεμάτων που βοηθούν στον ορθό Οικογενειακό Προγραμματισμό, στην ομαλή συμβίωση και την υγεία της οικογένειας, δηλαδή οι σκοποί για τους οποίους ιδρύθηκε η Εταιρία είναι οι εξής:

- α) Να προάγει την επιμόρφωση του λαού σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού και να δημιουργήσει υπεύθυνους γονείς προς όφελος της οικογένειας και της κοινωνίας.
- β) Να προωθήσει την παροχή συμβουλών πάνω στην αντισύλληψη, ακούσια στείρωση

και σεξουαλική αγωγή πριν και μετά το γάμο.

γ) Να παροτρύνει και να βοηθήσει στη δημιουργία παραρτημάτων της Εταιρίας σε ολόκληρη τη χώρα.

δ) Να ενθαρρύνει την επιμόρφωση γιατρών, νοσοκόμων, επισκεπτριών αδελφών και κοινωνικών λειτουργών σε όλους τους τομείς του Οικογενειακού Προγραμματισμού, καθώς και στην πρακτική του εφαρμογή.

ε) Να διατηρεί σχέσεις με τις αρμόδιες υπηρεσίες του κράτους, καθώς και με άλλες Ελληνικές και διεθνείς Οργανώσεις, με παρεμφερείς σκοπούς.

(Παπαευαγγέλου, "Αρχές και Μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα 1979 σελ. 14)

Για την επίτευξη αυτών των σκοπών η Εταιρία εφαρμόζει τα εξής προγράμματα:

#### **Εκπαίδευση στελεχών - σεμινάρια.**

Όταν ιδρύθηκε η Εταιρία, στελέχη κατάλληλα για την προώθηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού δεν υπήρχαν. Η Εταιρία, για να αντιμετωπίσει την πλήρη έλλειψη στελεχών, διοργάνωσε τον Οκτώβριο του 1978 εκπαιδευτικό σεμινάριο στην Ανωτέρα Σχολή Επισκεπτριών Αδελφών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Το σεμινάριο παρακολούθησαν 30 περίπου άτομα, γιατροί, μαιές, επισκέπτριες αδελφές και κατά γενική ομολογία ήταν επιτυχημένο.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ήταν η πρώτη φορά που γινόταν στην Ελλάδα σεμινάριο με αντικείμενο τον Οικογενειακό Προγραμματισμό.

Η επιτυχία και η απήχηση του πρώτου αυτού σεμιναρίου ενθάρρυνε την Εταιρία να συνεχίσει την εκπαίδευση στελεχών. Για το σκοπό αυτό, αγοράζεται μηχανήμα προβολής, τυπώνονται slides και έτσι η εκπαίδευση στελεχών συνεχίζεται στα γραφεία της Εταιρίας με τακτικά εκπαιδευτικά σεμινάρια. Τα σεμινάρια αυτά τα παρακολούθησαν διάφορες ομάδες ατόμων, τα οποία κυρίως προέρχονταν από τα επαγγέλματα Υγείας - Πρόνοιας. Τέλος, στην προσπάθεια δημιουργίας στελεχών εντάσσεται και το σεμινάριο που διοργανώθηκε αργότερα το 1981. Συγκεκριμένα το Μάρτιο του 1981 η Εταιρία σε συνεργασία με το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, Ι.Ρ.Ρ.Φ (Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού) και την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O) διοργάνωσε στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών ένα πολύ

σημαντικό εβδομαδιαίο εντατικό σεμινάριο με θέμα "Οικογενειακός Προγραμματισμός και Υγεία". Το σεμινάριο αυτό κάλυψε όλες τις πλευρές του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

(Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα 1979 σελ. 14-15)

### **Εκδόσεις**

Η Εταιρία, συνεχίζοντας την προσπάθεια για την έκδοση έντυπου ενημερωτικού υλικού, εκδίδει το 1979 το βιβλίο του Clive Wood "Αντισύλληψη". Στη συνέχεια ακολουθούν κι άλλα έντυπα, τα οποία είναι τα εξής:

- 1) Πότε πρέπει να γεννηθεί ένα παιδί;
- 2) Τι ξέρεις για την αντισύλληψη;
- 3) Βασική ρύθμιση της γονιμότητας. - Για το υγειονομικό προσωπικό (I.P.P.F.) -  
Μετάφραση
- 4) Τι πρέπει να ξέρουμε για τα αφροδίσια νοσήματα.
- 5) Θέλεις ένα παιδί;
- 6) Αρχές και στοιχεία για τη σεξουαλική αγωγή (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας).
- 7) Γυναίκα και Οικογενειακός Προγραμματισμός.
- 8) Σύγχρονες γνώσεις για τα αφροδίσια νοσήματα.
- 9) Πρακτικά της Βουλής του νομοσχεδίου για τις εκτρώσεις.
- 10) Νομοθεσία για την έκτρωση στην Ευρώπη.
- 11) Πρακτικά πανηγυρικής εκδήλωσης για τα δεκάχρονα της Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού. (Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού, ΑΘΗΝΑ 1979 σελ.16)

### **Υπό έκδοση:**

- 1) Έκτρωση και γυναίκα.
- 2) Νεολαία και AIDS.

### **Επιστημονικά Συνέδρια.**

Η Εταιρία έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη υπεύθυνου και επιστημονικού προγραμματισμού μέσα στην Ιατρική Κοινότητα. Για το σκοπό αυτό συμμετείχε σε πολλά Ιατρικά Συνέδρια με τη διοργάνωση συζητήσεων στρογγυλής

τραπέζης. (Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού, ΑΘΗΝΑ 1979 σελ. 17)

### Διεθνής Συνεργασία

Η Εταιρία συνεργάστηκε με διάφορες διεθνείς οργανώσεις και ιδρύματα καθώς και με Εταιρίες Οικογενειακού Προγραμματισμού άλλων κρατών. Στα πλαίσια της συνεργασίας αυτής προσκλήθηκε και εκπροσωπήθηκε σε πολλά σεμινάρια και συνδιασκέψεις που οργανώθηκαν από την Ι.Ρ.Ρ.Φ, την Π.Ο.Υ και το Διεθνές Ινστιτούτο του Παιδιού. (Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού σελ 17)

### Συμβουλευτικός Σταθμός - Ιατρείο

Παράλληλα με τα εκπαιδευτικά μαθήματα, στον ίδιο χώρο λειτούργησε συμβουλευτικός σταθμός όπου παρέχονταν από ειδικούς πληροφορίες και συμβουλές, σε ατομική βάση, για αντισύλληψη, αφροδίσια νοσήματα, θέματα προληπτικής γεννητικής, διαπτοσωπικών σχέσεων, και άλλα προβλήματα που αναφέρονται σε γεννητικές σχέσεις.

Αργότερα οργανώθηκε και λειτούργησε, πλήρως εξοπλισμένο ιατρείο, όπου προσέφεραν δωρεάν τις υπηρεσίες τους πεπειραμένοι γυναικολόγοι. Πρόθεση της Εταιρίας δεν ήταν να καλυφθούν οι υπάρχουσες ανάγκες της χώρας, πράγμα άλλωστε αδύνατο, αλλά να χρησιμοποιηθεί για την εκπαίδευση των στελεχών και ως πρότυπο Κέντρο.

Οι επισκέπτες ήταν κυρίως νέοι, φοιτητές, σπουδαστές και εργαζόμενοι.

(Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού σελ. 18)

### Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης.

Παράλληλα με την εκπαίδευση των στελεχών και την έκδοση των πρώτων ενημερωτικών φυλλαδίων, η Εταιρία άρχισε εκστρατεία για τη σωστή και αντικειμενική ενημέρωση του κοινού. <sup>Επίκεντρο ως κίνησης αυτής αποτελεί και η επαρκής (ή εσπερ)</sup>  
<sup>ρωθέν αφορά θέματα βεβ. αμφίως και αντισύλληψης και απευθύνεται στους νέους</sup>

Η πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, αποτελεί βασικό στόχο της Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού και γίνεται με κάθε δυνατό τρόπο: διαλέξεις, συζητήσεις, συνεντεύξεις στον ημερήσιο και περιοδικό τύπο, ραδιόφωνο και τηλεοπτικές εκπομπές, διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων και αφισσών.

Στην προσπάθεια αυτή, η Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού επεδίωξε και

πέτυχε συνεργασία με:

- Τις κρατικές υπηρεσίες και άλλους φορείς υγείας.
- Την τοπική αυτοδιοίκηση.
- Τις Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκής Επιμόρφωσης.
- Τα γυναικεία σωματεία και άλλες γυναικείες οργανώσεις.
- Διάφορα άλλα Σωματεία και Συλλόγους.

(Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού σελ. 18)

Εδώ θα πρέπει να τονισθεί ότι η διεθνής εμπειρία έχει δείξει πως ο Οικογενειακός Προγραμματισμός για να προχωρήσει σαν κίνημα κοινωνικό, θα πρέπει να τον αγκαλιάσει το γυναικείο κίνημα. Αυτό ήταν γνωστό στην Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού και από την αρχή προσπάθησε να έρθει σε επαφή και να συνεργαστεί με τις διάφορες γυναικείες οργανώσεις. Έτσι στα πλαίσια της στρατηγικής αυτής, το 1979 απευθύνεται στα γυναικεία Σωματεία με ανοιχτή συζήτηση. Στην αρχή, συνάντησε κάποιες δυσκολίες γιατί η εμφάνιση της Εταιρίας συνέπεσε με μια εποχή έντονου κομματισμού και η κομματικοποίηση κάθε κίνησης θεωρούνταν δεδομένη. Σιγά σιγά όμως πείστηκε το γυναικείο κίνημα, ότι πίσω από την Εταιρία δεν κρυβόταν κάποιο κόμμα, αφού ο Οικογενειακός Προγραμματισμός σε καμία χώρα του κόσμου δεν είναι κομματικοποιημένος. Η Εταιρία λειτουργεί με βάση της προδιαγραφές της I.P.P.F, η οποία δε δέχεται την κομματικοποίηση και αυτοί που την ξεκίνησαν ήταν αποφασισμένοι να την κρατήσουν μακριά από τα κόμματα. (Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού σελ 19).

Η συνεργασία της Εταιρίας σήμερα με τα γυναικεία Σωματεία, βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο. Σημαντική εξέλιξη προς αυτή την κατεύθυνση ήταν η οργάνωση του 1983, με την συμπαράσταση του Υπουργείου Πολιτισμού, τριήμερης συνάντησης εκπροσώπων γυναικείων οργάνωσεων με θέμα "Γυναίκα και Οικογενειακός Προγραμματισμός". Το σεμινάριο αυτό, στο οποίο συμμετείχαν εκπρόσωποι από 16 γυναικεία Σωματεία, βοήθησε να διευκρινισθούν ορισμένες παρεξηγήσεις και ασάφειες γύρω από διάφορες έννοιες του Οικογενειακού Προγραμματισμού. (Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού σελ. 19)

### Δραστηριότητες που έχουν προγραμματισθεί για τα επόμενα τρία χρόνια.

Επειδή η κυβέρνηση έχει προγραμματίσει να δημιουργήσει και άλλα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού μέσα στα Κέντρα Υγείας, για την παροχή υπηρεσιών, η Εταιρία θα επικεντρώσει τις προσπάθειές της στην πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση του κοινού και κυρίως της νεολαίας, στην εκπαίδευση στελεχών και στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Ειδικότερα, η Εταιρία για τα επόμενα τρία χρόνια έχει θέσει τους παρακάτω στόχους:

- Συνέχιση της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης, της νεολαίας, με προτεραιότητα την επαρχία, σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού και σεξουαλικής υγείας.
- Εμπλουτισμός της βιβλιοθήκης και δημιουργία αρχείου για θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- Έκδοση δύο ενημερωτικών φυλλαδίων (Έκτρωση - AIDS).
- Επαναλειτουργία πρότυπου συμβουλευτικού σταθμού και ιατρείου.
- Προώθηση της συνεργασίας με τις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες, άλλους φορείς υγείας και διάφορες γυναικείες οργανώσεις, άλλες ομάδες στον Οικογενειακό Προγραμματισμό.
- Μελέτη για την παροχή και χρήση κρατικών υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού στη χώρα μας.
- Εκπαίδευση μελών - εθελοντών σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν συμβουλευτικό έργο.
- Δημιουργία Επιτροπών:
  - α) προώθηση των εκδόσεων και εξεύρεση οικονομικών πόρων,
  - β) δημοσίων σχέσεων,
  - γ) ιατρική επιτροπή,
  - δ) επιτροπή για την επεξεργασία υλικού με σκοπό την έκδοση βιβλίου για τη διδασκαλία της σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία.
- Δημιουργία παραρτημάτων στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας.

(Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού σελ. 21-22)

Το έργο της Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού, όπως εμφανίζεται, έχει και έκταση και ποιότητα. Ήδη, έχουν γίνει πολλά και σημαντικά και αρκετά βρίσκονται σε εξέλιξη και άλλα τόσα περιμένουν την πραγμάτωσή τους στο άμεσο μέλλον. Υπάρχει βέβαια και η βάσιμη ελπίδα ότι το έργο θα συνεχιστεί, γιατί υπάρχουν ανεξάντλητες δυνάμεις, που πηγάζουν από την πίστη στην ιδέα του Οικογενειακού Προγραμματισμού και την σημαντική προσφορά του στα άτομα, στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο.

Σήμερα, η ιδέα του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι μια ζωντανή πραγματικότητα στον τόπο μας. Αυτό οφείλεται στις προσπάθειες μιας ομάδας ευαισθητοποιημένων ατόμων, ειδικών και μη, που μόχθησε και πέτυχε, μέσα από την πληροφόρηση, το σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών, να προβληματίσει θετικά φορείς και οργανώσεις και να επηρεάσει αποτελεσματικά την πολιτική βούληση προς την ορθή κατεύθυνση.



**ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ****1. ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

Σύμφωνα με την απόφαση αρ. 17 της 56ης ολομέλειας (15/7/88) του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας ύστερα από εισηγήσεις της επιτροπής Οικογενειακού Προγραμματισμού ορίσθηκαν τα παρακάτω:

Α) Οι υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού παρέχονται σε κάθε άτομο από τους παρακάτω φορείς:

α) Το μαιευτικό και γυναικολογικό ιατρείο των κέντρων υγείας. Είναι πλαισιωμένο από το απαραίτητο προσωπικό και άλλων ειδικοτήτων προκειμένου να λειτουργήσουν από κοινού, σαν ομάδα Οικογενειακού Προγραμματισμού (Μαία επισκέπτρια Υγείας, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος κ.α ) ανάλογα με την δομή των κέντρων υγείας και τις ιδιομορφίες της κάθε περιοχής.

β) Το εξωτερικό Μαιευτικό και Γυναικολογικό ιατρείο των Νομαρχιακών Νοσοκομείων. Το προσωπικό των ιατρείων αυτών είναι πλαισιωμένο με άτομα και άλλων ειδικοτήτων, που λειτουργούν σαν ομάδα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Επισημαίνεται η ανάγκη ύπαρξης ψυχολόγου και κοινωνιολόγου.

γ) Το εξωτερικό Μαιευτικό και γυναικολογικό ιατρείο των περιφερειακών νοσοκομείων. Το προσωπικό των ιατρείων αυτών υποστηρίζεται και με γιατρούς και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων (ενδοκρινολόγου, γενετιστές, μέλη ψυχιατρικής ομάδας και γενετήσιας υγείας ) και εξειδικευμένους μαιευτήρες σε θέματα στειρότητας, προβλημάτων γονιμότητας, προγεννητικής διαγνωστικής και εφηβικής γυναικολογίας. Επίσης το προσωπικό αυτό βελτιώνεται και με προσωπικό και των άλλων επαγγελματιών υγείας όπως παραπάνω αναφερθεί και συνεργάζεται με κοινωνιολόγο, ώστε να λειτουργεί σαν ομάδα Οικογενειακού Προγραμματισμού .

δ) Το προσωπικό των περιφερειακών, Αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών Σταθμών, που λειτουργούν παρέχουν υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού σε

συμβουλευτικό μόνο επίπεδο.

(Θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού σελ.7-8)

### **Η εκπαίδευση του προσωπικού**

Η εκπαίδευση γίνεται υπό μορφή σεμιναρίου το οποίο είναι διάρκειας 20 ημερών εκ των οποίων οι 15 ημέρες αφορούν το πρακτικό μέρος και μια εβδομάδα αφιερώνεται σε θεωρητικές αναλύσεις.

Κριτήρια επιλογής στελεχών. Όπως μας είπε η κυρία Τσεμπέρη στη συνάντηση για την επιλογή των υποψηφίων που θα επανδρώσουν ένα ΚΟΠ τίθενται υπόψιν τα παρακάτω

-Να είναι αριστούχοι των σχολών τους.

-Να συγκεντρώνουν άριστη υπαλληλικοί βαθμολογία δηλαδή οι εκθέσεις τους ως δημόσιοι υπάλληλοι να είναι άριστες.

-Να έχουν προταθεί ως οι άριστοι επαγγελματίες στην τήρηση της δεοντολογίας.

Για να εκπαιδευτούν τα στελέχη πρέπει να έχει εξασφαλιστεί αρχικά η συνεργασία των υγειονομικών υπηρεσιών.

Απαραίτητη δυστυχώς προϋπόθεση για τη λειτουργία Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι η αποδοχή του προγράμματος από τις μονάδες υγείας, όπου πρόκειται να φιλοξενηθούν σ' αυτά. Π.χ κατά την κα Χάλιου, Μαία υπεύθυνη στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε θέματα παιδικής προστασίας, έχει ανασταλεί η λειτουργία πολλών ΚΟΠ, που επρόκειτο να αποτελέσουν τμήματα νοσοκομειακών πλαισίων, λόγω των εκτεταμένων αναγκών που καλείται να καλύψει το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό στους χώρους αυτούς και της αδυναμίας τους για κυκλικό ωράριο.

Θέμα έλλειψης οικονομικών πόρων δεν τίθεται, γιατί το κάθε ΚΟΠ καλύπτεται απ' τον προϋπολογισμό της υπηρεσίας, της οποίας αποτελεί μονάδα.

## 2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ - ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ.

Οι υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού παρέχονται από ειδικά εκπαιδευμένα άτομα, που ασκούν όποια δραστηριότητα, στα πλαίσια που προσδιορίζεται από την ειδικότητά του. Το παραϊατρικό προσωπικό στα Νομαρχιακά ή Περιφερειακά Κέντρα εργάζεται μόνιμα. Σε περίπτωση αντικατάστασης, θα αντικαθίστανται από ειδικά μετεκπαιδευμένους της αντίστοιχης ειδικότητας. Ειδικότερα θέματα αρμοδιοτήτων (Κ.Ο.Π) αντιμετωπίζονται από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας της αντίστοιχης υγειονομικής υπηρεσίας. Οι υπηρεσίες βέβαια που παρέχονται από τα Κ.Ο.Π στις πρωτοβάθμιες Υγειονομικές υπηρεσίες προσδιορίζονται από την υποδομή και τη στελέχωσή τους.

Γενικά πάντως η φιλοσοφία των Κ.Ο.Π είναι ότι το έργο που επιτελείται πρέπει να είναι κοινό για όλη τη διεπιστημονική ομάδα, εκτός των περιπτώσεων με εξειδικευμένο χαρακτήρα. Π.χ περιστατικά με ψυχολογικά προβλήματα παραπέμπονται στον ψυχολόγο. Κοινωνικής φύσης θέματα (ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη) αναλαμβάνονται από την κοινωνική λειτουργό. Ιατρικοκοινωνικού χαρακτήρα περιπτώσεις συνεργάζονται με την επισκέπτρια υγείας ή τη μαία, την κοινωνική λειτουργό και οπωσδήποτε με το γιατρό. Αν τέλος το πρόβλημα είναι γυναικολογικής φύσης π.χ τοποθέτηση σπράλ, η συνεργασία γίνεται μεταξύ του ενδιαφερόμενου της μαίας και του γυναικολόγου και απαιτείται και συναισθηματική στήριξη το άτομο συνεργάζεται με τον κοινωνικό λειτουργό.

Οι άλλες υπηρεσίες προγράμματα παρέχονται από όλη τη διεπιστημονική σύνθεση. Τέτοιες είναι:

- Πληροφόρηση, ενημέρωση των ατόμων ή της κοινότητας σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού
- Συμβουλευτική ατόμων ή της οικογένειας σε θέματα σεξ, αγωγής και αναπαραγωγικότητας.
- Κατ' άτομο συνέντευξη ή κατά ομάδες (Θέματα Ο.Π σελ. 8)

Για τις υπηρεσίες που δεν καλύπτουν παραπέμπουν στα αρμόδια Κ.Ο.Π. σύμφωνα με το παρακάτω διάγραμμα:

-ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

-ΝΟΜΑΡΧΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

-ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

(Θέματα Ο.Π σελ 8)

Τα Κ.Ο.Π λειτουργούν σε τακτές ημέρες και ώρες καθορισμένες από την διεύθυνση των Κ.Υ.

Οι υπηρεσίες προγραμμάτων διαφέρουν ανάλογα με το φορέα, όπου λειτουργούν τα Κ.Ο.Π.

Έτσι τα Κ.Ο.Π, που λειτουργούν στα Κέντρα Υγείας παρέχονται υπηρεσίες όπως:

- Ανίχνευση περιστατικών ή ομάδων.
- Πληροφόρηση ατόμων ή της κοινότητας.
- Συμβουλευτική ατόμων ή της οικογένειας.
- Γεννητική ενημέρωση.
- Χορήγηση αντισύλληψης σε όλο το φάσμα (φυσική, ορμονική, μηχανική).
- Ανίχνευση καρκίνου των γεννητικών οργάνων (ψηλάφηση μαστού,επιχρίσματα κατά Παπανικολάου).
- Πρόληψη των γενετισιακά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Στα Νομαρχιακά Νοσοκομεία παρέχονται οι παραπάνω υπηρεσίες και επιπλέον πραγματοποιούνται:

- Μικροεπεμβάσεις (Νόμιμη διακοπή της κύησης κατά το Ν.(609/86)
- Εξειδικευμένες υπηρεσίες, που καθορίζονται από τον τυχόν διαθέσιμο εξοπλισμό (π.χ υπέρηχοι) και προσωπικό άλλων ειδικοτήτων.

Σε περίπτωση που το Νομαρχιακό Νοσοκομείο παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη, παρέχει μόνο τις υπηρεσίες, που δίνουν τα Κ.Υ

Στα Περιφερειακά Νοσοκομεία εκτός από τα παραπάνω παρέχονται και υπηρεσίες για

- Προβλήματα στειρότητας.
- Προβλήματα γονιμότητας.

- Γενετική καθοδήγηση.
- Προγεννητική διάγνωση.
- Συμβουλευτική οικογένειας, ατόμων, ζευγαριών.
- Γενετική ενημέρωση.
- Εφηβική γυναικολογία.

Τα ΚΟΠ διαχωρίζονται σε Εκπαιδευτικά Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού και σε Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Η διαφορά μεταξύ τους είναι ότι στα εκπαιδευτικά, εκτός των άλλων υπηρεσιών, γίνονται και οι εκπαιδεύσεις στελεχών υγείας για να επανδρωθούν τα Κ.Ο.Π.

#### **Στελέχωση υπηρεσιών.**

Εκπαιδευτικά κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι (3) στην Ελλάδα.

1. Το Μαιευτήριο Αλεξάνδρας.
2. Το Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης.
3. Και ένα μόνο Π.Ι.ΠΚ.Π.Α στη περιοχή της Αττικής (Καρόλου 16)

Τα Εκπαιδευτικά Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού λειτουργούν σε πανεπιστημιακές υγειονομικές μονάδες και σε περιοχές που λειτουργούν πανεπιστημιακά ιδρύματα.

### 3. ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ.

Τα εκπαιδευτικά κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι τρία: το "μαιευτήριο Αλεξάνδρα" και το Π.Ι.Κ.Π.Α στο Ν.Αττικής και Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης.

Το εκπαιδευτικό κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού άρχισε να λειτουργεί στο Μαιευτήριο "Αλεξάνδρα" από τον Οκτώβριο του 1978 υπό τη διεύθυνση του καθηγητή Δ.Β. Κασκαρέλη (αποτελεί το πρώτο στοιχείο υλοποίησης της ελληνικής εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού που ιδρύθηκε το 1973 στην Αθήνα)

Τα ερευνητικά προγράμματα που τέθηκαν σε εφαρμογή, ήταν σημαντικά για τη θεμελίωση και διερεύνηση του θεσμού του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα και κυρίως του νομού Αττικής. (Κέντρο Ο.Π Αλεξάνδρα. Δραστηριότητες ΑΘΗΝΑ 1984 σελ.3)

#### Έρευνα

α) Η έρευνα άρχισε το 1979 με τη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου 73 ερωτήσεων και αφορά τις θέσεις και γνώσεις των Ελληνίδων πάνω στο θεσμό του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Έχουν ήδη συμπληρωθεί περίπου 600 ερωτηματολόγια και συνεχίζεται η συλλογή στοιχείων για εξαγωγή συμπερασμάτων.

β) Μελέτη με ανασολογικές μεθόδους του μεταβολισμού των πρωτεϊνών του πλάσματος μετά από λήψη αντισυλληπτικού χαπιού, για να διαπιστωθούν πιθανές επιπτώσεις, όπως στο κυκλοφοριακό, στην πρόκληση θρομβώσεων, στη λειτουργία θυρεοειδούς.

γ) Μελέτη της σχέσεως της βακτηριδιακής χλωρίδας του κόλπου, του ενδοτραχήλου και του ενδομητρίου, καθώς και των λοιμώξεων του γεννητικού συστήματος, μετά την τοποθέτηση ενδομητρικού σπειράματος.

δ) Συνέχιση της έρευνας προς διαπίστωση δυσμενών ή μη επιπτώσεων στις γυναίκες που χρησιμοποιούν χάπι, με παρακολούθηση του κολλοτραχηλικού εκκρίματος (TEST PAP), του κυτταρολογικού εκκρίματος μαστών και του προσδιορισμού διαφόρων ομάδων αίματος.

ε) Έρευνα σχετικά με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, που επηρεάζουν την προσέλευση των γυναικών στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού. Άρχισε το 1981 σε συνεργασία με τη μονάδα Κοινωνικής Ψυχιατρικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και γίνεται με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου.

στ) Μελέτη και έρευνα των ψυχολογικών αντιδράσεων γυναικών που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση για Ca μαστού.

ζ) Έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των προσδοκιών των ατόμων που έρχονται στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού, με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου. (Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Αλεξάνδρα σελ. 4)

### **Εκπαίδευση.**

Η εκπαίδευση αφορά θεωρητική, αλλά κυρίως πρακτική εξάσκηση στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Μαιευτηρίου "Αλεξάνδρα", καθώς και στα Κέντρα της περιοχής Αθηνών και Πειραιά. Έτσι:

α) Μέχρι το Δεκέμβρη του 1981, ιατρικό προσωπικό έχει συμμετάσχει σε μετεκπαιδευτικά σεμινάρια, που έχει οργανώσει η Υγειονομική Σχολή και το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.

β) Εκπαίδευση γιατρών γυναικολόγων και μαιών που έχουν χρησιμοποιηθεί σαν στελέχη στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού του λεκανοπεδίου Αττικής.

γ) Εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής και σπουδαστών των παρακάτω Σχολών:

- 1) Ανωτέρα Σχολή Μαιών "Αλεξάνδρας".
- 2) Ανωτέρα Σχολή Επισκεπτριών και Αδελφών Νοσοκόμων.
- 3) Σχολή Βρεφοκόμων Κέντρου Βρεφών "Μητέρα".
- 4) Ανωτέρα Σχολή κοινωνικής Εργασίας.

δ) Επιμόρφωση που αφορά έγκυες που παρακολουθούνται κάθε μήνα στα εξωτερικά ιατρεία του Μαιευτηρίου "Αλεξάνδρα". Τα μαθήματα γίνονται σε πλαίσιο "Ομάδας", τρεις φορές την εβδομάδα, από μαιά και ψυχολόγο. Σκοπός των μαθημάτων είναι:

1) Ενημέρωση των επίτοκων για θέματα που τις απασχολούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

2) Προετοιμασία των επίτοκων για θέματα τοκετού καθώς και για το ρόλο της

μέλλουσας μητέρας.

ε) Ενημέρωση και πληροφόρηση του κοινού όσον αφορά θέματα και στόχους του Οικογενειακού Προγραμματισμού που γίνεται σε δύο παράλληλους φορείς, εντός κι εκτός του Μαιευτηρίου "Αλεξάνδρα". (Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Αλεξάνδρας σελ. 4-5)

#### **Εντός του Μαιευτηρίου.**

Γίνονται ενημερωτικά μαθήματα στο αμφιθέατρο του Μαιευτηρίου μια φορά την εβδομάδα από γιατρό, ψυχολόγο και μαία με επίδειξη διαφανειών προς τις λεχωίδες και τους συζύγους τους. Καθημερινά ενημερώνονται με προσωπική συνέντευξη μαίας, κοινωνικού λειτουργού ή ψυχολόγου, γυναίκες στους θαλάμους τους, που υπερβαίνουν σε αριθμό τις 200 την εβδομάδα.

Επίσης παρέχεται συμβουλευτική βοήθεια σε ζευγάρια και μεμονωμένα άτομα για τη σωστή αντιμετώπιση θεμάτων όπως:

- α) Διαπαιδαγώγηση επί θεμάτων αναπαραγωγικής και σεξουαλικής συμπεριφοράς.
- β) Δημιουργία πραγματικής αντίληψης ως προς τον αριθμό και χρόνο τεκνοποίησης που ταιριάζει σε κάθε οικογένεια, ανάλογα με τις οικογενειακές και κοινωνικές περιστάσεις που αντιμετωπίζει.
- γ) Προβλήματα που προκύπτουν από τις σχέσεις μητέρας - παιδιού (ψυχολογικά - κοινωνικά).
- δ) Μεταεμμηνοπαυσιακές ψυχολογικές αντιδράσεις. Έχει προσφερθεί στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού, ιατρική υπηρεσία σε 4.500 γυναίκες. (Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Αλεξάνδρας σελ 5-6)

#### **Εκτός του Μαιευτηρίου.**

Η ενημέρωση άρχισε με ειδικά άρθρα και δημοσιεύσεις στον τύπο, με ομιλίες από την τηλεόραση, καθώς και με δημόσιες επιστημονικές συζητήσεις από τα μέλη της Ελληνικής Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Παράλληλα άρχισε με αλληλογραφία η επικοινωνία με τους Δημάρχους Αττικής, τους γυναικείους Συλλόγους, τους εκπολιτιστικούς - επιμορφωτικούς - εξωραϊστικούς Συλλόγους, τα Συνοικιακά Κέντρα και τους φοιτητικούς Συλλόγους. (Κέντρο



Οικογενειακού Προγραμματισμού Αλεξάνδρας σελ. 6)

**Εκτύπωση πληροφοριακού - διαφωτιστικού εντύπου.**

Σκοπός του εντύπου αυτού, είναι η ενημέρωση του κοινού, όσον αφορά τις αρχές και τις μεθόδους Οικογενειακού Προγραμματισμού. Έχουν ήδη εκδοθεί πέντε διαφορετικά έντυπα, δεκατρείς διαφορετικές έγχρωμες αφίσσες, για τα ιατρεία των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Τα έντυπα και οι αφίσσες διανέμονται:

- Στα ιδρυθέντα από την Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού ιατρεία οικογενειακού προγραμματισμού.
- Στις λεχωίδες του Μαιευτηρίου "Αλεξάνδρα".
- Στους επισκέπτες που παρακολουθούν τα μαθήματα και τις ομιλίες.
- Στα ζευγάρια που εξυπηρετούνται από τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- Στο υγειονομικό - παραϊατρικό προσωπικό.

(Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Αλεξάνδρας σελ. 7-8)

**Ίδρυση κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού.**

Με τη συνδρομή του Υπουργείου Κοινωνικών υπηρεσιών και με προσωπικό του Μαιευτηρίου "Αλεξάνδρα" ιδρύθηκαν και λειτουργούν από το καλοκαίρι του 1981 περιφερειακά ιατρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού στις περιοχές των πολυιατρείων:

- α) Περιστέρι (τηλ.: 5711541)
- β) Αιγάλεω (τηλ.: 5980055)
- γ) Δραπετσώνα (τηλ.: 4611199)
- δ) Καλλιθέα (τηλ.: 9568651)
- ε) Βύρωνα (τηλ.: 7660432)
- στ) Χαλάνδρι (τηλ.: 6812321)
- ζ) Μαρούσι (τηλ.: 8020256).

Στα παραπάνω Κέντρα, παρέχονται ιατρικές υπηρεσίες - συμβουλές και γίνονται ενημερωτικές ομιλίες σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού ανά δεκαπενθήμερο.

(Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Αλεξάνδρας σελ. 9)

Σε μια συνέντευξή της, η Κα Α. Τριχοπούλου, μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού είπε ότι:

Η ιδέα του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού γεννήθηκε από την ανάγκη υπάρξεως διαφωτισμού στην Ελληνική Νεολαία, μα και γενικότερα σε οποιονδήποτε - άσχετα φύλλου και ηλικίας - που θα ήθελε συμβουλή σε ότι αφορά το θέμα αυτό. Το Κέντρο αυτό δε συνεργάζεται με κανένα άλλο παρόμοιο στην Ελλάδα και δεν έχει καμία επιχορήγηση εκτός από τις συνδρομές των μελών.

Επίσης δήλωσε ότι το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού στο Μαιευτήριο "Αλεξάνδρα" δε συνεργάζεται με την Εταιρία Ευγονικής και Γενετικής του Ανθρώπου που εδρεύει επίσης στο Μαιευτήριο "Αλεξάνδρα", λόγω του ότι στην Εταιρία αυτή ασχολούνται κυρίως με την επιστημονική πλευρά του θέματος. ("Εκλογή", Αύγουστος 1979, "Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού, σελ. 43)

#### 4. Π.Ι.Κ.Π.Α.

Το Π.Ι.Κ.Π.Α. ιδρύθηκε το 1914 με βασικό σκοπό την προστασία της μητρότητας και του παιδιού. Είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και ανήκει στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Από το 1983, λειτουργεί τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού, όπου απασχολεί όλες τις ειδικότητες, πιο συγκεκριμένα γυναικολόγο, μαία, επισκέπτρια υγείας ή σπουδαστές της Σχολής Κοινωνικής Εργασίας, που κάνουν την πρακτική τους. Εκτός τις υπηρεσίες που παρέχονται μέσα στο Κέντρο, όπως ενημέρωσης και συμβουλευτικής εργασίας σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, γίνεται προσπάθεια επέκτασης του προγράμματος και σε άλλα παραρτήματα του Π.Ι.Κ.Π.Α. Επίσης υπάρχει συνεργασία με όλα τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Σήμερα λειτουργούν μόνο σε δύο Π.Ι.Κ.Π.Α. Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού στην περιοχή Αττικής.

#### 5. ΚΕΝΤΡΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

1. Γενικό νοσοκομείο Λάρισας	041 230031
2. Γενικό Νοσοκομείο Ιπτακράτειο Θεσ/νίκης (λειτουργεί παράλληλα και ως εκπαιδευτικό κέντρο)	031 834785-830034
3. Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης	24912
4. Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας "Άγιος Ανδρέας"	223173
5. Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρας (είναι και εκπαιδευτικό κέντρο)	7799424
6. Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων"	4915061 (373)
7. Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων "Χατζηκώστα"	33461
8. Γενικό Νοσοκομείο Σερρών	622222
9. Γενικό Νοσοκομείο Βόλου	32479
10. Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας	228518
11. Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής	24601

12. Γενικό Νοσοκομείο Καλαμιάτας	86222
13. Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης	222611
14. Γενικό Νοσοκομείο Αργους	24455
15. Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας	22082
16. Γενικό Νοσοκομείο Τζάνειο	4123552-4127656
17. Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης	22920
18. Γενικό Νοσοκομείο Ηράκλειο Κρήτης	283798
19. Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης	33711
20. Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου	25555-25544
21. Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας	28710
22. Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών	22229 (41ή 32)
23. Γενικό Νοσοκομείο Χανίων	27231 (324)
24. Γενικό Νοσοκομείο Περιστερίου	5711541
25. Π.Ι.Κ.Π.Α Καρόλου 16	5227376-5223775
26. Ι.Κ.Α Λάρισας	257892
27. Κέντρο Υγείας Αιγάλεω	5980055
28. Υποκατάστημα Ι.Κ.Α Νέου κόσμου	9018290
29. Υποκατάστημα Ι.Κ.Α Καμινίων	4131791
30. Υποκατάστημα Ι.Κ.Α Νίκαιας (Αγ. Βαρβάρα)	5451001-8
31. Υποκατάστημα Ι.Κ.Α Δράμας	0521-20976-979
32. Περιφερειακό Υποκατάστημα Ι.Κ.Α Πάτρας	061-531647
33. Τοπικό Υποκ. Ι.Κ.Α ΠΥΛΗΣ Αξιού (Θεσ/νίκη)	540198
34. Ι.Κ.Α Τριανδρίας Θεσ/νίκη	919380
35. Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού Δήμου Αργυρούπολης - Π.Ι.Κ.Π.Α	9232846
36. Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού Δήμου Αμαρουσίου - Π.Ι.Κ.Π.Α	8067492

(Έντυπο Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ΑΘΗΝΑ 1988)

## 1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Πριν μιλήσουμε για τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στα προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού θα πρέπει να σας αναφέρουμε πρώτα, ότι για να συγκεντρώσουμε στοιχεία σχετικά με το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στα προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού, προσπαθήσαμε και πραγματοποιήσαμε σχετική συνέντευξη με την Κα Δελλή, την Κοινωνική Λειτουργό του Μαιευτηρίου "Αλεξάνδρα" στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού και επίσης από την Κα Τσεμπέρη, σύμβουλο Οικογενειακού Προγραμματισμού και μέλος της Εταιρίας "Οικογένειας και Προγραμματισμού".

Όπως είναι γνωστό, στόχος του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι να ενημερώσει κάθε ζευγάρι, έτσι ώστε μόνο του να αποφασίσει για την οικογενειακή του οργάνωση, ενημέρωση κι ευτυχία. Αυτό, βέβαια, μπορεί να επιτευχθεί με τη συνεργασία γιατρού, ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού, μαιέας. Εδώ, ακριβώς, δηλαδή για τον κοινωνικό λειτουργό, λόγω έλλειψης βιβλιογραφίας στα έντυπα της Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού για το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στον Οικογενειακό Προγραμματισμό, συγκεντρώσαμε στοιχεία από τις δύο παραπάνω συνεντεύξεις.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μετέχει στη θεραπευτική μονάδα του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού και αναπτύσσει δραστηριότητες για την επιτυχία του σκοπού του, δηλαδή τη θεραπεία και φροντίδα για την πρόληψη και διατήρηση της υγείας.

Αρχίζοντας την περιγραφή του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στον Οικογενειακό Προγραμματισμό, θα τον διαχωρίσουμε σε τέσσερις τομείς:

- α) Εργασία με το άτομο - πελάτη.
- β) Εργασία με την οικογένεια.

γ) Εργασία με την κοινότητα.

δ) Συνεργασία με την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα. (ανάλογα με τα περιστατικά)

Όσον αφορά στον πρώτο τομέα εργασίας, ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο πρώτος που θα υποδεχθεί το ενδιαφερόμενο άτομο, με σκοπό να τον ενημερώσει για τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος, τις υπηρεσίες που προσφέρει, προσπαθώντας να δημιουργήσει μια συναισθηματική επικοινωνία μαζί του.

Για πολλούς ανθρώπους, βέβαια, το κατόφλι μιας κοινωνική οργάνωσης, είναι σαν ένα βήμα στο άγνωστο. Το άτομο - πελάτης μπορεί να ξέρει ασφαλώς το γενικό σκοπό της οργάνωσης, αλλά ποια θα είναι η σημασία του σκοπού αυτού για τον ίδιο ειδικά, είναι αβέβαιο. Με τη σωστή στάση του κοινωνικού λειτουργού, πολλά από τα προβλήματα τα σχετικά με την αίτηση για βοήθεια διαλύονται και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να συμμετέχει θετικά στην επίλυση του προβλήματός του.

Κατόπιν, ο κοινωνικός λειτουργός με την τεχνική της συνέντευξης παίρνει το ιστορικό του πελάτη, προσπαθώντας να αναλύσει την προσωπικότητά του, να κατανοήσει τις ενδοοικογενειακές σχέσεις του και το κοινωνικοοικονομικό του επίπεδο. Οι συνεντεύξεις μπορούν να επεκταθούν και στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου αν αυτό κριθεί απαραίτητο (σύζυγος, γονείς). Στη συνέχεια ο κοινωνικός λειτουργός ενημερώνει τα μέλη της επιστημονικής ομάδας σχετικά με το άτομο από την επαφή που είχε μαζί του και αποφασίζεται από κοινού η παραπομπή του στον ειδικό ανάλογα με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. (αυτό ισχύει κυρίως).

Ο κοινωνικός λειτουργός συνεχίζει να διατηρεί τη σχέση του με τον πελάτη, αν και βέβαια κρίνεται απαραίτητο, βοηθώντας τον υποστηρίχτηκα να κινητοποιηθεί και να επιτύχει την ομαλή επίλυση του προβλήματος. Υπάρχει όμως και περίπτωση ο πελάτης να είναι ενημερωμένος και να ζητά αυτό που θέλει χωρίς ενδοιασμούς. Τότε, ο κοινωνικός λειτουργός ελέγχει το κατά πόσο είναι σωστά πληροφορημένος και συνεχίζει στην παραπομπή του πελάτη στην επιστημονική ομάδα, ανάλογα με τη φύση του προβλήματος.

Όσον αφορά στα προβλήματα των πελατών, ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει προβλήματα περιστατικά, δηλαδή, συνήθως κοπέλες που επιθυμούν να διακόψουν την κύηση, αλλά δε βρίσκονται στο νόμιμο χρονικό όριο, δηλαδή έχει περάσει η 12η

εβδομάδα κήσεως. Στην περίπτωση αυτή ο κοινωνικός λειτουργός δε μπορεί να βοηθήσει την κοπέλα να διακόψει την κύηση, αλλά την ενημερώνει και της παρέχει συναισθηματική υποστήριξη, δηλαδή να συνεχίσει την κύηση και να συνειδητοποιήσει τη νέα πραγματικότητα που ζεί και να προγραμματίσει με λιγότερο άγχος τις μελλοντικές της ενέργειες. Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός συζητά με την κοπέλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και εν συνεχεία προτείνει την παραπομπή της στο Κέντρο Βρεφών "Μητέρα" για να υποστηριχτεί ως επίτοκος και να της δοθεί υποστήριξη και μετά τον τοκετό.

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με την κοπέλα και μετά τη διακοπή της κύησης εφόσον πλέον έχει γίνει για εκείνη μια πηγή ασφάλειας. Με άλλα λόγια ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να μην ξαναζήσει την ίδια τραυματική εμπειρία και να τη βοηθήσει να συνειδητοποιήσει πόσο σημαντική είναι η χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου για να αποφύγει μελλοντικά το ενδεχόμενο στειρώσης, ή από οποιοδήποτε άλλο κλονισμό της υγείας της.

Σ' αυτή τη φάση ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να συνειδητοποιήσει πόσο σημαντικό είναι η χρήση της αντισυλληπτικής μεθόδου και να αποφύγει άλλες ανεπιθύμητες συνέπειες. Απώτερος σκοπός, εδώ, είναι να κατανοήσει η κοπέλα ότι πρέπει να ορίζει το σώμα της και το εαυτό της και να αποφασίζει μόνη της να συνδεθεί με το πρόγραμμα αντισύλληψης του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Στον δεύτερο τομέα εργασίας του κοινωνικού λειτουργού, δηλαδή με την οικογένεια, ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με την ίδια, βοηθώντας την να κατανοήσει το πρόβλημα που παρουσιάστηκε, παρέχοντάς υποστηρικτική και συμβουλευτική εργασία, με σκοπό την κινητοποίηση της, για την αντιμετώπισή του.

Στο παράδειγμα της κοπέλας με την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, μπορεί να γίνει συνεργασία με την οικογένεια, αν βέβαια το θέλει η κοπέλα. Δηλαδή ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με το οικογενειακό της περιβάλλον, ενημερώνει για την κατάστασή της και τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει και παρέχει συναισθηματική υποστήριξη στους γονείς και συγγενείς της κοπέλας. Προσπαθεί να κατανοήσει τις αντιλήψεις τους, τα ηθικά τους πρότυπα ή τα ταμπού τους, αλλά και να τους βοηθήσει να συνειδητοποιήσουν τη δύσκολη κι ευαίσθητη

περίοδο που διανύει η κοπέλα και το πόσο σημαντικό είναι για την ίδια να κατονοήσουν τις ανάγκες της και να την δούν με περισσότερη αγάπη και σεβασμό. Ο ρόλος της κοινωνικής λειτουργού είναι δύσκολος σ' αυτή τη προσέγγιση γιατί έρχεται αντιμέτωπη με πολλές διαφορετικές αντιλήψεις. Υπάρχουν, βέβαια, γονείς που εύκολα ευαισθητοποιούνται από ένα τέτοιο γεγονός κήσης εκτός γάμου κι έτσι δημιουργείται μια ομαλή συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό. Έτσι το πρόβλημα της κοπέλας ξεπερνιέται, εφόσον έχει την ηθική υποστήριξη της οικογένειας, αποκτά το παιδί της και ζει με την οικογένειά της.

Υπάρχουν, όμως, όπως προαναφέραμε και οι κατηγορηματικά αρνητικοί γονείς, οι οποίοι δε θέλουν ούτε να πληροφορηθούν για το γεγονός ούτε τους λόγους που το προκάλεσαν και αρνούνται κατηγορηματικά να εμπλακούν σε οποιαδήποτε συνεργασία και κατάσταση μιας εξώγαμης κήσης. Κι όλα αυτά για να μην σπιατιστούν. Εδώ, ακριβώς αν παρά τις προσπάθειες διαπιστωθεί ότι η κοπέλα δε μπορεί να βοηθηθεί από τα οικεία της πρόσωπα, τότε με σύμφωνη γνώμη της ενδιαφερόμενης παραπέμπεται από το κοινωνικό λειτουργό σε κάποια αρμόδια υπηρεσία, το Κέντρο Βρεφών, το οποίο και είναι αρμόδιο για ελεύθερες επίτοκες.

Σχετικά με τον τρίτο τομέα εργασίας, δηλαδή με την κοινότητα, συντελείται η επιτυχία των προγραμμάτων και ειδικά με την ενεργοποίηση, συμμετοχή και ευαισθητοποίηση της κοινότητας.

Αυτή η δραστηριότητα, αναλαμβάνει ο κοινωνικός λειτουργός, ο οποίος αρχικά:

- α) χωρίζει σε τμήματα την περιοχή που θα εργαστεί,
- β) συνεργάζεται με όλους τους μαζικούς φορείς όπως το Δήμο, του Γυναικείου συλλόγου, τα Κέντρα Νεότητας και οργανώνει ομιλίες από τον ειδικευμένο γιατρό του Κέντρου πάνω σε γενικά θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και αντισύλληψης.

Ο κοινωνικός λειτουργός του Κέντρου συνεργάζεται με τις κοινωνικές υπηρεσίες της περιοχής με σκοπό να διαπιστώσει κατά πόσο μπορούν να δημιουργηθούν συμβουλευτικές ομάδες οικογενειακού προγραμματισμού ή κατά πόσο στις ήδη υπάρχουσες ομάδες των παραπάνω υπηρεσιών μπορεί να γίνει ενημέρωση των μελών των ομάδων πάνω σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με την επιστημονική ομάδα και ειδικά



όταν διατρέχουν λόγοι ψυχικής διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα ο Κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με τον ψυχίατρο, όταν τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού απευθύνονται περιστατικά ψυχιατρικού τύπου με προχωρημένη εγκυμοσύνη και δηλώνουν τα ίδια τα άτομα και το πλησιέστερο συγγενικό πρόσωπο που το συνοδεύει ότι επιθυμούν την διακοπή της κύησης. Βέβαια, για να εξακριβωθεί ότι ισχύουν πράγματι λόγοι υγείας, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να πραγματοποιήσει μια ουσιαστική συζήτηση με τα ενδιαφερόμενα μέλη για να πειστεί ότι δεν υποβόσκουν άλλα αίτια.

Σ' αυτήν την περίπτωση ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με το ψυχίατρο που παρακολουθεί το περιστατικό προκειμένου να του παρέχει όλα εκείνα τα στοιχεία, τα οποία θα αναφέρουν ότι χρειάζεται η διακοπή της κύησης για λόγους υγείας του ατόμου και θα επιτρέψουν την επέμβαση της άμβλωσης. Εν συνεχεία, ο κοινωνικός λειτουργός ενημερώνει το γυναικολόγο για το ιατρικό ιστορικό του ατόμου, ώστε να γίνει η διακοπή της προχωρημένης κύησης.

Τέλος, η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με τον ψυχίατρο αφορά άτομα που είναι χρήστες ναρκωτικών με προχωρημένο στάδιο εγκυμοσύνης και που επιθυμούν να τη σταματήσουν. Σ' αυτή την περίπτωση ο Κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με το γιατρό για να δώσει ιατρική γνώμатеυση, αν το κρίνει ο ίδιος, ότι χρήζει η διακοπή της εγκυμοσύνης για λόγους υγείας του ατόμου και του εμβρύου ώστε να επιτραπεί η άμβλωση. Στη συνέχεια συνεργάζεται με τον γυναικολόγο προκειμένου να ενημερωθεί για να γίνει η άμβλωση.

Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι πολλά Κέντρα Ο.Π. δεν έχουν οργανική Δέση Κ.Λ., και ότι το έργο του μπορεί να αντιμετωπιστεί από άλλο μέλος της επιθεωρητικής Ομάδας, θυμίζοντας την εμπειρία υγείας.

## 2. ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να παραθέσουμε την δική μας κριτική όσον αφορά τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Οποσδήποτε ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει, συμμετέχοντας, στην θεραπευτική ομάδα του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού,

να ασκήσει τις εξής τεχνικές της κοινωνικής εργασίας, δηλαδή κοινωνική εργασία με άτομο και με οικογένεια.

Πέρα από το γεγονός ότι ο κοινωνικός λειτουργός θα έρθει σε πρώτη επαφή και επικοινωνία με τον πελάτη, όπως μας είπαν στην συνέντευξη η κ.Δελλή και η κ.Τσεμπέρη, εμείς θα διαφωνήσουμε στο εξής σημείο με την κοινωνική λειτουργό του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού. Πιστεύουμε ότι σ'ένα περιστατικό ηθελημένης διακοπής κύησης μιας νεαρής κοπέλλας θα πρέπει να δοθεί συναισθηματική υποστήριξη όχι με το να την κάνουμε να συνειδητοποιήσει την συνέχιση της κύησης και την νέα πραγματικότητα, αλλά να την ενθαρρύνουμε να μιλήσει για τους λόγους που θέλει να διακόψει την κύησή της και συζητώντας μαζί της για τους κινδύνους ή και τις συνέπειες που τυχόν υπάρχουν μετά την άμβλωση. Από κει και πέρα πιστεύουμε ότι η απόφαση ανήκει στην κοπέλλα, είτε θέλει να διακόψει την κύηση, είτε θέλει να κρατήσει τελικά το παιδί της. Από κει και πέρα ο κοινωνικός λειτουργός νομίζουμε ότι θα πρέπει να μεριμνήσει για τις κατάλληλες παραπομπές που θα πρέπει να κάνει στην κοπέλλα, και να συνεχίσει την επικοινωνία μαζί της και μετά την άμβλωση ή τον τοκετό. Στην περίπτωση αυτή πιστεύουμε ότι είναι εξίσου αναγκαία η επικοινωνία του κοινωνικού λειτουργού με την κοπέλλα. Τέλος, συμφωνούμε με το γεγονός ότι ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να βοηθήσει το άτομο να συνειδητοποιήσει πόσο σημαντικό είναι χρήση της αντισυλληπτικής μεθόδου για όσο χρονικό διάστημα νομίζει η ίδια ότι δεν είναι έτοιμη για μητέρα.

Όσον αφορά στον δεύτερο τομέα κοινωνικής εργασίας, δηλαδή με οικογένεια συμφωνούμε με το γεγονός ότι ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να συνεργαστεί με την ίδια την οικογένεια παρέχοντας συμβουλευτική και υποστηρικτική εργασία. Στην περίπτωση που η οικογένεια έχει αρνητική στάση απέναντι στην κοπέλλα, πιστεύουμε ότι δεν θα πρέπει η κοπέλλα να σταλεί αμέσως στο Κέντρο Βρεφών, αλλά θα πρέπει πρώτα να γίνει κάποια "οικογενειακή θεραπεία". Η τάση της οικογένειας να αντιστέκεται σε δραστηριότητες από ένα μέλος της, για να διατηρήσει

### Θεραπευτική

την ομοιόστασή της έχει ανάγκη θεραπείας σαν ολότητα. Μ'άλλα λόγια πρέπει πρώτα να γίνει προσπάθεια (μέσω της συζήτησης) αλλαγής του οικογενειακού περιβάλλοντος μέσα στην οικογένεια, δηλαδή προσπάθεια αλλαγής της κατάστασης της ζωής του ατόμου παρά να αλλάξει το ίδιο το άτομο. Επίσης πρέπει να γίνει προσπάθεια από τον κοινωνικό λειτουργό να δημιουργήσει μια ενημερότητα όλων των μελών της οικογένειας για το μέλος που έχει το πρόβλημα π.χ. για την έγκυο κοπέλλα.

Σ'αυτή την περίπτωση και μόνο αν η οικογένεια δεν δέχεται τη θεραπεία, τότε μόνο πρέπει η κοπέλλα να παραπεμφθεί στο Κέντρο Βρεφών "Μητέρα" αρμόδιο για ελεύθερες επίτοκες.

Γενικά πιστεύουμε ότι ο κοινωνικός λειτουργός σ'ένα κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού θα πρέπει να δίνει έμφαση κυρίως στην κοινωνική εργασία με οικογένεια με κύριο σκοπό την προσπάθεια αλλαγής της κατάστασης του ατόμου και εν συνεχεία την διαφοροποίηση της γνώμης της οικογένειας για το μέλος με την παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. (Κατά των άπαγκων της οικογένειας).

### 3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σχετικά με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σε κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού προτείνουμε τα εξής:

- α. Επικοινωνία του Κ.Λ. με το άτομο και κοινωνική εργασία με άτομο-πελάτη.
- β. Προσπάθεια γνωστοποίησης στο άτομο των συνεπειών της τελικής του απόφασης.
- γ. Παραπομπή του ατόμου στους αρμόδιους φορείς ανάλογα της τελικής του απόφασης και συνεχή ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη του ατόμου πριν και μετά.
- δ. Υποχρεωτική πραγματοποίηση και εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας με οικογένεια.
- ε. Σε περίπτωση αρνητικής στάσης της οικογένειας, εφαρμογή της τεχνικής της "οικογενειακής θεραπείας".

στ. παραπομπή του ατόμου στον αρμόδιο τομέα υποστήριξης σε περίπτωση αρνητικής κι αμετάκλητης στάσης της οικογένειας ακόμα και σε περίπτωση εφαρμογής της τεχνικής της θεραπείας της οικογένειας.

## 1. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός πρέπει να επακταθεί και σε άλλες υπηρεσίες Υγείας-Πρόνοιας, στις οποίες η εφαρμογή του είναι επιτακτική. (Παπαευαγγέλου, "Αρχές και Μέθοδοι Οικογενειακού Προγραμματισμού", ΑΘΗΝΑ 1979, σελ. 70)

Έμφαση πρέπει να δοθεί κυρίως στη νεολαία, όπου παίρνοντας υπεύθυνη και σωστά δοσμένη σεξουαλική αγωγή, αναγνωρίζει το φυσιολογικό και ψυχολογικό νόημα της ερωτικής ζωής, αναπτύσσοντας μια δημιουργική προσωπικότητα. (Παπαευαγγέλου, Οικογενειακός Προγραμματισμός, σελ. 90)

Η έλλειψη μαθήματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, η επιφύλαξη των γονέων να ενημερώνουν τα παιδιά τους πάνω στην σεξουαλική ζωή, οι λανθασμένες πληροφορίες που παίρνουν από το φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον, εμποδίζουν τη σωστή διαπαιδαγώγηση/ενημέρωση. Ο δισταγμός, ακόμη, των νέων να προσέλθουν μεμονωμένα στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, πρέπει να οδηγήσει τα ίδια τα Κέντρα να έλθουν κοντά στους νέους. (Παπαευαγγέλου, Οικογενειακός Προγραμματισμός, σελ. 90)

Σε πρώτη φάση να μαζευτούν στοιχεία για τους διάφορους μαζικούς φορείς που υπάρχουν στην περιοχή Αθηνών. Αυτοί οι φορείς μπορεί να είναι:

- α) Τα συνοικιακά κοινωνικά Κέντρα του Ε.Ο.Π.
- β) Τα Κέντρα Νεότητας των δήμων.
- γ) Οι Τοπικές Επιτροπές της Εταιρίας Προστασίας Ανηλίκων.
- ε) Σύλλογοι Γονέων και Κηδεμόνων.

(Παπαευαγγέλου, Οικογενειακός Προγραμματισμός, σελ. 90)

Πηγές από όπου θα ανευρεθούν οι παραπάνω φορείς στους οποίους θα πραγματοποιηθούν τα προγράμματα, είναι η Νομαρχία Αττικής, ο Δήμος Αθηνών και η Πανελλήνια Πολιτιστική Κίνηση. Όλα αυτά, εφόσον τα προγράμματα καλύπτουν την

περιοχή Αττικής.

Αρχικά ο κοινωνικός λειτουργός των παραπάνω φορέων, ο οποίος δουλεύει με ομάδες που αποτελούνται από νέα άτομα, έχει τη δυνατότητα ο ίδιος να ενημερώσει τα μέλη των ομάδων για το τι είναι Οικογενειακός Προγραμματισμός ποιες είναι οι αρχές του και μέθοδοί του, τι δυνατότητες προσφέρει στο άτομο να προγραμματίσει το μέλλον της οικογενειακής του ζωής, καθώς και τα κέντρα που μπορεί να απευθυνθεί για να πάρει πληροφορίες. (Παπαευαγγέλου, Ο.Π, σελ. 92)

Μέσα στα πλαίσια αυτής της ενημέρωσης, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να καλέσει ειδικούς από τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού (γυναικολόγο, μαία) για να δώσουν περισσότερες πληροφορίες πάνω σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού πιο εξειδικευμένα.

Βέβαια, το θέμα του Οικογενειακού Προγραμματισμού, δε μπορεί ν' απασχολήσει την ομάδα για μακρύ χρονικό διάστημα, γιατί είναι αντικειμενικά αδύνατο. Ο αριθμός των συγκεντρώσεων που θα έχουν σαν θέμα τον Οικογενειακό Προγραμματισμό, δε θα υπερβαίνει τις τρεις έως τέσσερις, δεδομένου ότι τα θέματα θα αφορούν μόνο αντισύλληψη και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. (Παπαευαγγέλου, Ο.Π, σελ. 92)

Είναι γεγονός ότι ο κοινωνικός λειτουργός αυτών των ομάδων, δε θα έχει τις ειδικές γνώσεις των κοινωνικών λειτουργών που απασχολούνται στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, ωστόσο θεωρείται σημαντικό να διαθέτει ωριμότητα πνευματική και συναισθηματική, να έχει συνείδηση της ευθύνης του απέναντι στους νέους ανθρώπους της ομάδας, να εμπνέει εμπιστοσύνη και να μπορεί να ευαισθητοποιήσει την ομάδα πάνω στο θέμα. (Παπαευαγγέλου, Ο.Π, σελ 94)

Αν υπάρξουν περιπτώσεις μεμονωμένων ατόμων που έχουν ανάγκη για περισσότερη ενημέρωση και πληροφόρηση, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παραπέμψει σε κάποιο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού για να δοθεί ουσιαστικότερη βοήθεια. Αν ο κοινωνικός λειτουργός διαπιστώσει ότι η περιοχή που απασχολείται παρουσιάζει προβλήματα, λόγω έλλειψης Οικογενειακού Προγραμματισμού, μπορεί να ενεργοποιηθεί ώστε με δική του πρωτοβουλία, να εφαρμοστεί στο συγκεκριμένο Κέντρο όπου εργάζεται, ειδικό πρόγραμμα Οικογενειακού Προγραμματισμού. (Παπαευαγγέλου, Ο.Π, σελ 94)

Σε πρώτη φάση, το κέντρο έρχεται σε επαφή με τους παραπάνω μαζικούς φορείς και διοργανώνει ομιλίες που θα γίνονται από το γιατρό του Κέντρου. Μετά την ομιλία, ο κοινωνικός λειτουργός απευθυνόμενος στο ακροατήριο και συγκεκριμένα στους νέους, δημιουργεί ομάδες. Στις ομάδες ορίζονται, η ενημέρωση στα σεξουαλικής φύσεως προβλήματα, μια και η ηλικία αυτή όπως και οι άλλες βρίσκεται σε στάδιο άγνοιας ή ημιμάθειας. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα της ομάδας θα περιέχει:

- α) Λεπτομερή ανατομική ανάλυση.
- β) Μέθοδοι αντισύλληψης και εφαρμογή των ιδίων.
- γ) Ομοφυλοφιλία - ετεροφυλία.
- δ) Αυνανισμός.
- ε) Αφροδίσια νοσήματα και πρόληψη.
- στ) Θέματα ή προβλήματα που μπορούν να θέσουν οι ίδιοι οι νέοι.

(Παπαευαγγέλου, Ο.Π, σελ. 94)

Σαν αποτέλεσμα του πιο πάνω σκοπού, θα είναι αποσάφηση και η σταθερότητα της προσωπικότητας του νέου, γιατί η θεραπευτική γνώση που θα αποκτήσει από τις ομάδες θα τον βοηθήσει θετικά σε αυτό το στάδιο της ζωής του. (Παπαευαγγέλου, Ο.Π, σελ.96)

Κατά τη γνώμη μας, εδώ θα πρέπει οι ομάδες να είναι μικτές, μια και οι ίδιοι οι νέοι έχουν τη ροπή για τη δημιουργία φυσικών ομάδων. Οι μικτές ομάδες λύνουν όπως είναι γνωστό το πρόβλημα της ελευθερίας του λόγου και της φυσικότητας αυτού προς το αντίθετο φύλο πάνω στα θέματα σεξουαλικής αγωγής.

Στη συνέχεια και μετά από την αποπεράτωση και την επιτυχία στους σκοπούς της ομάδας, θα προκληθεί η δημιουργία ενός τύπου συμβουλευτικού σταθμού μέσα στο μαζικό φορέα. Το σταθμό θα απαρτίζουν μέλη που θα εκπαιδεύσει το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού. (Παπαευαγγέλου, Ο.Π, σελ. 96)

Όλα τα παραπάνω, προϋποθέτουν ειδικευμένο προσωπικό, που ευνόητο είναι ότι θα πρέπει να καλυφθεί οικονομικά. Για την κάλυψη των αναγκών του προγράμματος, είναι αναγκαία σε προσωπικό και χρήματα τα ακόλουθα:

**- Προσωπικό:**

Ένας γιατρός part-time για τις ομιλίες. Ο γιατρός μπορεί να είναι ο ίδιος του Κέντρου, αλλά οι ώρες των διαλέξεων να καλύπτονται έξτρα.

Τρεις κοινωνικοί λειτουργοί part-time ένας για την έρευνα και διοργάνωση ομιλιών, δύο για την λειτουργία των ομάδων στους χώρους που θα δημιουργηθούν.

Ένας ψυχολόγος part-time.

**- Οικονομικές ανάγκες:**

Ο οικονομικός προϋπολογισμός είναι για ένα μήνα. Προβλέπεται ότι το μήνα θα γίνονται περίπου δέκα ομιλίες.

Ένας γιατρός Χ3000 την ομιλία ... 30.000 δρχ.

Τρεις κοινωνικοί λειτουργοί ..... 90.000 δρχ.

Ένας ψυχολόγος ..... 30.000 δρχ.

ΣΥΝΟΛΟ ..... 150.000 δρχ.

Τα Κέντρα, ακόμα, έχουν τη δυνατότητα να ευαισθητοποιήσουν τους γονείς των παιδιών μέσα από τους Συλλόγους Γονέων και Κηδεμόνων πάνω σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και αντισύλληψης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με διαλέξεις, συζητήσεις στις σχολές γονέων και Κέντρων Νεότητας και σε εκπολιτιστικούς συλλόγους της περιοχής Αθηνών. Υπάρχει δυνατότητα να λειτουργήσουν ομάδες γονέων με απώτερο σκοπό την ίδρυση Συμβουλευτικού Σταθμού για ενήλικους και εφήβους. (Παπαευαγγέλου, Ο.Π, σελ. 97)



## 1. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΕΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΙΣ ΗΔΗ ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

(Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Μαιευτηρίου Αλεξάνδρας, 1990)

Όπως παρατηρείται τα τελευταία χρόνια ο Οικογενειακός Προγραμματισμός έχει μπει στη ζωή του σύγχρονου Έλληνα, στα μεγάλα αστικά κέντρα και ιδιαίτερα στην περιοχή Αθηνών, όπου και λειτουργούν τα περισσότερα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Η πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης αποτελεί βασικό στόχο και επιτυγχάνεται μέσα από συζητήσεις, διαλέξεις, συνεντεύξεις στον ημερήσιο και περιοδικό τύπο, ραδιοφωνικές και τηλεοπτικές εκπομπές.

Παρ' όλη την προσπάθεια που γίνεται ένα μεγάλο μέρος του Ελληνικού πληθυσμού της επαρχίας αγνοεί για την έννοια του Οικογενειακού Προγραμματισμού και αυτό γιατί δεν έχει γίνει προσπάθεια των ήδη υπαρχουσών υπηρεσιών να διευρύνουν τις δραστηριότητές τους έξω από τα μεγάλα αστικά κέντρα.

Μπορεί τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να προβληματίζουν το επαρχιακό κοινό, αλλά δεν υπάρχει συνήθως η αρμόδια υπηρεσία που μπορεί να απευθυνθεί για τη σωστή και πλήρη ενημέρωσή του. Για να βοηθήσει λοιπόν και ο πληθυσμός της Ελληνικής επαρχίας, θα πρέπει οι υπάρχουσες υπηρεσίες να επεκτείνουν το πρόγραμμά τους.

Το σημαντικότερο βήμα για τη διάδοση του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην επαρχία θα ήταν αν σε κάθε Κέντρο Υγείας λειτουργούσε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού, κατάλληλα εξοπλισμένο και στελεχωμένο με ειδικευμένο προσωπικό. Έτσι θα δινόταν η δυνατότητα σε κάθε ζευγάρι να ενημερώνεται και να εφαρμόζει τον Οικογενειακό Προγραμματισμό.

Βέβαια, οι υπάρχουσες υπηρεσίες, μέχρις ότου ο Οικογενειακός Προγραμματισμός εδραιωθεί και στην επαρχία, μπορούν να συμβάλλουν στην προσπάθεια πληροφόρησης οργανώνοντας συζητήσεις, διαλέξεις, μοιράζοντας έντυπο ενημερωτικό υλικό, το οποίο

αναλύει τους σκοπούς του Οικογενειακού Προγραμματισμού και τις δυνατότητες που προσφέρει σε κάθε ζευγάρι να προγραμματίσει στη ζωή του.

Οι παραπάνω υπηρεσίες θα μπορούσαν να εδραιωθούν καλύτερα με τη δημιουργία συμβουλευτικών σταθμών σε κάθε νομό της χώρας. Βασικός στόχος θα ήταν να βοηθήσουν το άτομο να κατανοήσει τις αρχές και μεθόδους του Οικογενειακού Προγραμματισμού πέρα από προκαταλήψεις και ηθικούς φραγμούς.

## **1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΩΛΥΟΥΝ ΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΔΙΑΔΟΣΗ - ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ**

Τα προβλήματα εφαρμογής των αρχών και μεθόδων του Οικογενειακού Προγραμματισμού διαφέρουν από χώρα σε χώρα ανάλογα με τις επικρατούσες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες και με τα θρησκευτικά πιστεύω, τα ήθη και τα έθιμα κάθε έθνους.

Τα κυριότερα εμπόδια μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής σύμφωνα με τους Παπαευαγγέλου - Ρουμελιώτου: (σελ. 62-66)

### **1. Αντιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη.**

Ο ιατρικός κόσμος δε διατίθεται ευνοϊκά στην ιδέα εφαρμογής προγραμμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού και τα συνδέει αποκλειστικά σχεδόν με την αντισύλληψη. Η πολιτική ηγεσία, αναστέλλει ή επιβραδύνει την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών, επειδή φοβάται ότι θα δώσει την ευκαιρία βλαπτικής πολιτικής εκμετάλλευσης ή επειδή πιέζεται από ομάδες που για διάφορους λόγους αντιστρατεύονται τον Οικογενειακό Προγραμματισμό. Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια να αποσυνδεθεί η έννοια του Οικογενειακού Προγραμματισμού από τον έλεγχο των γεννήσεων και να αποδειχτεί ότι στις χώρες με χαμηλή αναπαραγωγικότητα, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός όχι μόνο δεν υποβοηθά στη μείωση της γεννητικότητας αλλά μπορεί να βοηθήσει στη σταθεροποίησή της σε παραδεκτά όρια.

### **2. Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα, που αντιστρατεύονται στη διάδοση των προγραμμάτων του Οικογενειακού Προγραμματισμού.**

Οι άντρες πολλές φορές θεωρούν σαν αντιστροφή των ρόλων την εφαρμογή αντισυλληπτικής μεθόδου από τη γυναίκα, αφού έχουν συνηθίσει στη διακεκομμένη συνουσία ή στο προφυλακτικό, που τους δίνει την ικανοποίηση ότι εκείνοι ρυθμίζουν την αναπαραγωγή.

Αντίστροφα, στην εφηβική ηλικία, η ανωριμότητα και η επιπολαιότητα δεν ωθούν

τον έφηβο να συμμετέχει στην αντισύλληψη. Ο άντρας αδιαφορεί για το αποτέλεσμα επαφής, γιατί θεωρεί την αντισύλληψη αποκλειστικό θέμα της γυναίκας. Παρόμοια ψυχολογικά προβλήματα, με αποτέλεσμα τη μη προώθηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι εδραιωμένα και στο ιατρικό προσωπικό.

### **3. Η ανεπάρκεια υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού.**

Στον Οικογενειακό Προγραμματισμό, δίνεται μικρότερη προτεραιότητα από άλλες κοινωνικές και υγειονομικές παροχές. Έτσι ανεξάρτητες ειδικές υπηρεσίες, λείπουν ή είναι ανεπαρκείς και περιορίζονται σε ορισμένες περιοχές. Σ' αυτό συντελεί και η ανεπαρκής εκπαίδευση των γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας καθώς και το γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη υγειονομικών στελεχών για να επανδρώσουν Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού αφού αυτά πολλές φορές απασχολούνται στις ανάγκες άλλων υγειονομικών χώρων π.χ σε νοσοκομεία, όπου οι καθημερινές ανάγκες τρέχουν και απαιτούν απ' το προσωπικό (νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, Κοινωνικοί Λειτουργοί) να είναι δοσμένο σε αυτές τις προτεραιότητες. Πολλές φορές από διάθεση παρεμπόδισης του έργου των σχετικών υπηρεσιών του Οικογενειακού Προγραμματισμού δεν υποβοηθείται η δημοσιότητα και η διάδοση των πληροφοριών σχετικά με τις αρχές και τις μεθόδους του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Έτσι σπάνια η παροχή υπηρεσιών ή ακόμα και η πληροφόρηση φτάνει στους ανθρώπους με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και στους κοινωνικά μειονεκτούντες και απομονωμένους, ενώ αυτοί είναι που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη διαφώτισης και εξυπηρέτησης. Έτσι στις ορεινές και αγροτικές περιοχές επικρατεί πλήρης άγνοια των προγραμμάτων, των αρχών και μεθόδων του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Σημαντική βοήθεια στη διάδοση των αρχών του Οικογενειακού Προγραμματισμού, μπορεί να δώσει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, όχι μόνο στο σχολείο, αλλά και με κάθε μέσο ενημέρωσης καθώς σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες.

### **4. Αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης.**

Διάφορες ανακοινώσεις ερευνητικών εργασιών, έχουν δημιουργήσει αμφιβολίες για την ασφάλεια ορισμένων μεθόδων. Φόβοι δηλαδή παρενεργειών από τη χρησιμοποίηση ανασταλτικών της ωορηξίας, δημιούργησαν ψυχολογικά εμπόδια στην ευρεία διάδοσή τους. Πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια για την άρση των ψυχολογικών αυτών

εμποδίων.

Παράλληλα επιβάλλεται η ενίσχυση ερευνητικών προγραμμάτων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και μείωση των παρενεργειών των αντισυλληπτικών, που κυκλοφορούν, αλλά και για την ανακάλυψη νέων μεθόδων, περισσότερο αποδεκτών από τον πληθυσμό.

Σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας, είναι και το υψηλό κόστος μερικών μεθόδων και η άρνηση ή η αδυναμία του κράτους για τη δωρεάν παροχή τους.

Ειδική πληροφόρηση πάνω στη σωστή χρήση των μεθόδων αντισύλληψης θα βοηθήσει σημαντικά στην επιτυχία του Οικογενειακού Προγραμματισμού ως θεσμού. Η προσπάθεια για την άρση των παραπάνω εμποδίων θα πρέπει να επικεντρωθεί σε δύο ειδικές πληθυσμιακές ομάδες. Στην πρώτη ανήκουν τα τμήματα εκείνα του πληθυσμού, που μειονεκτούν σωματικά, πνευματικά ή είναι λόγω της γεωγραφικής θέσης, που βρίσκεται η περιοχή τους απομονωμένοι. Γι'αυτή την ομάδα απαιτείται ιδιαίτερη προσπάθεια για ανίχνευση και προσπέλαση των προβλημάτων τους.

Ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, πρέπει να συμμετέχει στην προσπάθεια αυτή (εκπαιδευμένες κοινωνικοί λειτουργοί), ειδικά δε προγράμματα, εκπαίδευση και παρακολούθηση πρέπει να εφαρμοστούν προσαρμοσμένα στην ειδική κατά περίπτωση μειονεξία.

Στη δεύτερη ομάδα ανήκουν οι έφηβοι. Η ομάδα αυτή έχει διαφορετικά προβλήματα. Οι έφηβοι χαρακτηρίζονται από συναισθηματική ανωριμότητα και σεξουαλική απειρία. Η συνεχής μείωση της διαμέσου ηλικίας της πρώτης σεξουαλικής επαφής, επιβάλλει την έγκαιρη πληροφόρησή τους και καθοδήγηση. Επίσης η σωστή πληροφόρηση ως προς τη σεξουαλική συμπεριφορά αν καθιερωθεί ουσιαστικά στα σχολεία θα προστατεύσει τους εφήβους από συναισθηματικούς τραυματισμούς. Είναι ανάγκη να βοηθηθούν οι νέοι να επιδείξουν υπεύθυνη στάση στις συναισθηματικές και τις σεξουαλικές τους σχέσεις.

##### 5. Η έλλειψη θέσεων εργασίας.

Στα περισσότερα κέντρα δεν αναγνωρίζεται η σπουδαιότητα του μη κλινικού έργου που επιτελεί ειδικά ο κοινωνικός λειτουργός και έτσι οι θέσεις αυτές μένουν κενές και το έργο τους υποχρεούνται να αναπληρώσουν οι Επισκέπτριες Υγείας ή οι Μαίες. Οι

επιπρόσθετες όμως αρμοδιότητες μπλοκάρουν τη λειτουργικότητα των άλλων επαγγελματιών και κατά συνέπεια των κέντρων, τα οποία καταφεύγουν σε διαδικασίες χρονοβόρες προς τους ενδιαφερόμενους (π.χ. παροχή υπηρεσιών κατόπιν ραντεβού).

Η παραπάνω πραγματικότητα έχει σαν αποτέλεσμα να παρατηρούνται τα εξής φαινόμενα (προφορική επικοινωνία με μέλη της Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού και του Μαιευτηρίου Αλεξάνδρας):

Ο αριθμός των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού να είναι δυσανάλογος με τη γεωγραφική έκταση της χώρας ή ακόμα και στα μεγάλα αστικά κέντρα να υπάρχει ανεπάρκεια τέτοιων προγραμμάτων αφού πολλές υγειονομικές μονάδες (Ι.Κ.Α., Νοσοκομεία, Π.Ι.Κ.Π.Α.) δε δέχονται αυτή τη στιγμή τη λειτουργία τέτοιων κέντρων λόγω του αυξημένου έργου που ήδη παράγουν. Έτσι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός εξυπηρετεί πιθανότατα τις ανάγκες μιας μικρής μερίδας προς το παρόν.

Η ανεπάρκεια υπηρεσιών που χαρακτηρίζει ορισμένα από τα ήδη λειτουργούντα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού (π.χ. ο προγεννητικός έλεγχος). Έτσι πολλές υπηρεσίες που απαιτούν τεχνικό εξοπλισμό δεν παρέχονται εντός του Κέντρου και η παραπομπή σε άλλο δημόσιο φορέα είναι αναγκαία.

Οι γραφειοκρατικές χρονοβόρες διαδικασίες, οι επαζήμιες για την περίπτωση όπου γίνονται οι παραπομπές. Πολλές φορές οι εξετάσεις, όπως αυτές του προγεννητικού ελέγχου καθυστερούν να διενεργηθούν (απαιτείται να έχει οριστεί ραντεβού προηγουμένως με το γιατρό), όταν η περίπτωση ενδείκνυται για τη μέθοδο της τροφοβλάστης (γίνεται στις 10-12 εβδομάδες κύησης. Γίνεται με τρύπημα βελόνας στην κοιλιακή περιοχή απ'όπου λαμβάνονται στοιχεία από την τροφοβλάστη). Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται στο πρώτο τρίμηνο για να αποφευχθούν οι όποιες επιπλοκές, η έκτρωση και ο πόνος που τη συνοδεύει, αν ακολουθήσει η μέθοδος της παρακέντησης (γίνεται στο δεύτερο τρίμηνο ή τέταρτο μήνα της κύησης όπου με τρύπημα στην κοιλιά γίνεται η λήψη αμνιακού υγρού). Έτσι στην πλειοψηφία οι υγειονομικές μονάδες στην παραπάνω περίπτωση υποδεικνύουν στις ενδιαφερόμενες ότι θα πρέπει στις αρχές του δεύτερου τριμήνου (4ο μήνα) να προσέλθουν στην υπηρεσία και κατόπιν προκαθορισμένου ραντεβού με το γιατρό για να κάνουν αμειοπαρακέντηση. Αξιόλογο

αναφοράς είναι ότι η έκτρωση ακολουθεί τον πέμπτο μήνα σε περίπτωση που αποδειχτεί με την αμειοπαρακέντηση ότι το έχει πρόβλημα υγείας. Η περίοδος όμως της αναμονής είναι επώδυνη για την κυοφορούσα. Τη γεμίζει έντονο άγχος και φόβους για την "επόμενη μέρα" σε σημείο που πολλές φορές δε μπορεί να θέσει τον εαυτό της σε έλεγχο το διάστημα του ενός, που απαιτείται για να γίνουν οι εργαστηριακές μελέτες και να γίνει η διάγνωση. Προκειμένου λοιπόν η γυναίκα να αποφύγει αυτό το ψυχικό κόστος βρίσκει διέξοδο σε ιδιωτικούς φορείς, όπου εκεί όμως το κόστος των εξετάσεων είναι υπέρογκο. Και έτσι καταλήγουμε σήμερα να μιλάμε για απρόσιτες τιμές και αισχροκέρδειες στον τομέα της υγείας (άνω των 70.000 δρχ.). (Προφορική συνέντευξη)

## 1. ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Αν και το κράτος έχει θεσπίσει για την ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας τα παραπάνω αναφερόμενα μέτρα εντούτοις, εμείς πιστεύουμε ότι στην πραγματικότητα, το Κράτος φαίνεται να αδιαφορεί όχι μόνο για τη Δημόσια Υγεία αλλά και για το θέμα του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Αν και τα κονδύλια για τη Δημόσια Υγεία είναι περιορισμένα, για τον οικογενειακό προγραμματισμό ειδικά είναι σχεδόν ανύπαρκτα.

Υπήρχε βέβαια και το επιχείρημα ότι δήθεν "η εφαρμογή του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα θα συντελούσε στη μείωση της ήδη χαμηλής γεννητικότητας", αλλά το Κράτος είχε αποφύγει τις ευθύνες του - κοινωνικές, οικονομικές - για πολλά χρόνια. Αν όμως τόσα χρόνια χρειάστηκαν για να αναγνωριστεί από την Πολιτεία η σοβαρότητα του προβλήματος, πόσα χρόνια θα χρειαστούν ακόμα για να δημιουργηθεί η κατάλληλη υποδομή; Και πόσο "κατάλληλη" θα είναι όταν η κρατική πολιτική στον τομέα της υγείας γενικότερα, δεν έχει αποδείξει μέχρι σήμερα παρά ουσιαστική αδιαφορία για τον πολίτη.

Έτσι, οι γυναίκες θα συνεχίσουν να είναι θύματα άγνοιας και κερδοσκοπίας των ιδιωτικών γιατρών, η έκτρωση θα παραμείνει ο βασικός τρόπος αντισύλληψης και φυσικά το κύριο βάρος του προβλήματος θα εξακολουθούν να έχουν οι γυναίκες των κατωτέρων κοινωνικών τάξεων, οι οποίες δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν με δικούς τους πόρους την ανυπαρξία ή τις ελλείψεις ενός κοινωνικού προγράμματος οικογενειακού προγραμματισμού.

Γι' αυτό λοιπόν πιστεύουμε ότι: ο Οικογενειακός Προγραμματισμός κατάλληλα θεσμοθετούμενος και ενισχυόμενος με μέτρα δημογραφικής πολιτικής του Κράτους δεν αντιστρατεύεται το στόχο της αύξησης των γεννήσεων, αλλά ενδέχεται να ισχυροποιεί και να επιταχύνει την επίτευξή του. Μ' άλλα λόγια η έννοια του Οικογενειακού Προγραμματισμού και η δημογραφική πολιτική δεν είναι έννοιες ασυμβίβαστες, δεν δρουν ή τουλάχιστον δεν πρέπει να δρουν ανταγωνιστικά, αλλά συμπληρωματικά και μπορούν να εναρμονιστούν μεταξύ τους, αρκεί να υπάρχει το απαιτούμενο για την



συνύπαρξή τους, θεσμικό και νομικό πλαίσιο, καθώς και τα κατάλληλα οικονομικοκοινωνικά κίνητρα τεκνοποίησης.

Σχετικά, τώρα, με την Ελλάδα, όπου υπάρχει το πρόβλημα της υπογεννητικότητας, υπάρχει η θέση ότι δεν πρέπει να μιλάμε για Οικογενειακό Προγραμματισμό. Πιστεύουμε ότι η θέση τυχόν έθν. κέντρου. Η αναπαραγωγικότητα ενός λαού ή μιας κοινωνικής ομάδας, όπως αναφέρθηκε, επηρεάζεται από την κοινωνικοοικονομική και πολιτιστική του ανάπτυξη. Έτσι τα κίνητρα είτε για μικρή είτε για μεγάλη οικογένεια είναι πάντα προσωπικά.

Ξέρουμε εξάλλου ότι στην Ελλάδα η άγνοια και η αντίθεση στην αποτελεσματική αντισύλληψη έχει οδηγήσει στην σιωπηλή ανοχή των εκτρώσεων και το μέγεθος της Ελληνικής οικογένειας έχει περιοριστεί σε 1-2 παιδιά. Εδώ άραγε δε χρειάζεται ο Οικογενειακός Προγραμματισμός; Πιστεύουμε ότι και βέβαια χρειάζεται, αλλά χαρακτηριζόμενος ως ανθρώπινο διακάωμα που έχει ένα άτομο να ελέγχει τη γονιμότητά του και να είναι ελεύθερο να αποφασίζει αν θα κάνει ή όχι παιδιά, πόσα και πότε, ανεξάρτητα από την όποια δημογραφική πολιτική που θέλει να εφαρμόσει η πολιτεία/κράτος.

Εδώ ακριβώς χρειάζεται Κράτος και Οικογενειακός Προγραμματισμός να συνεργαστούν και το κράτος να λάβει διοικητικά και νομοθετικά μέτρα, ώστε το άτομο ελεύθερο και υπεύθυνο να μπορεί να ρυθμίζει την τεκνοποίησή του, έχοντας στη διάθεσή του τις απαραίτητες πληροφορίες και τις κατάλληλες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες.

Σ' αυτό το σημείο είναι σημαντικό ν' αναφέρουμε την πρόταση της Ελλάδας στο Παγκόσμιο Σεμινάριο Οικογενειακού Προγραμματισμού που έγινε το Νοέμβριο του 1979 στην Ισπανία. Η βασική πρόταση της Ελλάδας ήταν η ανάληψη από το Κράτος της ευθύνης για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό, δηλαδή η ίδρυση σχετικής υπηρεσίας στο αρμόδιο Υπουργείο. (Εκλογή - Απρίλιος 1980, σελ. 55).

Η υπηρεσία αυτή θα έπρεπε να λειτουργήσει με μια ομάδα - πυρήνα ατόμων διαφορετικών ειδικοτήτων (γιατρό, μαία, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτρια αδελφή), ειδικευμένα στον Οικογενειακό Προγραμματισμό, η οποία θα αρχίσει να μελετάει το θέμα, δηλαδή, ένταξη του Οικογενειακού Προγραμματισμού στον τομέα της

προληπτικής ιατρικής, αλλαγή της νομοθεσίας σχετικά σε θέματα αντισυλληπτικών μεθόδων και Οικογενειακού Προγραμματισμού, ένταξη όλων των προγραμμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού στα προγράμματα προστασίας της μητρότητας και του παιδιού, ίδρυση κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία και μαιευτήρια - πολυϊατρεία της Ελλάδας, ενημέρωση της κοινής γνώμης στα θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Οι προτάσεις αυτές δόθηκαν στους αρμόδιους (Υ.Κ.Υ, Σχολές Κοινωνικών Λειτουργών, Πρόεδρο Ελληνικής Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού).

(Εκλογή, Απρίλιος 1980, σελ. 55). Το 1980 ο Οργανισμός Βιοϊατρικών Διασυνδέσεων (Ο.Β.Δ.) έλαβε απόφαση να οργανώσει συνέδριο για την προληπτική ιατρική και τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Συμπερασματικά, λοιπόν, από τα παραπάνω πιστεύουμε ότι αν το κράτος δεν εστιάζει μόνο από τους στόχους του Οικογενειακού Προγραμματισμού ως ενός ανθρώπινου

διακαιώματος δεν πρέπει να περιμένουμε και πολλά πράγματα. Ούτε πάλι να βλέπουμε την ίδια παρενοχλητική υπηρεσιών από τα Κ.Ο.Π., ούτε ως προς την ευρύτερη ανάπτυξη των προγράμματος (Ο.Π.). Αντίθετα ο θεσμός θα εξακολουθεί να κωλύει και ίσως στο τέλος να λείπει.

## 1. ΣΥΝΟΨΗ ΘΕΣΕΩΝ ΑΡΜΟΔΙΩΝ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ο θεσμός του Οικογενειακού Προγραμματισμού καταληκτικά στοχεύει στη βελτίωση των προϋποθέσεων δημιουργίας της μελλοντικής οικογένειας. Όπως αναφέρθηκε και στα προηγούμενα κεφάλαια βασικοί στόχοι επιγραμματικά και στον παραπάνω ορισμό είναι η ενημέρωση γύρω από την αντισύλληψη, πρόληψη ανεπιθύμητων κυήσεων -εκτρώσεων, ενημέρωση - πρόληψη γύρω από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμβουλευτική γεννητική (προγεννητικός έλεγχος), ενημέρωση γύρω από τις διαπροσωπικές σχέσεις των συντρόφων, ενημέρωση για τον θεσμό του γάμου και προετοιμασία των συντρόφων για την ετοιμότητα και την ανάγκη του γάμου. Επίσης συμβουλευτική για την διαδικασία πιθανής εγκυμοσύνης και η προετοιμασία υγείων γονέων (σωματικά και ψυχικά) για την παρουσία του παιδιού.

Εξετάζοντας την Ελληνική πραγματικότητα αυτό -και πραγματικά είναι πολύ λυπηρό- που διαπιστώνεται είναι ότι: οι Ελληνίδες χρησιμοποιούν κατ'αρχήν την απόξεση σαν μέσο Οικογενειακού Προγραμματισμού και μάλιστα είναι αποδεκτή ακόμη και από τις έγγαμες, τις εργαζόμενες και σε ένα μικρό ποσοστό τις μορφωμένες γυναίκες (παρ'ότι τουλάχιστο για τις μεθόδους αντισύλληψης καταβάλλεται προσπάθεια για ενημέρωση, οι γυναίκες ωστόσο ή δεν κατανοούν αυτή την ενημέρωση ή την αγνοούν - γίνεται μακριά από την κοινότητά τους - ή φαίνεται ότι ακόμη και σήμερα οι Ελληνίδες δεν προβάλλουν στον σύντροφό τους την αντίθεσή τους για τη μη χρησιμοποίηση προφυλακτικών μέσων).

Όσο αφορά τις μικρές ηλικίες - γιατί δυστυχώς κάνοντας μια βόλτα κανείς στα ιδιωτικά μαιευτήρια βλέπει κορίτσια από 16 ως 20 χρονών να περιμένουν με αγωνία τη σειρά τους συνοδευόμενες από κάποια φίλη πιο ψύχραιμη απ'αυτές υποτίθεται - φαίνεται ότι η ενημερωσή τους είναι ελλιπής. Κι αυτό γιατί η Ελληνική οικογένεια έχει ακόμα αρκετές προκταλήψεις, όσο αφορά το πότε και τι μπορεί να συζητήσουν η

μητέρα και ο πατέρας με τα παιδιά τους σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά και τους τρόπους προφύλαξης από πιθανή εγκυμοσύνη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, AIDS κ.λ.π.

Και εν πάσει περιπτώση η οικογένεια ίσως δεν μπορεί να μιλήσει για διαφόρους λόγους. Το ρόλο αυτό θα μπορούσε να τον αναλάβει το σχολείο ξεκινώντας με απλά πράγματα από τις μικρές ηλικίες (Δημοτικό) και φτάνοντας σε πιο σύνθετα και εξειδικευμένα στις μεγαλύτερες (Γυμνάσιο - Λύκειο). Όμως το θέμα μοιάζει να εξοντώνει και τους ειδήμονες εστιάζοντας το πρόβλημα στο ποιος θα μπορούσε τελικά να αναλάβει ένα τέτοιο ρόλο. Έτσι η κατάσταση διαιωνίζεται ομιχλώδης σε βάρος των παιδιών που πολλές φορές έχουν πραγματικές εμπειρίες που θα τις κουβαλήσουν αργότερα στις ερωτικές τους σχέσεις, στη συμβίωση με το γάμο, στις σχέσεις τους με τα παιδιά τους.

Η σύλληψη ενός παιδιού μέσα στο γάμο πολλές φορές γίνεται τυχαία χωρίς να έχει προγραμματιστεί από τους συζύγους. Ένα τέτοιο γεγονός μερικές φορές γίνεται αποδεκτό θετικά από την οικογένεια και εκεί βέβαια δεν υπάρχει πρόβλημα, όταν μάλιστα οι σύζυγοι είναι ώριμες προσωπικότητες. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που η σύλληψη και η συνεχιζόμενη κύηση είναι ανεπιθύμητη και από τους δύο συζύγους ή από τον ένα εξ' αυτών. Υπό το βάρος και των πέσεων του άμεσου ή έμμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος η κύηση συνεχίζεται χωρίς στήριξη, συμβουλευτική παρέμβαση από ειδικούς με απόκρυψη συναισθημάτων φόβου, αγωνίας, απώθησης μεταξύ των συζύγων. Αποτέλεσμα είναι τα πολλές φορές σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα που εμφανίζονται ειδικά στην έγκυο γυναίκα χωρίς να εξαιρείται και ο σύζυγος. Επίσης η γέννηση ενός παιδιού, χωρίς κατάλληλη προετοιμασία ψυχολογική μέσα σε ένα κλίμα έντασης και φόβου, ενοχών και ενοχοποιήσεων για την καινούργια κατάσταση επίσης το φρενάρισμα ορισμένων στόχων και υποχρεώσεων κ.λ.π. Και το πιο σημαντικό όταν οι σύζυγοι λυγίσουν υπό το βάρος της νέας αυτής κατάστασης, η δημιουργία στο παιδί τους της ψυχολογίας του ανεπιθύμητου. Εύκολα διαφαίνεται σε τέτοιες περιπτώσεις η απαραίτητη παρουσία ειδικών Οικογενειακού Προγραμματισμού και σε επίπεδο πρόληψης και σε επίπεδο θεραπευτικής παρέμβασης ή μέσω της αντισύλληψης και συμβουλευτικής ή μέσω παραπομπών.

Ένα πολύ μεγάλο ρόλο προαναφέρθηκε ότι έχει να παίξει ο Οικογενειακού

Προγραμματισμού στην πρόληψη γέννησης παιδιών με διάφορες ανωμαλίες. Ενδεικτικά αναφέρεται η γέννηση παιδιών με ανωμαλίες συγγενείς από ερυθρά π.χ. η γέννηση παιδιών με μεσογειακή αναιμία (όπου εδώ είναι συνυπεύθυνος και ο μαιευτήρας, όταν το ζευγάρι του τον επισκέπτεται από την αρχή της εγκυμοσύνης), σύνδρομα διάφορα όπως Down κ.λ.π., αλλά και διάφορα κληρονομικά νοσήματα.

Είναι σημαντική η κατευθυντήρια κίνηση για προγεννητικό έλεγχο σ' αυτές τις περιπτώσεις.

Και εδώ τίθεται ένα μεγάλο ερώτημα προς το παραπάνω θέμα με βάση κύρια τις επαφές μας με ειδικούς Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού (και έλεται). Ή και αν ακόμα γνωρίζουν και αν κατευθύνονται σωστά από αυτόν, πόσο οι λοιπές υπηρεσίες μπορούν να τους καλύψουν χωρίς οικονομικό κόστος και ψυχοφθορά εκτός της μεγάλης αναμονής που προσφέρουν όταν γίνεται μια παραπομπή;

Η απάντηση στους παραπάνω προβληματισμούς είναι δύσκολη. Το κάθε νέο ζευγάρι κι όχι μόνο, έχει ένα τόπο κατοικίας σε μια Κοινότητα, ένα χώρο αναφοράς εργασίας κοινό ή όχι. Κατά πόσο όμως οι Κοινοτικές υπηρεσίες είναι κατάλληλα εφοδιασμένες με ένα σύστημα πληροφοριών για παραπομπές μέσα στην Κοινότητα ή έξω από αυτήν; Είναι γνωστό ότι πολύ λίγοι Δήμοι - Κοινότητες έχουν τέτοια συστήματα εξυπηρέτησης των δημοτών. Επίσης οι χώροι εργασίας είναι σπάνιο να χρησιμοποιηθούν για διαφορετικές ομιλίες, να λειτουργήσουν δηλαδή σαν ένας χώρος κατάλληλος για την ενημέρωση επί θεμάτων που προβληματίζουν τα άτομα, που αναφέρονται εργασιακά σ' αυτούς. Όσο αφορά στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού επί ότι προκειμένου, εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι για γνωρίζει κανείς την ύπαρξή τους και ακόμη περισσότερο το τι προσφέρουν ή θα πρέπει να ενημερωθούν από κάποιο ζευγάρι που χρησιμοποίησε τις υπηρεσίες ή να τύχει να παρακολουθήσουν ειδική εκπομπή στο ραδιόφωνο ή την τηλεόραση, να διαβάσουν κάποια συγκεκριμένη εφημερίδα, συγκεκριμένη ημέρα κ.λ.π.

Ένας δεύτερος προβληματισμός που γεννιέται ως προς το θέμα του Προγεννητικού ελέγχου βάσει πάντα των επαφών μας με ειδικούς είναι: Ο σεβασμός και η εξυπηρέτηση του πελάτη. Αν π.χ υποτεθεί ότι μετά την ενημέρωση του ζευγαριού από το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού για την αναγκαιότητα προγεννητικού ελέγχου, το

ζευγάρι αναζητάει ένα κέντρο δημοσίου φορέα, για να δρομολογήσει κάποιες εξετάσεις, εκεί πόσο άμεσα εξυπηρετείται..., εκεί λοιπόν γνωρίζει την εμπειρία με τα πολύ μακρινά ραντεβού μια εναλλακτική στερεότυπη "λύση" που προσφέρουν πολλές δημόσια κέντρα, για την κάλυψη παρόμοιων αναγκών, π.χ αν θέλει και πρέπει μια γυναίκα, που βρίσκεται στην 10η-12η εβδομάδα κύησης να κάνει προγεννητικό έλεγχο και μάλιστα με λήψη τροφοβλάστη γιατί δεν αντέχει την αναμονή και γιατί προτιμά την εκβολή του κυήματος αν υπάρξει ανάγκη στο πρώτο τρίμηνο και όχι στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης που θα συνεπάγεται πρόκληση οδυνών Το κέντρο κατά μείζονα περίπτωση στους χρήστες προσφέρει μόνο ραντεβού για αμοιοπαρακέντιση.

Έτσι πολλές φορές το ζευγάρι πληρώνει πάνω από 70.000 σε ιδιωτικό κέντρο για να μην υπόκειται σε αγωνίες και φόβο για αρκετό διάστημα. Υπήρξε αρκετός προβληματισμός από μας για όλα τα παραπάνω και θ' αναφερθούν κάποιες προτάσεις στις οποίες καταλήξαμε. Προηγουμένως όμως θέλαμε να θίξουμε και κάποιο άλλο θέμα, το πρόβλημα της υπογεννητικότητας.

Είναι βέβαια ευχής έργου να κάνουν όλα τα ζευγάρια οικογενειακό προγραμματισμό. Πολλές φορές όμως παρατηρείται ότι τα σχέδια και τα όνειρα των ζευγαριών δεν πραγματοποιούνται γιατί οι συνθήκες του αν μεγαλώσει ένα παιδί ειδικά σε μεγάλο αστικό κέντρο είναι δύσκολες, λόγω έλλειψης υπηρεσιών βοήθειας και εξυπηρέτησης.

Παρατηρείται, στην εποχή μας, ότι τα περισσότερα νέα ζευγάρια προσανατολίζονται στη γέννηση ενός μόνο παιδιού για τους εξής κυρίους λόγους που αναλύονται με παραδείγματα παρακάτω:

- Η γυναίκα πλέον δε μένει στο σπίτι αλλά είναι δυναμικό εργατικό ίδια υπολογίσιμο με τον ανδρικό πληθυσμό. γεγονός είναι όμως ότι δεν υποβοηθείται στο ρόλο της μητέρας. Το ίδιο βέβαια για να μην ξεχωρίζουμε τους συζύγους συμβαίνει και με τον πατέρα, εκτός από τα ζευγάρια, όπου ακόμα θεωρείται ότι ο άνδρας είναι ο αρχηγός της οικογένειας και η γυναίκα πρέπει να ανταποκριθεί σε όλες τις υποχρεώσεις της.
- Παρατηρείται επίσης τρομακτική έλλειψη, βρεφονηπιακών σταθμών και πολλές φορές αποκλείονται παιδιά με κάποια σχετική οικονομική δεσχέρεια των γονέων.
- Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι αναρρωτικές άδειες οι οποίες κατά τη

διάρκεια της εγκυμοσύνης, από κάποιο χρονικό όριο και πέρα, δεν καλύπτονται με ολόκληρο το μηνιαίο ποσό αποδοχών. Επίσης δεν είναι μεγάλο το χρονικό διάστημα που δίνεται στη μητέρα μετά τον τοκετό, για να μείνει κοντά στο παιδί της. Δύο μήνες κατόπιν αρχίζει το άγχος και η ταλαιπωρία και των δύο συζύγων. Δεν επιτρέπονται επίσης οι άδειες σε περίπτωση βεβαιωμένης νόσου του παιδιού σε κανέναν από τους δύο γονείς.

- Τα δε οικογενειακά επιδόματα, επιδόματα εγκυμοσύνης και τοκετού είναι γελοία σαν ποσό.
- Η έλλειψη νομοθετικής ρύθμισης ελαστικών ωραρίων εργασίας κατά την πρώτη βρεφική περίοδο και στους δύο γονείς.
- Τέλος η παροχή δυνατότητας μερικής απασχόλησης η οποία να προστατεύεται εξίσου με την πλήρη απασχόληση, δεν εφαρμόζεται ιδίως στον δημόσιο τομέα.

Βλέπουμε πάνω σ' αυτό το θέμα την παντελή απουσία της κρατικής μέριμνας. Αντιμετωπίζεται το θέμα της αναπαραγωγικότητας σαν προσωπική υπόθεση του ζευγαριού και όχι σαν κοινωνική υπόθεση, συμβατή με τη συμμετοχή των ατόμων στην ενεργό ζωή της χώρας.

## 2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Επειδή θεωρούμε ότι οι θέσεις που διέπουν τον Οικογενειακό Προγραμματισμό αποτελούν, κατά την προσωπική μας άποψη, θεμέλιο στη συγκράτηση της επιμεινδυσίας πορείας των ευτροφών και στη βελτίωση της σύνθεσης του και της παραπέρα εξέλιξής του ελληνικού έθνους.

1. Την επέκταση των προγραμμάτων Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού και σε όλους τους δήμους των αστικών περιοχών, αλλά κύρια στην επαρχία και ιδιαίτερα στις μεθόριες και απομονωμένες περιοχές, όπου οι ανάγκες είναι μεγάλες και το μορφωτικό επίπεδο πολύ χαμηλό. (προγραμματικό έλεγχος, γενετική, ευτροφές).
2. Την ευαισθητοποίηση και δράση των Κοινωνικών Υπηρεσιών ορισμένων βασικών φορέων (Δήμους, Νομαρχίες) με σκοπό την επέκταση των προγραμμάτων και έξω από τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Βασικός τομέας δράσης να είναι βέβαια η ενημέρωση έξω από τις παραπάνω τομείς.

3. Τα προγράμματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού να λειτουργήσουν σε προληπτικό επίπεδο, θα πρέπει να στραφούν περισσότερο στους νέους. Σ' αυτό θα βοηθούσε σημαντικά η εισαγωγή του μαθήματος "Σεξουαλική αγωγή" στα σχολεία, ουσιαστικά και όχι τυπικά.

Σαν τρόπος ενημέρωσης - πρόληψης θεωρούμε:

1. Τη δημιουργία διεπιστημονικής ομάδας ειδικού φορέα με σκοπό την πρόληψη-ενημέρωση επί θεμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού.
2. Την πολυπλεγματική συνεργασία φορέων (κρατικών) σε κοινοτικό επίπεδο.

Σαν μέθοδος ενημέρωσης - πρόληψη θεωρούμε σαν πλέον κατάλληλες:

A. Την ατομική, ομαδική (οικογένεια, ομάδες) και την κοινοτική κατεύθυνση (ομιλίες στα σχολεία, εργοστάσια, συλλόγους, κέντρα νεότητας για θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού)

B. Τον Κοινωνικό - Κοινοτικό σχεδιασμό με παράλληλη χρησιμοποίηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης, της τοπικής ηγεσίας και τοπικών φορέων, στοιχεία που θα μπορούσαν να αποτελέσουν κεντρικό άξονα πληροφοριών. Επίσης απαραίτητη είναι η παρουσία εντύπου που θα μοιράζεται δωρεάν σε χώρους συνάθροισης, δηλ. εργοστασιακούς και όχι μόνο.

Καταληκτικά θέλουμε να τονίσουμε ότι για να ξεφύγει ο θεσμός από την υποτονικότητα και στασιμότητα και την ανωνυμία, που βρίσκεται σήμερα η ίδια η Πολιτεία πρέπει να πιστέψει στη σημαντικότητα του θεσμού και να ενθαρρύνει τη δημιουργία ΚΟΠ σε κάθε γεωγραφικό διαμέρισμα, όπως καθήκον της είναι να επανδρωθούν όλα τα κέντρα με πλήρη διεπιστημονική μονάδα (γιατρού, μαιάς, επισκέπτρια υγείας, ψυχολόγου, κυτταρολόγου κ.α) είτε επιτελούν κλινικό έργο είτε όχι, αφού ο καθένας στο αντικείμενο του είναι το ίδιο σημαντικός και αναντικατάστατος. Έτσι θα αποφορτιστούν και οι ίδιοι επαγγελματίες από το διπλό και τριπλό ίσως ρόλο, που καλούνται ν' αναπληρώσουν και οι ανάγκες θα εξυπηρετούνται πιο άμεσα. Ακόμα θα πρέπει, ίσως να διοργανώνονται σεμινάρια για άνεργους επαγγελματίες διάρκειας 1-2 χρόνων, αφού το φόρτος εργασίας των υγειονομικών μονάδων δεν επιτρέπει την απόσπαση των εργαζομένων στα ΚΟΠ. Τέλος θα πρέπει οι ίδιοι οι εργαζόμενοι στα ΚΟΠ να αναλάβουν πρωτοβουλίες και να



προσεγγίσουν τις τοπικές ηγεσίες και τους τοπικούς φορείς για να τους γνωρίσουν τους στόχους του θεσμού και να επιτευχθεί η επαφή και η ενημέρωση στις μη προνομιούχες τάξεις, πάνω στα θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Επίσης θα πρέπει να γίνονται εκθέσεις από τους εργαζόμενους προς το υπουργείο Υγείας, για την προμήθεια των κέντρων με τεχνικό εξοπλισμό και τις γενικότερες αδυναμίες τους για να αποφευχθεί η άνθιση της παραοικονομίας με τους ιδιώτες γιατρούς σε ιατρικές περιπτώσεις όπως προγεννητικού ελέγχου.

П А Р А Р Т Н М А

## ΕΡΕΥΝΑ

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

(ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ)

Η έρευνα διεξήχθη από τα μέλη της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού Κα Βάσω Μάργαριτίδου Μαίας και Κα Λιζ Μεσθαναίου Επισκέπτριας Υγείας με την οικονομική ενίσχυση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού και της Γενικής Γραμματείας Ισότητας του Υπουργείου Προεδρίας.

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού του Δημόσιου Τομέα, σε σχέση με τη συνάφεια του αρχικού τους σκοπού. Κατά την άποψη των ερευνητών υπήρχαν ενδείξεις, που προέρχονταν από τον τύπο, μαρτυρίες πελατών της Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού και των εργαζομένων στα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, ότι ορισμένα κέντρα δε χορηγούν αντισυλληπτικά και ότι ορισμένα απέκλιναν από τον αρχικό τους σκοπό. Η μελέτη είχε ως δεύτερο σκοπό να συλλέγουν προτάσεις των εργαζομένων, χρήσιμες για τη χάραξη προγράμματος δράσης της Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Για την προσέγγιση του σκοπού της μελέτης τέθηκαν τα εξής κριτήρια:

1. Η επαλήθευση της συνάφειας του σκοπού λειτουργίας των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού.
2. Η εκτίμηση των εργαζομένων για την επάρκεια ή μη των υπηρεσιών.
3. Ο βαθμός ανάπτυξης του δικτύου πληροφόρησης για το AIDS.
4. Η συμβολή των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού στην εφαρμογή της νομοθετικής ρύθμισης για την επιθυμητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

13. Ελένη Βαλάση - Αδάμ. "Σεξουαλική υγεία - ο ρόλος των ειδικών" Εκλογή: Τεύχος 58. Αύγουστος 1982. - σελ. 58.
14. Τιμόθεος Τιμοθεάδης. "Θέματα μαιευτικής και γυναικολογίας - Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός και το Δημογραφικό Πρόβλημα. Εκδοση: Ένωση Μαιευτήρων - Γυναικολόγων Αττικής. Απρ. - Σεπτ., 1989 - (Τόμος Γ, τεύχος 2 - 3, σελ. 173, 177-178.).
15. Ιωάννης Δετοράκης. "Οικογενειακός Προγραμματισμός - Αντισύλληψη - Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση. Εκδόσεις: Παττάκη. ΑΘΗΝΑ 1988.
16. Δεληγέωρογλου Ε. "Παιδική - Εφηβική γυναικολογία και ενδοκρινολογία - Εφηβικές εκτρώσεις". Εκδόσεις: Εταιρία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας. ΑΘΗΝΑ 1993. (σελ. 142).
17. Μ. Λάϊοτ. "Οι νέοι και το σέξ". Εκδόσεις: Επίκουρος. ΑΘΗΝΑ 1991.
18. Σ. Φρόντ. "Η σεξουαλική διαφώτιση", Μετάφραση: Λένα Σάκαλη. Εκδόσεις: Επίκουρος. ΑΘΗΝΑ 1991.

