

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ  
ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΟΥ Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

**“Οικογενειακός Προγραμματισμός -  
Αντισύλληψη Αμβλώσεις”**

**Μετέχοντες σπουδαστές:**

Γεωργιά Βασιλική

Γκαζγκάζη Αικατερίνη

Τεντολούρη Μαρία

**Υπεύθυνος Καθηγητής:**

Θάνος Παπαδημητρίου

Επίκουρος Καθηγητής



**ΠΑΤΡΑ ΜΑΙΟΣ 1996**

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1806

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ</b>	3
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	4
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I</b>	5
Σκοπός της μελέτης	5
Ορισμοί όρων	6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II</b>	7
Μεθοδολογία	7
Εισαγωγή	11
Ιστορική εξέλιξη	14
Δυνάμεις που οδήγησαν στη διαμόρφωση των διαφόρων παραμέτρων του οικογενειακού προγραμματισμού	16
Βιολογικές δυνάμεις	16
Δημογραφικές Δυνάμεις	18
Ψυχοκοινωνικές Δυνάμεις	19
Ιατρικά δεδομένα	19
Λόγοι που επιβάλλουν τον Οικογενειακό Προγραμματισμό	20
Α. Δημογραφικά αίτια	20
Β. Γεννητικότητα-Θνησιμότητα του Ελληνικού Πληθυσμού	21
Οικογενειακός Προγραμματισμός και Κράτος	23
Πολιτική ελληνικού κράτους	23
Οικογενειακός Προγραμματισμός και ιδιωτική πρωτοβουλία	24
Ιδιωτική πρωτοβουλία στην Ελλάδα	24
Δημόσιοι Φορείς Οικογενειακού Προγραμματισμού	29
Μέτρα Ενίσχυσης της αναπαραγωγικότητας από το Κράτος	31
Αμβλώσεις και AIDS	35
Σκοπός της αντισύλληψης	36
Τι προβλέπει η Ελληνική νομοθεσία	36
Στάσεις-Αντιλήψεις	37
ΘΕΟΛΟΓΙΑ	37
Η Εκκλησία για την άμβλωση	38
ΦΕΜΙΝΙΣΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ	39
Συνέπειες των αμβλώσεων για τη γυναίκα	40
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ:	40

<i>ΨΥΧΙΚΕΣ</i>	<i>41</i>
<i>Ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού στα προγράμματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού.</i>	<i>43</i>
<i>Ρόλος Νοσηλεύτη</i>	<i>45</i>
<i>Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση</i>	<i>47</i>
<i>Η Σεξουαλική Διαφώτιση στην Ελλάδα</i>	<i>49</i>
<i>Σύνοψη θέσεων αρμοδίων του Οικογενειακού Προγραμματισμού.</i>	<i>51</i>
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ III</i>	<i>54</i>
<i>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</i>	<i>54</i>
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV</i>	<i>93</i>
<i>ΓΕΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</i>	<i>94</i>
<i>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</i>	<i>101</i>
<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</i>	<i>102</i>
<i>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</i>	<i>102</i>
<i>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</i>	<i>121</i>

## **ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ**

Ευχαριστούμε, όλους όσους άμεσα ή έμμεσα μας βοήθησαν για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, για την πολύτιμη συμπαράστασή τους, το χρόνο που μας διέδεσαν και το έντυπο υλικό που μας παρείχαν.

Συγκεκριμένα ευχαριστούμε:

τον υπεύθυνο για την εργασία αυτή, καθηγητή και προϊστάμενο του τμήματος κοινωνικής εργασίας, κύριο Θάνο Παπαδημητρίου, την κυρία Παπαδημητρίου προϊσταμένη του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πάτρας, τον κύριο Σκούφη Παναγιώτη τελειόφοιτο του Μαθηματικού τμήματος του Πανεπιστημίου Πατρών.

Ευχαριστούμε επίσης, τους καθηγητές τόσο του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας όσο και του τμήματος της Νοσηλευτικής για τον χρόνο που μας διέδεσαν καθώς και όλους τους σπουδαστές με την συμμετοχή των οποίων πραγματοποιήθηκε η έρευνα.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Σκοπός της μελέτης μας είναι να εξετάσουμε τις στάσεις, τις απόψεις και κυρίως τις γνώσεις των σπουδαστών των τμημάτων Κοινωνικής εργασίας και Νοσηλευτικής σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό, την αντισύλληψη και τις αμβλώσεις.

Είναι ένα θέμα αρκετά αναγκαίο και επίκαιρο που θεωρούμε ότι όλοι πρέπει να έχουν γνώμη και γνώση, ιδιαίτερα οι σπουδαστές των δύο παραπάνω τμημάτων.

Βασικός άξονας για την μελέτη και την οριοθέτηση του θέματος αποτελεί η έρευνα με ερωτηματολόγιο που έγινε σε σπουδαστές του ΣΤ΄ εξαμήνου των τμημάτων της Νοσηλευτικής και της Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Πάτρας.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιέχεται ο σκοπός της μελέτης και οι ορισμοί των εννοιών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιέχεται η μεθοδολογία και η εισαγωγή.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιέχονται τα αποτελέσματα της έρευνας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιέχονται τα συμπεράσματα των ερευνών και οι εισηγήσεις

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### **Σκοπός της μελέτης**

Σκοπός της έρευνας η οποία πραγματοποιήθηκε στο χώρο του ΤΕΙ Πάτρας, είναι να μελετήσουμε τις απόψεις, τις αντιλήψεις και τις στάσεις των τελειοφώτων σπουδαστών της Κοινωνικής Εργασίας και της Νοσηλευτικής σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό, την αντισύλληψη και τις αμβλώσεις.

Επίσης σκοπός της μελέτης και ίσως ο σημαντικότερος είναι να δούμε τη γνώμη που έχουν οι σπουδαστές των δύο παραπάνω τμημάτων.

Αφορμή για την επιλογή του θέματος υπήρξε η πτυχιακή εργασία: «Στόχοι, μοντέλα, υπηρεσίες. Λόγοι που δεν επιτρέπουν την ευρύτερη διάδοση του δεσμού».

Στην πτυχιακή αυτή υπήρξε μελέτη μόνο ως προς την βιβλιογραφική πλευρά του θέματος. Η ερευνητική πλευρά του θέματος ήταν σχεδόν ανύπαρκτη.

Αυτό μας οδήγησε στην απόφαση να κάνουμε μια έρευνα σχετική με αυτό το θέμα στους σπουδαστές των δυο παραπάνω τμημάτων του ΤΕΙ Πάτρας που έχουν άμεση σχέση με το αντικείμενο.

Τα ερωτήματα που γεννιούνται είναι τα παρακάτω:

- ♦ ποιες είναι οι γνώσεις που έχουν οι σπουδαστές και σε ποιό βαθμό στο θέμα του οικογενειακού προγραμματισμού, της αντισύλληψης και των αμβλώσεων.
- ♦ από που πήραν αυτές τις γνώσεις
- ♦ πως αντιμετωπίζουν οι ίδιοι το θέμα αυτό τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε επαγγελματικό

- ♦ ποιές προτάσεις έχουν για το συγκεκριμένο θέμα

Για τις απαντήσεις των παραπάνω ερωτημάτων χρησιμοποιήσαμε τη μέθοδο του ερωτηματολογίου βάση του οποίου έγινε η έρευνα μας.

### **Ορισμοί όρων**

**Οικογενειακός προγραμματισμός:** 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 συμβουλών πάνω σε προβλήματα ευγονικής, ανατροφής των παιδιών, υιοθεσίας, σεξουαλικής δοιαπαιδαγώγησης και πρόληψης αφροδίσιων νοσημάτων.

**Αντισύλληψη:** Αποφυγή της σύλληψης, τεκνοποίησης και προφύλαξη από λοιμώδεις ασθένειες.

**Αμβλωση:** Πρόωρη αποβολή του εμβρύου με τεχνητή ή και αυτόματη διακοπή της κύησης.

**Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση:** Μόρφωση με παιδαγωγικά μέσα σε θέματα που αφορούν την γεννητήσια πράξη.

**Έλεγχος γεννήσεων:** Ο έλεγχος των γεννήσεων για την αντιμετώπιση προβλημάτων υπερπληθυσμικού ή υποπληθυσμικού χαρακτήρα. Αποβλέπει στην αύξηση ή μείωση των γεννήσεων για να επιταχύνει ή να επιβραδύνει τον ρυθμό αύξησης του πληθυσμού

**Δημογραφία:** Η επιστημονική μελέτη ανθρώπινων πληθυσμών που αναφέρεται πρωταρχικά στο μέγεθος, στη διάρθρωση και την ανάπτυξή του.

**Δημογραφικό πρόβλημα:** Ο υπερπληθυσμός ή υπογεννητικότητα που υπάρχουν σε κάθε χώρα.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Π**

### **Μεθοδολογία**

Το θέμα της έρευνας μας αναφέρεται στον οικογενειακό προγραμματισμό - αντισύλληψη - αμβλώσεις.

Αποτελείται από δύο μέρη, α) Βιβλιογραφική μελέτη, β) Έρευνα, σκοπός της οποίας είναι να εξετάσουμε τις γνώσεις, τις απόψεις και προσωπικές στάσεις που έχουν οι σπουδαστές της Νοσηλευτικής και τις κοινωνικής Εργασίας, του ΤΕΙ Πατρών πάνω σ' αυτό το θέμα.

Επικεντρώνουμε το ενδιαφέρον μας στα δύο τμήματα του ΤΕΙ γιατί θεωρήσαμε ότι οι σπουδαστές του ΣΤ΄ εξαμήνου των παραπάνω τμημάτων πρέπει να έχουν γνώμη και γνώση πάνω στα θέματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Γνώση τόσο προσωπική όσο και επαγγελματική.

Για την καλύτερη εξέταση και ανάλυση του θέματος χωρίσαμε την έρευνα στις εξής παραμέτρους:

### **1. Γνώση-Ενημέρωση**

1α. Οικογενειακός Προγραμματισμός-αντισύλληψη-αμβλώσεις

1β. Πηγές Γνώσης-Ενημέρωσης

1α. Βαθμός Ενημέρωσης

(1-8) επιστημονική διάσταση

(9-13) Νομική διάσταση

(14) Απόψεις Εκκλησίας

(15-16) Απόψεις γυναικείων κινημάτων

(17-21) Υπηρεσίες και αρμοδιότητες υπηρεσιών

(22-37) Ρόλος Κ.Λ και Νοσηλεύτη

16. Πηγές Ενημέρωσης (38-42)

## **2. Προσωπικές αντιλήψεις και στάσεις (43-59)**

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε σπουδαστές-τριες του ΣΤ΄ εξαμήνου των δύο τμημάτων του ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ.

Τα τμήματα είναι:

1. Κοινωνικής Εργασίας

2. Νοσηλευτικής

Επειδή το κόστος τόσο από χρονική όσο και από ηθική άποψη θα ήταν μεγάλο, αποφασίστηκε να προχωρήσουμε σ' ένα ενιαίο ερωτηματολόγιο και για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς και για τους Νοσηλευτές. Παραθέσαμε όμως ειδικευμένες ερωτήσεις οι οποίες ήταν ενσωματωμένες στο ερωτηματολόγιο, που απαντήθηκαν από τους μόνο ανάλογα ενδιαφερόμενους.

Προκειμένου να έχουμε ομαλή διεξαγωγή της έρευνας μιλήσαμε με τους προϊστάμενους των δύο τμημάτων, και πήραμε άδεια να κάνουμε την έρευνα στους σπουδαστές-τριες.

Στη συνέχεια εφοδιαστήκαμε από τις γραμματείες της κάθε σχολής το πρόγραμμα του Στ΄ εξαμήνου, ώστε να είμαστε έτοιμες για τον αριθμό των σπουδαστών.

Τέλος αφού έγινε η επιλογή εργαστηριακής ώρας προκειμένου να εξασφαλίσουμε την απαρτία των σπουδαστών ήρθαμε σε προσωπική επαφή με τον κάθε υπεύθυνο καθηγητή, την ώρα του οποίου είχαμε επιλέξει για την έρευνα, εξηγώντας το σκοπό της.

Κατάρτιση σχεδίου Έρευνας

### **α. Ερευνόμενος πληθυσμός**

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθυνθήκαμε ήταν σπουδαστές και σπουδάστριες του ΣΤ΄ εξαμήνου των παρακάτω τμημάτων του ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

α. 25 σπουδαστές-τριες από το τμήμα Κ.Ε.

β. 25 σπουδαστές-τριες από το τμήμα της Νοσηλευτικής.

Σύνολο ερωτηθέντων σπουδαστών-τριων: 50

### **β. Πλαίσιο**

Το πλαίσιο της έρευνας μας αποτέλεσαν, οι εγγεγραμμένοι σπουδαστές,-τριες στο παρουσιολόγιο του ΣΤ΄ εξαμήνου κάθε τμήματος χωριστά.

### **γ. Δείγμα**

Το δείγμα της έρευνας συμπίπτει με τον ερευνόμενο πληθυσμό Δεν είναι αντιπροσωπευτικό, δεν μπορούμε δηλαδή να γενικεύσουμε τα αποτελέσματά μας. Το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό μόνο για τον εαυτό του.

### **δ. Απόφαση για τη συλλογή πληροφοριών**

Για τη συλλογή πληροφοριών χρησιμοποιήσαμε γραπτό ερωτηματολόγιο, το οποίο μοιράστηκε από εμάς σε ώρα διδασκαλίας, αφού κάναμε στους ερωτούμενους το απόρρητο των απαντήσεων με την αρχή της ανωνυμίας.

Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε παλαιότερα βιβλιογραφικές μελέτες και πτυχιακές εργασίες που έγιναν πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις καθώς και από μερικές προκατασκευασμένες.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρεις κύριες ενότητες:

- α. Ερωτήσεις, γνώσης- ενημέρωσης πάνω στο θέμα.
- β. Ερωτήσεις εξειδικευμένες αναφερόμενες και στις 2 ειδικότητες.
- γ. Ερωτήσεις για προσωπικές στάσεις και αντιλήψεις.
- ε. Χρόνος

Η επιλογή του θέματος έγινε τον Οκτώβριο του 1995. Η διατύπωση του σκοπού, η κατάρτιση του σχεδίου και η συλλογή πληροφοριών διήρκεσαν ως και το Μάϊο του 1996. Η επιλογή των ερωτηματολογίων έγινε τον Απρίλιο του 1996.

## **Εισαγωγή**

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός περιλαμβάνει συνολικές προσπάθειες για τη δημιουργία συνθηκών που θα εξασφαλίσουν ευτυχισμένη οικογένεια με γερά και επιθυμητά παιδιά.

Τον υπό στενή έννοια Οικογενειακό Προγραμματισμό δημιούργησαν δύο παράγοντες:

- a. Η ραγδαία κοινωνική αλλαγή που επακολούθησε τους δύο παγκόσμιους πολέμους και
- β. Το φεμινιστικό κίνημα. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ενεργείται από τους αρμόδιους πολιτειακούς, επιστημονικούς και κοινωνικούς παράγοντες με στόχο την ευζωία και την ευγονία των οικογενειών.

## **Διαφορές από τον έλεγχο των γεννήσεων**

1. Έχουν διαφορετικούς στόχους: Ο Ο.Π επιδιώκει την εκούσια, υπεύθυνη και συνειδητή αναπαραγωγικότητα της οικογένειας.

Θεωρεί λοιπόν ως αναφαίρετο δικαίωμα την πληροφόρηση των ατόμων πάνω σε αυτό. Αντίθετα η πολιτική του ελέγχου των γεννήσεων αποβλέπει στην αύξηση είτε 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 Οικογενειακός Προγραμματισμός στην αρχική του μορφή στις παραδοσιακές κοινωνίες στόχευε στην ενίσχυση των γεννήσεων, επειδή η βρεφική και παιδική θνησιμότητα ήταν πολύ αυξημένη.

2. Έχουν διαφορετικά κίνητρα στην χρήση τεχνικών μέσων: Ρύθμισης της αναπαραγωγικότητας. Στην περίπτωση δηλαδή που η πολιτική ελέγχου της γονιμότητας αποβλέπει στην μείωση των γεννήσεων, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός προσπαθεί να θεραπεύσει την στειρότητα, για να δώσει το δικαίωμα σε κάθε ζευγάρι να αποκτήσει το

επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας.

3. Ως προς την αιτιολογική και ιδεολογική τοποθέτηση:

Ο έλεγχος των γεννήσεων υπαγορεύεται από την ανάγκη αντιμετώπισης προβλημάτων υποπληθυσμικού ή υπερπληθυσμικού χαρακτήρα. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αδιαφορεί για τα συγκεκριμένα προβλήματα, η πολιτική του δεμελιώνεται πάνω σε παραδεκτές από το κοινωνικό σύνολο αξίες.

**Στόχοι Οικογενειακού Προγραμματισμού**

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. Απευδύνεται στο ζευγάρι στη γυναίκα, στο παιδί, στον έφηβο, στον νέο.

Κυρίαρχο όμως σε προτεραιότητα στόχο για τα ελληνικά δεδομένα θεωρούν τη σωστή αντισυλληπτική καθοδήγηση της γυναίκας ώστε να αποφεύγει την έκτρωση ή τις πολλαπλές εκτρώσεις οι οποίες οδηγούν σε μια σειρά οργανικών και ψυχολογικών επιπλοκών και κυρίως στη στειρώση από την πρόκληση σαλπινγίτιδας.

Άλλοι στόχοι προτεραιότητες είναι οι εξής:

2. Ο προγραμματισμός επιθυμητής και αποδεκτής εγκυμοσύνης από το ζευγάρι. 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.
3. Η αποκατάσταση της υγείας της γυναίκας με την αποφυγή μιας εγκυμοσύνης σε περίπτωση όπου εκδηλώνεται μια παροδική ασθένεια, η οποία μπορεί να προκαλέσει σοβαρούς κινδύνους στην ζωή της τους κυοφόρους μήνες.
  4. Η εφαρμογή προγραμμάτων που αφορούν τη γενετική, τη συμβουλευτική, τον προγεννητικό έλεγχο προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση κληρονομικών παθήσεων από γονείς που πάσχουν από ασθένειες όπως αιμορροφιλία, αμαυρωτική ιδιότητα κ.τ.λ. και να εξασφαλιστεί η γέννηση υγιών παιδιών.
  5. Ο προγραμματισμός των μεσοδιαστημάτων μεταξύ των κυήσεων, θεωρούνται απαραίτητα για να αποφευχθούν οι διαδοχικές κυήσεις, και οι θηλασμοί που προκαλούν αδυνάτισμα και οργανικές διαταραχές.
  6. Η απαγκίστρωση των γυναικών 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.
  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.

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

10. Η αντιμετώπιση της στειρότητας. 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. Στα πλαίσια της ενημέρωσης τους συνδέει με τις υπηρεσίες εκείνες που μπορούν να τους παρέχουν τη δυνατότητα για υιοθεσία.

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.

### **Ιστορική εξέλιξη**

Ιστορικά ο Οικογενειακός Προγραμματισμός πέρασε από πολλά στάδια, αφού οι Αιγύπτιοι το 1850 π.Χ. γνώριζαν την αντισύλληψη, την οποία ο Άγγλος ιερέας Μάλθους το 1978 θέλησε να χρησιμοποιήσει ως μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων. Οι σύγχρονοί του όμως επιστήμονες ανέτρεψαν τη θεωρία του.

Νέες ιδέες έφερε η βιομηχανοποίηση και η αστυφιλία του 19ου και 20ου αιώνα. Οι φεμινίστριες Margaret Sanger στην αμερική και Mary Stopes και Edith How-Martyn στην Αγγλία έδωσαν νέα διάσταση στον Οικογενειακό Προγραμματισμό



Το 1930 στη Ζυρίχη πραγματοποιείται συνέδριο για τον έλεγχο των γεννήσεων. Οι κύριες προτάσεις που προέκυψαν από το συνέδριο, περιληπτικά ήταν οι παρακάτω:

- ο έλεγχος των γεννήσεων πρέπει να θεωρείται αντικείμενο της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής
- η διάδοση αντισυλληπτικών μεθόδων είναι ο καλύτερος τρόπος περιορισμού της συχνότητας των εκτρώσεων
- η εκπαίδευση σε θέματα αντισύλληψης πρέπει να εισαχθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα των ιατρικών σχολών
- η στειροποίηση πρέπει να είναι εφικτή για λόγους θεραπευτικούς και ευγονικούς, όταν οι αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι ανεφάρμοστες
- τέλος δεν πρέπει να χορηγούνται από τους γιατρούς αντισυλληπτικά των οποίων η χημική σύνθεση δεν είναι γνωστή.

Το συνέδριο της Ζυρίχης έβαλε τη σφραγίδα του στη μελλοντική εξέλιξη του οικογενειακού προγραμματισμού.

Το 1948 συγκροτήθηκε η πρώτη Διεθνής Επιτροπή Οικογενειακού Προγραμματισμού ενώ στο τρίτο παγκόσμιο συνέδριο στη Βομβάη το 1952 η Διεθνής Επιτροπή έγινε Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Το 1966 ο Ο.Η.Ε. για πρώτη φορά διακήρυξε ότι "Κάθε οικογένεια θα πρέπει να καθορίζει ελεύθερα τον αριθμό των μελών της", ενώ το 1978 στο Συνέδριο της ALMA-ATA, τα κράτη που έλαβαν μέρος αποφάσισαν πως στα μέτρα για την προστασία της μητρότητας θα συμπεριλαμβάνεται και ο Οικογενειακός Προγραμματισμός

### **Δυνάμεις που οδήγησαν στη διαμόρφωση των διαφόρων παραμέτρων του οικογενειακού προγραμματισμού**

Αυτό που συνειδητά ονομάζουμε "Οικογενειακό Προγραμματισμό" εκφράζει τη συνειδητή αντιδιαστολή ανάμεσα σε δύο καίριες βιολογικές λειτουργίες, τη γενετήσια (σεξουαλική) και την αναπαραγωγική. Η αντιδιαστολή αυτή έχει μια χαρακτηριστική μοναδικότητα στο ανθρώπινο είδος. Η μοναδικότητα αυτή είχε μάλιστα χρησιμοποιηθεί ως επιχείρημα κατά του Οικογενειακού Προγραμματισμού με το σκεπτικό ότι ο προγραμματισμός αυτός αποτελούσε μια βιολογική εκτροπή. Το επιχείρημα αυτό δεν είναι βέβαια βάσιμο-ο άνθρωπος είναι μοναδικός στη φύση και τη μοναδικότητα αυτή συνδέτουν αναγκαστικά μια σειρά από "εκτροπές" που κατά κανόνα έχουν θετικό πλεονεκτικό χαρακτήρα.

Στα πλαίσια της ενίσχυσης αυτής της άποψης μπορούμε να κάνουμε μια αξιολόγηση των δυνάμεων που οδήγησαν στη διαμόρφωση των διαφόρων παραμέτρων του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

#### **Βιολογικές δυνάμεις**

Ένα από τα διακριτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου είδους είναι αυτό που καταχρηστικά αναφέρεται ως "εξωγενετική κληρονομικότητα". Σε αντιδιαστολή με τα άλλα είδη ο άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να μεταφέρει από γενιά σε γενιά με το γραπτό και προφορικό λόγο, γνώσεις και εμπειρίες που δεν είναι καταχυρωμένες στο γενετικό του υλικό. Έτσι ο άνθρωπος ζεί σ' ένα περιβάλλον που εκφράζει τη συνισταμένη των αδροιστικών εμπειριών πολλών επάλληλων γενιών. Μακριά από το περιβάλλον αυτό, χωρίς τη συνειδητή και την άτυπη υποσυνείδητη εκπαίδευση, ο άνθρωπος είναι καταδικασμένος να επιστρέφει στο πρωτόγονο εξελικτικό στάδιο του

κυνηγού και συλλέκτη-ο γενετικός του εξοπλισμός δεν ανταποκρίνεται παρά σ' αυτό το στάδιο. Αντίθετα άλλα ζωικά είδη όπως η μέλισσα, το μυρμήγκι κ.λ.π., ζούν οργανώνεται κοινωνικά με βάση τις γενετικές τους προδιαγραφές, χωρίς το πλεονέκτημα της εκμετάλλευσης των εμπειριών των προηγούμενων γενιών.

Συνέπεια της καίριας σημασίας της εξωγενετικής κληρονομικότητας στον άνθρωπο, καθώς και της έκδηλης ανωριμότητας του εγκεφάλου του κατά τη γέννηση, είναι ότι η περίοδος βιοκοινωνικής εξαρτήσεως του παιδιού είναι πολύ μεγαλύτερη στον άνθρωπο παρά στα άλλα ζωικά είδη. Κατά συνέπεια, στο ανθρώπινο είδος, το φαινόμενο της εξωγενετικής κληρονομικότητας προσέδωσε στο δεσμό του ζευγαριού ένα ρόλο πολύ σημαντικότερο παρά σε οποιοδήποτε άλλο ζωικό είδος. Χωρίς αυτόν το ζευγάρι δε θα είχε τη δυνατότητα να εξασφαλίσει την αδιατάρακτη λειτουργία των μηχανισμών, της εξωγενετικής κληρονομικότητας, για χάρη του παιδιού, και χωρίς αυτή τη δυνατότητα το ανθρώπινο είδος δε θα διέθετε το βασικό βιοκοινωνικό πλεονέκτημα του αθροιστικού διανοητικού εξοπλισμού.

Κάτω από αυτό το πρίσμα η γενετήσια σχέση στον άνθρωπο δεν αποτελεί μόνο διαδικασία για την υλοποίηση της αναπαραγωγής, αλλά και μηχανισμό σφρηλατήσεως του δεσμού του ζευγαριού.

Οι καινούργιες διαστάσεις και το νέο αντικείμενο της γενετήσιας σχέσεως στον άνθρωπο, φαίνεται ότι αντανακλώνται σε πολλές μορφολογικές και φυσιολογικές διαφοροποιήσεις. Η γυναίκα σε αντιδιαστολή προς τα άλλα θηλαστικά δεν έχει περιοδικότητα οίστρου,

αλλά είναι πάντα δυνητικά έτοιμη για τη γενετήσια σχέση, ενώ ο άντρας, συγκριτικά προς τους αρσενικούς ανθρωποειδείς πιθήκους, διαθέτει αναλογικά μικρότερους όρχεις και μεγαλύτερο πέος. Στο σύνολό τους τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν ότι η σεξουαλική σχέση στον άνθρωπο δεν αποτελεί μόνο διαδικασία για την αναπαραγωγή, αλλά και σημαντικό αυτοσκοπό με καίρια βιολογική εξελικτική σημασία. Πολύ πριν οι άνθρωποι μιλήσουν ή σκεφθούν για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό, η γενετήσια σχέση φαίνεται ότι είχε αντιδιασταλεί από την αναπαραγωγή, σαν προσδιοριστικό χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους.

### **Δημογραφικές Δυνάμεις**

Οι δημογραφικοί παράγοντες που διαμόρφωσαν την ανάγκη του Ο.Π. ποικίλουν και δυναμικά από πληθυσμό σε πληθυσμό και η δυναμική τους δεν είναι πάντα κατανοητή. Αναφέρεται συχνά ότι η "πληθυσμιακή έκρηξη" στις χώρες του τρίτου κόσμου οφείλεται στη μείωση του αριθμού των θανάτων εξαιτίας των προόδων στην ιατρική και τη δημόσια υγεία. Εκείνο που πραγματικά συνέβη ήταν η μετάδοση του χρόνου θανάτου, σ' ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, από την ηλικία των ολίγων μηνών ή ετών στην ηλικία της ωριμότητας και παραπέρα. Η μετάδοση αυτή της μέσης ηλικίας θανάτου από την προ-αναπαραγωγική στη μετα-αναπαραγωγική ηλικία, είχε ως αποτέλεσμα την εκρηκτική αύξηση του αριθμού των γεννήσεων. Το βασικό της χαρακτηριστικό ήταν η ταχύρυθμη πραγμάτωσή της (μέσα σε διάστημα μικρότερο από δύο αιώνες).

Αναπόφευκτη ήταν πλέον η καταφυγή στις δημογραφικές δυνάμεις και η χρησιμοποίηση της ιατρικής γνώσεως και τεχνολογίας για την

αντιμετώπιση του προβλήματος και την αποκατάσταση της οικολογικής ισορροπίας. Η δημογραφική διάσταση του Οικογενειακού Προγραμματισμού είχε γεννηθεί.

### **Ψυχοκοινωνικές Δυνάμεις**

Φαίνεται κοινοτυπία σήμερα, αλλά καθυστέρησε σημαντικά να συνειδητοποιηθεί ότι η άνιση θέση της γυναίκας απέναντι στον άνδρα στις ανθρώπινες κοινωνίες αντανάκλα τη δυσανάλογη ενεργειακή επένδυση των δύο φύλων στην αναπαραγωγή. Η μακρόχρονη ταύτιση του γυναικείου ρόλου με την αναπαραγωγή δημιούργησε για τη γυναίκα αλυσιδωτές δυσχέρειες, πολλές από τις οποίες δεν έχουν ακόμη αντιμετωπιστεί και μερικές ούτε καν συνειδητοποιηθεί. Η επαγγελματική και γενετήσια απελευθέρωση της γυναίκας και η προστασία της υγείας της έρχονται εύκολα στο νου ως παρασυνέπειες του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

### **Ιατρικά δεδομένα**

Τα ιατρικά και τεχνολογικά επιτεύγματα του αιώνα μας γεφύρωσαν τα χάσμα ανάμεσα στο επιθυμητό και το εφικτό. Μολονότι τα διαθέσιμα αντισυλληπτικά μέσα δεν καλύπτουν ακόμη ολόκληρο το φάσμα των αναγκών, εντούτοις έχουν σημειωθεί σημαντικές προόδους. Αντίθετα, σε πρώιμο στάδιο βρίσκεται ακόμη η γνώση και η τεχνολογία για την αντιμετώπιση άλλων θεμάτων και προβλημάτων που ξεφεύγουν από το χώρο της αντισύλληψης, αλλά δεν παύουν να αποτελούν σημαντικούς τομείς του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Έτσι βρισκόμαστε ακόμη μακριά από τους επιθυμητούς στόχους στους τομείς αντιμετώπισης της γονιμότητας ορισμένων αφροδίσιων νοσημάτων, ακόμη σημαντικότερο, βρισκόμαστε

ουσιαστικά σε πρωτόγονο στάδιο στην προσπάθεια κατανόησης των γυχοφυσιολογικών παραμέτρων της γενετήσιας ζωής και αντιμετώπισης των διαταραχών της σεξουαλικής λειτουργικότητας. Σε τελευταία ανάλυση, η εξουδετέρωση των καταλοίπων αβεβαιότητας στις γενετήσιες σχέσεις και το σεξουαλικό ταίριασμα του ζευγαριού μπορούν να συμβάλλουν στην προαγωγή της ποιότητας της ζωής στον ίδιο τουλάχιστον βαθμό όσο η πετυχημένη αντισύλληψη και η υπεύθυνη γονιμότητα.

### **Λόγοι που επιβάλλουν τον Οικογενειακό Προγραμματισμό**

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 εκτρώσεων και η προστασία της υγείας της μητέρας και της υγείας του παιδιού. Οι λόγοι που απαιτούν τον Οικογενειακό Προγραμματισμό είναι δημογραφικής φύσεως και συνδέονται με τη γεννητικότητα και τη θνησιμότητα του πληθυσμού.

#### **A. Δημογραφικά αίτια**

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

Αύξηση πληθυσμιακή παρουσιαζόταν όταν βελτιωνόταν η οργάνωση της κοινωνίας. Αντίθετα οι επιδημίες, οι πόλεμοι, καταστροφές κ.α. μειώνουν τον πληθυσμό, ενώ αυξάνει ο δείκτης θνησιμότητας. Ειδικά ο ελληνικός πληθυσμός μειώθηκε πολλές φορές εξαιτίας γεγονότων όπως τα παραπάνω.

Η συνεχής 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 τη γενίκευση κυρίως των προληπτικών εμβολιασμών. Όμως τα τελευταία χρόνια η καθεαυτό προληπτική ιατρική συνέβαλλε αποφασιστικά στην παραπέρα μείωση της θνησιμότητας με τη χρησιμοποίηση των χημειοθεραπευτικών και των νεότερων επιτευγμάτων 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 τη 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 αύξησης του πληθυσμού με την ενημέρωση, την εφαρμογή αλλά και την ανακάλυψη των αντισυλληπτικών μεθόδων.

## **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. Σαν σπουδαιότερα θεωρούμε:

α. Η βελτίωση της υγειονομικής 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 ότι η γεννητικότητα είναι αντιστρόφως ανάλογη με την κοινωνικοοικονομική και μορφωτική ανάπτυξη μιας χώρας.

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 να αποκτήσουν παιδιά και κύρια αγόρια τα οποία θα χρησιμοποιήσουν στις σκληρές εργασίες (χωράφια, οικοδομή, εργοστάσιο), ενώ ταυτόχρονα θα αποτελέσουν εγγύηση για τα γηρατειά και τις αρρώστιες τους. Κυριαρχεί επίσης η αντίληψη, πως όσο περισσότερα παιδιά γεννήσει μια γυναίκα τόσο πιο "προκομμένη" είναι, τόσο περισσότερο καταξιώνεται στους κόλπους της οικογένειας και του κοινωνικού περίγυρου.

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

Τα τελευταία 30-40 χρόνια η εκπαίδευση έδωσε τη δυνατότητα στη γυναίκα να γνωρίσει καλύτερα τον εαυτό της με αποτέλεσμα να πάψει να είναι μόνο νοικοκυρά, μητέρα και σύζυγος. Προσανατολίστηκε και σε



άλλους τομείς δράσης και άρχισε σιγά-σιγά να εξομοιώνεται με τον άνδρα, ζήτησε τη νόμιμη κατοχύρωση στις διεκδικήσεις της, απέκτησε οικονομική ανεξαρτησία 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.

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι η ολιγομελή οικογένεια είναι πράξη αυτόβουλη και συνειδητή στην ελληνική κοινωνία τις τελευταίες δεκαετίες.

### **Οικογενειακός Προγραμματισμός και Κράτος**

Οι θέσεις του κράτους ποικίλλουν από χώρα σε χώρα. Σε άλλες χώρες υπάρχει δεσμοδετημένη παρέμβαση (Κίνα, οπότε ενεργεί ως μέσο ελέγχου των γεννήσεων) σε άλλες προσφέρεται από το κράτος, σαν άσκηση κοινωνικής πολιτικής (Σουηδία) και σε άλλες δεν αντιμετωπίζεται καν (Αλβανία, Ρουμανία)

Στην Ελλάδα:

- επιθυμείται η αύξηση της γεννητικότητας, αλλά
- δεν υπάρχουν κρατικά προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού
- δεν υπάρχουν προγράμματα σεξουαλικής αγωγής των νέων.

Πολιτική ελληνικού κράτους

Το 1980 οργανώθηκε γνωμοδοτική επιτροπή, η οποία ανασυστάθηκε το 1982 και σταμάτησε τις εργασίες της το Φεβρουάριο του 1983.

Από το 1981 άρχισαν σεμινάρια σε μαίες, επισκέπτριες, αδελφές,

σχολιάτρους και γιατρούς με θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού καθώς και στο Υπουργείο Γεωργίας.

Στην εκπαίδευση γίνονται σποραδικά μαθήματα υγιεινής βιολογίας και ανθρωπολογίας στο Δημοτικό, Γυμνάσιο και Λύκειο. Δυστυχώς η ανάπτυξη εξαρτάται από την προσωπικότητα και την πρωτοβουλία του διδάσκοντος. Συνεπώς δεν υπάρχει σεξουαλική αγωγή στα σχολεία.

### **Οικογενειακός Προγραμματισμός και ιδιωτική πρωτοβουλία**

Η ιδιωτική πρωτοβουλία μπορεί να αναπτύξει δραστηριότητες πληροφόρησης, εκπαίδευσης, έρευνας και παροχής υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού. Με αυτή την έννοια έχει καθιερωθεί ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ιδιωτικής πρωτοβουλίας σε όλα σχεδόν τα κράτη. Επίσημος εκφραστής η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (I.P.P.F.) με μέλη εξωκυβερνητικές οργανώσεις σε διάφορες χώρες.

### **Ιδιωτική πρωτοβουλία στην Ελλάδα**

Από το 1973 πραγματοποιούνται προσπάθειες εφαρμογής του Οικογενειακού Προγραμματισμού με τη δημιουργία διαφόρων συνδέσμων. Το 1980 επιτρεπόταν σε ιδιωτικούς φορείς η άσκηση Οικογενειακού Προγραμματισμού με την επίβλεψη και την εποπτεία του κράτους. Για το λόγο αυτό είχε συσταθεί και η Ειδική Γνωμοδοτική Επιτροπή η οποία συντόνιζε το έργο αυτό, οργάνωνε σεμινάρια οικογενειακού προγραμματισμού, ενίσχυε όλες αυτές τις πρωτοβουλίες και προπαντός ασκούσε τον επιβεβλημένο έλεγχο.

Ακολούθησε νόμος για το ΕΣΥ που κατήργησε το δικαίωμα της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και κρατικοποίησε τον Οικογενειακό Προγραμματισμό με αποτέλεσμα να νεκρωθούν όλες οι προσπάθειες σε ένα τόσο ζωτικό χώρο.

Απ' όσα εκτέθηκαν βλέπουμε ότι νομοθετικά ο Οικογενειακό Προγραμματισμό υπάρχει σα θεσμός στην Ελλάδα, αλλά δεν εφαρμόζεται επαρκώς. Ο λόγος για τον οποίο καθυστέρησε η εφαρμογή του είναι γιατί υπήρχε η παρεξήγηση ότι θα μεγάλωνε την ήδη μειωμένη αναπαραγωγικότητα. Από την εμπειρία όμως άλλων εθνών καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι όχι μόνο δεν εντείνει την υπογεννητικότητα, αλλά αντίθετα επηρεάζει θετικά τη γεννητικότητα, γιατί με την εφαρμογή του περιορίζονται μέχρι εξαφανίσεως οι αμβλώσεις. Άλλωστε μια από τις αιτίες των αμβλώσεων στην Ελλάδα είναι η νοοτροπία ότι αποτελούν εύκολη και χωρίς συνέπειες λύση. Αφού λοιπόν μέσα στον οικογενειακό προγραμματισμό εντάσσεται και η σωστή πληροφόρηση και η διαφώτιση των γυναικών για τις συνέπειες των αμβλώσεων και την αποφυγή τους, είναι εύλογο ότι ευνοεί την αύξηση της γεννητικότητας η εφαρμογή του στη χώρα μας.

Υπάρχουν όμως ακόμη παράγοντες που κωλύουν την ευρύτερη διάδοση του Οικογενειακού Προγραμματισμού στη χώρα μας. Τα κυριότερα μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

### 1. Αντιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη

Ο ιατρικός κόσμος συνδέει τα προγράμματα Οικογενειακού Προγραμματισμού αποκλειστικά σχεδόν με την αντισύλληψη. Η πολιτική ηγεσία αναστέλλει ή επιβραδύνει την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών

επειδή πιέζεται από ομάδες που για διάφορους λόγους αντιστρατεύονται τον Οικογενειακό Προγραμματισμό ή επειδή φοβάται ότι θα δώσει την ευκαιρία βλαπτικής πολιτικής εκμετάλλευσης. Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια να αποσυνδεθεί η έννοια του Οικογενειακού Προγραμματισμού από τον έλεγχο των γεννήσεων.

### 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. Ο άντρας συνήθως αδιαφορεί για το αποτέλεσμα της επαφής, γιατί θεωρεί την αντισύλληψη αποκλειστικό θέμα της γυναίκας. Παρόμοια ψυχολογικά προβλήματα, με αποτέλεσμα τη μη προώθηση του, είναι εδραιωμένα και στο ιατρικό προσωπικό.

### 3. Η ανεπάρκεια υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού

Στον Οικογενειακό Προγραμματισμό δίνεται μικρότερη προτεραιότητα από άλλες κοινωνικές και υγειονομικές περιοχές. Έτσι ανεξάρτητες ειδικές υπηρεσίες, λείπουν ή είναι ανεπαρκείς και περιορίζονται σε ορισμένες περιοχές. Σε 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. Επίσης 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.

Σημαντική βοήθεια στη διάδοση των αρχών του Οικογενειακού Προγραμματισμού μπορεί να δώσει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση όχι μόνο στο σχολείο αλλά και σε άλλες ειδικές πληθυσμιακές ομάδες.

#### 4. Αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης

Διάφορες ανακοινώσεις ερευνητών εργασιών έχουν δημιουργήσει αμφιβολίες για την ασφάλεια ορισμένων μεθόδων. Πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια για την άρση των ψυχολογικών αυτών εμποδίων και ταυτόχρονα επιβάλλεται η ενίσχυση ερευνητικών προγραμμάτων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και μείωση των παρενεργειών των αντισυλληπτικών.

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

Πάντως 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. Στη δεύτερη ομάδα ανήκουν οι έφηβοι οι οποίοι χαρακτηρίζονται από συναισθηματική

ανωριμότητα και σεξουαλική απειρία. Η συνεχής μείωση της μέσης ηλικίας της πρώτης σεξουαλικής επαφής, επιβάλλει την έγκαιρη πληροφόρηση και καθοδήγησή τους.

#### 5. Η έλλειψη θέσεων εργασίας

Στα περισσότερα Κέντρα δεν αναγνωρίζονται οι υπηρεσίες που μπορούν να προσφέρουν επαγγελματίες (Κοινωνικοί Λειτουργοί, Νοσηλευτές κ.ά.) οι οποίοι έχουν ειδικευτεί στην εφαρμογή του Οικογενειακού Προγραμματισμού., το αποτέλεσμα είναι οι θέσεις αυτές να μένουν κενές και το έργο τους να υποχρεούται να εκπληρώσουν 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).

Εκτός από την παραπάνω πραγματικότητα αποκαλύπτεται και κάποια άλλη: ο αριθμός των Κέντρων Οικογενειακών Προγραμματισμών είναι δυσανάλογος με τη γεωγραφική έκταση της χώρας, ακόμα και στα μεγάλα αστικά κέντρα υπάρχει ανεπάρκεια τέτοιων προγραμμάτων, αφού πολλές υγειονομικές μονάδες (Ι.Κ.Α., Νοσοκομείο, Π.Ι.Κ.Π.Α.), δε δέχονται αυτή τη στιγμή τη λειτουργία τέτοιων Κέντρων, λόγω του αυξημένου έργου που ήδη παράγουν. Από την άλλη μεριά ορισμένα από τα ήδη λειτουργούντα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού χαρακτηρίζονται από ανεπάρκεια υπηρεσιών (π.χ. ο προγεννητικός έλεγχος). Έτσι πολλές υπηρεσίες δεν παρέχονται εντός Κέντρου και είναι αναγκαία η παραπομπή τους σε άλλο δημόσιο φορέα.

Στην περίπτωση αυτή όμως οι γραφειοκρατικές διαδικασίες είναι χρονοβόρες και επιζήμιες κυρίως για τη ψυχική ζωή του ατόμου, όταν μάλιστα χρειάζεται να διενεργηθούν κάποιες εξετάσεις (π.χ. για την έγκυο γυναίκα). Προκειμένου λοιπόν το άτομο να αποφεύγει αυτό το ψυχικό κόστος βρίσκει διέξοδο δε ιδιωτικούς φορείς όπου εκεί όμως το κόστος των εξετάσεων είναι υπέρογκο.

### **Δημόσιοι Φορείς Οικογενειακού Προγραμματισμού**

Σύμφωνα με απόφαση της 56ης ολομέλειας (15/7/88) του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας ύστερα από εισηγήσεις της επιτροπής Οικογενειακού Προγραμματισμού, ορίστηκαν 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.ά.) ανάλογα με τη δομή των Κέντρων Υγείας και τις ιδιομορφίες της κάθε περιοχής.
- β. Το εξωτερικό Μαιευτικό και Γυναικολογικό ιατρείο των Νομαρχιακών Νοσοκομείων. (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.

δ. Το προσωπικό των περιφερειακών Αγροτικών Ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών που λειτουργούν, παρέχει υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού σε συμβουλευτικό μόνο επίπεδο.

#### *Β. Εκπαίδευση του προσωπικού*

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

Για να εκπαιδευτούν τα στελέχη πρέπει να έχει εξασφαλιστεί αρχικά η συνεργασία των υγειονομικών υπηρεσιών. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι η αποδοχή του προγράμματος από τις μονάδες υγείας όπου πρόκειται να φιλοξενηθούν. Στα πλαίσια αυτής της "συμφωνίας", έχει ανασταλεί η λειτουργία πολλών Κ.Ο.Π. που επρόκειτο να αποτελέσουν τμήματα νοσοκομειακών πλαισίων, λόγω των εκτεταμένων αναγκών που καλούνται να καλύψουν το ιατρικό και το παραϊατρικό προσωπικό στους χώρους αυτούς και της αδυναμίας τους για κυκλικό ωράριο.

Οι οικονομικοί πόροι του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού καλύπτονται από τον προϋπολογισμό της υπηρεσίας της οποίας αποτελεί μονάδα.



### **Μέτρα Ενίσχυσης της αναπαραγωγικότητας από το Κράτος**

Η αντιμετώπιση του προβλήματος της χαμηλής γεννητικότητας έχει δύο κατευθύνσεις:

- α. την ενδάρρυνση της γεννητικότητας
- β. τη μείωση των εκτρώσεων

Η αποφυγή των εκτρώσεων είναι δυνατό να επιτευχθεί με την ενημέρωση πάνω στις μεθόδους Οικογενειακού Προγραμματισμού. Η ενδάρρυνση όμως και η ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας παρουσιάζει δυσκολίες για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, γι' αυτό το λόγο το Κράτος έχει θεσπίσει μέτρα με σκοπό την ενίσχυσή της.

Τα μέτρα αυτά είναι τα εξής:

#### 1. Προστασία του δεσμού του γάμου

Όλα τα νομοθετικά, κοινωνικά και οικονομικά μέτρα που έχουν υιοθετηθεί μέχρι σήμερα, αποσκοπούν στην ενίσχυση του δεσμού 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) καθώς και οι στεγαστικές παροχές, αναφέρονται ενδεικτικά σαν ενισχυτικοί παράγοντες της αναπαραγωγικότητας. Αντίθετα ορισμένες απαγορευτικές διατάξεις του νόμου περί διαζυγίων και η απαγόρευση τέταρτου γάμου δε φαίνεται να επιδρούν 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 την ανάγκη μαιευτικής παρακολούθησης του τοκετού, όπως συμβαίνει για κάθε άλλη κοινωνικοοικονομική και υγειονομική παροχή.

## 3. Οικογενειακή προστασία

### *α. Υγειονομική προστασία,*

Κκυμαίνεται ανάλογα με το ασφαλιστικό φορέα. Θα πρέπει να τονιστεί η 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

### *β. Προστασία εργαζόμενης μητέρας*

Η εργαζόμενη μητέρα απαγορεύεται να απολυθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και λοχείας. Οι μητέρες δημόσιοι υπάλληλοι έχουν μειωμένο ωράριο εργασίας κατά δύο ώρες μέχρι συμπλήρωσης του τέταρτου 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 μικρότερης άδειας ή μερικής απασχόλησης.

### *γ. Οικονομικές διευκολύνσεις και παροχές*

## 4. Κοινωνική Προστασία

### *α. 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.

β. Βρεφονηπιακοί Σταθμοί

γ. Νηπιαγωγεία

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε πως ,αν και τα παραπάνω μέτρα είναι βοηθητικά, εντούτοις τις περισσότερες φορές δεν εφαρμόζονται ή όταν αυτό γίνεται δε συμβαδίζουν με τις απαιτήσεις της σύγχρονης πραγματικότητας.

Να συμπληρώσουμε επίσης ότι θα πρέπει ακόμη να ληφθούν μέτρα για:

- την εσωτερική μετανάστευση: είναι ανάγκη να θεραπεύσουμε τον αστυμορφισμό με ένα πρόγραμμα χωροταξικής ανακατατάξεως των πλουτοπαραγωγικών μονάδων και του πληθυσμού (ιδίως του εργατικού δυναμικού) ανά τον ελλαδικό χώρο (αστικοποίηση της επαρχίας).

Αυτό θα γίνει με την ενίσχυση των περιφερειακών αστικών κέντρων και των ακριτικών περιοχών, με τη μετακίνηση και την επί τόπου κατάρτιση ειδικευμένου εργατικού δυναμικού και βέβαια με τη βιομηχανική αποκέντρωση.

Επίσης με τη χάραξη γενναίας αγροτικής πολιτικής, όπως σταθερή τιμή προϊόντων, εξασφαλισμένη διάθεση κ.τ.λ. Τέλος, με την προτίμηση εκείνων που επιθυμούν να παλιννοστήσουν σε ακριτικά διαμερίσματα με την εξασφάλιση στεγαστικής και υγειονομικής προστασίας καθώς και την εκπόνηση ειδικών προγραμμάτων για τη μόρφωση και τη περαιτέρω εξέλιξη των παιδιών τους.

- την εξωτερική μετανάστευση: είναι γεγονός ότι περισσότερο από το 1/2

του Ελληνισμού του Ελλαδικού χώρου (μερικοί το ανεβάζουν σε 3/4) είναι σε όλες τις γωνίες της γης. Γι' αυτό είναι απαραίτητη μια απογραφή του Απόδημου Ελληνισμού που θα βοηθήσει στη δημιουργία σταθερών δεσμών και στη διατήρησή τους.

Από κρατική άποψη, τόσο η Διεύθυνση Αποδήμου Ελληνισμού όσο και το Υφυπουργείο Αποδήμου Ελληνισμού δε φαίνεται να έχει καταλάβει τι σημαίνει για την Ελλάδα το δυναμικό ελληνικό στοιχείο της Αλλοδαπής και έτσι το πνευματικό αλλά και το οικονομικό όφελος από τους Έλληνες εκτός Ελλάδος συνεχίζει να μένει εκτός.

### **Αντισύλληψη**

Υπάρχουν διάφορες αντισυλληπτικές μέθοδοι που έχουν όλες πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τα οποία πρέπει να συνεκτιμηθούν στην επιλογή της καταλληλότερης από αυτές για τις δεδομένες συνθήκες. Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η αποτελεσματικότητα διακρίνεται στη θεωρητική αποτελεσματικότητα, δηλαδή αυτήν την οποία εξασφαλίζει η μέθοδος όταν εφαρμόζεται με ειδικές συνθήκες υπό άμεση παρακολούθηση ειδικών, στην κλινική αποτελεσματικότητα που αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου, όταν αυτή εφαρμόζεται με πολύ καλές συνθήκες από άτομα με υψηλή παιδεία και γνώση των χαρακτηριστικών της αντίστοιχης μεθόδου και τέλος στη δημογραφική αποτελεσματικότητα που αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου όταν εφαρμόζεται από μια μεγάλη ομάδα πληθυσμού στην οποία υπάρχουν και άτομα τα οποία ενδέχεται να μην έχουν κατανοήσει τον τρόπο εφαρμογής της μεθόδου ή να μην έχουν τη δυνατότητα για τη σωστή εφαρμογή της.

Η επιλογή της καταλληλότερης κατά περίπτωση αντισυλληπτικής μεθόδου γίνεται με συνεκτίμηση της αποτελεσματικότητας, του κόστους και των μειονεκτημάτων και παρενεργειών της μεθόδου, καθώς και των συγκεκριμένων συνθηκών. Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει σήμερα ιδανική αντισυλληπτική μέθοδος που να είναι απόλυτα ακίνδυνη, απόλυτα αποτελεσματική, φθηνή, εύκολη στη χρήση της άσχετα με το χρόνο της γενετήσιας σχέσης και αισθητικά αποδεκτή.

### **Αμβλώσεις και AIDS**

Αξίζει ακόμη να αναφέρουμε τα εξής: Τα τελευταία χρόνια οι εκτρώσεις έχουν μειωθεί σημαντικά. Συγκριτικά το 1965 το ποσοστό των εκτρώσεων ήταν 35,0%, ενώ το 1986, 23,6%. Επίσης υπολογίζεται πως το 1993 οι εκτρώσεις ανέρχονται σε 150.000 το χρόνο, μείωση της τάξης του 50%. Ένας από τους σημαντικότερους λόγους μείωσης του αριθμού των αμβλώσεων είναι και ο φόβος του AIDS.

Η αύξηση στη χρήση των προφυλακτικών είχε ως συνέπεια τον περιορισμό των ιατρικών επεμβάσεων για διακοπή της εγκυμοσύνης. Επιστήμονες, γιατροί γυναικολόγοι και οι υπεύθυνοι της Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, παρατηρούν πως, έμμεσα έστω, το AIDS νίκησε τις αμβλώσεις.

Το ποσοστό του 36% που αντιστοιχούσε στη χρήση προφυλακτικών το 1984, αυξήθηκε σε 50% το 1994. Παράλληλο, υπολογίζεται πως ο αριθμός των εκτρώσεων μειώθηκε περίπου στο μισό. Ο φόβος απέναντι στην ασθένεια οδήγησε πολλούς να συνειδητοποιήσουν την ανάγκη της αντισύλληψης. Η παρατήρηση αυτή αφορά ιδιαίτερα τις γυναίκες άνω των 23 ετών.

Οι μαιευτήρες παραδέχονται, επίσης, πως οι γυναίκες αυτής της ηλικίας καταφεύγουν όλο και σπανιότερα στη λύση της έκτρωσης.

Το προφυλακτικό, όμως, δεν έχει πείσει ακόμα τους νέους οι οποίοι θεωρούν πως μειώνει τη σεξουαλική ικανοποίηση και για το λόγο αυτό δεν το χρησιμοποιούν.

Η μείωση των αμβλώσεων δεν οφείλεται μόνο στη χρήση του προφυλακτικού. Μερικοί ακόμη παράγοντες που βοηθούν είναι η ενημέρωση, η διαφορά στη σεξουαλική συμπεριφορά του ζευγαριού αλλά και η χειραφέτηση της γυναίκας σήμερα.

### **Σκοπός της αντισύλληψης**

Σήμερα κύριος σκοπός της αντισύλληψης φαίνεται να είναι η αποφυγή, λοιμωδών ασθενειών.

Στα πλαίσια του Οικογενειακού Προγραμματισμού η αντισύλληψη είναι το μέσο με το οποίο κάθε ζευγάρι έχει τη δυνατότητα να αποκτήσει μια οικογένεια με παιδιά επιθυμητά και υγιή, όταν οι ίδιοι νιώσουν έτοιμοι.

### **Τι προβλέπει η Ελληνική νομοθεσία**

Έννοια: "Αμβλωση ή Έκτρωση, κατά το Ποινικό Δίκαιο, είναι η πρόκληση τοκετού, με την οποία επιτυγχάνεται η θανάτωση του κυοφορημένου. Η έκτρωση είναι καθ' έξην η τεχνητή. Ο νόμος εννοεί την τεχνητή έκτρωση η οποία γίνεται για θεραπευτικούς ή εγκληματικούς (συνήθως) σκοπούς. Η δε εγκληματική τεχνητή αμβλωση, είτε διά φαρμάκων αμβλωτικών είτε διά χειρισμών και εγχειρήσεων εκ μέρους μαιών ή νοσοκόμων ή ενίοτε επιστημόνων με ελαστική συνείδηση, είναι άκρως επικίνδυνη και καθιστά

τη γυναίκα ψυχικώς και σωματικώς άρρωστη και ουχί σπανίως καταλήγει στο θάνατο. Κατά τις στατιστικές η εκ των αμβλώσεων θνησιμότης είναι δεκαπλάσια της εκ των τοκετών". Αυτά ίσχυαν πριν τέσσερα χρόνια. Σήμερα οι αμβλώσεις έχουν νομιμοποιηθεί. Μόνο κατά περίπτωση ο γιατρός που θα κάνει την άμβλωση, μπορεί να παραπεμφθεί σε δικαστήριο, δηλαδή στην περίπτωση που η κυοφορούμενη πεθάνει κατά την επέμβαση.

## **Στάσεις-Αντιλήψεις**

### **ΘΕΟΛΟΓΙΑ**

Η πατροπαράδοτη πίστη και διδασκαλία-δογματικού χαρακτήρα και όχι μόνο ηθικού-της Ορθόδοξης Πίστεως και Θεολογίας διδάσκει, ότι το έμβρυο είναι άνθρωπος "εξ άκρας συλλήγεως" (ανθρώπινο έμβρυο= ψυχήσώμα= άνθρωπος από τη σύλληψή του). Είναι σαφής αγιογραφική και αγιοπατερική διδασκαλία, ότι, στο κάθε ανθρώπινο έμβρυο η ψυχή και το στόμα ενώνονται και συνυπάρχουν από την πρωταρχική στιγμή της συλλήγεώς του και όχι σε κάποιο στάδιο της κήσεως ή της εξόδου, δηλαδή κατά τη γέννηση.

Άλλωστε, αφού ο Θεάνθρωπος είναι "Αρχέτυπο" του ανθρώπου, θεολογικά αποκλείεται, αλλά και λογικά κάθε έννοια "εξελίξεως" ψυχοσωματικής του ανθρώπου ο οποίος δημιουργήθηκε από το Δημιουργό του "κατά πάντα όμοιος" προς το τέλειο "Αρχέτυπό του" Χριστό ως Άνθρωπο. Επομένως η "θεωρία της εξελίξεως" του ανθρώπου δεν μπορεί να ισχύει για τον άνθρωπο, ακόμη κι αν είναι ορθή για τα λοιπά όντα.

## **Η Εκκλησία για την άμβλωση**

Η Εκκλησία πάντα καταδίκασε την άμβλωση σαν ανθρωποκτονία. Είναι κατηγορηματική, χωρίς διάκριση ως προς τα περιστατικά συλλήψεως της ανθρώπινης ζωής.

Κατ' Αυτήν, όπως υποστηρίζει ο καθηγητής Θεολογίας κος Σιώτης, οι εκτρώσεις είναι μια κατάσταση του κακομαθημένου ανθρώπου ο οποίος δεν έχει ξεκαθαρίσει μέσα στη σκέψη του την προσωπική του ευθύνη, σ' ένα τόσο σοβαρό θέμα, όπως είναι η δημιουργία νέας ζωής.

Η Θεία Πρόνοια εμπιστεύεται στον άνθρωπο τη διαφύλαξη της καινούργιας ζωής, ο οποίος είναι ελεύθερος να αποφασίσει, αν θα κάνει χρήση του προνομίου του ή όχι. Από την ώρα όμως που γίνεται συνδημιουργός και υπαναχωρεί με την άμβλωση, είναι παιδοκτόνος.

Τα κίνητρα της Εκκλησίας είναι η προστασία του ανθρώπου και η αγάπη της στο τελειότερο ον της Θείας Δημιουργίας, τον άνθρωπο. Γιατί από χριστιανικής απόψεως η αξία του ανθρώπου είναι ανεκτίμητη, αφού τον θεωρεί ως μικρό θεό επί της γης, ως δυνάμει πολίτη της Βασιλείας των Ουρανών "ως κατ' εικόνα και ομοίωση του Θεού".

Κατά τα νεότερα χρόνια, λόγω της εξάρσεως του θέματος των αμβλώσεων, η Εκκλησία, Καθολική και Ορθόδοξος, επανήλθε στο θέμα. Το Κανονικό Δίκαιο, στηριζόμενο στη δογματική διδασκαλία της Εκκλησίας περί της αρχής των γυχών, χαρακτηρίζει την έκτρωση ως φόνο και τους ένοχους (γονείς ενεργούντες την πράξη, προμηθεύοντες υλικά...) ως ένοχους φόνου.



Η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος εξέδωσε τη 14.10.1937 βαρυσήμαντη εγκύκλιο πάνω στο θέμα της εκτρώσεως, η Εγκύκλιος αναλύει διεξοδικά ότι η έκθεση και η αμβλώση αποτελούν φόνο εκ προμελέτης, ότι η προσφυγή στην τεχνολογία αποτελεί παράβαση φυσικών και παρακοήνδικών νόμων, απορρίπτει τις προβαλλόμενες δικαιολογίες για τις αμβλώσεις, κάνει έκκληση στον κλήρο, σύσταση στους ιατρούς και τον ελληνικό λαό για το εδνοκτόνο αυτό νοσηρό φαινόμενο.

Η Καθολική Ιεραρχία της Ελλάδος, στην Εγκύκλιο "περί του χριστιανικού γάμου" το 1976, καταδικάζει την έκτρωση.

Η Εκκλησία όμως στέκεται στοργικά κοντά στη μητέρα (έγγαμη ή άγαμη), γιατί αυτή είναι η εντολή του Θεού: καταδικάζει την πράξη, αλλά συγχωρεί τον άνθρωπο.

#### ΦΕΜΙΝΙΣΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

Ιατρική άποψη των γυναικείων σωματείων ΕΓΕ (Ένωση Γυναικών Ελλάδος), ΟΓΕ, ΣΔΓ:

"Πρέπει να νομιμοποιηθούν οι αμβλώσεις για την προστασία της υγείας της γυναίκας, επειδή οι περισσότερες εκτρώσεις γίνονται σήμερα με συνθήκες ανθυγιεινές, με αποτέλεσμα να πολλαπλασιάζονται οι κίνδυνοι για την υγεία και τη γονιμότητα της γυναίκας".

Κοινωνικοοικονομικοί λόγοι τους οποίους επικαλείται το νομοσχέδιο για την αποποινικοποίηση της εκτρώσεως. Θεωρία που υποστήριξε η κα Μ. Μερκούρη και ο Σύνδεσμος Ελληνίδων Επιστημόνων. Κατά την άποψη αυτή:

"Η αμβλώση να πραγματοποιείται στα κρατικά νοσοκομεία και να

καλύπτεται οικονομικά από τα Ταμεία Ασφαλίσεως". Ως λόγοι προβάλλονται: Η οικονομική ανεπάρκεια των γονέων και οι υγιεινοί κίνδυνοι της μητρότητας.

Η θεωρία της παλαιάς σχολής των φεμινιστριών και της Ένωσης Γυναικών Ελλάδας υποστηρίζει ότι: "Η έκτρωση είναι δικαίωμα της γυναίκας, γιατί κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα στο σώμα της. Το γεγονός με κανένα τρόπο δεν πρέπει να ταυτιστεί με θέμα υπογεννητικότητα".

Θεωρία των Γυναικών Σωματείων ΕΓΕ, ΟΓΕ, Σ.Α.Γ.: "Πρέπει να νομιμοποιηθούν οι αμβλώσεις γιατί αυτό συμβαίνει σε όλες τις πολιτισμένες χώρες."

Τέλος μια από τις παλιές φεμινιστικές ιδέες είναι ότι: "Η γυναίκα μαζί με την οικονομική και πολιτικοκοινωνική χειραφέτηση πρέπει να χειραφετηθεί και από το καθήκον της μητρότητας, τη "μητρική δουλειά" από την οποία ο άντρας είναι απαλλαγμένος".

### **Συνέπειες των αμβλώσεων για τη γυναίκα**

#### **ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ:**

- α. Άμεσες: Υπολογίζονται 10 θάνατοι σε 100.000 αμβλώσεις. Οι θάνατοι από τις αμβλώσεις είναι δεκαπλάσιοι των θανάτων από τους τοκετούς. Άλλοτε οι θάνατοι ήταν "συνηθισμένο φαινόμενο" που περιορίστηκε, εδώ και στο εξωτερικό, από το γεγονός ότι οι αμβλώσεις γίνονται από επαγγελματίες γιατρούς, τα δε αντιβιοτικά εξουδετερώνουν τους κινδύνους μόλυνσεως.
- β. Έμμεσες: όπως αποβολές, πρόωροι τοκετοί, διαταραχές στην περίοδο, επιπτώσεις σε επόμενη κύηση κ.ά.

## ΨΥΧΙΚΕΣ

Είναι ανυπολόγιστες οι συνέπειες στην ψυχική υγεία της γυναίκας αλλά και του άνδρα. Κατάθλιξη, ενοχές, διαταραχές της ψυχικής υγείας, σύμπλεγμα παιδοκτονίας, εφιαλτικά όνειρα.

Σύμφωνα με έρευνα (της κας Μαριέττας Ρήγα) οι ψυχικές επιπτώσεις της άμβλωσης μπορεί να είναι οι παρακάτω:

1. Η γυναίκα αντιμετωπίζει την απειλή της φυσιολογικής της ακεραιότητας.
2. Πρέπει να αποφασίσει να χάσει κάτι που έχει αγαπήσει. σα μέρος του σώματός της και αυτό της προκαλεί θλίψη.
3. Με την άμβλωση:
  - α. γίνεται αφορμή η ίδια να αποχωρήσει η νέα ζωή απ' αυτήν που θα το προστάτευε.
  - β. Χάνει, κάθε γυναίκα για διαφορετικούς λόγους, κάτι που μπορεί να έχει αγαπήσει και σε πολλές περιπτώσεις η άμβλωση σημαίνει και το τέλος της ερωτικής σχέσης της.
4. Χάνει η γυναίκα την αυτοεκτίμησή της, γιατί ξέρει ότι:
  - α. Καταστρέφει μια ζωή ενώ έχει το αίσθημα ότι δεν πρέπει.
  - β. Δεν έχει τη δύναμη να πάρει μίαν απόφαση, αφού δεν αποφασίζει πάντα η ίδια, με τη θέλησή της την άμβλωση.
  - γ. Εκτός από τα παραπάνω γεννιέται ο φόβος και η αγωνία μπροστά στην "ταμπέλα" ότι είναι μια "εγκληματίας".
  - δ. Δεν ανταποκρίνεται στο πλαίσιο αξιών της οικογένειάς της και της

κοινωνίας της.

Κάθε έκτρωση συνοδεύεται από συναισθήματα ανησυχίας και άγχους για τη γυναίκα και διακατέχεται από έντονη απογοήτευση η οποία μπορεί να προέρχεται:

- Από την κατάληξη του ερωτικού δεσμού
- Από την αντιμετώπιση που έχει από τον ερωτικό της σύντροφο για την καταστροφή του εμβρύου.
- Από την αντιμετώπιση του θέματος από το κοινωνικό σύνολο και τους κοινωνικούς δεσμούς.

Όπως λέει ο ψυχίατρος Μ. Μυλωνάκης "το προ-εγώ της παντρεμένης ή ανύπαντρης εγκύου, αισθάνεται το φόβο της κοινωνικής κατακραυγής και της φτώχειας. Το προ-εγώ τοποθετεί το πρόβλημα σύμφωνα με τους νόμους του Θεού και των ανθρώπων. Η ώρα της έκτρωσης είναι η νίκη του ρεαλισμού. Αν όμως μια περιοχή δεν μπορεί να επιβάλλει τη νίκη της και στον ψυχισμό του ανθρώπου, εξακολουθεί η αμφιβολία για το λογικό ή το ηθικό της πράξης, η γυναίκα να δημιουργεί ιδέες ενοχής και μοιραία διαμορφώνουν αυτό που λέγεται άγχος".

Κάτω από αυτές τις συνθήκες η Πολιτεία θα πρέπει να ενδιαφερθεί για τρεις στόχους (σύμφωνα με τον κο Δ.Γ. Τσαούση) για τη μείωση των αμβλώσεων:

- α. την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου του λαού
- β. την έμπρακτη αναγνώριση της ισοτιμίας των δύο φύλων

γ. τη σωστή διαπαιδαγώγη σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Στόχοι που αποτελούν υποχρέωση της Πολιτείας για ουσιαστικές προϋποθέσεις που θα δημιουργήσουν συντροφικά και ευτυχισμένα ζευγάρια.

### ***Ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού στα προγράμματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού.***

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, θα το διαχωρίσουμε σε τέσσερις τομείς:

- α. Εργασία με το άτομο-πελάτη
- β. Εργασία με την οικογένεια
- γ. Συνεργασία με την Κοινότητα
- δ. Συνεργασία με την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα

Όσον αφορά στον πρώτο τομέα εργασίας ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ο πρώτος που θα υποδεχτεί το ενδιαφερόμενο άτομο, με σκοπό να τον ενημερώσει για τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος, τις υπηρεσίες που προσφέρει, προσπαθώντας να δημιουργήσει μια επικοινωνία μαζί του. Μέσα από αυτή την επικοινωνία και με τη σωστή στάση του Κοινωνικού Λειτουργού, πολλά από τα προβλήματα του πελάτη, τα σχετικά με την αίτηση για βοήθεια διαλύονται και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να

συμμετέχει θετικά στην επίλυση του προβλήματός του. Στη συνέχεια με την τεχνική της συνέντευξης ο Κοινωνικός Λειτουργός παίρνει το ιστορικό του πελάτη και αν χρειαστεί συλλέγει πληροφορίες και από την οικογένεια.

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. στην περίπτωση αυτή ενημερώνει τον πελάτη και του παρέχει συναισθηματική υποστήριξη, για ό,τι αποφασίσει τελικά να ακολουθήσει. Στα πλαίσια αυτής της υποστήριξης αν χρειαστεί και αν το επιθυμεί ο πελάτης, ο Κοινωνικός Λειτουργός έρχεται σε επαφή με την οικογένεια προκειμένου να εξασφαλίσει και τη δική της υποστήριξη και κατανόηση. Φυσικά, καθ' όλη τη διάρκεια των παραπάνω ενεργειών, ενημερώνει και συνεργάζεται με την επιστημονική ομάδα.

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

Συγκεκριμένα ο Κοινωνικός Λειτουργός:

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

## **Ρόλος Νοσηλεύτη**

Σ' αυτό το σημείο νομίζουμε πως θα ήταν ενδιαφέρον να αναφερθούμε στο ηθικό δίλημμα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένας Νοσηλεύτης, σε περίπτωση συμμετοχής σε μια άμβλωση.

Υπάρχουν λοιπόν Νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν διαφορετικά το θέμα της άμβλωσης, συγκεκριμένα διακρίνουμε τις παρακάτω κατηγορίες:

- α. αυτούς που έχουν καταλήξει στην άποψη ότι η άμβλωση σημαίνει παραβίαση του φυσικού νόμου της μητρότητας και τέλεση μιας ανήθικης όσο και επιβλαβής πράξης. Για την ομάδα αυτή του Νοσηλευτικού προσωπικού η συμμετοχή τους σε μια άμβλωση θεωρείται απαράδεκτη, πολύ περισσότερο όταν αυτό γίνεται, επειδή το αποφασίζουν άλλοι, με κριτήρια, πολλές φορές, αισχροκέρδειας.
- β. Στην αντίπερα όχθη υπάρχει και η άλλη μερίδα των Νοσηλευτών, η οποία δέχεται τη συνεργασία στο έργο των αμβλώσεων χωρίς κανένα ηθικό ή επαγγελματικό δεοντολογικό ενδοιασμό, αλλά και χωρίς να εκφέρει τη γνώμη της σχετικά με το θέμα.
- γ. Μια άλλη ομάδα Νοσηλευτικού προσωπικού είναι εκείνη η οποία δεν αρνείται τη συμμετοχή της στη διαδικασία της άμβλωσης. Αυτό όμως δεν την εμποδίζει να σκέφτεται, να ενεργεί και να κρίνει σύμφωνα πάντα με τη δική της κρίση και έχοντας λογικά επιχειρήματα.

Σύμφωνα με τις θέσεις της, άμβλωση δε σημαίνει φόνος, αφού δεν είναι σίγουρο αν το έμβryo αποτελεί ανθρώπινη οντότητα αμέσως μετά τη σύλληψή του. Εξάλλου δεν μπορεί ο Νοσηλεύτης-τρια να αρνηθεί τη βοήθεια όταν δουλεύει σε δημόσιο τομέα, αφού νομικά οι αμβλώσεις

επιτρέπονται. Άρνηση της εκτέλεσης εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού σημαίνει καταδίκη όχι μόνο της πράξης αλλά και του ατόμου, της γυναίκας που έρχεται να υποστεί σε άμβλωση. Έτσι δημιουργούνται επιπλέον ψυχολογικά προβλήματα στις γυναίκες με αποτέλεσμα να προτιμούν τους ερασιτέχνες του είδους, οι οποίοι αποδέχονται με προθυμία την εξυπηρέτηση που τους προκύπτει.

Για το λόγο αυτό δε θα πρέπει σε καμιά περίπτωση ο Νοσηλευτής να προσπαθήσει να ασκήσει κριτική πάνω στη γυναίκα, γιατί είναι πολύ πιθανό να τις δημιουργήσει πρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα. Ακόμη και στην περίπτωση που είναι αντίθετος με τη διαδικασία της άμβλωσης, είναι καθήκον του να προετοιμάσει ψυχολογικά τη γυναίκα για τη διαδικασία που την περιμένει.

Αλλά το νοσηλευτικό δίλημμα στο καυτό θέμα των αμβλώσεων επεκτείνεται και πέρα από το χώρο του χειρουργείου και των τυχόν ηθικών διεργασιών στις οποίες υπόκειται, προκειμένου να συμμετέχει στην επέμβαση.

Έρχεται τώρα η Πολιτεία να αντιπαραθέσει τη δική της γνώμη. Το να αρνηθεί, ο Νοσηλευτής, τα καθήκοντά του συνεπάγεται αναμφίβολα κυρώσεις για την περαιτέρω εργασία του, όταν δουλεύει και έχει περιορισμένη ή μηδενική συμμετοχή στις αποφάσεις που πρέπει να εκτελέσει, δεν έχει το δικαίωμα να αρνηθεί, γιατί οι συνέπειες θα είναι βαρύτερες. Ενδεχομένως θα οδηγηθεί στην απόλυσή του από την εργασία του, θέμα ζωτικής σημασίας για τον ίδιο και την οικογένειά του-καθώς και



στην αναμενόμενη προστριβή του με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα, όπως και στην αντιπαράθεσή του με τα άτομα των οποίων τη νοσηλεία αρνείται.

Ρυθμιστές στη λύση του διλήμματος θα αποτελέσουν διάφοροι παράγοντες (οικονομικοί, κοινωνικοί, ηθικοί κ.ά.), διαφορετικοί για τον κάθε επαγγελματία.

### **Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση**

Το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής είναι πολύ χρήσιμο για τα νέα άτομα, γιατί τα βοηθάει να αντιμετωπίσουν διάφορα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα. Στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα πρέπει να περιλαμβάνονται θέματα όπως η αναπαραγωγή, η αυτογνωσία αγοριών και κοριτσιών (η γνώση δηλαδή του τι σημαίνει να είναι άντρες ή γυναίκες), η ευχαρίστηση στη σεξουαλική ζωή, η αντισύλληψη. Ακόμη πρέπει να περιλαμβάνονται μέτρα αντιμετώπισης των διαφόρων προβλημάτων όπως το πληθυσμιακό, η προφύλαξη από τα διάφορα αφροδίσια νοσήματα, η μείωση των εκτρώσεων.

Σεξουαλική διαφώτιση είναι η προσπάθεια εφαρμογής των αξιών συμπεριφοράς σε όλη τη διάρκεια ζωής του ανθρώπου, από τη νηπιακή του ηλικία μέχρι τη στιγμή που γίνεται γονιός.

Στο σχολείο διδάσκονται πολύ λίγα στοιχεία σεξουαλικής αγωγής από τα μαθήματα της Βιολογίας και της Υγιεινής. Πολύ περισσότερα μαθαίνει ένας μαθητής από τους φίλους του. Έτσι, η πληροφόρηση των νέων από άτομα είναι ανεπαρκής, ανακριβής και πιθανότατα επικίνδυνη. Όταν λοιπόν οι νέοι, έχοντας τα ερεθίσματα από την τηλεόραση, τα περιοδικά και κυρίως από τη

σύγχρονη ζωή κάνουν έρωτα με βάση αυτά που κακώς έμαθαν, μοιραία θα αντιμετωπίσουν καταστάσεις όπως ψυχολογικά, κοινωνικά, σωματικά προβλήματα.

Οι ψυχοσωματικές μεταβολές που λαβαίνουν χώρα κατά τη διάρκεια της ήβης, γίνονται με τόσο γρήγορο και πληθωρικό ρυθμό που οι νεαροί έφηβοι, είναι αδύνατο να ακολουθήσουν την καινούργια κατάσταση, αν δεν έχουν ενημερωθεί σωστά πάνω στα προβλήματα της εφηβείας.

Υπεύθυνοι είναι ακόμη και οι γονείς, γιατί η σεξουαλική εκπαίδευση ξεκινάει και γίνεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό καθημερινά μέσα στο σπίτι.

Οι γονείς διδάσκουν το σεξ από τη στιγμή που γεννιούνται παιδιά, είτε συνειδητά είτε όχι. Απ' αυτούς λοιπόν εξαρτάται αν η διδασκαλία τους θα έχει αρνητικά ή θετικά αποτελέσματα. Οι αντιδράσεις των γονιών σε ορισμένες ερωτήσεις που γίνονται από τα παιδιά, είναι εξίσου σημαντικές με τις απαντήσεις τους. Κι αυτό γιατί το παιδί, πολλές φορές θυμάται πολύ πιο έντονα τις φυσικές αντιδράσεις των γονιών παρά τα λεγόμενά τους. Η αποφυγή ή η άρνηση της σεξουαλικής πληροφόρησης από τη μεριά των γονιών, η αμηχανία και η δυσάρεστη έκπληξη που πολλές φορές ακολουθούν τις ερωτήσεις των παιδιών, έχουν αρνητικά αποτελέσματα στη σεξουαλική διαφώτιση των νέων που νομίζουν ότι το σεξ είναι κάτι κακό ή βρώμικο. Αν κάτι τέτοιο επαναλαμβάνεται, τα παιδιά θα πάνε να απευθύνονται στους γονείς για την πληροφόρησή τους και θα υπάρξουν άσχημες συνέπειες στη διαμόρφωση της σεξουαλικής τους συμπεριφοράς και κατ' επέκταση του χαρακτήρα τους.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η σεξουαλική εκπαίδευση καθώς και η γνώση των σωστών αντισυλληπτικών μεθόδων είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή αντιμετώπιση του σεξουαλικού προβλήματος από τους νέους και την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων.

Για όλα αυτά βέβαια, τις μεγαλύτερες ευθύνες φέρει η κοινωνία μας που είναι έτοιμη να καταδικάσει "ελαφρά τη καρδιά". Αφού είναι ανήμπορη να δώσει στους νέους τις κατάλληλες συμβουλές.

### **Η Σεξουαλική Διαφώτιση στην Ελλάδα**

Δυστυχώς δεν είμαστε σε θέση να μιλάμε για σεξουαλική διαφώτιση στην Ελλάδα. Μέχρι σήμερα τουλάχιστον, δεν έχει γίνει σχεδόν τίποτε οργανωμένο προς αυτή την κατεύθυνση.

Ένα πολύ μεγάλο μέρος των παιδιών 5-19 ετών ενημερώνεται κατά βάση από τις εξής παρακάτω πηγές:

1. Από βιβλία και έντυπα γραμμένα από ανεύθυνα άτομα.
2. Από τους συνομήλικούς τους ή από παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.
3. Από τη σεξουαλική ζωή των ζώων (κυρίως στην ύπαιθρο), που δεν είναι αρκετή για να δώσει απάντηση στα ερωτήματά τους.

Το μόνο σχετικό μάθημα που διδάσκεται στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στην Β΄ τάξη του Γυμνασίου είναι αυτό της "Ανθρωπολογίας-Στοιχεία Υγιεινής" για μια ώρα την εβδομάδα.

Σκοπός του μαθήματος αυτού είναι:

- a. Η απόκτηση βασικών γνώσεων σχετικά με τη φυσιολογία και την ανατομία του ανθρώπινου σώματος

- β. Η κατανόηση της σωματικής ανάπτυξης του ατόμου από την αρχή της ύπαρξής του και η ενημέρωση σχετικά με την εξέλιξή του κατά τους αιώνες.
- γ. Η κατανόηση και η κατά το δυνατό καλύτερη αντιμετώπιση των καθημερινών βιολογικών προβλημάτων και φαινομένων που αφορούν τον άνθρωπο σαν οργανισμό και σαν κοινωνικό σύνολο (υγιεινή του σώματος, υγιεινή του κοινωνικού συνόλου).

Το μάθημα λοιπόν αυτό δεν έχει καμία σχέση με τη σεξουαλική διαφώτιση αφού δεν αναφέρει τίποτα για τις προληπτικές μεθόδους ή για ο,τιδήποτε άλλο σχετικό με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Το πρόβλημα εντείνεται από την άγνοια και την απροθυμία των καθηγητών να κάνουν μια σωστή διαφώτιση στηριγμένη σε επιστημονική βάση, που να είναι κατανοητή από τα παιδιά Γυμνασίου και Λυκείου. Η άγνοια των καθηγητών οφείλεται στο ότι τις περισσότερες φορές αυτοί είναι άλλων ειδικοτήτων και δεν έχουν σχέση με τα μαθήματα της Υγιεινής. Αυτό δυσκολεύει την κατάσταση, γιατί ο καθηγητής δεν έχει τις απαιτούμενες γνώσεις πάνω στα διάφορα θέματα. Έτσι μαθήματα σεξουαλικής αγωγής ή δε διδάσκονται καθόλου ή περιορίζονται στα στενά όρια του βιβλίου.

Είναι λοιπόν κατάλληλη η στιγμή να δημιουργηθεί ομάδα καθηγητών και ειδικευμένων επιστημόνων, που θα ασχοληθεί με το θέμα της σεξουαλικής διαφώτισης. Η ομάδα αυτή θα πρέπει να προετοιμαστεί κατάλληλα, γιατί τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει είναι απλά στη διατύπωση, αλλά σύνθετα στη θεώρηση (κοινωνία, πνευματικά, ψυχολογικά) και απαιτούν γνώσεις, αλλά και δυνατότητα κατανόησης και συμπαράστασης.

### **Σύνοψη θέσεων αρμοδίων του Οικογενειακού Προγραμματισμού.**

Ο δεσμός του Οικογενειακού Προγραμματισμού καταληκτικά στοχεύει στη βελτίωση των προϋποθέσεων δημιουργίας της μελλοντικής οικογένειας.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, βασικοί στόχοι επιγραμματικά, είναι:

- η ενημέρωση γύρω από την αντισύλληψη
- η πρόληψη ανεπιθύμητων κυήσεων-εκτρώσεων
- ενημέρωση-πρόληψη γύρω από το σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- συμβουλευτική γενετική (προγενετικός έλεγχος)
- ενημέρωση γύρω από τις διαπροσωπικές σχέσεις των συντρόφων
- ενημέρωση για το δεσμό του γάμου και προετοιμασία των συντρόφων για τις ανάγκες του γάμου.
- επίσης συμβουλευτική για τη διαδικασία πιθανής εγκυμοσύνης και
- η προετοιμασία υγείων γονέων (σωματικά και ψυχικά) για την παρουσία του παιδιού.

Εξετάζοντας την ελληνική πραγματικότητα παρατηρούμε πως υπάρχει σε μεγάλο βαθμό έλλειψη ενημέρωσης σε όλες τις ηλικίες. Σ' αυτό συνδράμει και η ελληνική οικογένεια η οποία έχει ακόμα αρκετές προκαταλήψεις όσον αφορά το πότε και τι μπορούν να συζητήσουν οι γονείς με τα παιδιά σχετικά με τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.

Το ρόλο αυτό βέβαια θα μπορούσε να τον αναλάβει και το σχολείο, ξεκινώντας με απλά πράγματα από τις μικρές ηλικίες (Δημοτικό) και φτάνοντας σε πιο σύνθετα και εξειδικευμένα στις μεγαλύτερες (Γυμνάσιο-Λύκειο).

Η παρουσία ειδικών Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και σε επίπεδο πρόληψης και σε επίπεδο θεραπευτικής παρέμβασης. Ακόμη πολύ μεγάλο ρόλο έχει να παίζει ο Οικογενειακός Προγραμματισμός στην πρόληψη γέννησης παιδιών με διάφορες ανωμαλίες. Είναι σημαντική η κατευθυντήρια κίνηση για προγεννητικό έλεγχο σ' αυτές τις περιπτώσεις.

Ένας προβληματισμός που γεννιέται ως προς το θέμα του προγεννητικού ελέγχου 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 που άμεσα εξυπηρετείται, εκεί λοιπόν γνωρίζει την εμπειρία με τα πολύ μακρινά ραντεβού ενώ αν πάει στον ιδιωτικό φορέα, χρειάζεται να πληρώσει μεγάλα ποσά.

Επίσης παρατηρούμε ότι τα περισσότερα νέα ζευγάρια προσανατολίζονται στη γέννηση ενός μόνο παιδιού για τους εξής κύριους λόγους:

- η γυναίκα πλέον δε μένει στο σπίτι αλλά είναι δυναμικό εργατικό, το ίδιο υπολογίσιμο με τον ανδρικό πληθυσμό. Το ίδιο βέβαια συμβαίνει και με τον πατέρα (δε μένει πολύ στο σπίτι) εκτός από τα ζευγάρια όπου ακόμα θεωρείται ότι ο άντρας είναι ο αρχηγός της οικογένειας και η γυναίκα

πρέπει να ανταποκριθεί σε όλες τις υποχρεώσεις της .

- Υπάρχει έλλειψη βρεφονηπιακών σταθμών και πολλές φορές αποκλείονται παιδιά με κάποια σχετική οικονομική δυσχέρεια 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.
- Τα δε οικογενειακά επιδόματα είναι γελοία σαν ποσό.
- 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 στο 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.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Ποιος είναι ο σκοπός του οικογενειακού προγραμματισμού;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Ο έλεγχος των γεννήσεων	13 (33%)	8 (21%)	21 (27%)
β) Η βοήθεια προς κάθε ζευγάρι ώστε η απόκτηση παιδιών να είναι επιθυμητή και υπεύθυνη επιλογή	25 (64%)	23 (58%)	48(62%)
γ) Βοηθά το ζευγάρι να προγραμματίσει τη σωστή ανατροφή των παιδιών του	1 (2%)	8(21%)	9(11%)
δ) Δεν γνωρίζω	0(0%)	0(0%)	0(0%)

2. Ποιες από τις παρακάτω έννοιες κατά τη γνώμη σας περιέχει ο Οικογενειακός Προγραμματισμός

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Τον προγραμματισμό της οικογενειακής κατάστασης μιας οικογένειας	14 (28%)	18 (11%)	32 (35%)
β) Τον έλεγχο των γεννήσεων	18 (36%)	6 (15%)	24(26%)
γ) Το να διδάξει κάθε ζευγάρι πως να ρυθμίζει το μέγεθος της οικογένειας	16 (2%)	9(22%)	25(28%)
δ) Το να διδάξει κάθε ζευγάρι τους σωστούς τρόπους ανατροφής των παιδιών	2(4%)	8(19%)	10(11%)
ε) Δεν έχω γνώμη	0(0%)	0(0%)	0(0%)



3. Ποιες θεωρείται ότι είναι οι πιο βασικές διαφορές ανάμεσα στον Οικογενειακό Προγραμματισμό και στον έλεγχο των γεννήσεων

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Έχουν διαφορετικούς στόχους	6 (25%)	12 (50%)	18 (38%)
β) Έχουν διαφορετικά κριτήρια ως προς τη χρήση τεχνικών μέσων	0 (0%)	3 (13%)	3 (6%)
γ) Διαφέρουν ως προς την ιδεολογική και αιτιολογική τοποθέτηση	5 (20%)	1 (4%)	6 (13%)
δ) Το α και το β	2 (8%)	2 (8%)	4 (8%)
ε) Το β και το γ	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
στ) Το α και το γ	5 (2%)	1 (4%)	6 (13%)
ζ) Όλα τα παραπάνω	5 (2%)	3 (13%)	8 (16%)
η) Δεν γνωρίζω	1 (4%)	2 (8%)	3 (6%)

4. Ποιος πιστεύεται ότι είναι ο σκοπός της αντιούλληνης;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Η αποφυγή των εκτρώσεων	17 (25%)	17 (32%)	34 (28%)
β) Η αποφυγή εγκυμοσύνης	22 (33%)	16 (30%)	38 (32%)
γ) Η αποφυγή λοιμωδών ασθενειών	11 (16%)	10 (19%)	21 (17%)
δ) Η αποφυγή αγχους - καλύτερη ικανοποίηση	13 (19%)	2 (4%)	15 (12%)
δ) Η αποφυγή άλλων ασθενειών	5 (7%)	7 (13%)	12 (10%)
ε) Κάτι άλλο	0 (0%)	1 (2%)	1 (1%)
στ) Δεν γνωρίζω	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

5. Πιστεύεται ότι ο Οικογενειακό Προγραμματισμό είναι απαραίτητος σύμφωνα με το δημογραφικό πρόβλημα

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
ΝΑΙ	18 (72%)	22 (92%)	40 (82%)
ΟΧΙ	2 (8%)	2 (8%)	4(8%)
ΙΣΩΣ	5(20%)	0(0%)	5(10%)
Δεν γνωρίζω	0(0%)	0(0%)	0(0%)

6. Αν απαντήσατε “ναι” στην προηγούμενη ερώτηση για ποιος λόγους πιστεύεται ότι είναι απαραίτητος;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Μείωση της θνησιμότητας	2 (3%)	8 (19%)	10 (10%)
β) Μείωση της γεννητικότητας (συνειδητοποίηση ότι είναι επιθυμητό να υπάρχει μικρότερος αριθμός παιδιών στην οικογένεια)	2 (3%)	4 (10%)	6(6%)
γ) Άνοδος του βιοτικού επιπέδου	14 (27%)	13(31%)	27(28%)
δ) Αυξημένες απαιτήσεις της ζωής	8(15%)	2(5%)	10(10%)
ε) επιθυμία βελτίωσης της ζωής	11(20%)	7(16%)	10(20%)
στ) Εποθυμία των γονέων για τη βελτίωση της ζωής των παιδιών του;	11(20%)	5(12%)	16(17%)
ζ) Οικονομικά βάρη που συνεπάγεται η βελτίωση της ποιότητας ζωής	6(12%)	3(7%)	9(9%)
η) Δεν γνωρίζω	0(0%)	0(0%)	0(0%)

7. Για ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύεται ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός δεν είναι γνωστός στο μεγαλύτερο μέρος του Ελληνικού λαού

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Είναι ενάντια στη χριστιανική θρησκεία	9(17%)	2(5%)	11(12%)
β) Είναι ξενόφερτη ιδέα που προσπαθεί να καταστρέψει τα ήθη και τα εθιμά μας	1(1%)	0(0%)	1(1%)
γ) Είναι ένα από τα αίτια διάσπασης της οικογένειας	0(0%)	0(0%)	0(0%)
δ) Δεν υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για να κάνει σωστή ενημέρωση	22(44%)	18(45%)	40(44%)
ε) Υψηλό κόστος μερικών μεθόδων ενημέρωσης	7(14%)	8(20%)	15(17%)
στ) Άρνηση του κράτους για τη δωρεάν παροχή προγραμμάτων	12(24%)	10(25%)	22(24%)
ζ) Δεν γνωρίζω	0(0%)	2(5%)	2(2%)

8. Για ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύεται ότι κωλύεται η εφαρμογή του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

	Κ.Λ.	Νοσηλευτές	Σύνολο
α) Έλλειψη ενημέρωσης	24(42%)	20 (51%)	44(46%)
β) Ανπιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη	6(10%)	5(13%)	11(11%)
γ) Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα που αντιστρατεύονται τη διάδοση των προγραμμάτων του Ο.Π.	2 (3%)	0(0%)	2(2%)
δ) Ανεπάρκεια υπηρεσιών Ο.Π.	19(34%)	12(31%)	31(32%)
ε) Αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης	2(3%)	2(5%)	4(4%)
στ) Έλλειψη θέσεων εργασίας	5(8%)	0(0%)	5(5%)
ζ) Δεν γνωρίζω	0(0%)	0(0%)	0(0%)

9. Ο νόμος μέχρι και το 1992 θεωρούσε την άμβλωση ως αξίοποινη πράξη στρεφόμενη κατά της ζωής του εμβρύου και τιμωρούνταν ως ανθρωποκτονία, με ποινές όχι ευκαταφρόνητες, τόσο για την γυναίκα όσο και για το γιατρό ή τον οποιοδήποτε άλλον κάνει την άμβλωση. Συμφωνείται με αυτά που όριζε ο νόμος.

	Κ.Λ.	Νοσηλευτές	Σύνολο
ΝΑΙ	3 (12%)	17 (71%)	20 (41%)
ΟΧΙ	21 (84%)	5 (21%)	26(53%)
ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ	1(4%)	2(8%)	3(6%)

10. Σύμφωνα με την Ελληνική νομοθεσία που ίσχυε μέχρι και το 1992 όσον αφορά την άμβλωση ή έκτρωση: "Ο νόμος ευνοεί την τεχνητή έκτρωση, η οποία γίνεται για θεραπευτικούς ή εγκληματικούς σκοπούς".

Συμφωνείτε με τον όρο "εγκληματικούς σκοπούς"

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
ΝΑΙ	3 (12%)	15 (13%)	18 (38%)
ΟΧΙ	18(76%)	7(29%)	25(52%)
ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ	3 (12%)	2(8%)	5(10%)

11. Αν απαντήσατε ναι για ποιούς λόγους;

Το 94% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε. και της νοσηλευτικής θεωρεί ότι "είναι έγκλημα η αφαίρεση ζωής"

Το 6% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε. και της νοσηλευτικής θεωρεί ότι "δεν πρέπει να γίνεται η άμβλωση όταν δεν υπάρχουν θεραπευτικοί σκοποί".

12. Αν απαντήσατε όχι για ποιους λόγους

Το 24% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε. και της νοσηλευτικής θεωρεί ότι "δεν είναι έγκλημα γιατί το έμβρυο δεν είναι ολοκληρωμένος οργανισμός τους πρώτους μήνες".

Το 4% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε. και της νοσηλευτικής θεωρεί ότι "είναι ρατσιστική αντιμετώπιση η χρήση του όρου εγκληματική"

Το 36% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε. και της νοσηλευτικής θεωρεί ότι "είναι καλύτερο μια έκτρωση παρά ανεπιθύμητο παιδί"

Το 9% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε. και της νοσηλευτικής θεωρεί ότι “η έκτρωση πρέπει να γίνεται σε περίπτωση αδυναμίας ανατροφής του παιδιού”.

Το 14% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε. και της νοσηλευτικής θεωρεί ότι “η έκτρωση πρέπει να γίνεται έτσι ώστε να μην στιγματίζεται η ανύπαντρη μητέρα”.

Το 4% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε. και της νοσηλευτικής θεωρεί ότι “η απαγόρευση της έκτρωσης αποτελεί καταστρατήγηση της ελεύθερης επιλογής του τρόπου ζωής”.

Το 9% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε. και της νοσηλευτικής δεν απάντησε στην ερώτηση αυτή.

13. Από το 1992 και μετά οι αμβλώσεις δεν αποτελούν αξιόποινη πράξη.

Συμφωνείται με την νομιμοποίηση των αμβλώσεων

	Κ.Λ.	Νοσηλευτές	Σύνολο
ΝΑΙ	18 (76%)	7 (29%)	25 (52%)
ΟΧΙ	3 (12%)	15 (63%)	18 (38%)
ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ	3 (12%)	2 (8%)	5 (10%)

14. Η εκκλησία καταδικάζει την άμβλωση ως ανθρωποκτονία γιατί από χριστιανικής απόψεως “ανθρώπινο έμβρυο= ψυχή + σώμα= άνθρωπος”. Πως βλέπετε αυτή την άποψη;

	Κ.Λ	Νοσηλευτές	Σύνολο
α) Απόλυτα σωστή	0(0%)	15(63%)	15(30%)
β) Σωστή αλλά δεν συμβαδίζει με την κοινωνική πραγματικότητα	21(8%)	7(29%)	28(56%)
γ) Λανθασμένη	2(7%)	0(0%)	2(4%)
δ) Υπερβολική	3(11%)	2(8%)	5(10%)
ε) Δεν γνωρίζω	0(0%)	0(0%)	0(0%)

15. Τα γυναικεία σωματεία συμφωνούν με την νομιμοποίηση των αμβλώσεων για του παρακάτω λόγους. Εσείς με ποιον ή με ποιούς από αυτούς συμφωνείται;

	Κ.Λ	Νοσηλευτές	Σύνολο
α) Για την προστασία της υγείας της γυναίκας	10(21%)	6(43%)	16(26%)
β) Γιατί η γυναίκα μαζί με την οικονομική και πολιτικο κοινωνική χειραφέτηση πρέπει να χειραφετηθεί και από το καθήκον της μητρότητας	12(25%)	3(21%)	15(24%)
γ) Για οικονομικούς λόγους (να γίνονται στα νοσοκομεία δωρεάν)	6(13%)	0(0%)	6(10%)
δ) Η έκτρωση είναι δικαίωμα της γυναίκας, γιατί κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα στο σώμα της	18(38%)	5(36%)	23(38%)
ε) Γιατί έτσι συμβαίνει (νομιμοποίηση της άμβλωσης) σε όλες τις πολιτισμένες χώρες του κόσμου	1(3%)	0(0%)	1(2%)

16. Τα γυναικεία κινήματα είναι υπέρ του οικογενειακού προγραμματισμού για τους παρακάτω λόγους. Με ποιον ή με ποιους από αυτούς συμφωνείτε.

	Κ.Λ.	Νοσηλευτές	Σύνολο
α) Ο οικογενειακός προγραμματισμός δέχεται και τις εκτρώσεις	1(4%)	3(17%)	4(10%)
β) Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ένα μέσο της γυναικείας χειραφέτησης και απελευθέρωσης	3(13%)	2(11%)	5(12%)
γ) Ο οικογενειακός προγραμματισμός δίνει δικαιώματα και πρωτοβουλίες στη γυναίκα τόσο για το σώμα της όσο και για την οικογένειά της	20(83%)	13(72%)	33(78%)

17. Γνωρίζετε αν υπάρχουν κέντρα στην Ελλάδα που εφαρμόζουν τον οικογενειακό προγραμματισμό σε άτομα, οικογένειες ή στην κοινότητα;

	Κ.Λ.	Νοσηλευτές	Σύνολο
ΝΑΙ	7(31%)	6(26%)	13(28%)
ΟΧΙ	16(69%)	17(74%)	33(72%)

18. Αν απαντήσατε "ναι", (σύμφωνα με τις γνώσεις σας) αναφέρατε μερικά από αυτά.

Το 91% του συνόλου των σπουδαστών της κοινωνικής εργασίας και της νοσηλευτικής γνωρίζει ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός εφαρμόζεται στα νοσοκομεία.

Το 9% του συνόλου των σπουδαστών της κοινωνικής εργασίας και της νοσηλευτικής γνωρίζει ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός εφαρμόζεται στο Π.Ι.Κ.Π.Α.



19. Αν γνωρίζετε κάποια κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού πως κρίνετε τις υπηρεσίες που προσφέρουν;

	Κ.Λ	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) επαρκείς	0(0%)	2(20%)	2(10%)
β) αρκετά επαρκείς	0(0%)	2(20%)	2(10%)
γ) λίγο επαρκείς	4(40%)	3(30%)	7(35%)
δ) καθόλου επαρκείς	2(20%)	1(10%)	3(15%)
ε) Δεν έχω γνώμη	4(40%)	2(20%)	6(30%)

20. Κατά τη γνώμη σας ποιές από τις παρακάτω προϋποθέσεις είναι απαραίτητες για να λειτουργήσουν σωστά τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού;

	Κ.Λ	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Λειτουργία κέντρων σε 24ωρη βάση	5(6%)	15(29%)	20(15%)
β) Τα κέντρα εφαρμογής οικογενειακού προγραμματισμού να βρίσκονται σε πολυσύχναστα μέρη της πόλης	6(7%)	8(15%)	14(10%)
γ) Καλύτερη και πληρέστερη ενημέρωση του ευρύ κοινού	23(27%)	13(25%)	36(26%)
δ) Κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό	21(25%)	10(19%)	31(22%)
ε) Αρτια εξοπλισμένα κέντρα εφαρμογής	14(16%)	4(8%)	18(13%)
στ) Ειδικές ευκολίες στα πνευματικά ανάπηρα άτομα, στους αρρώστους και σε αυτούς που έχουν σεξουαλικά προβλήματα	16(19%)	2(2%)	18(13%)
ζ) Δεν έχω γνώμη	0(0%)	2(2%)	18(13%)

21. Ποιές προϋποθέσεις πρέπει να πληρούνται από το κράτος έτσι ώστε να λειτουργεί σωστά ο οικογενειακός προγραμματισμός ;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Σχετική εκπαίδευση στα επαγγέλματα Υγείας και Πρόνοιας	22(28%)	14(26%)	36(27%)
β) Επαρκή στελέχωση των αρμοδίων υπηρεσιών	22(28%)	12(22%)	34(26%)
γ) Ολοκληρωμένη ενημέρωση του ευρύ κοινού	20(25%)	12(22%)	32(24%)
δ) Πρακτική εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού από υπεύθυνα κρατικά όργανα	15(19%)	12(22%)	27(20%)
ε) Κάτι άλλο	0(0%)	3(6%)	3(2%)
στ) Δεν γνωρίζω	0(0%)	1(2%)	1(1%)

22. Σε ποιές από τις παρακάτω περιπτώσεις πιστεύετε ότι είναι αναγκαίο για έναν Κοινωνικό Λειτουργό να έχει γνώσεις σχετικά με την εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού ;

	Κ.Λ.
α) Αν εργαστεί σε κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού	9(24%)
β) Αν εργαστεί σε κάποιο νοσοκομείο ή κέντρο Υγείας	6(15%)
γ) Αν εργαστεί σε σχολείο ή σε κάποιο ίδρυμα	4(10%)
δ) Οπου και αν εργαστεί	20(51%)
ε) Σε καμιά περίπτωση	0(0%)
στ) Δεν γνωρίζω	0(0%)

23. Εσείς ως τελειόφοιτος - η, πιστεύετε ότι υπάρχουν μαθήματα με τα οποία παρέχονται επαρκείς γνώσεις για τον οικογενειακό προγραμματισμό ;

	Κ.Λ.
ΝΑΙ	3(12%)
ΟΧΙ	22(88%)

24. Κρίνετε ότι η ύπαρξη Κοινωνικού Λειτουργού στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι απαραίτητη;

	Κ.Λ.
ΝΑΙ	24(96%)
ΟΧΙ	1(4%)

25. Αν "ναι" για ποιούς λόγους πιστεύετε πως είναι απαραίτητη η παρουσία των Κοινωνικών Λειτουργών στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού. Αναφέρατε μερικούς.

- Το 66% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε πιστεύει πως είναι απαραίτητη η παρουσία Κοινωνικού Λειτουργού στα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού γιατί "έχουν σχετική γνώση με αυτά τα θέματα".
- Το 3% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε πιστεύει πως είναι απαραίτητη η παρουσία Κοινωνικού Λειτουργού στα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού γιατί είναι πιο ευαισθητοποιημένοι. Το 11% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε πιστεύει πως είναι απαραίτητη η παρουσία Κοινωνικού Λειτουργού στα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού γιατί "η Κ.Ε. είναι επάγγελμα Υγείας και Πρόνοιας"

- Το 3% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε πιστεύει πως είναι απαραίτητη η παρουσία Κοινωνικού Λειτουργού στα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού γιατί “διαθέτουν τις απαραίτητες τεχνικές”
- Το 17% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε πιστεύει πως είναι απαραίτητη η παρουσία Κοινωνικού Λειτουργού στα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού γιατί είναι οι πιο κατάλληλοι για να κάνουν ενημέρωση.

26. Προβλέπονται από το νόμο θέσεις Κοινωνικού Λειτουργού για τον οικογενειακό προγραμματισμό;

	Κ.Λ.
ΝΑΙ	2(8%)
ΟΧΙ	2(8%)
ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ	21(84%)

27. Αν “ναι”, ποιά είναι τα καθήκοντα που προβλέπονται; Αναφέρατε μερικά.

- Το 16% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε πιστεύει ότι ένα καθήκον του είναι “η χειραφέτηση των ατόμων”
- Το 34% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε πιστεύει ότι ένα καθήκον του είναι “η ενημέρωση των ενδιαφερομένων”

- Το 16% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε πιστεύει ότι ένα καθήκον του είναι “η προσπάθεια ευαισθητοποίησης του κοινού”
- Το 34% του συνόλου των σπουδαστών της Κ.Ε πιστεύει ότι ένα καθήκον του είναι είναι “η ψυχολογική υποστήριξη”.

28. Σε ποιά περίπτωση από τις παρακάτω είναι αναγκαίο για ένα Νοσηλεύτη να έχει γνώσεις σχετικά με την εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού;

	Νοσηλεύτες
α) αν εργαστεί σε κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού	6(20%)
β) αν εργαστεί σε κάποιο νοσοκομείο ή κέντρο Υγείας	2(7%)
γ) αν εργαστεί σε κάποιο ίδρυμα	2(7%)
δ) όπου και αν εργαστεί	18(59%)
ε) σε καμιά περίπτωση	2(7%)
στ) Δεν γνωρίζω	0(0%)

29. Εσείς ως τελειόφοιτος - η, πιστεύετε ότι υπάρχουν μαθήματα που παρέχουν επαρκείς γνώσεις για τον οικογενειακό προγραμματισμό;

	Νοσηλεύτες
ΝΑΙ	11(46%)
ΟΧΙ	13(54%)

30. Κρίνετε ότι η ύπαρξη Νοσηλευτών στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι απαραίτητη;

	Νοσηλευτές
ΝΑΙ	23(100%)
ΟΧΙ	0(0%)

31. Αν "ναι", για ποιούς λόγους πιστεύετε πως είναι απαραίτητη η παρουσία των Νοσηλευτών σε κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού; Αναφέρατε μερικούς

- Το 59% του συνόλου των σπουδαστών της νοσηλευτικής απάντησε ότι είναι απαραίτητη η παρουσία των νοσηλευτών, στο κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού γιατί έχουν άμεση σχέση με την υγεία του ατόμου.
- Το 4% του συνόλου των σπουδαστών της νοσηλευτικής απάντησε ότι είναι απαραίτητη η παρουσία των νοσηλευτών, στα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού γιατί βρίσκονται πιο κοντά στον ασθενή μετά την αμβλώση.
- Το 26% του συνόλου των σπουδαστών της νοσηλευτικής απάντησε ότι είναι απαραίτητη η παρουσία των νοσηλευτών, στα κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού γιατί είναι τα αρμόδια άτομα για ενημέρωση.
- Το 11% του συνόλου των σπουδαστών της νοσηλευτικής απάντησε ότι είναι απαραίτητη η παρουσία των νοσηλευτών, στα κέντρα

Οικογενειακού Προγραμματισμού γιατί μπορούν να συμπαρασταθούν στον ασθενή.

32. Γνωρίζετε αν προβλέπονται από το νόμο θέσεις Νοσηλευτών στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού;

	Νοσηλευτές
ΝΑΙ	6(25%)
ΟΧΙ	18(75%)

33. Αν "ναι", ποιά είναι τα καθήκοντα που προβλέπονται; Αναφέρατε μερικά.

- Το 67% του συνόλου των σπουδαστών της νοσηλευτικής άπαντησε ότι ένα καθήκον των νοσηλευτών είναι η ενημέρωση.
- Το 33% του συνόλου των σπουδαστών της νοσηλευτικής άπαντησε ότι ένα καθήκον των νοσηλευτών είναι ο συμβουλευτικός ρόλος.

34. Ποιά θα πρέπει να είναι η στάση του Νοσηλευτή απέναντι στις αμβλώσεις;

	Νοσηλευτές
α) Θα πρέπει να αρνείται κατηγορηματικά τη συμμετοχή του	17(71%)
β) Θα πρέπει να έχει άκριτη συμμετοχή	5(21%)
γ) Να συμμετέχει ακόμη και αν δεν συμφωνεί με την όλη διαδικασία	1(4%)
δ) Δεν έχω γνώμη	1(4%)

35. Εσείς θα συμμετείχατε σε μία άμβλωση, ως μέλος ιατρικού προσωπικού;

	Νοσηλεύτες
ΝΑΙ	3(12%)
ΟΧΙ	18(76%)
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	3(12%)

36. Αν απαντήσατε "ναι" ή "μερικές φορές", για ποιούς από τους παρακάτω λόγους θα συμμετείχατε;

	Νοσηλεύτες
α) Είναι καθήκον	3(34%)
β) Ενδέχεται να υπάρξουν κυρώσεις (σε περίπτωση μη συμμετοχής) για την περαιτέρω πορεία της εργασίας	2(22%)
γ) Η συμμετοχή προβλέπεται από την Νομοθεσία	2(22%)
δ) Κάτι άλλο	2(22%)

37. Θεωρείτε αντιδεοντολογική τη συμμετοχή σε μία άμβλωση ενός ιατρού ή νοσηλεύτη;

	Νοσηλεύτες
ΝΑΙ	16(67%)
ΟΧΙ	3(12%)
ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ	5(21%)



38. Από ποιούς φορείς έγινε η ενημέρωσή σας σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό;

	Κ.Λ	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Οικογένεια	8(14%)	6(10%)	14(12%)
β) Ειδικούς επιστήμονες	4(7%)	8(13%)	12(10%)
γ) Κέντρα Νεότητας	1(2%)	2(3%)	3(3%)
δ) Φίλοι	6(10%)	3(5%)	9(8%)
ε) Μ.Μ.Ε	9(16%)	6(10%)	15(13%)
στ) Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού	2(4%)	2(3%)	4(3%)
ζ) Βιβλία	19(33%)	8(13%)	27(22%)
η) Σχολείο	5(8%)	8(13%)	13(11%)
θ) ΤΕΙ	4(7%)	18(30%)	22(18%)
ι) Κάτι άλλο	0(0%)	0(0%)	0(0%)

39. Από ποιούς φορείς έγινε η ενημέρωσή σας για την αντισύλληψη;

	Κ.Λ	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Οικογένεια	9(14%)	6(9%)	15(11%)
β) Ειδικούς Επιστήμονες	3(4%)	10(15%)	13(10%)
γ) Κέντρα ΝΕότητας	0(0%)	1(2%)	1(1%)
δ) Φίλοι	15(24%)	2(3%)	17(13%)
ε) Μ.Μ.Ε	9(14%)	5(8%)	14(10%)
στ) Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού	2(13%)	4(6%)	6(5%)
ζ) Βιβλία	20(31%)	12(18%)	32(25%)
η) Σχολείο	5(8%)	7(10%)	12(9%)
θ) ΤΕΙ	1(1%)	18(27%)	19(14%)
ι) Κάτι άλλο	1(1%)	1(2%)	2(2%)

40. Κρίνετε ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση έχει άμεση και κύρια σχέση με τον οικογενειακό προγραμματισμό και την αντισύλληψη;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
ΝΑΙ	24(100%)	23(100%)	18 (98%)
ΟΧΙ	1(4%)	0(0%)	1(2%)
ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ	0(0%)	0(0%)	0(0%)

41. Κρίνετε σκόπιμη την ύπαρξη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ως μάθημα στα σχολεία;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
ΝΑΙ	24(100%)	23(92%)	47(96%)
ΟΧΙ	0(0%)	0(0%)	0(0%)
ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ	0(0%)	2(8%)	2(4%)

42. Αν απαντήσατε "ναι" στην προηγούμενη ερώτηση για ποιους από τους παρακάτω λόγους;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Απόκτηση γνώσεων σχετικά με την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό	19(26%)	16(32%)	35(29%)
β) Διαμόρφωση υπεύθυνης συμπεριφοράς	21(29%)	16(32%)	37(30%)
γ) Κατάλληλη επιλογή συντρόφου	10(14%)	8(16%)	18(15%)
δ) Προστασία της υγείας του ατόμου	21(29%)	10(20%)	31(25%)
ε) Κάτι άλλο	1(2%)	0(0%)	1(1%)

43. Σε ποιά ηλικία σας έγινε η πρώτη ενημέρωση για την αντισύλληψη;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) 12-14	3(14%)	3(12%)	6(13%)
β) 14-18	17(74%)	15(63%)	32(68%)
γ) 18-21	2(8%)	6(25%)	8(17%)
δ) 21-25	0(0%)	0(0%)	0(0%)
ε) Σε άλλη ηλικία	1(4%)	0(0%)	1(2%)

44. Θεωρείτε την ενημέρωσή σας για την αντισύλληψη:

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Επαρκή	13(57%)	9(38%)	22(47%)
β) Μερικώς επαρκή	8(35%)	15(62%)	23(49%)
γ) Ανεπαρκή	2(8%)	0(0%)	2(4%)

45. Ποιές αντισυλληπτικές μεθόδους γνωρίζετε;

	Κ.Λ	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Πλύση	8(7%)	13(12%)	21(10%)
β) Διακεκομμένη συνουσία	20(18%)	21(19%)	41(19%)
γ) Προφυλακτικό	23(21%)	22(20%)	45(21%)
δ) Σπερματοκτόνα	14(13%)	14(13%)	28(13%)
ε) Χάπι	23(21%)	18(17%)	41(19%)
στ) Αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων κατά τη γόνιμη περίοδο	19(18%)	16(15%)	35(16%)
ζ) Κάτι άλλο	2(2%)	4(4%)	6(2%)

46. Εσείς ή ο - η ερωτικός - ή σύντροφός σας παίρνει κάποια μέτρα αντισύλληψης;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
ΝΑΙ	20(87%)	24(100%)	44(94%)
ΟΧΙ	1(4%)	0(0%)	1(2%)
ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ	2(9%)	0(0%)	2(4%)

47. Αν "ναι" ποιά είναι αυτά;

	Κ.Λ	Νοσηλευτές	σύνολο
α) πλύση	2(5%)	0(0%)	2(3%)
β) Διακεκομμένη συνουσία	11(28%)	10(27%)	21(28%)
γ) Προφυλακτικό	18(47%)	21(57%)	39(51%)
δ) Σπερματοκτόνα	0(0%)	0(0%)	0(0%)
ε) Χάπι	6(15%)	0(0%)	6(8%)
στ) Αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων κατά τη γόνιμη περίοδο	2(5%)	6(16%)	8(10%)
ζ) Κατι άλλο	0(0%)	0(0%)	0(0%)

48. Αν απαντήσατε "ναι" στην ερώτηση 48 ποιοι είναι οι λόγοι που ωθούν εσάς ή την-τον ερωτική-ό σύντροφο σας να λαμβάνετε κάποια αντισυλληπτικά μέτρα;

	Κ.Λ	Νοσηλευτές	Σύνολο
α) Αποφυγή εγκυμοσύνης	22(40%)	23(57%)	47(49%)
β) Αποφυγή λοιμωδών ασθενειών	12(22%)	10(25%)	22(23%)
γ) Πίεση από το περιβάλλον και από τον σύντροφο	0(0%)	0(0%)	0(0%)
δ) Αποφυγή άγχους-καλύτερη ικανοποίηση	10(18%)	4(10%)	14(14%)
ε) Ενδιαφέρον προς τον σύντροφο	10(18%)	3(8%)	13(13%)
στ) Κάτι άλλο	1(2%)	0(0%)	1(1%)

*Οικογενειακός Προγραμματισμός - Αντισύλληψη Αμβλώσεις*

	Κ.Λ	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Είναι επικίνδυνη	19 (73%)	21(88%)	40(80%)
β) Είναι ακίνδυνη αν γίνει σε κλινική-χειρουργείο-νοσοκομείο	7 (27%)	3(12%)	10(20%)
γ) Είναι ακίνδυνη αν γίνει από γιατρό	0(0%)	0(0%)	0(0%)
δ) Είναι εύκολη και προσιτή	0(0%)	0(0%)	0(0%)
ε) Δεν έχω γνώμη	0(0%)	0(0%)	0(0%)

50. Πιστεύετε ότι η έκτρωση αφορά:

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Τον άνδρα	0(0%)	0(0%)	0(0%)
β) Την γυναίκα	4(17%)	2(8%)	6(13%)
γ) Και τους δύο	20(83%)	22(92%)	42(87%)

51. Έχετε κάνει ποτέ σας έκτρωση ή έχετε έμμεσα αυτή την εμπειρία επειδή ήρθε στη θέση αυτή η σύντροφος σας;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
ΝΑΙ	3(12%)	1(4%)	4(9%)
ΟΧΙ	21(88%)	21(92%)	42(89%)
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0(0%)	1(4%)	1(2%)

52. Εάν απαντήσατε "όχι" στην προηγούμενη ερώτηση ,θα κάνατε κάποια φορά στη ζωή σας ή θα συμβουλευάτε την σύντροφο σας να κάνει;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
ΝΑΙ	2(9%)	0(0%)	2(5%)
ΟΧΙ	3(15%)	21(92%)	17(40%)
ΙΣΩΣ	15(71%)	5(24%)	20(48%)
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	1(5%)	2(9%)	3(7%)

53. Εάν αποφασίζατε να κάνετε έκτρωση για ποιούς από τους παρακάτω λόγους θα το κάνατε ή θα συμβουλευάτε την σύντροφό σας να κάνει;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Σε περίπτωση διασμού	17(28%)	11(40%)	28(38%)
β) Σε περίπτωση μικρής ηλικίας	18(29%)	3(12%)	21(24%)
γ) Επειδή θα σας το επέβαλε η οικογένεια	2(3%)	0(0%)	2(2%)
δ) Επειδή θα σας το επέβαλε ο σύντροφος	1(1%)	0(0%)	1(1%)
ε) Σε περίπτωση κινδύνου της υγείας της εγκύου	20(34%)	13(48%)	33(38%)
στ) Κάτι άλλο	3(5%)	0(0%)	3(3%)

54. Σε ποιά ηλικία ενημερωθήκατε για τον οικογενειακό προγραμματισμό;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) 12-14	2(8%)	2(9%)	4(9%)
β) 14-18	11(43%)	15(65%)	26(56%)
γ) 18-21	8(36%)	4(17%)	12(26%)
δ) 21-25	1(4%)	2(9%)	3(7%)
ε) Σε άλλη ηλικία	1(4%)	0(0%)	1(2%)

55. Θεωρείτε την ενημέρωσή σας σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό :

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Επαρκή	7(30%)	8(33%)	15(32%)
β) Μερικώς επαρκή	11(48%)	13(54%)	24(51%)
γ) Ανεπαρκή	5(22%)	3(13%)	8(17%)

56. Θα επισκεφτόσασταν ποτέ κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
ΝΑΙ	20(84%)	21(88%)	41(85%)
ΟΧΙ	1(4%)	1(4%)	2(4%)
ΙΣΩΣ	3(12%)	2(8%)	5(11%)

57. Αν απαντήσατε "ναι" στην προηγούμενη ερώτηση για ποιούς από τους παρακάτω λόγους;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Για έλεγχο των γεννήσεων	14(34%)	6(17%)	20(26%)
β) Για λόγους υγείας	10(24%)	17(47%)	27(35%)
γ) Σε περίπτωση στειρότητας	3(7%)	7(19%)	10(13%)
δ) Σε περίπτωση υιοθεσίας	6(15%)	6(17%)	12(16%)
ε) Κάτι άλλο	8(20%)	0(0%)	8(10%)



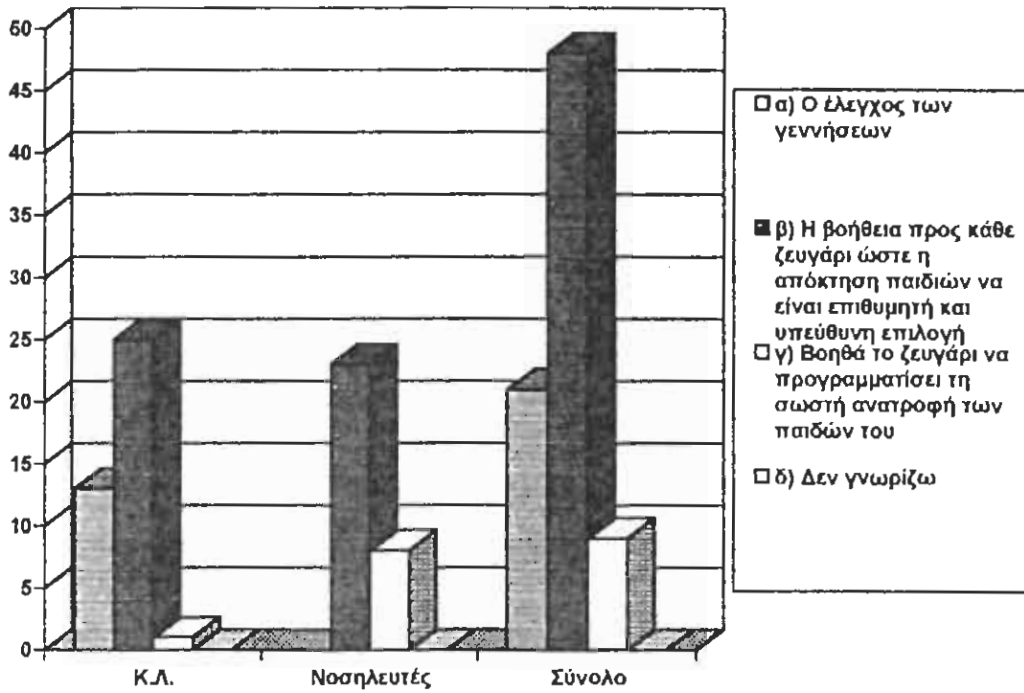
58. Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού έχει σημασία για τη ζωή του ατόμου;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
ΝΑΙ	24(100%)	22(92%)	46(96%)
ΟΧΙ	0(0%)	0(0%)	0(0%)
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	0(0%)	2(8%)	2(4%)

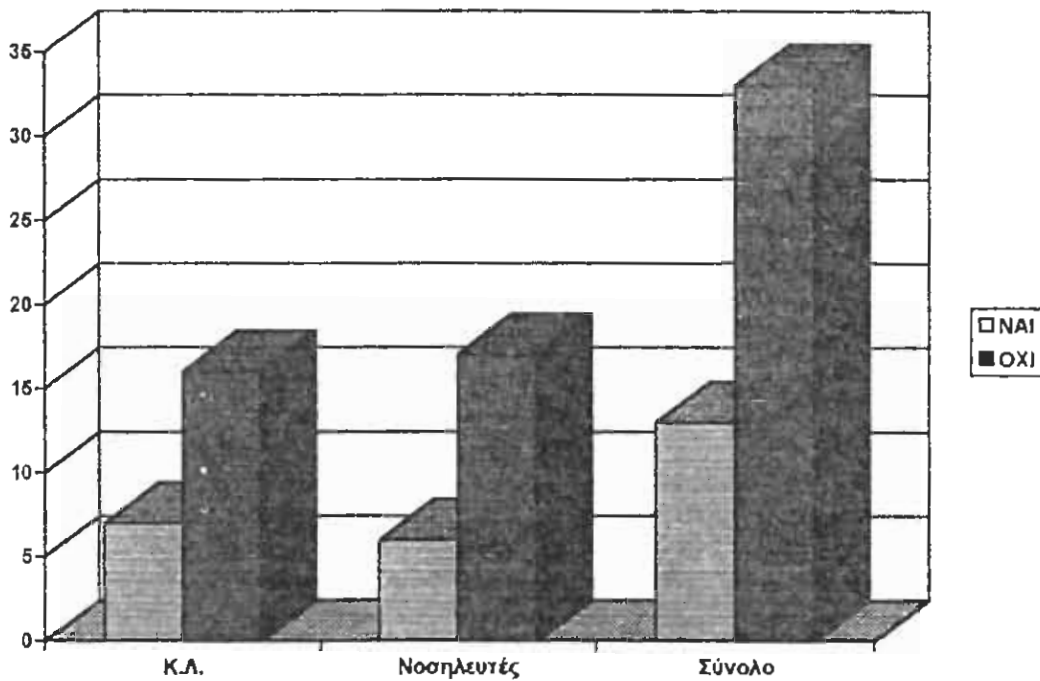
59. Αν απαντήσατε "ναι" στην προηγούμενη ερώτηση, σε ποιούς από τους παρακάτω τομείς της ζωής έχει επίδραση;

	Κ.Λ.	Νοσηλεύτες	Σύνολο
α) Στην οικογένεια	12(20%)	18(28%)	36(23%)
β) Στη σχέση με τον-την ερωτικό-ή σύντροφο	12(13%)	10(16%)	22(14%)
γ) Στις σχέσεις γονέα-παιδιού	12(13%)	13(20%)	25(16%)
δ) Στην προστασία της υγείας της μητέρας ή των παιδιών	10(4%)	6(9%)	16(10%)
ε) Σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής	20(22%)	12(19%)	32(21%)
στ) Προσφέρει ψυχική ηρεμία και ισορροπία στην οικογένεια	18(20%)	4(6%)	22(14%)
ζ) Κάτι άλλο	1(1%)	1(2%)	2(2%)

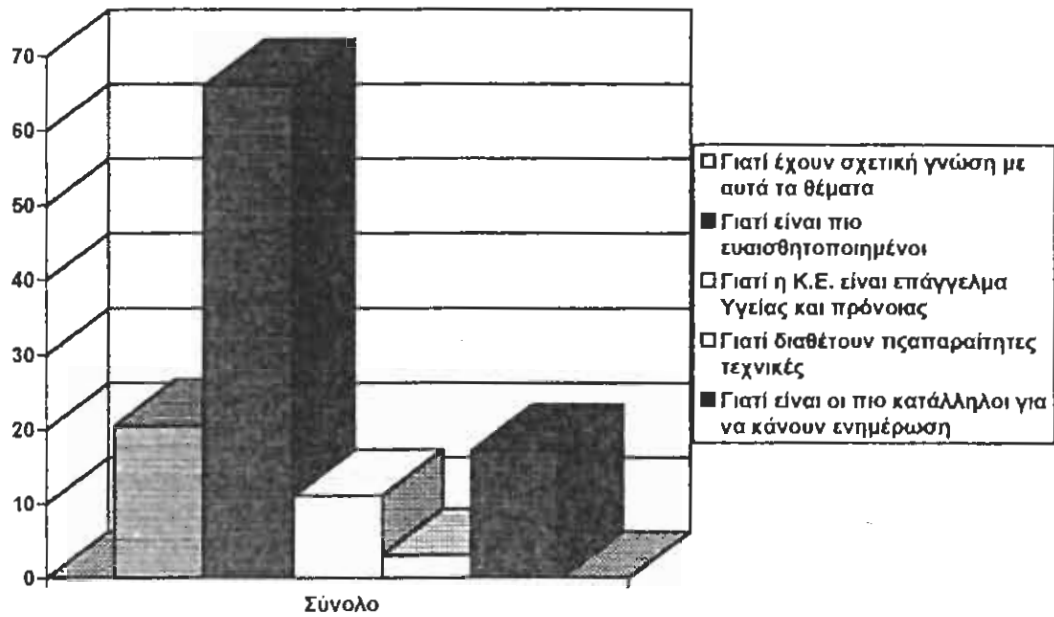
Ερώτηση 1η



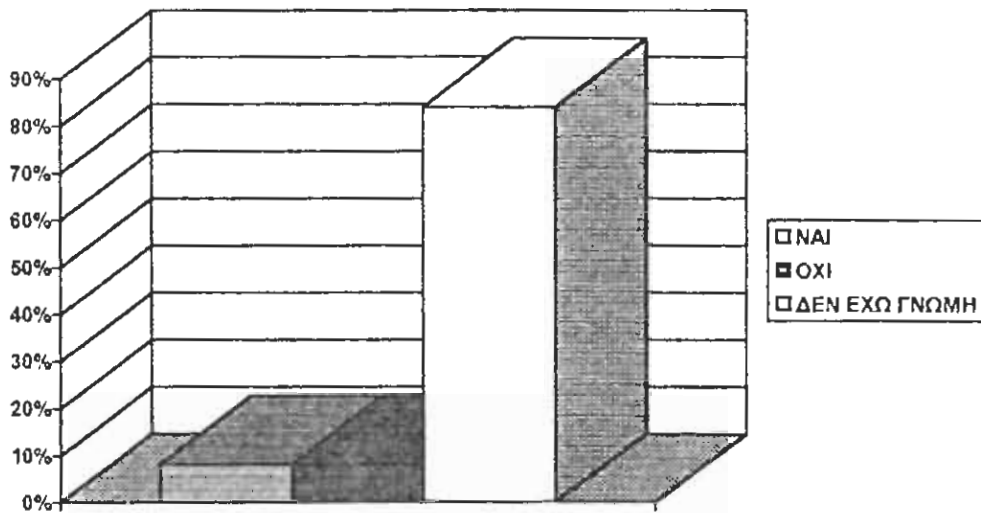
Ερώτηση 17η



Ερώτηση 25η

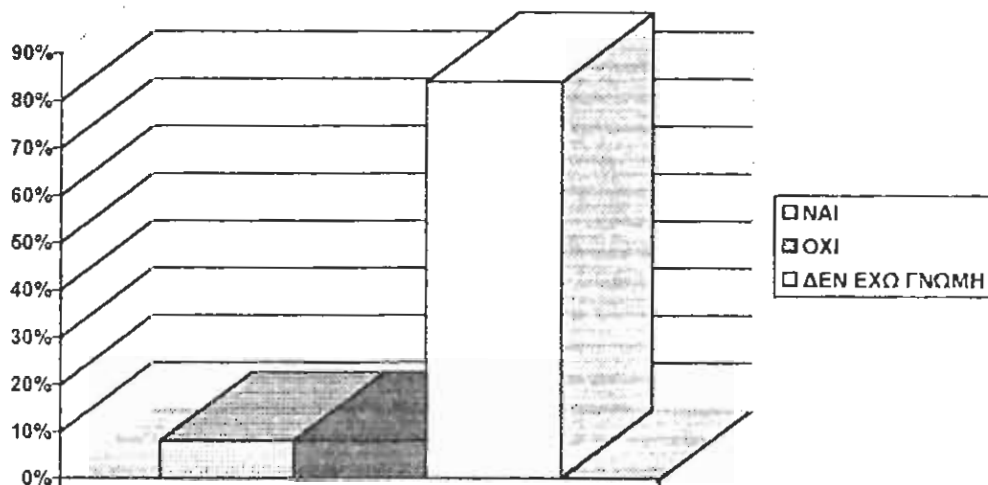


Ερώτηση 26η

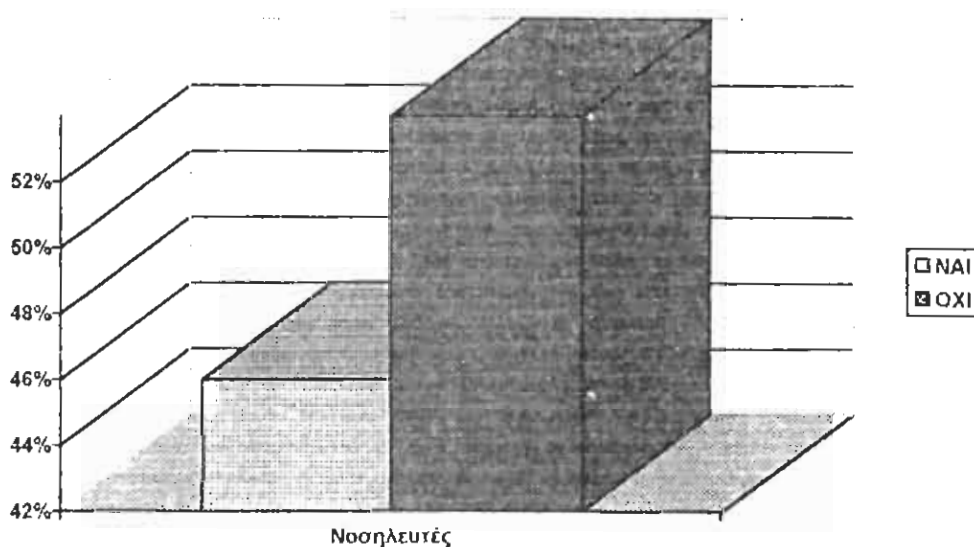


Ερώτηση 29η

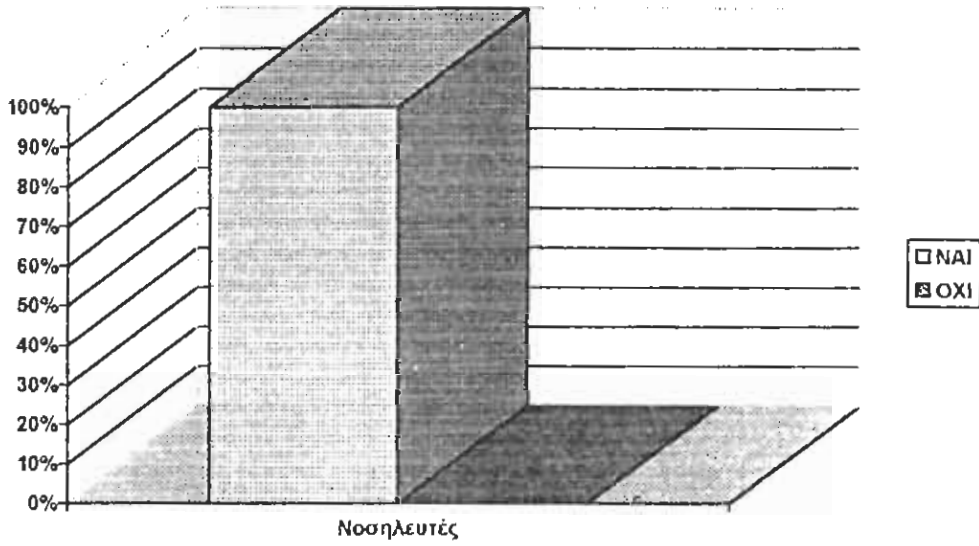
Ερώτηση 26η



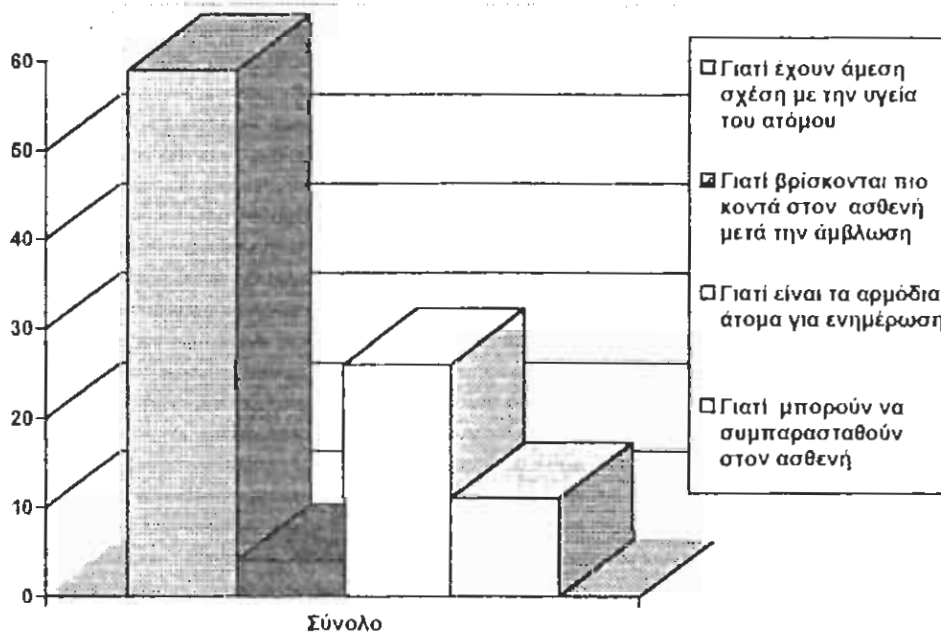
Ερώτηση 29η



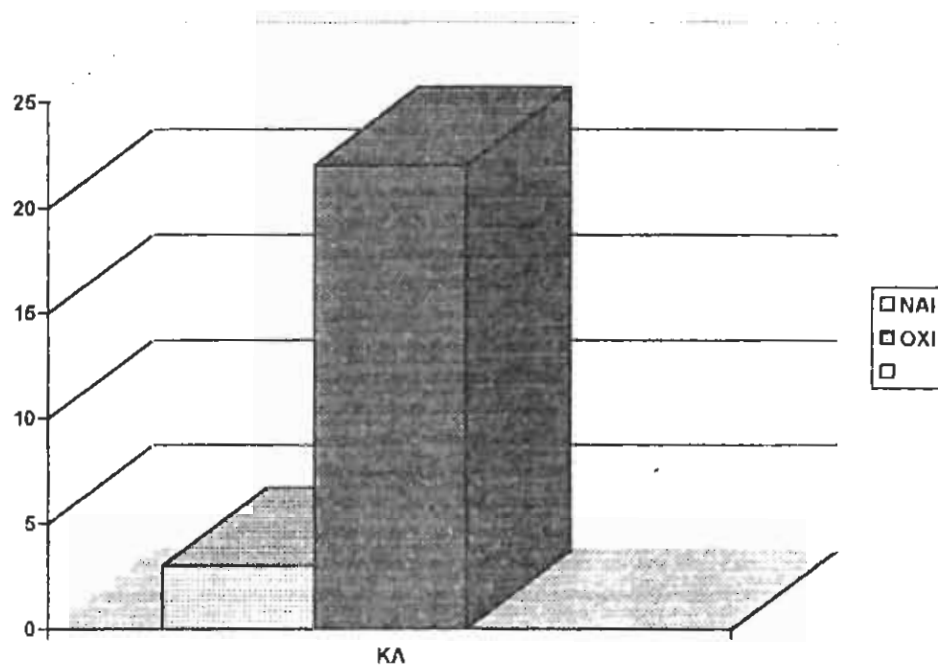
### Ερώτηση 30η



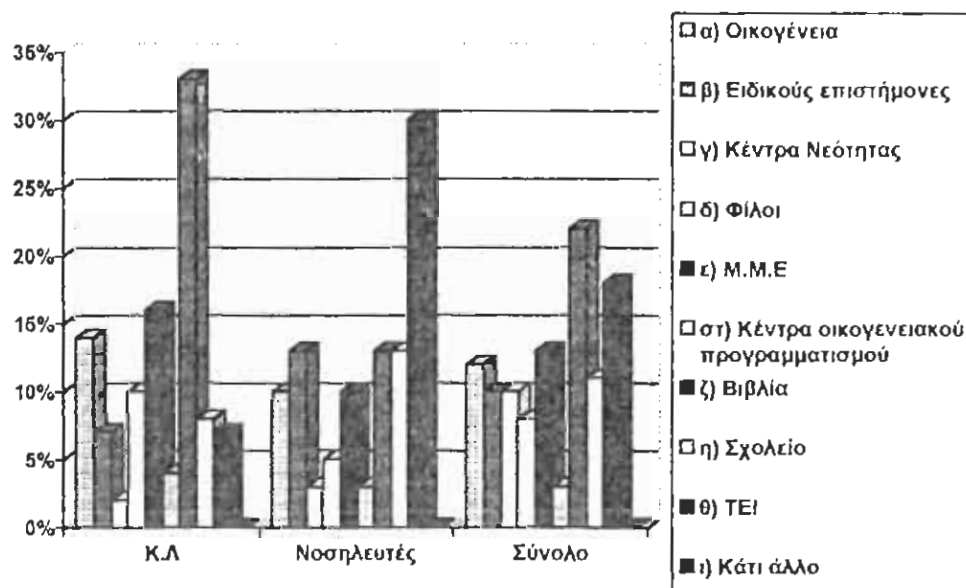
### Ερώτηση 31η



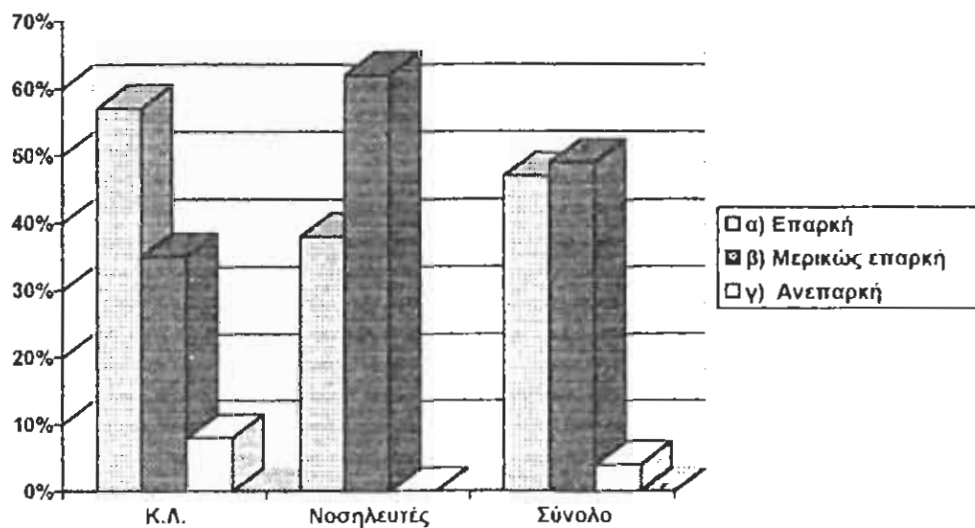
Ερώτηση 32η



Ερώτηση 38η



Ερώτηση 44η



**Συγκεκριμένα:**

Στις τρεις πρώτες ερωτήσεις όπου αναφερόμαστε στο σκοπό, στην έννοια και στις διαφορές του Ο.Π. με τον έλεγχο των γεννήσεων, παρατηρούμε ότι κανείς δεν απάντησε σε όλες τις επιλογές, αν και όλες ήταν σωστές.

Το ίδιο συμβαίνει και στην ερώτηση 4 όπου ρωτάμε το σκοπό της αντισύλληψης.

Στην ερώτηση (5) το μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύει πως ο Ο.Π. είναι απαραίτητος, σύμφωνα με το δημογραφικό πλαίσιο (δημογραφικό πρόβλημα στην Ελλάδα) και θεωρεί ότι ένας από τους κυριότερους λόγους είναι η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, όπως συμπεραίνουμε από την ερώτηση (6).

Στην ερώτηση (7) το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών θεωρεί ότι ο Ο.Π. δεν είναι γνωστός στο μεγαλύτερο μέρος του Ελληνικού λαού όχι τόσο εξαιτίας θεωρητικών απόψεων αλλά πρακτικών δυσκολιών και συγκεκριμένα εξαιτίας της έλλειψης ειδικευμένου προσωπικού για να κάνει σωστή ενημέρωση.

Το ίδιο συμβαίνει και στην ερώτηση (8) όπου η ανεπάρκεια υπηρεσιών Ο.Π είναι ένας από τους κυριότερους λόγους όπου κωλύεται η εφαρμογή του Ο.Π.

Στην ερώτηση (9) που αναφερόμαστε στην άμβλωση ως αξιόποινη πράξη ή μη βλέπουμε μια μεγάλη διαφορά στις απόψεις Κ.Λ. και Νοσηλευτών στο



συγκεκριμένο θέμα οι μεν Κ.Λ δε θεωρούν την άμβλωση αξιόποινη πράξη ενώ οι Νοσηλευτές τη θεωρούν.

Την ίδια διαφορά βλέπουμε και στην ερώτηση (10) όπου οι Κ.Λ θεωρούν ότι η άμβλωση δεν αποτελεί εγκληματική πράξη, σε αντίθεση με τους Νοσηλευτές.

Ως συνέχεια των δύο παραπάνω ερωτήσεων το 94% του συνόλου των σπουδαστών θεωρεί ότι ο κυριότερος λόγος για τον οποίο η άμβλωση αποτελεί εγκληματική πράξη είναι ότι η αφαίρεση ζωής αποτελεί έγκλημα ενώ υπάρχει και ένα μικρότερο ποσοστό που πιστεύει ότι η άμβλωση δεν πρέπει να γίνεται, όταν οι σκοποί δεν είναι θεραπευτικοί.

Στην ερώτηση (12) το 24% του συνόλου των σπουδαστών που είχαν απαντήσει ότι δε θεωρούν την άμβλωση εγκληματική πράξη, αιτιολογώντας το απάντησαν ότι δεν είναι έγκλημα, γιατί το έμβρυο δεν είναι ολοκληρωμένος οργανισμός τους πρώτους μήνες.

Το 36% πιστεύει ότι είναι καλύτερο μια έκτρωση παρά ένα ανεπιθύμητο παιδί, ενώ ένα 14% πιστεύει ότι η έκτρωση πρέπει να γίνεται, έτσι ώστε να μη στιγματίζεται η ανύπαντρη μητέρα.

Κάποια μικρά ποσοστά προβάλλουν ως λόγους ότι η έκτρωση πρέπει να γίνεται σε περίπτωση, αδυναμίας ανατροφής του παιδιού ή ότι η απαγόρευση της έκτρωσης αποτελεί καταστρατήγηση της ελεύθερης επιλογής του τρόπου ζωής.

Στην ερώτηση (13) έχουμε ακόμα μία μεγάλη διαφορά ανάμεσα στα δύο τμήματα συγκεκριμένα το 76% των Κ.Λ. συμφωνεί με τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων σε αντίθεση με το μεγαλύτερο μέρος των Νοσηλευτών, που διαφωνεί.

Στην ερώτηση (14) όπου έχουμε την άποψη της Εκκλησίας βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος των σπουδαστών θεωρεί ότι η άποψη της Εκκλησίας είναι μεν σωστή αλλά δε συμβαδίζει με τη σύγχρονη πραγματικότητα.

Στις ερωτήσεις (15) και (16) βλέπουμε μια αδιαφορία για τις απόψεις των γυναικείων σωματείων και κυρίως από τους Νοσηλευτές. Εδώ θα έπρεπε να επισημαίνουμε ότι από αυτούς που απάντησαν συμφωνούν με την άποψη ότι ο Ο.Π. δίνει δικαιώματα και πρωτοβουλίες στη γυναίκα.

Στις ερωτήσεις (17) και (18) παρατηρούμε ότι ένα πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό αγνοεί το αν υπάρχουν κέντρα Ο.Π. στην Ελλάδα. Από το μικρό ποσοστό που είχε γνώση, το 91% απάντησε ότι ο Ο.Π. εφαρμόζεται σε Νοσοκομεία ενώ το 9% στο Π.Ι.Κ.Π.Α.

Στις ερωτήσεις (19) και (20) το μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύει ότι οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κέντρα Ο.Π. είναι λιγότερο, επαρκείς απ'όσο θα έπρεπε, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό δεν εκφέρει γνώμη γι'αυτές τις υπηρεσίες. Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι σχετικά με τις προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για να λειτουργούν σωστά τα Κέντρα Ο.Π., το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι η καλύτερη και πληρέστερη ενημέρωση του ευρύ κοινού είναι η πιο βασική προϋπόθεση.

Στην ερώτηση (21), η πιο απαραίτητη προϋπόθεση που πρέπει να πληρεί το κράτος για να λειτουργεί σωστά ο Ο.Π., οι σπουδαστές θεωρούν ότι είναι η σχετική εκπαίδευση στα επαγγέλματα Υγείας και Πρόνοιας.

Από την ερώτηση (22) έως την (27) το ερωτηματολόγιο αναφέρεται μόνο στους Κ.Λ. Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι ο Κ.Λ. πρέπει να έχει γνώσεις σχετικά με την εφαρμογή του Ο.Π. σε οποιαδήποτε υπηρεσία και αν εργαστεί. Το 88% υποστηρίζει ότι δε δίδονται επαρκείς γνώσεις από τη Σχολή όσον αφορά τον Ο.Π. Το 96% πιστεύει ότι είναι απαραίτητη η παρουσία Κ.Λ. στα Κέντρα Ο.Π. διότι οι Κ.Λ. είναι πιο ευαίσθητοποιημένοι, έχουν σχετικές γνώσεις σ'αυτά τα θέματα και διαθέτουν τις απαραίτητες τεχνικές. Επίσης διότι είναι πιο κατάλληλοι για να κάνουν ενημέρωση και εκτός αυτών η Κοινωνική Εργασία (Κ.Ε) είναι επάγγελμα Υγείας και Πρόνοιας.

Το 84% δεν γνωρίζει αν προβλέπονται από το νόμο θέσεις Κ.Λ. στα Κέντρα Ο.Π. Όσον αφορά τα καθήκοντα που έχει ένας Κ.Λ. στα Κέντρα Ο.Π., αυτοί οι οποίοι απάντησαν ότι προβλέπονται από το νόμο θέσεις Κ.Λ., πιστεύουν ότι τα καθήκοντα αυτά είναι:

- η χειραφέτηση των ατόμων
- η ενημέρωση των ενδιαφερομένων
- η προσπάθεια ευαισθητοποίησης του κοινού και
- η ψυχολογική υποστήριξη.

Στη συνέχεια, από την ερώτηση (28) έως την (37) έχουμε ερωτήσεις που απευθύνονται μόνο στους Νοσηλευτές.

Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό των Νοσηλευτών θεωρεί ότι όπου και αν εργαστούν είναι αναγκαίο να έχουν γνώσεις σχετικά με την εφαρμογή του Ο.Π. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι δεν υπάρχουν μαθήματα που παρέχουν επαρκείς γνώσεις για τον Ο.Π. Παρ'όλα αυτά το 100% κρίνει ότι η ύπαρξη Νοσηλευτών στα Κέντρα Ο.Π. είναι απαραίτητη.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των Νοσηλευτών, θεωρεί ότι η παρουσία των Νοσηλευτών στα Κέντρα Ο.Π. είναι απαραίτητη γιατί έχει άμεση σχέση με την υγεία του ατόμου, γιατί είναι τα αρμόδια άτομα για ενημέρωση και τέλος γιατί βρίσκονται πιο κοντά στον ασθενή μετά την άμβλωση και μπορούν να του συμπαρασταθούν.

Ενα επίσης ενδιαφέρον αποτέλεσμα είναι ότι και οι Νοσηλευτές δεν γνωρίζουν εάν προβλέπονται από το νόμο θέσεις Νοσηλευτών στα Κέντρα Ο.Π. Ακόμη το μεγαλύτερο μέρος και συγκεκριμένα το 71% των Νοσηλευτών, πιστεύει ότι οι Νοσηλευτές θα πρέπει να αρνούνται κατηγορηματικά τη συμμετοχή τους σε άμβλωση.

Σε ερώτηση αν θα συμμετείχαν σε μια άμβλωση ως μέλη ιατρικού προσωπικού το μεγαλύτερο ποσοστό έδωσε αρνητική απάντηση. Το μικρό ποσοστό που στην παραπάνω ερώτηση απάντησε ΝΑΙ ή Μερικές φορές, δικαιολόγησε την απάντηση του λέγοντας ότι είναι καθήκον ή ότι φοβούνται τις κυρώσεις σε περίπτωση μη συμμετοχής.

Σε ερώτηση εάν είναι αντιδεοντολογική η συμμετοχή σε άμβλωση το μεγαλύτερο ποσοστό δίνει θετική απάντηση.

Από την ερώτηση (38) έως την ερώτηση (59) αναφερόμαστε σε προσωπικές απόψεις και στάσεις των σπουδαστών σχετικά με τα θέματα.

Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο μέρος των σπουδαστών, θεωρεί ως κύρια πηγή ενημέρωσης σε θέματα Ο.Π. και αντισύλληψης τα βιβλία, το ΤΕΙ, τα Μ.Μ.Ε και την Οικογένεια, κατά σειρά προτίμησης.

Το 96% του συνόλου των σπουδαστών θεωρεί αναγκαίο το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία. Το μεγαλύτερο μέρος των σπουδαστών αιτιολογεί την απάντησή του λέγοντας ότι συμβάλλει ( το μάθημα σεξουαλ. διαπαιδαγ.) στην απόκτηση γνώσεων σχετικά με την αντισύλληψη και τον Ο.Π. , στη διαμόρφωση υπεύθυνης συμπεριφοράς και την προστασία της υγείας του ατόμου.

Το μεγαλύτερο μέρος των σπουδαστών ενημερώθηκε για την αντισύλληψη σε ηλικία 14-18 ετών και θεωρούν την ενημέρωσή τους αυτή, το μεγαλύτερο μέρος μερικώς επαρκή και ένα μεγάλο ποσοστό επαρκή.

Το 94% του συνόλου των σπουδαστών παίρνουν κάποια μέτρα αντισύλληψης οι περισσότεροι για την αποφυγή εγκυμοσύνης και λιγότεροι για την αποφυγή λοιμωδών ασθενειών.

Το 87% του συνόλου των σπουδαστών πιστεύουν ότι η έκτρωση αφορά και τον άνδρα και τη γυναίκα και το 80% θεωρεί την έκτρωση επικίνδυνη.

Σε ερώτηση εάν έχουν κάνει έκτρωση ή έχουν έμμεσα αυτή την εμπειρία το μεγαλύτερο ποσοστό έδωσε αρνητική απάντηση στην ερώτηση, για το αν θα έκαναν κάποια στιγμή στο μέλλον έχουμε ένα μεγάλο ποσοστό που δίνει και εδώ αρνητική απάντηση, αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι θα το σκεφτόταν.

Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι θα έπαιρνε την απόφαση να κάνει έκτρωση ή θα συμβούλευε τη σύντροφό του να κάνει, σε περίπτωση κινδύνου της υγείας της εγκύου, καθώς και σε περίπτωση βιασμού.

Η ενημέρωση για τον Ο.Π., στο μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών έγινε σε ηλικία 14-18 ετών.

Το 51% θεωρεί την ενημέρωσή του για τον Ο.Π. μερικώς επαρκή. Το 85% υποστηρίζει ότι θα επισκεπτόταν κάποιο Κέντρο Ο.Π. και το μεγαλύτερο ποσοστό προβάλλει την υγεία ως τον κυριότερο λόγο για την απόφαση αυτή.

Το 96% πιστεύει ότι ο Ο.Π. έχει μεγάλη σημασία για την υγεία του ατόμου. Το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστών θεωρεί ότι ο Ο.Π. έχει μεγάλη επίδραση στον τομέα "Οικογένεια", στην ποιότητα ζωής, στη σχέση γονέα - παιδιού, στην ψυχική ηρεμία και ισορροπία της οικογένειας, καθώς και στη σχέση με τον/την ερωτικό/κή σύντροφο.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV**

Στην ενότητα που ακολουθεί στο πρώτο μέρος αναπτύσσεται μια γενική αξιολόγηση - κριτική των αποτελεσμάτων και στο δεύτερο μέρος παρουσιάζονται οι προτάσεις πάνω στο θέμα της έρευνας που έγινε.

## **ΓΕΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Για την καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας, θεωρήσαμε σωστό να τα χωρίσουμε θεωρητικά σε 3 γενικές ενότητες που είναι:

A) Γνώση - ενημέρωση - κρίσεις των σπουδαστών πάνω στο θέμα.

B) Εξειδικευμένα θέματα για την κάθε σχολή αντίστοιχα.

Γ) Προσωπικές στάσεις γύρω από το θέμα.

Στο τμήμα της γενικής αξιολόγησης των αποτελεσμάτων που αναφέρεται στις γνώσεις και στην Ενημέρωση των σπουδαστών στο θέμα που ερευνήσαμε εντύπωση μας έκανε η μη ολοκληρωμένη και επαρκής γνώση τους.

Ειδικότερα, αν και στο ερωτηματολόγιο θέταμε με την μορφή των πολλαπλών επιλογών κάθε πτυχή και ακριβή έννοια των όρων Ο.Π., (αντισύλληψης, αμβλώσεων) παρατηρούμε ότι ελάχιστοι ήταν αυτοί που απάντησαν στο σύνολο των επιλογών.

Θα' πρέπει να είναι ανησυχητικό λοιπόν το γεγονός της μερικής γνώσης τους, στα ανωτέρω θέματα, αφού αυτά σχετίζονται άμεσα με το επάγγελμα που θα εξασκήσουν.

Βέβαια ίσως κάποιοι από αυτούς τελειώνοντας να μην ασχοληθούν άμεσα με τον τομέα αυτό όμως μπορεί κάποια στιγμή στην διάρκεια της



καριέρας τους να χρειαστεί να ενημερώσουν ή να συμβουλευθούν άτομα που θα απευθυνθούν σ'αυτούς.

Μη ξεχνάμε ότι ως μέλη του κοινωνικού συνόλου όλοι μας οφείλουμε να γνωρίζουμε τα θέματα αυτά. Εξάλλου είναι απαραίτητα στοιχεία για τη σωστή οργάνωση της ζωής μας και την ομαλότερη εξέλιξη των διαπροσωπικών μας σχέσεων.

Οι ανησυχίες μας αυτές και οι προβληματισμοί μας φαίνεται να επιβεβαιώνονται από τους ίδιους τους σπουδαστές, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, αφού υποστηρίζουν ότι είναι πραγματικότητα η έλλειψη ενημέρωσης στον γενικό πληθυσμό και ότι το κράτος αδυνατεί να προσφέρει και να στηρίζει κάθε προσπάθεια στον τομέα αυτό.

Παράδειγμα αποτελούν οι ερωτήσεις 7 και 8 στις οποίες οι σπουδαστές έδωσαν ως κυριότερους λόγους της μη εφαρμογής του Ο.Π. και της μη διάδοσης αυτού στον Ελληνικό Λαό την έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού για την σωστή ενημέρωση.

Άμεση σχέση με τα παραπάνω έχει και η ερώτηση 17 όταν το μεγαλύτερο ποσοστό (72%) αγνοεί την ύπαρξη κέντρων Ο.Π.

Στο τμήμα αυτό που αναφέρεται στην γνώση και ενημέρωση των σπουδαστών υπάρχουν και ερωτήματα που ζητούν τη κριτική θεώρησή τους στο θέμα των αμβλώσεων.

Παρατηρούμε την ύπαρξη αντίθετων απόψεων μεταξύ ΚΛ και Νοσηλευτών.

Οι μεν Κ.Λ είναι θετικοί απέναντι στην άμβλωση, οι δε Νοσηλευτές αρνητικοί.

Στην ενότητα αυτή του ερωτηματολογίου αναφερόμαστε σε ορισμένα θέματα εξειδίκευσης που αφορούν τόσο τη σωστή λειτουργία των Κέντρων Οικογενειακού προγραμματισμού και το τι προβλέπει ο νόμος όσο και την επάρκεια των γνώσεων που προσφέρει το Τ.Ε.Ι. Επίσης αναφερόμαστε στο κατά πόσο θεωρείται αντιδεοντολογική η συμμετοχή των Νοσηλευτών στις αμβλώσεις.

Σύμφωνα λοιπόν με τις απαντήσεις που έχουμε πάρει παρατηρούμε ότι και τα δύο τμήματα δεν έχουν ενημέρωση σχετικά με την ακριβή λειτουργία των Κέντρων Ο.Π. ούτε και με το τι ορίζει ο νόμος για τις θέσεις εργασίας σε αυτά. Αν και περιμέναμε πως θα συμφωνούσαν με όλες τις επιλογές εντούτοις προτίμησαν να απαντήσουν κάποιες από αυτές. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι στο ΤΕΙ δεν υπάρχουν βιβλία που να παρέχουν ολοκληρωμένες γνώσεις για τον Ο.Π. Αυτό όμως θα δικαιολογούσε τους Κ.Λ. οι περισσότεροι από τους οποίους συμφωνούν με την παραπάνω άποψη. Δε θα δικαιολογούσε όμως τους Νοσηλευτές οι οποίοι, αν και συμφωνούν ότι δεν τους παρέχονται οι επαρκής γνώσεις, το ποσοστό που πιστεύει ότι δεν έχει ενημέρωση είναι κατά πολύ μικρότερο από αυτό των Κ.Λ. Πάντως, αυτή η διαφορά δείχνει πως η σχολή της Κοινωνικής Εργασίας έχει δώσει μεγαλύτερη βαρύτητα στο θέμα από ότι η Νοσηλευτική.

Τέλος, αξίζει να αναφέρουμε την εξής διαπίστωση: στους Νοσηλευτές υπάρχει έντονη η αντίδραση για την τυχόν συμμετοχή τους σε μια άμβλωση.

Θεωρούν ότι εναντιώνεται στο σκοπό του επαγγέλματός τους. Το μικρό ποσοστό που θα συμμετείχε θα το έκανε καθαρά από καθήκον (Ερωτήσεις 34-37).

Το παραπάνω συμπέρασμα θα μπορούσε να εξηγηθεί ως εξής:

Η νοσηλευτική είναι μια σχολή πιστή στις παραδόσεις για την προστασία της υγείας του ατόμου. Βέβαια δεν ξέρουμε αν αυτό συμβαίνει μόνο στο συγκεκριμένο ΤΕΙ ή αν παρατηρείται και σε άλλες σχετικώς σχολές. Αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει στοιχείο έρευνας για όσους θα ήθελαν να ασχοληθούν.

Ακόμη θα θέλαμε να αναφέρουμε ότι τουλάχιστον στη συγκεκριμένη σχολή, η πλειοψηφία των καθηγητών ανήκει στην παλιά γεννιά των Νοσηλευτών όπου επεμβάσεις όπως οι αμβλώσεις τις θεωρούσαν απαράδεκτες να γίνονται, είναι φυσικό λοιπόν άμεσα ή έμμεσα να οδηγούνται και οι σπουδαστές προς αυτή την κατεύθυνση (το αναφέρουμε ως γεγονός, χωρίς να κρίνουμε αν είναι σωστό ή λάθος).

Στο τρίτο και τελευταίο μέρος της έρευνάς μας έχουμε τις προσωπικές στάσεις του συνόλου των σπουδαστών γύρω από το θέμα "Οικογενειακός Προγραμματισμός - Αντισύλληψη - Αμβλώσεις".

Στο τρίτο αυτό μέρος είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε ότι καταρχήν οι σπουδαστές θεωρούν το ΤΕΙ έναν από τους κύριους φορείς ενημέρωσης τους σε θέματα αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού, μαζί με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα βιβλία και την οικογένεια.

Θεωρούν, αναγκαία την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στα σχολεία, έτσι ώστε τα παιδιά να μην χρειάζεται να μπουν σε κάποια σχετική σχολή για να μάθουν περισσότερο τα θέματα οικογενειακός προγραμματισμός και αντισύλληψη.

Πράγμα που όπως πιστεύουν θα συμβάλλει στη διαμόρφωση υπεύθυνης συμπεριφοράς και στην προστασία της υγείας τους.

Ενα εξίσου σημαντικό σημείο προς αναφορά είναι ότι ένα μεγάλο μέρος των σπουδαστών θεωρεί την ενημέρωσή τους για την αντισύλληψη μερικώς επαρκή.

Πραγμα που δεν είναι ανάλογο με την ηλικία των σπουδαστών, (18-24) αφού οι περισσότεροι δηλώσαν ότι έχουν ολοκληρωμένες σχέσεις.

Είναι όμως κάτι που δεν μας ξενίζει, όταν σκεφτούμε την Ελληνική πραγματικότητα, που παρ'όλες τις προσπάθειες για αλλαγές στο θέμα αυτό τα τελευταία χρόνια, το αποτέλεσμα μένει το ίδιο. Δηλαδή οι Έλληνες έφηβοι να προχωρούν στο θέμα του σεξ με κλειστά τα μάτια. Πράγμα που όλοι πλέον γνωρίζουμε τις επικίνδυνες ή και θανατηφόρες επιπτώσεις που έχει (AIDS και εκτρώσεις κ.λ.π).

Η μερικώς επαρκή τους γνώση γύρω από θέματα οικογενειακού προγραμματισμού - αντισύλληψης φαίνεται και από τα αντισυλληπτικά μέσα που γνωρίζουν ή χρησιμοποιούν αλλά και από τους λόγους που τα χρησιμοποιούν (βλ. ερώτηση 48) όπου το μεγαλύτερο μέρος κυρίως των

σπουδαστών χρησιμοποιεί αντισυλληπτικά μέσα για την αποφυγή εγκυμοσύνης και παραβλέπει άλλους σημαντικότερους.

Παρόλα αυτά, οι σπουδαστές θεωρούν την έκτρωση επικίνδυνη, και το μεγαλύτερο μέρος δεν έχει κάνει, ούτε θα ήθελε να κάνει έκτρωση στο μέλλον.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να δούμε και τη διαφοροποίηση των δύο ομάδων σπουδαστών (Κ.Λ νοσηλευτές).

Συγκεκριμένα (στην ερώτηση 52) για το εάν θα κάνουν στο μέλλον ίσως έκτρωση, βλέπουμε ότι οι Κοιν. λειτουργοί είναι πιο ελαστικοί στο θέμα αυτό ενώ οι νοσηλευτές είναι πιο κατηγορηματικοί, δίνοντας ένα 67% στο όχι.

Σχολιάζοντας την παραπάνω διαφορά μπορούμε κάλλιστα να πούμε ότι οι νοσηλευτές λόγω επαγγέλματος ίσως έχουν μια πιο μεγάλη ενημέρωση - γνώση αυτής. Για αυτό το λόγο, και δίνουν με μεγαλύτερη σιγούρια την αρνητική απάντηση.

Τέλος αναφερόμενοι στον Ο.Π βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος θεωρεί μερικώς επαρκή τη γνώση του γύρω από τον Ο.Π., πράγμα καθόλου παρήγορο μια που δεν αναφερόμαστε μόνο σε νέους ανθρώπους, αλλά και σε μελλοντικούς ειδικούς, που σε πολύ λίγο χρονικό διάστημα ίσως καλεστούν να βοηθήσουν ως επαγγελματίες πια κάποιους άλλους που θα το έχουν ανάγκη.

Παρόλα αυτά το παρήγορο είναι το έκδηλο ενδιαφέρον για ενημέρωση, μια που το μεγαλύτερο ποσοστό θα επισκεφτόταν ένα κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού. Αφού πιστεύουν ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή του ανθρώπου και ότι μπορεί να του εξασφαλίσει μια “υγιή” οικογένεια και μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Μετά την αξιολόγηση των συμπερασμάτων μας θεωρήσαμε αναγκαίο να προβούμε σε συγκεκριμένες προτάσεις που μπορούν να συμβάλλουν στην καλύτερη και πιο ολοκληρωμένη γνώση και ενημέρωση των σπουδαστών σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού - αντισύλληψης - αμβλώσεων:

- Υπαρξη περισσότερων και ειδικότερων μαθημάτων και στις δύο σχολές για τα παραπάνω θέματα.
- Άμεση επαφή των σπουδαστών μέσω της πρακτικής εξάσκησης με αυτά τα θέματα σε νοσοκομεία και Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- Συνεχή Ενημέρωση των σπουδαστών από ειδικούς (σεμινάρια, ημερίδες κ.τ.λ)
- Η διδασκαλία να γίνεται από ειδικούς επιστήμονες.
- Επισκέψεις των σπουδαστών στα πλαίσια κάποιων εργαστηριακών μαθημάτων σε Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- Ενημέρωση κυρίως των τελειοφοίτων για θέματα που αφορούν τις θέσεις εργασίας και τα υπάρχοντα κέντρα.
- Την εισαγωγή του μαθήματος “σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης” στα σχολεία ουσιαστικά και όχι τυπικά.
- Τέλος την καλύτερη οργάνωση των Κέντρων Ο.Π και την ουσιαστικότερη και πληρέστερη ενημέρωση του ευρύ κοινού.





- α) Τον προγραμματισμό της οικογενειακής κατάστασης μιας οικογένειας.
- β) Τον έλεγχο των γεννήσεων
- γ) Το να διδάξει κάθε ζευγάρι πως να ρυθμίζει το μέγεθος της οικογένειας του.
- δ) Το να διδάξει κάθε ζευγάρι τους σωστούς τρόπους ανατροφής των παιδιών του.
- ε) Δεν έχω γνώμη.

3. Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι πιο βασικές διαφορές ανάμεσα στον οικογενειακό προγραμματισμό και στον έλεγχο των γεννήσεων;

- α) Έχουν διαφορετικούς στόχους.
- β) Έχουν διαφορετικά κριτήρια ως προς τη χρήση τεχνικών μέσων.
- γ) Διαφέρουν ως προς την ιδεολογική και αιτιολογική τοποθέτηση.
- δ) Το α και το β
- ε) Το β και το γ
- στ) Το α και το γ
- ζ) Όλα τα παραπάνω
- η) Δεν γνωρίζω

4. Ποιος πιστεύετε ότι είναι ο σκοπός της αντισύλληψης;

(Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απαντήσεις).

- α) Η αποφυγή των εκτρώσεων.
- β) Η αποφυγή εγκυμοσύνης
- γ) Η αποφυγή λοιμωδών ασθενειών.
- δ) Η αποφυγή άγχους - καλύτερη ικανοποίηση.
- ε) Η αποφυγή άλλων ασθενειών.
- στ) Κάτι άλλο
- ζ) Δεν γνωρίζω

5. Πιστεύετε ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι απαραίτητος σύμφωνα με το δημογραφικό πρόβλημα;

Ναι  Όχι  Ίσως  Δεν γνωρίζω

6. Αν απαντήσατε "ναι" στην προηγούμενη ερώτηση για ποιούς λόγους πιστεύετε ότι είναι απαραίτητος;

(Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις).

- α) Μείωση της θνησιμότητας.
- β) Μείωση της γεννητικότητας (συνειδητοποίηση ότι είναι επιθυμητό να υπάρχει μικρότερος αριθμός παιδιών στην οικογένεια).
- γ) Ανοδος του βιοτικού επιπέδου.
- δ) Αυξημένες απαιτήσεις της ζωής.
- ε) Επιθυμία βελτίωσης της ζωής.

- στ) Επίθυμία των γονέων για τη βελτίωση της ζωής των παιδιών τους.
- ζ) Οικονομικά βάρη που συνεπάγεται η βελτίωση της ποιότητας ζωής.
- η) Δεν γνωρίζω.

7. Για ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός δεν είναι γνωστός στο μεγαλύτερο μέρος του Ελληνικού λαού;

(Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις).

- α) Είναι ενάντια στη χριστιανική θρησκεία
- β) Είναι ξενόφερτη ιδέα που προσπαθεί να καταστρέψει τα ήθη και τα έθιμα μας.
- γ) Είναι ένα από τα αίτια διάσπασης της οικογένειας.
- δ) Δεν υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για να κάνει σωστή ενημέρωση.
- ε) Υψηλό κόστος μερικών μεθόδων ενημέρωσης.
- στ) Αρνηση του κράτους για την δωρεάν παροχή προγραμμάτων.
- ζ) Δεν γνωρίζω.

8. Για ποιους από τους παρακάτω λόγους πιστεύετε ότι κωλύεται η εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού;

(Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις.)

- α) Ελλειψη ενημέρωσης.

- β) Αντιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη.
- γ) Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα που αντιστρατεύονται τη διάδοση των προγραμμάτων του οικογενειακού προγραμματισμού.
- δ) Ανεπάρκεια υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού
- ε) Αδυναμία εφαρμογής ειδικών μεθόδων αντισύλληψης.
- στ) Ελλειψη θέσεων εργασίας.
- ζ) Δεν γνωρίζω.

9. Ο νόμος μέχρι και το 1992 θεωρούσε την άμβλωση ως αξιόποινη πράξη, στρεφόμενη κατά της ζωής του εμβρύου και τιμωρούνταν ως ανθρωποκτονία με ποινές όχι ευκαταφρόνητες τόσο για την γυναίκα όσο και για τον γιατρό ή τον οποιονδήποτε άλλον έκανε την άμβλωση. Συμφωνείτε με αυτά που ορίζει ο νόμος;

Ναι  Όχι  Δεν έχω γνώμη

10. Σύμφωνα με την Ελληνική νομοθεσία όπως ίσχυε μέχρι το 1992 όσον αφορά την άμβλωση ή έκτρωση : "Ο νόμος εννοεί την τεχνητή έκτρωση , η οποία γίνεται για θεραπευτικούς ή εγκληματικούς (συνήθως) σκοπούς".

Συμφωνείτε με τον όρο "εγκληματικούς σκοπούς";

Ναι  Όχι  Δεν έχω γνώμη

11. Αν απαντήσατε "ναι" για ποιούς λόγους;

.....  
.....

12. Αν απαντήσατε "όχι" για ποιούς λόγους;

.....  
.....

13. Από το 1992 και μετά οι αμβλώσεις δεν θεωρούνται πλέον αξιόποινη πράξη. Συμφωνείτε με την νομιμοποίηση αυτών;

Ναι  Όχι  Δεν έχω γνώμη

14. Η εκκλησία καταδικάζει την άμβλωση ως ανθρωποκτονία γιατί από Χριστιανικής απόψεως "ανθρώπινο έμβρυο=ψυχή + σώμα = άνθρωπος". Πως βλέπετε αυτή την άποψη;

- α) Απόλυτα σωστή
- β) Σωστή αλλά δεν συμβαδίζει με την κοινωνική πραγματικότητα
- γ) Λανθασμένη
- δ) Υπερβολική
- ε) Δεν γνωρίζω

15 Τα γυναικεία σωματεία συμφωνούν με τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων για τους παρακάτω λόγους:

- α) Για την προστασία της υγείας της γυναίκας
- β) Γιατί η γυναίκα μαζί με την οικονομική και πολιτικοκοινωνική χειραφέτηση πρέπει να χειραφετηθεί και από το καθήκον της μητρότητας
- γ) Για οικονομικούς λόγους (να γίνονται στα νοσοκομεία δωρεάν)

δ) Η έκτρωση είναι δικαίωμα της γυναίκας, γιατί κάθε γυναίκα έχει

δικαίωμα στο σώμα της

ε) Γιατί έτσι συμβαίνει (νομιμοποίηση της αμβλώσης) σε όλες τις

πολιτισμένες χώρες του κόσμου

Με ποιές από τις παραπάνω απόψεις συμφωνείτε;

Αν διαφωνείτε με όλες αφήστε κενή την ερώτηση και προχωρήστε στην επόμενη.

16. Τα γυναικεία κινήματα είναι υπέρ του οικογενειακού προγραμματισμού γιατί :

α) Ο οικογενειακός προγραμματισμός δέχεται

και τις εκτρώσεις

β) Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ένα μέσο της γυναικείας

χειραφέτησης και απελευθέρωσης

γ) Ο οικογενειακός προγραμματισμός δίνει δικαιώματα και

πρωτοβουλίες στη γυναίκα τόσο για το σώμα της όσο και

για την οικογένειά της

Με ποιά ή με ποιές από τις παραπάνω απόψεις συμφωνείτε ;

Αν διαφωνείτε με όλες αφήστε κενή την ερώτηση και προχωρείστε στην επόμενη.

17. Γνωρίζετε αν υπάρχουν κέντρα στην Ελλάδα που εφαρμόζουν τον οικογενειακό προγραμματισμό σε άτομα, οικογένειες ή στην κοινότητα;

Ναι  Όχι

18. Αν απαντήσατε "ναι", (σύμφωνα με τις γνώσεις σας) αναφέρατε

μερικά από αυτά.

α).....

β).....

γ).....

δ).....

19. Αν γνωρίζετε κάποια κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού πως κρίνετε τις υπηρεσίες που προσφέρουν;

α) επαρκείς

β) αρκετά επαρκείς

γ) λίγο επαρκείς

δ) καθόλου επαρκείς

ε) Δεν έχω γνώμη

20. Κατά τη γνώμη σας ποιές από τις παρακάτω προϋποθέσεις είναι απαραίτητες για να λειτουργήσουν σωστά τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού;

α) Λειτουργία κέντρων σε 24ωρη βάση

β) Τα κέντρα εφαρμογής οικογενειακού προγραμματισμού να βρίσκονται σε πολυσύχναστα μέρη της πόλης

γ) Καλύτερη και πληρέστερη ενημέρωση του ευρύ κοινού

δ) Κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό

ε) Αρτια εξοπλισμένα κέντρα εφαρμογής

στ)Ειδικές ευκολίες στα πνευματικά ανάπηρα άτομα, στους αρρώστους και σε αυτούς που έχουν σεξουαλικά προβλήματα

ζ) Δεν έχω γνώμη

21. Ποιές προϋποθέσεις πρέπει να πληρούνται από το κράτος έτσι ώστε να λειτουργεί σωστά ο οικογενειακός προγραμματισμός ;

( Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις).

- α) Σχετική εκπαίδευση στα επαγγέλματα Υγείας και Πρόνοιας
- β) Επαρκή στελέχωση των αρμοδίων υπηρεσιών
- γ) Ολοκληρωμένη ενημέρωση του ευρύ κοινού
- δ) Πρακτική εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού από υπεύθυνα κρατικά όργανα
- ε) Κάτι άλλο
- στ) Δεν γνωρίζω

22. Σε ποιές από τις παρακάτω περιπτώσεις πιστεύετε ότι είναι αναγκαίο για έναν Κοινωνικό Λειτουργό να έχει γνώσεις σχετικά με την εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού ;

- α) Αν εργαστεί σε κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού
- β) Αν εργαστεί σε κάποιο νοσοκομείο ή κέντρο Υγείας
- γ) Αν εργαστεί σε σχολείο ή σε κάποιο ίδρυμα
- δ) Οπου και αν εργαστεί
- ε) Σε καμιά περίπτωση
- στ) Δεν γνωρίζω



23. Εσείς ως τελειόφοιτος - η, πιστεύετε ότι υπάρχουν μαθήματα με τα οποία παρέχονται επαρκείς γνώσεις για τον οικογενειακό προγραμματισμό;

Ναι  Οχι

24. Κρίνετε ότι η ύπαρξη Κοινωνικού Λειτουργού στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι απαραίτητη;

Ναι  Οχι

25. Αν "ναι" για ποιούς λόγους πιστεύετε πως είναι απαραίτητη η παρουσία των Κοινωνικών Λειτουργών στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.

Αναφέρατε μερικούς.

α).....

β).....

γ).....

26. Προβλέπονται από το νόμο θέσεις Κοινωνικού Λειτουργού για τον οικογενειακό προγραμματισμό;

Ναι  Οχι  Δεν γνωρίζω

27. Αν "ναι", ποιά είναι τα καθήκοντα που προβλέπονται;

Αναφέρατε μερικά.

α).....

β).....

γ).....

δ).....

28. Σε ποιά περίπτωση από τις παρακάτω είναι αναγκαίο για ένα Νοσηλεύτη να έχει γνώσεις σχετικά με την εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού;

- α) αν εργαστεί σε κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού
- β) αν εργαστεί σε κάποιο νοσοκομείο ή κέντρο Υγείας
- γ) αν εργαστεί σε κάποιο ίδρυμα
- δ) όπου και αν εργαστεί
- ε) σε καμιά περίπτωση
- στ) Δεν γνωρίζω

29. Εσείς ως τελειόφοιτος - η, πιστεύετε ότι υπάρχουν μαθήματα που παρέχουν επαρκείς γνώσεις για τον οικογενειακό προγραμματισμό;

Ναι                       Όχι

30. Κρίνετε ότι η ύπαρξη Νοσηλευτών στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού είναι απαραίτητη;

Ναι                       Όχι

31. Αν "ναι", για ποιούς λόγους πιστεύετε πως είναι απαραίτητη η παρουσία των Νοσηλευτών σε κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού;

Αναφέρετε μερικούς.

- α).....
- β).....
- γ).....

32. Γνωρίζετε αν προβλέπονται από το νόμο θέσεις Νοσηλευτών στα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού;

Ναι  Οχι

33. Αν "ναι", ποιά είναι τα καθήκοντα που προβλέπονται;

Αναφέρατε μερικά.

α).....

β).....

γ).....

34. Ποιά θα πρέπει να είναι η στάση του Νοσηλευτή απέναντι στις αμβλώσεις;

α) Θα πρέπει να αρνείται κατηγορηματικά τη συμμετοχή του

β) Θα πρέπει να έχει άκριτη συμμετοχή

γ) Να συμμετέχει ακόμη και αν δεν συμφωνεί με την όλη διαδικασία

δ) Δεν έχω γνώμη

35. Εσείς θα συμμετείχατε σε μία άμβλωση, ως μέλος ιατρικού προσωπικού;

Ναι  Οχι  Μερικές φορές

36. Αν απαντήσατε "ναι" ή "μερικές φορές", για ποιούς από τους παραπάνω λόγους θα συμμετείχατε;

α) Είναι καθήκον

β) Ενδέχεται να υπάρξουν κυρώσεις (σε περίπτωση μη συμμετοχής) για την περαιτέρω πορεία της εργασίας

- γ) Η συμμετοχή προβλέπεται από την Νομοθεσία
- δ) Κάτι άλλο

37. Θεωρείτε αντιδεοντολογική τη συμμετοχή σε μιά άμβλωση ενός  
ιατρού ή νοσηλεύτη;

- Ναι  Όχι  Μερικές φορές

38. Από ποιούς φορείς έγινε η ενημέρωσή σας σχετικά με τον  
οικογενειακό προγραμματισμό;

(Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- α) Οικογένεια
- β) Ειδικούς επιστήμονες
- γ) Κέντρα Νεότητας
- δ) Φίλοι
- ε) Μ.Μ.Ε
- στ) Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού
- ζ) Βιβλία
- η) Σχολείο
- θ) ΤΕΙ
- ι) Κάτι άλλο

39. Από ποιούς φορείς έγινε η ενημέρωσή σας για την αντισύλληψη;

(Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις).

- α) Οικογένεια
- β) Ειδικούς Επιστήμονες
- γ) Κέντρα Νεότητας

- δ) Φίλοι
- ε) Μ.Μ.Ε
- στ) Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού
- ζ) Βιβλία
- η) Σχολείο
- θ) Τ.Ε.Ι
- ι) Κάτι άλλο

40. Κρίνετε ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση έχει άμεση και κύρια σχέση με τον οικογενειακό προγραμματισμό και την αντισύλληψη;

Ναι  Οχι  Δεν γνωρίζω

41. Κρίνετε σκόπιμη την ύπαρξη σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ως μάθημα στα σχολεία;

Ναι  Οχι  Δεν έχω γνώμη

42. Αν απαντήσατε "ναι" στην προηγούμενη ερώτηση για ποιους από τους παρακάτω λόγους;

(Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις.)

- α) Απόκτηση γνώσεων σχετικά με την αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό
- β) Διαμόρφωση υπεύθυνης συμπεριφοράς
- γ) Κατάλληλη επιλογή συντρόφου
- δ) Προστασία της υγείας του ατόμου
- ε) Κάτι άλλο

43. Σε ποιά ηλικία σας έγινε η πρώτη ενημέρωση για την αντισύλληψη;

- α) 12-14
- β) 14-18
- γ) 18-21
- δ) 21-25
- ε) Σε άλλη ηλικία

44. Θεωρείτε την ενημέρωσή σας για την αντισύλληψη:

- α) Επαρκή
- β) Μερικώς επαρκή
- γ) Ανεπαρκή

45. Ποιές αντισυλληπτικές μεθόδους γνωρίζετε;

- α) Πλύση
- β) Διακεκομμένη συνουσία
- γ) Προφυλακτικό
- δ) Σπερματοκτόνα
- ε) Χάπι
- στ) Αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων κατά τη γόνιμη περίοδο
- ζ) Κάτι άλλο

46. Εσείς ή ο / η ερωτικός / ή σύντροφος σας παίρνετε κάποια μέτρα αντισύλληψης;

- Ναι       Όχι       Μερικές φορές

47. Αν "ναι" ποιά είναι αυτά;

- α) πλύση
- β) Διακεκομμένη συνουσία
- γ) Προφυλακτικό
- δ) Σπερματοκτόνα
- ε) Χάπι
- στ) Αποφυγή σεξουαλικών σχέσεων  
κατά τη γόνιμη περίοδο
- ζ) Κατι άλλο

48. Αν απαντήσατε "ναι" στην ερώτηση 48 ποιοι είναι οι λόγοι που ωθούν  
εσάς ή την-τον ερωτική-ό σύντροφο σας να λαμβάνετε κάποια  
αντισυλληπτικά μέτρα;

(Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις.)

- α) Αποφυγή εγκυμοσύνης
- β) Αποφυγή λοιμωδών ασθενειών
- γ) Πίεση από το περιβάλλον και από τον σύντροφο
- δ) Αποφυγή άγχους-καλύτερη ικανοποίηση
- ε) Ενδιαφέρον προς τον σύντροφο
- στ) Κάτι άλλο

49. Τι γνώμη έχετε για την έκτρωση;

- α) Είναι επικίνδυνη
- β) Είναι ακίνδυνη αν γίνει σε κλινική-χειρουργείο-  
νοσοκομείο

- γ) Είναι ακίνδυνη αν γίνει από γιατρό
- δ) Είναι εύκολη και προσιτή
- ε) Δεν έχω γνώμη
50. Πιστεύετε ότι η έκτρωση αφορά:
- α) Τον άνδρα
- β) Την γυναίκα
- γ) Και τους δύο
51. Έχετε κάνει ποτέ σας έκτρωση ή έχετε έμεσα αυτή την εμπειρία επειδή ήρθε στη θέση αυτή η σύντροφος σας;
- Ναι       Όχι       Δεν απαντώ
52. Εάν απαντήσατε "όχι" στην προηγούμενη ερώτηση, θα κάνατε κάποια φορά στη ζωή σας ή θα συμβουλευάτε την σύντροφο σας να κάνει;
- Ναι       Όχι       Ισως       Δεν απαντώ
53. Εάν αποφασίζατε να κάνετε έκτρωση για ποιούς από τους παρακάτω λόγους θα το κάνατε ή θα συμβουλευάτε την σύντροφό σας να κάνει; (Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις.)
- α) Σε περίπτωση βιασμού
- β) Σε περίπτωση μικρής ηλικίας
- γ) Επειδή θα σας το επέβαλε η οικογένεια
- δ) Επειδή θα σας το επέβαλε ο σύντροφος



ε) Σε περίπτωση κινδύνου της υγείας της εγκύου

στ) Κάτι άλλο

54. Σε ποιά ηλικία ενημερωθήκατε για τον οικογενειακό προγραμματισμό;

α) 12-14

β) 14-18

γ) 18-21

δ) 21-25

ε) Σε άλλη ηλικία

55. Θεωρείτε την ενημέρωσή σας σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό :

α) Επαρκή

β) Μερικώς επαρκή

γ) Ανεπαρκή

56. Θα επισκεφτόσασταν ποτέ κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού;

Ναι  Οχι  Ίσως

57. Αν απαντήσατε "ναι" στην προηγούμενη ερώτηση για ποιούς από τους παρακάτω λόγους;

( Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μία απαντήσεις)

α) Για έλεγχο των γεννήσεων

β) Για λόγους υγείας

- γ) Σε περίπτωση στειρότητας
- δ) Σε περίπτωση υιοθεσίας
- ε) Κάτι άλλο
58. Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού έχει σημασία για τη ζωή του ατόμου;
- Ναι  Οχι  Μερικές φορές
59. Αν απαντήσατε "ναι" στην προηγούμενη ερώτηση, σε ποιούς από τους παρακάτω τομείς της ζωής έχει επίδραση;
- α) Στην οικογένεια
- β) Στη σχέση με τον-την ερωτικό-ή σύντροφο
- γ) Στις σχέσεις γονέα-παιδιού
- δ) Στην προστασία της υγείας της μητέρας ή των παιδιών
- ε) Σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής
- στ) Προσφέρει ψυχική ηρεμία και ισορροπία στην οικογένεια
- ζ) Κάτι άλλο

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Αλεξόπουλου Ανδρέα καθηγητή Εφαρμογών "Εγχειρίδιο Δημογραφίας"  
Πάτρα 1986.
- Δορδοφόκη. Ειρήνη. "Αμβλώσεις, ο αφανισμός του γένους" Ελληνική  
Ευρωεκδοτική, 1985.
- Δετοράκης Ιωάννης "Οικογενειακός Προγραμματισμός -Αντισύλληψη.  
Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση" Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1988.
- Τριχοπούλου Αντωνία - Τριχόπουλος Δημήτριος "Προληπτική Ιατρική"  
Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισσιανός, Αθήνα 1986.
- Κακολήρη Ιωάννα - Καπερώνη Μαρία "Στόχοι - Μοντέλα, υπηρεσίες, λόγοι  
που δεν επιτρέπουν την ευρύτερη εφαρμογή - διάδοση του δεσμού"  
Πτυχιακή Εργασία Αθήνα 1994.
- Παπαευαγγέλου Γ. Ρουμελιώτου - Καραγιάννη Α. "Αρχές και μέθοδοι  
οικογενειακού προγραμματισμού" Ιατρικές Εκδόσεις, Λεοντιάδης,  
Αθήνα 1979.
- Πρακτικά της Βουλής των Ελλήνων (νόμος υπαριθμ. (609/1986) "Τεχνητή  
διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της υγείας και άλλες  
διατάξεις" Αθήνα 1986.
- Σημειώσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. "Στόχος  
οικογενειακού προγραμματισμού". Αθήνα 1988.
- Έντυπα της ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα  
1979.

Βαλάτη - Αδάμ - Ελένη. "Σεξουαλική υγεία - ο ρόλος των ειδικών" Εκλογή:

Τεύχος 58 Αύγουστος 1982 σελ. 58.

Φίλια Βασίλη "Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών  
έρευνών" GUTENBERG - ΑΘΗΝΑ 1994.