



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: «Η θέση του νοσηλευτικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας του νομού Λάρισας, Καρδίτσας και Τρικάλων σχετικά με τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού»

Γκριζιώτη Ζωή
Μαία Κ.Υ. Λάρισας

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΜΕΣΣΗΝΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ, Λέκτορας Μαιευτικής & Γυναικολογίας,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

ΠΑΠΑΣΤΕΡΓΙΟΠΟΥΛΟΥ ΛΟΥΛΟΥΔΑ, Διευθύντρια ΕΣΥ, Μαιευτική
και Γυναικολογική Κλινική ΠΓΝ Λάρισας

ΚΟΥΚΟΥΡΑ ΟΥΡΑΝΙΑ, Επιμελήτρια Ά, Μαιευτική και Γυναικολογική
Κλινική ΠΓΝ Λάρισας

Λάρισα, 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Title: « Attitude of nursing staff in the Health Centers of the prefectures of Larissa, Karditsa and Trikala on Family Planning services»

Larissa 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ-ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	10
1.1.Ορισμός Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	10
1.2.Ιστορική αναδρομή Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	11
1.3.Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού - International Planned Parenthood Federation (IPPF).....	13
1.4.Ο θεσμός του Οικογενειακού Προγραμματισμού στον κόσμο.....	15
1.5.Ο θεσμός του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	20
2.1.Στόχοι, οφέλη και υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	20
2.1.1.Έφηβοι.....	20
2.1.2.Τεχνητές διακοπές των κυήσεων.....	21
2.1.3.Πρόληψη Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Λοιμώξεων.....	21
2.1.4.Σεξουαλική αγωγή.....	22
2.1.5.Κοινωνία.....	22
2.2.Πάροχοι υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	23
2.3.Εμπόδια για την παροχή υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	25
3.1.Ο ρόλος των νοσηλευτών στο θεσμό του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	25
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	28
4.1.Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	28
4.2.Πληθυσμός μελέτης.....	28
4.3.Μεθοδολογία έρευνας.....	29
4.4.Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	29
4.5.Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	30
4.6. Αποτελέσματα.....	30
4.6.1.Περιγραφική ανάλυση.....	31
Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία.....	31
Οργάνωση και δομή του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	34
Λειτουργία-Υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	35
Εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στον Οικογενειακό Προγραμματισμό.....	41
Προώθηση υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού στους λήπτες υγείας.....	43
4.6.2.Επαγωγική ανάλυση.....	46
Επίδραση του φύλου στην προώθηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	47
Επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην προώθηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	47
Επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου στην προώθηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	48
Επίδραση της ηλικίας και των ετών προϋπηρεσίας στην προώθηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	48
4.7.Συζήτηση - Συμπέρασμα.....	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	55
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	58

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αυτήν η εργασία είναι το τέλος ενός πολύ ωραίου «ταξιδιού» που ξεκίνησε με την αίτηση συμμετοχής μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Ήταν μια υπέροχη εμπειρία που αποδεικνύει πως μεγαλώνοντας δεν πρέπει να «βουλευόμαστε». Θα ήθελα να αφιερώσω λίγες γραμμές για να πω ένα μεγάλο «ευχαριστώ» σε όλους αυτούς που ο καθένας με το δικό του τρόπο έκανε πιο πλούσιο το «ταξίδι» μου.

Ευχαριστώ την καθηγήτριά μου, Κα Μεσσήνη Χριστίνα, για την υποστήριξη, τη βοήθειά και το ενδιαφέρον της για την εκπόνηση της εργασίας.

Ευχαριστώ τους καθηγητές του προγράμματος σπουδών που μου προσέφεραν τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους.

Ευχαριστώ την Κα Τζερεμέ Κωνσταντίνα για την πολύ καλή επικοινωνία που είχαμε αυτά τα δύο χρόνια και την εξυπηρέτησή της όταν χρειάστηκε.

Ευχαριστώ τους συμφοιτητές μου που μαζί μοιραστήκαμε τόσες ωραίες στιγμές.

Ευχαριστώ τις συναδέλφους μου που επί διετίας κατανόησαν τις ανάγκες μου και με βοήθησαν να ανταποκριθώ.

Ευχαριστώ το σύζυγό μου για την υποστήριξή του, ηθική και πρακτική.

Ευχαριστώ το γιο μου, που χωρίς να το ξέρει, μου έδινε κίνητρο όταν δυσκολευόμουν.

Ευχαριστώ τα «δύο πόδια» που με στηρίζουν σε ότι κάνω, τους γονείς μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός μετά από μια μακρά πορεία χρόνων θεμελιώθηκε ως δικαίωμα κάθε ατόμου. Διανύοντας τον 21^ο αιώνα, αυτό το δικαίωμα θεωρείται δεδομένο. Κι όμως υπάρχει ακόμη μεγάλη ανάγκη σε υπηρεσίες που στοχεύουν την προάσπιση του. Η παρούσα μελέτη στοχεύει τη διερεύνηση της θέσης του νοσηλευτικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας των νομών Λάρισας, Καρδίτσας και Τρικάλων σχετικά με τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Υλικό και μέθοδος: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 3 μέρη. Το πρώτο περιλαμβάνει κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων, το δεύτερο αφορά γενικότερες πληροφορίες για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό και το τρίτο σχετίζεται με τις υπηρεσίες του και την προώθησή τους.

Δείγμα: Ο συνολικός αριθμός των νοσηλευτών που εργάζονται στα προαναφερόμενα Κέντρα Υγείας είναι 232. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 190 νοσηλευτές.

Αποτελέσματα: Από το δείγμα που συλλέχθηκε παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών σε αυτά τα Κέντρα Υγείας είναι γυναίκες, παντρεμένες με εργασιακή εμπειρία κατά μέσο όρο 20 ετών. Σχεδόν το σύνολο του δείγματος θεωρεί τον Οικογενειακό Προγραμματισμό αναπόσπαστο κομμάτι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με βασικές υπηρεσίες την ενημέρωση για την αντισύλληψη και τις Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις. 8 στους 10 νοσηλευτές επιθυμούν να εκπαιδευτούν και να ενημερωθούν σχετικά με τη λειτουργία και τις υπηρεσίες του θεσμού αυτού. Η στάση τους έναντι της προώθησης των υπηρεσιών είναι θετική και ανεξάρτητη από το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας. Φαίνεται όμως ότι το εκπαιδευτικό τους επίπεδο επηρεάζει αυτή τη στάση καθώς οι νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης είναι πιο θετικοί σε σχέση με τους νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Λέξεις-κλειδιά: Οικογενειακός Προγραμματισμός, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, νοσηλευτές, αντισύλληψη, Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις.

ABSTRACT

Purpose: After a lengthy period, Family planning has finally been established as a right of every individual. In the 21st century, this right is taken for granted. Unfortunately, yet there is unmet need in many parts of the world. The present study aims to investigate the attitude among nurses of Health Centers of the prefectures of Larissa, Karditsa and Trikala on Family Planning services.

Material and methods: The study was conducted using a questionnaire, consisting of three parts. The first part refers to the social-demographic characteristics of the nurses. The second part includes questions about general information about Family Planning and in the third part is investigated the nurses' attitude about family planning services and their promotion.

Sample: The total number of nurses who work in health centers mentioned above is 232. The questionnaire was completed by 190 nurses.

Results: The data selected on the basis of the sample reveal that the majority of the nurses in these Health Centers are women, married and with an average of 20 years of work experience. Nearly the entire sample considers Family Planning an integral part of Primary Health Care providing essential services mostly on contraception and Sexually Transmitted Infections. 8 out of 10 nurses want to be trained and informed about the operation and services of this institution. Their attitude towards the promotion of services is positive regardless of gender, marital status, age and years of work experience. However, it seems that their educational attainment influences that attitude as nursing staff holding a technological education degree tend to be more positive in relation to those having a secondary education diploma.

Keywords: Family Planning, Primary Health Care, nurses, contraception, Sexually Transmitted Infections.

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ-ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΟΠ= Οικογενειακός Προγραμματισμός

ΔΟΟΠ= Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού

IPPF= International Planned Parenthood Federation

ΣΜΛ= Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις

ΚΥ= Κέντρα Υγείας

ΠΦΥ= Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΕΣΥ= Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΠΕΔΥ= Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

ΜΚΟ= Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

HPV= Human Papilloma Virus

ΚΑΠΗ= Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

ΠΕ= Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης

ΤΕ= Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

ΔΕ= Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

ΥΠΕ= Υγειονομική Περιφέρεια

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θεσμός του Οικογενειακού Προγραμματισμού, έχοντας διαγράψει μια πορεία πολλών ετών, βρήκε πολλούς ένθερμους υποστηρικτές αλλά και φανατικούς πολέμιους του. Σήμερα, είναι πλέον αναγνωρισμένο δικαίωμα της γυναίκας ή του ζευγαριού να προγραμματίσει τη δημιουργία οικογένειας, να λάβει μέτρα για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης κύησης, να προστατευτεί από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και γενικότερα να προασπίσει τα δικαιώματα της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής του υγείας. Όσο αυτονόητο κι αν είναι το δικαίωμα αυτό στην σύγχρονη εποχή, τα στατιστικά δεδομένα δείχνουν το αντίθετο. Γυναίκες χωρίς πρόσβαση σε σύγχρονα μέσα αντισύλληψης, τεχνητές διακοπές κύησης διενεργούμενες κάτω από μη ασφαλείς συνθήκες, αυξημένη συχνότητα κυήσεων στην εφηβεία, υψηλός επιπολασμός σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, διακρίσεις που σχετίζονται με το φύλο είναι μόνο κάποιοι δείκτες που αποδεικνύουν σε πόσο μεγάλο βαθμό παραμένει ανικανοποίητη η ανάγκη για υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού. Οι νοσηλευτές και η στάση τους απέναντι σ' αυτό το θεσμό μπορεί σε σημαντικό βαθμό να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Η εργασία αποτελείται από γενικό και ειδικό μέρος. Στο πρώτο μέρος αναλύεται ο ορισμός του Οικογενειακού Προγραμματισμού, η εξέλιξή του από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα, οι προσωπικότητες και οι φορείς που συνέβαλαν στην θεσμοθέτησή του τόσο στη χώρα μας όσο και στον υπόλοιπο κόσμο. Επίσης, περιγράφονται ποιοι είναι οι στόχοι, οι υπηρεσίες και ο τρόπος λειτουργίας μιας δομής Οικογενειακού Προγραμματισμού. Τέλος, σημαντική αναφορά γίνεται στον ρόλο που παίζουν οι νοσηλευτές και η στάση τους απέναντι σ' αυτό το θεσμό στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο δεύτερο μέρος γίνεται ανάλυση της έρευνας που μελέτησε τη θέση των νοσηλευτών που εργάζονται στα Κέντρα Υγείας των νομών Λάρισας, Καρδίτσας και Τρικάλων σχετικά με τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Ο σκοπός, τα ερευνητικά ερωτήματα και τα αποτελέσματα της έρευνας περιλαμβάνονται στο μέρος αυτό.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ως Οικογενειακός Προγραμματισμός ορίζεται ένα σύνολο υπηρεσιών υγείας που αποσκοπεί στην προαγωγή της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των ατόμων ή ζευγαριών, συμβάλλοντας έτσι στην γενικότερη υγεία και την ποιότητα της ζωής τους. Η προτεραιότητά του είναι η υποστήριξη βασικών ανθρώπινων δικαιωμάτων και η οικονομική και οργανωτική υποστήριξή του θ' αποτελούσε επένδυση στον τομέα της υγείας μιας χώρας. «No one will be left behind» τονίζεται ιδιαίτερος στο «Πρόγραμμα για Αειφόρο Ανάπτυξη 2030» καθώς οι παγκόσμιες τάσεις θέτουν νέες προκλήσεις στον Οικογενειακό Προγραμματισμό.¹

Αυτός ο θεσμός υγείας είναι άμεσα συνυφασμένος με την αντισύλληψη γεγονός απόλυτα αναμενόμενο και λογικό καθώς στην εποχή που διανύουμε τα άτομα είναι σεξουαλικά ενεργά για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, η γονεϊκότητα καθυστερεί και οι μεγαλύτερες οικογένειες είναι επιθυμία όλο και λιγότερων ζευγαριών.¹ Όμως οι σκοποί και οι υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι πολύ περισσότεροι, καλύπτουν μεγάλο φάσμα της ζωής των ατόμων και περιλαμβάνουν την εκπαίδευση φορέων και κοινού, τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, τη συμβουλευτική γάμου, την αντιμετώπιση προβλημάτων γονιμότητας και την επαφή με το θεσμό της υιοθεσίας.²

Βασικός στόχος του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι να προασπίσει το δικαίωμα κάθε γυναίκας ή ζευγαριού να καθορίσει τον αριθμό των παιδιών που θα ήθελε να αποκτήσει και τα χρονικά διαστήματα μεταξύ των κήσεων ή από την άλλη πλευρά να «προστατεύσει» την επιλογή τους να μην αποκτήσουν παιδί χρησιμοποιώντας σύγχρονα αντισυλληπτικά μέσα. Αυτά τα σύγχρονα μέσα περιλαμβάνουν διάφορες μεθόδους που πρέπει να είναι αποδεκτές, αποτελεσματικές, ασφαλείς, αναστρέψιμες και εύκολα εφαρμόσιμες από τη γυναίκα ή το ζευγάρι. Μια βασική διάκρισή τους γίνεται σε ορμονική, μη ορμονική και επείγουσα αντισύλληψη. Αντισυλληπτικά χάπια, εμφυτεύματα, ενδομήτρια σπειράματα, προφυλακτικά, αποχή ή ακόμα και χειρουργικές μέθοδοι βρίσκονται στη φάρετρα των λειτουργών υγείας και των χρηστών για να επιτύχουν το σκοπό τους.³ Με τη χρήση όλων αυτών των μέσων, του πιο κατάλληλου κάθε φορά, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός προλαμβάνει τις ανεπιθύμητες κήσεις και μειώνει τον αριθμό των εκτρώσεων πολλές από τις οποίες θα διενεργηθούν κάτω από μη ασφαλείς συνθήκες. Επιπλέον, μειώνεται η συχνότητα επιπλοκών και προβλημάτων υγείας που προκύπτουν κατά

τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού και κατ' επέκταση η μητρική και νεογνική θνητότητα.^{1,4}

1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Η ανάγκη για αντισύλληψη προέκυψε όταν έγινε αντιληπτή η σχέση μεταξύ συνουσίας και εγκυμοσύνης. Η αρχαιότερη καταγραφή εντοπίζεται σε αρχαίες αιγυπτιακές οδηγίες για ένα υπόθετο από κόπρανα κροκοδείλου και μέλι ή λάδι ως λιπαντική ουσία. Στον αιγυπτιακό πάπυρο του Ebers (1550 π.Χ) αναφέρονται υπόθετα κατασκευασμένα από σπόρους, μέλι και ακακία. Σε αρχαίο σπήλαιο στη Γαλλία βρέθηκαν τοιχογραφίες που χρονολογούνται 12.000-15.000 χρόνια πριν και απεικονίζουν τη χρήση προφυλακτικού από άνδρα. Στο Μεσαίωνα οι μεταλλικές ζώνες αγνότητας που επινοήθηκαν από φλωρεντίους έδιναν τη λύση ενώ ο Giacomo Casanova θεωρείται ο πρόδρομος της τραχηλικής κάψας καθώς πρώτος χρησιμοποίησε την «κούπα» ενός κομμένου λεμονιού τοποθετημένη στον τράχηλο των συντρόφων του ώστε να εμποδίσει μια πιθανή εγκυμοσύνη. Οι Κινέζοι χρησιμοποιούσαν προφυλακτικά από λαδωμένο χαρτί ενώ οι Ιάπωνες από επεξεργασμένο δέρμα. Φτάνοντας στον 17^ο αιώνα η ευρωπαϊκή αριστοκρατία κατασκεύαζε και χρησιμοποιούσε προφυλακτικά από έντερα ζώων. Παράλληλα με την εξέλιξη της επιστήμης και των υλικών κατασκευάζονται προφυλακτικά από καουτσούκ και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα από ελαστικό.⁵

Το 1909 δημοσιεύεται η πρώτη ανακοίνωση για τη χρήση ενδομήτριου σπειράματος από τον Γερμανό Richard Richter. Η πρότασή του δεν έτυχε αποδοχής λόγω των θρησκευτικών περιορισμών που επικρατούσαν εκείνη την εποχή, την έλλειψη συνθηκών αντισηψίας και το υψηλό ποσοστό περιγεννητικής και νεογνικής θνησιμότητας. Εξήντα χρόνια αργότερα όμως, το 1969, και ενώ οι προσπάθειες δεν έπαψαν να συνεχίζονται ο Wilhelm Oppenheimer δημοσίευσε ένα άρθρο που «αναβίωσε» τη χρήση του σπειράματος. Παρουσίασε δεδομένα από τη διαδεδομένη χρήση του στην Ιαπωνία που αποδείκνυαν τον μηδενικό κίνδυνο για καρκίνο του ενδομητρίου λόγω της χρήσης ενδομήτριου σπειράματος. Με συνεχείς αλλαγές υλικών και μορφολογίας το ενδομήτριο σπείραμα έγινε τελικά αποδεκτό από την επιστημονική κοινότητα καθώς αποδείχθηκε όχι μόνο ασφαλές αλλά και αποτελεσματικό στην αποφυγή μιας ανεπιθύμητης κύησης.⁶

Στην Ελλάδα βρίσκουμε πολλές αναφορές σχετικές με την αντισύλληψη στην εποχή του Ιπποκράτη και τη βυζαντινή εποχή. Αρχικά, η αντισύλληψη είχε ως κύριο σκοπό τον έλεγχο των γεννήσεων για διάφορους λόγους. Οι πιο συνηθισμένοι ήταν η πορνεία, η ανέχεια, το μίσος προς το σύζυγο και η διατήρηση της ωραιότητας του σώματος. Οι ουσίες που χρησιμοποιούνταν ήταν φυτικές, ζωικές ή χημικές. Η στρυχνίνη, ο απήγανος και ο χυμός

φτέρης και κέδρου ήταν οι πρώτες επιλογές από τα φυτά που εμπόδιζαν τη σύλληψη. Η μήτρα ημίονου και το λεόντειο λίπος ήταν στα συστατικά που θεωρούνταν αποτελεσματικά ενώ το θειικό, υδροχλωρικό και νιτρικό οξύ θεωρούνταν εξίσου καλές λύσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι ως αντισυλληπτικό μέσο χρησιμοποιούνταν το νερό που οι σιδηρουργοί μέσα του έριχναν το πυρωμένο σίδηρο για να ψυχθεί ή μάλλινα επιθέματα βουτηγμένα σε οίνο και φυτικά προϊόντα. Όλα αυτά σε μορφή χαπιών, υπόθετων, σιροπιών ή αλοιφών ήταν οι πρώτες προσπάθειες για τον έλεγχο των γεννήσεων. Φυσικά δεν έλειπαν και οι παγανιστικές πρακτικές όπου με μαγικές προσευχές και φυλαχτά οι γυναίκες ήλπιζαν ότι θα αποφύγουν μια κύηση. Ο Ιπποκράτης ήταν κατά της έκτρωσης καθώς σε έργο του αναφέρει «ομοίως ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριο δώσω» ενώ ο Σωρανός δείχνει να προτιμά την αντισύλληψη από την έκτρωση συστήνοντας αποχή από την επαφή τις γόνιμες ημέρες, τη διακεκομμένη συνουσία, την επάλειψη του στομίου της μήτρας με ουσίες που θεωρούνταν αντισυλληπτικές ή συγκεκριμένες ενέργειες της γυναίκας μετά την επαφή όπως να λάβει τη θέση οκλαδόν, να φτερνιστεί ή να πει κρύο νερό.⁷

Παράλληλα με την εξέλιξη των κοινωνιών η αναπαραγωγή του ανθρώπινου είδους γινόταν αντικείμενο μελέτης από πολλές οπτικές γωνίες γεγονός που γινόταν αφορμή για περαιτέρω εξέλιξη της επιστήμης. Ο Thomas Malthus, Άγγλος κληρικός και μελετητής, ήταν ο πρώτος που εξέφρασε την αγωνία του για την ανεξέλεγκτη αύξηση του πληθυσμού ο οποίος πιθανολογούσε ότι θα περιοριζόταν μέσω των πολέμων, της πείνας και των ασθενειών. Με λίγα λόγια προέβλεπε την καταστροφή ενός συνεχόμενου αυξανόμενου πληθυσμού όταν η τροφή και η βιομηχανική παραγωγή που απαιτούνταν για τη συντήρησή του δεν επαρκούσαν. Το 1830 εξέδωσε το έργο του «A summary view of the principle of population» και προκάλεσε αντιδράσεις. Το οξύμωρο είναι ότι οι απόψεις του για περιορισμό του πληθυσμού έφεραν στο προσκήνιο τη χρήση αντισύλληψης που ο ίδιος καταδίκασε ως ηθικά αδικαιολόγητη.⁸

Το 1921 ο Αυστριακός Ludwig Haberlandt, μελετώντας τη φυσιολογία ανακαλύπτει τη σύνδεση της προγεστερόνης με την ωοθυλακιορρηξία και έτσι κάνει το πρώτο δειλό βήμα για τη δημιουργία του αντισυλληπτικού χαπιού.

Τρία πρόσωπα είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την κυκλοφορία των αντισυλληπτικών χαπιών και αυτά είναι η Margaret Sanger, ο Gregory Pincus και ο John Rock. Ο καθένας διέγραφε τη δική του πορεία μέχρι τη χρονική στιγμή της συνάντησής τους. Η νοσηλεύτρια Margaret Sanger προερχόμενη από φτωχή οικογένεια παρατηρεί πως οι γυναίκες όπως και η μητέρα της πεθαίνουν από τη χαμηλή ποιότητα ζωής, τους πολλούς τοκετούς και τις μη ασφαλείς εκτρώσεις. Αποφασίζει λοιπόν να αγωνιστεί για την αναγνώριση του δικαιώματος σε κάθε γυναίκα να τεκνοποιεί όταν και όποτε επιθυμεί και κάθε παιδί να είναι επιθυμητό και

να μεγαλώνει σε αξιοπρεπείς συνθήκες. Το περιστατικό που στάθηκε αφορμή για την Margaret Sanger να συνεχίσει απρόσκοπτα τον αγώνα της ήταν ο θάνατος της Sadie Sachs που πέθανε από έκτρωση που προκάλεσε μόνη της. Ο αγώνας της Sanger γινόταν ακόμα πιο δύσκολος λόγω του νόμου Comstock που ίσχυε στην Αμερική από το 1873. Σύμφωνα με το νόμο αυτό ήταν παράνομο να εκδόσεις και να διανείμεις πληροφορίες για το φύλο, την αναπαραγωγή ή τον έλεγχο των γεννήσεων γιατί θεωρούνταν άσεμνο. Εξαίρεση στο νόμο ήταν ότι ο γιατρός μπορούσε να δώσει πληροφορίες για αντισύλληψη προφορικός για να προλάβει ή να θεραπεύσει μια νόσο. Φυσικά αυτό αναφερόταν μόνο στους άνδρες για την πρόληψη αφροδίσια νοσημάτων. Παρά τις αντιξοότητες η Sanger συντάσσεται με σουφραζέτες και εργάτες, αρθρογραφεί, εκδίδει συγγράμματα και ιδρύει την πρώτη κλινική ελέγχου γεννήσεων στην Αμερική το 1916. Αποτέλεσμα της δράσης της είναι η σύλληψη και η φυλάκισή της. Ενώ ο νόμος προσπαθεί να την περιορίσει και να την τιμωρήσει η ίδια γίνεται σύμβολο και η ανάγκη των γυναικών για αντισύλληψη γίνεται όλο και πιο ορατή στη συντηρητική κοινωνία.^{9,10}

Ο Gregory Pincus ήταν βοτανολόγος αλλά ασχολήθηκε με τη βιολογία της αναπαραγωγής και ο John Rock γυναικολόγος που ερευνούσε την υπογονιμότητα. Η αρχή είχε ήδη γίνει το 1921 όταν ο Ludwig Haberlandt ασχολούμενος με τη φυσιολογία ανακάλυψε τη σύνδεση της προγεστερόνης με την ωοθυλακιορρηξία. Όταν συναντήθηκαν η Sanger έχοντας την οικονομική υποστήριξη της Katherine Mac Cormick διαθέτει ένα χρηματικό ποσό ώστε να ξεκινήσουν τη μελέτη τους στους ανθρώπους που έλαβε χώρα στο Puerto Rico, αφού στην Αμερική ακόμη δεν επιτρεπόταν η διανομή αντισυλληπτικού μέσου. Το 1957 ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων της Αμερικής εγκρίνει την κυκλοφορία των αντισυλληπτικών για διαταραχές εμμήνου ρύσεως ενώ το 1960 κυκλοφορεί και ως μέσο αντισύλληψης. Σταδιακά άρθηκαν τα κοινωνικά και ηθικά διλλήματα και εξαλείφθηκαν οι κίνδυνοι από τις υψηλές δόσεις στεροειδών ώστε το χάπι να εδραιωθεί ως μέσο αντισύλληψης. Έκτοτε κάθε δεκαετία υφίστανται αλλαγές που αυξάνουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά του χαπιού με αποτέλεσμα να είναι ευρέως χρησιμοποιούμενο από τις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας.¹¹

1.3. ΔΙΕΘΝΗΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ - INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF)

Η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (International Planned Parenthood Federation), από τις μεγαλύτερες μη κυβερνητικές οργανώσεις, σήμερα αποτελείται από 132 μέλη που εργάζονται μέσω των αντιπροσώπων του αλλά και των πολλών εθελοντών του σε 143 χώρες με σκοπό να επεκταθούν και σε άλλες 21.¹² Κάποιες

από τα κράτη-μέλη είναι ισχυρές και μπορούν ταυτόχρονα να στηρίζουν οικονομικά την Ομοσπονδία ενώ άλλες ανήκουν στον αναπτυσσόμενο κόσμο και εμφανίζουν χαμηλούς δείκτες χρήσης αντισύλληψης και υψηλά ποσοστά μητρικής θνησιμότητας.¹³ Από την ίδρυσή του αποφασίστηκε η λειτουργία του να καθορίζεται από την περιοχή καθώς η κάθε χώρα έχει τις δικές τις γεωγραφικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και κάθε λαός ξεχωριστές ανάγκες. Έτσι, αρχικά χωρίστηκε σε 3 περιοχές δράσης ενώ σήμερα οι περιοχές είναι 6 έτσι ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες όσο γίνεται αποτελεσματικότερα.^{12,13} Ο πρωταρχικός σκοπός του είναι να προωθήσει και να προστατεύσει τα δικαιώματα αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας που κάθε άτομο έχει. Στοχεύει μέσω της εκπαίδευσης και της επιστημονικής έρευνας ο Οικογενειακός Προγραμματισμός να γίνει αποδεκτός ώστε να επιτευχθεί η εξέλιξη του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας, ανεξαρτήτως φυλής, χρώματος ή θρησκείας. Φροντίζει ώστε γυναίκες, παιδιά και άνθρωποι που βρίσκονται σε ανάγκη να ζουν με ασφάλεια και αξιοπρέπεια χωρίς βία και διακρίσεις. Από την ίδρυσή του έχει καταφέρει να διαγράψει μεγάλη επιτυχή πορεία στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων των γυναικών με χαρακτηριστικά παραδείγματα το «Καταστατικό για δικαιώματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας» (Charter on Sexual and Reproductive Rights, 1994) και την «Διακήρυξη των σεξουαλικών δικαιωμάτων» (An IPPF declaration:sexual rights,2008). Το 2019 προσφέρθηκαν 252,3 εκ. υπηρεσίες από τις οποίες το ένα τρίτο περίπου σχετιζόταν με την αντισύλληψη ενώ οι υπόλοιπες με άλλες υπηρεσίες υγείας. Το 84% των υπηρεσιών απευθύνθηκαν σε γυναίκες και κορίτσια και το υπόλοιπο σε νέους μικρότερους των 25 ετών και σε ευπαθείς ομάδες.^{12,13,14,15}

Πολλά διεθνή συνέδρια, επιτροπές και οργανισμοί προηγήθηκαν της ίδρυσης του IPPF και προετοίμασαν το έδαφος και τις προϋποθέσεις για τη δημιουργία του. Το 1930 στο 7^ο Διεθνές Συνέδριο για τον έλεγχο των γεννήσεων στη Ζυρίχη τέθηκαν οι βάσεις για την ίδρυση της Ομοσπονδίας και τους άξονες δράσης της. Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου πάρθηκαν οι εξής αποφάσεις:

- α) ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι σημαντικό κομμάτι της δημόσιας υγείας και πρέπει να περιλαμβάνεται στην πρόληψη
- β) η γνώση της αντισύλληψης και οι τεχνικές ελέγχου γεννήσεων είναι ο καλύτερος τρόπος περιορισμού των αμβλώσεων και πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στα προγράμματα σπουδών
- γ) η στειροποίηση είναι λύση γι' αυτούς που δεν μπορούν να εφαρμοστούν τα άλλα είδη αντισύλληψης
- δ) δεν πρέπει να χορηγούνται μη εγκεκριμένα αντισυλληπτικά σκευάσματα.^{13,16}

Το 1936 το κίνημα του Οικογενειακού Προγραμματισμού αρχίζει να γίνεται πολύπλευρο και να μην περιορίζεται μόνο στον έλεγχο των γεννήσεων. Αντίθετα βοηθά τους γονείς να αυξήσουν τη γονιμότητά τους, να αποκτήσουν παιδιά, να ρυθμίσουν το χρονικό διάστημα μεταξύ των γεννήσεων και να αντιμετωπίσουν προβλήματα υπογονιμότητας. Ο όρος «έλεγχος των γεννήσεων» δημιουργούσε αρνητισμό λόγω του δημογραφικού προβλήματος που άρχισε να παρατηρείται μετά τον πρώτο Παγκόσμιο πόλεμο κι έτσι αντικαταστάθηκε από τους όρους «υπεύθυνη γονεϊκότητα» και «οικογενειακός προγραμματισμός».¹⁷ Μετά τη λήξη του 2^{ου} Παγκοσμίου πολέμου η Elise Ottesen-Jensen πήρε την πρωτοβουλία και ξεκίνησε τις προσπάθειες να ανακινηθούν θέματα που με τον πόλεμο είχαν σταματήσει.¹³ Το 1948 συγκαλείται συνέδριο στο Cheltenham, στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου συστήνεται προσωρινό σώμα που ονομάζεται International Committee on Planned Parenthood αποτελούμενο από τέσσερις χώρες: τις Η.Π.Α., το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Σουηδία και την Ολλανδία.¹⁷ Στις 29 Νοεμβρίου 1952, στα πλαίσια του 3^{ου} Διεθνούς Συνεδρίου Οικογενειακού Προγραμματισμού στη Βομβάη, συγκροτείται η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (International Planned Parenthood Federation) και πρόεδροι ορίζονται η Margaret Sanger και η Lady Rama Raa, γνωστές και οι δύο για τη δράση τους. Οι χώρες που πρώτες αποτέλεσαν τα μέλη της Ομοσπονδίας ήταν οι Η.Π.Α., το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία, η Ολλανδία, η Ινδία, η Δυτική Γερμανία, η Σιγκαπούρη και το Χονγκ-Κονγκ.¹³

1.4. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία, η Ινδία, η Ιαπωνία και η Ολλανδία είναι οι χώρες που πρώτες αναγνωρίζουν την αξία του Οικογενειακού Προγραμματισμού και θέτουν τα θεμέλια για τη διάδοσή του θεσμού σε όλο τον κόσμο.¹³ Πιο συγκεκριμένα, το 1890 στο Άμστερνταμ η Dr Aletta Jacobs, η πρώτη γυναίκα που σπουδάζει γιατρός στην Ολλανδία, ιδρύει την πρώτη κλινική ελέγχου γεννήσεων και προωθεί τη χρήση του διαφράγματος για την αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων. Το 1921 στο Λονδίνο η Mary Stopes ανοίγει κλινική και στη συνέχεια δημιουργεί ένα δίκτυο κλινικών για την καλύτερη πρόσβαση των γυναικών.¹³ Το 1922 έγινε το πρώτο βήμα και για την Ιαπωνία. Μετά από επίσκεψη της Sanger, η Baroness Shidzue Ishimoto κινητοποιείται και αποφασίζει να ασχοληθεί με την χειραφέτηση των γυναικών στην χώρα της. Έτσι το 1935 ανοίγει στο Τόκιο μια κλινική ελέγχου γεννήσεων που κλείνει δύο χρόνια αργότερα από το στρατιωτικό καθεστώς και η ίδια συλλαμβάνεται μαζί με άλλα προοδευτικά μέλη της ιαπωνικής κοινωνίας.¹⁶ Στην Ασία το προβάδισμα έχει η Ινδία που μετά την επιρροή των επισκέψεων της Sanger ανοίγει την πρώτη κλινική που γίνεται εύκολα αποδεκτή χωρίς πολλές αντιδράσεις εφόσον υπάρχουν παρόμοια

παραδείγματα και σε άλλες χώρες.¹³ Το 1933 στη Σουηδία η Elise Ottesen-Jensen ανοίγει συμβουλευτικό κέντρο στη Στοκχόλμη στο οποίο παρέχονται συμβουλές για θέματα σεξουαλικής φύσεως, περιλαμβανομένου τον έλεγχο των γεννήσεων. Μπορεί οι δύο προηγούμενες κλινικές να μην είχαν απήχηση αυτή όμως έγινε γρήγορα δημοφιλής στο κοινό.¹⁴ Στη Μόσχα το 1934 για κάθε 100 γεννήσεις καταγράφονται 270 αμβλώσεις με αποτέλεσμα να δοθούν κίνητρα για τη γέννηση παιδιών. Ενώ όμως οι αμβλώσεις συνεχίζουν να είναι παράνομες το ποσοστό των εκτρώσεων που διενεργούνται κάτω από μη ασφαλείς συνθήκες εκτοξεύεται κι έτσι η πολιτική ηγεσία οδηγείται στη νομιμοποίησή τους.¹⁴ Στη Νότιο Αφρική η πρώτη Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού ιδρύεται το 1953 ενώ στη Γαλλία και το Βέλγιο η αντισύλληψη ήταν παράνομη μέχρι το 1960 και 1970 αντίστοιχα.¹³

1.5. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα ο θεσμός του Οικογενειακού Προγραμματισμού συνδέθηκε περισσότερο με το δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετώπιζε η χώρα και τον αυξημένο αριθμό εκτρώσεων που χρησιμοποιούνταν ως μέσο αντισύλληψης παρά με τον έλεγχο των γεννήσεων. Από το 1950 έως το 1980 παρατηρούμε πως μόνο η ιδιωτική πρωτοβουλία ασχολείται με την παροχή τέτοιου είδους υπηρεσιών με χαρακτηριστικά παραδείγματα την ίδρυση «Κέντρου Συμβουλευτικής Μελλονύμφων και Εγγάμων». Πρωτοπόρο εγχείρημα της εποχής ήταν η ίδρυση του πρώτου Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού το 1978 στο Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα». Ο Νικόλαος Λούρος και ο Δημήτριος Κασκαρέλλης ήταν ονόματα που συνδέθηκαν στενά με αυτά τα σημαντικά βήματα για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό στη χώρα μας. Η Ελλάδα για πρώτη φορά εκπροσωπήθηκε στη Διεθνή Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού το 1985 από την Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού.^{18,19}

Το κράτος πρώτη φορά αναγνωρίζει το θεσμό του Οικογενειακού Προγραμματισμού το 1980 όπου σύμφωνα με το νόμο 1036/21-03/1980(ΦΕΚ Α 66) μεριμνά για τη διάδοση και την πρακτική εφαρμογή των σύγχρονων επιστημονικών γνώσεων και καθορίζει ποιοι είναι αρμόδιοι για την εφαρμογή αυτή. Επίσης, συνιστάται επιτροπή για θέματα γενετικής και οικογενειακού προγραμματισμού.²⁰ Ως εξέλιξη αυτού ψηφίζεται ο νόμος 1397/07-10-1983(ΦΕΚ Α 143) όπου θεμελιώνεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας και δημιουργούνται οι βάσεις και οι προϋποθέσεις για την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού, περιλαμβανομένου και θέματα σχετικά με τον Οικογενειακό Προγραμματισμό. Σημαντικό είναι ότι πλέον δεν απαιτείται Προεδρικό Διάταγμα για τη σύσταση και λειτουργία ενός Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού.²¹ Την ίδια χρονιά δημιουργούνται 10 Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού που μέχρι το 1986 έχουν φτάσει τα 32.¹⁹ Το 2004

(Ν.3235/18-02-2004 ΦΕΚ Α 38) γίνεται μια προσπάθεια οργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας όπου διατυπώνεται σαφώς ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι αναπόσπαστο κομμάτι της πρόληψης.²² Κάθε φορά γίνονται προσθήκες με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών που άπτονται σε προβληματισμούς της γυναίκας και της οικογένειας της σύγχρονης εποχής όπως στο νόμο 4272/11-07-2014(ΦΕΚ Α 145) όπου ψηφίζονται ρυθμίσεις για την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, την κατ' οίκον νοσηλεία σε μονάδες και φορείς υγείας, τη λειτουργία Μονάδων Οικογενειακού Προγραμματισμού και Φροντίδας Μάνας και Παιδιού.²³

Ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του θεσμού αυτού στη χώρα μας, η στελέχωση, οι υπηρεσίες του και όλα τα υλικοτεχνικά και διοικητικά θέματα καθορίζονται από την εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 173/Α/28-08-2014) σύμφωνα με την οποία συγκροτείται πιλοτικό δίκτυο μονάδων ή υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού και Φροντίδας Μητέρας και Παιδιού. Ίσως αυτή να είναι η πρώτη συντονισμένη προσπάθεια μιας ομοιογενούς λειτουργίας σε όλη τη χώρα. Στο δίκτυο αυτό συμμετέχουν 35 φορείς ανά Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας, νοσοκομεία του ΕΣΥ και πρώην μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ, νυν Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου. Κατατάσσονται σε 3 τύπους: 21 φορείς που έχουν αναπτύξει προγράμματα και υπηρεσίες, 7 φορείς που έχουν αναπτύξει δραστηριότητες άτυπου χαρακτήρα και 7 φορείς ως Μονάδες Φροντίδας Μητέρας και Παιδιού.²⁴ Ο σκοπός του πιλοτικού δικτύου είναι:

1. Ο σχεδιασμός, η οργάνωση, ο συντονισμός και η υλοποίηση δράσεων και ενεργειών για την ανάπτυξη του θεσμού του Οικογενειακού Προγραμματισμού
2. Η διαμόρφωση περιεχομένου παρεχόμενων υπηρεσιών και διαδικασιών παραπομπής
3. Η επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση και ανάπτυξη συνεργασίας με άλλους φορείς της κοινότητας
4. Η ανάπτυξη διαλόγου σε επιστημονικό και οργανωτικό επίπεδο
5. Η κατάθεση προτάσεων για την ανάπτυξη προγραμμάτων
6. Η μελέτη και διαμόρφωση εντύπων και κατάλληλου υλικού αγωγής υγείας, επιμόρφωσης, ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και πληροφόρησης
7. Η συλλογή και επεξεργασία στατιστικών στοιχείων
8. Η ανάπτυξη και επιμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει τα τμήματα μέσω επιμορφωτικών προγραμμάτων και σεμιναρίων²⁴

Όσον αφορά την στελέχωση ενός Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού ορίζεται ότι για την εύρυθμη λειτουργία του απαιτείται ως ελάχιστη στελέχωση η μόνιμη απασχόληση ιατρού γυναικολόγου, μαιάς και επισκέπτη υγείας. Στα Κ.Υ. αστικού τύπου μπορεί να

απασχολείται γενικός γιατρός, μαιά και επισκέπτης υγείας και ο γυναικολόγος να προσέρχεται περιοδικά 1-2 φορές εβδομαδιαίως για τη διαχείριση ειδικότερων περιστατικών, που χρήζουν την αντιμετώπιση ειδικού. Απαραίτητη είναι η διασύνδεση της μονάδας με ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό. Δεν πρέπει να παραμεληθεί ο καθορισμός των καθηκόντων του κάθε επαγγελματία υγείας ώστε η λειτουργία του κέντρου να μην παρεμποδίζεται. Τέλος, όσοι απασχολούνται σε Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού θα πρέπει πάντα να αναζητούν πληροφορίες και να θέτουν ερωτήματα για την όσο γίνεται καλύτερη ενημέρωσή τους και εξυπηρέτηση του κοινού.²⁴

Το ωράριο έχει καθοριστεί να είναι πενθήμερο κατά τις πρωινές ώρες αλλά για την καλύτερη εξυπηρέτηση του εργαζόμενου πληθυσμού προτείνεται η δυνατότητα απογευματινής λειτουργίας δύο φορές εβδομαδιαίως, αρκεί να είναι παρόντες τουλάχιστον ένας γιατρός και ένας επαγγελματίας υγείας. Ως τρόπος επικοινωνίας για τον καθορισμό των ραντεβού ορίζεται η απευθείας επικοινωνία με το Κέντρο ή η αξιοποίηση της ηλεκτρονικής πλατφόρμας.²⁴

Επίσης, ένα Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού πρέπει να τηρεί Μητρώο Επισκεπτών (σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή) και Βιβλίο Κίνησης. Η χρήση προτυποποιημένων εντύπων συντελεί ώστε να υπάρχει ένας ενιαίος τρόπος οργάνωσης των διαδικασιών και των υπηρεσιών.²⁴

Για τη διευκόλυνση και την καλύτερη διεκπεραίωση των καθηκόντων τους πρέπει στους εργαζόμενους σε Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού να παρέχεται το απαραίτητο υγειονομικό υλικό, οχήματα ώστε να μπορούν να πραγματοποιούν δράσεις που απαιτούν τη μετακίνησή τους και σύγχρονος μηχανογραφικός εξοπλισμός.²⁴

Απαραίτητη είναι η συνεργασία των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού με δήμους, κέντρα νεότητας, δομές ψυχικής υγείας, σχολές γονέων, συλλόγους γονέων, σχολικές μονάδες, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, κέντρα πρόληψης ναρκωτικών που βρίσκονται στην περιοχή ενδιαφέροντος στοχεύοντας εκτός από το γενικό πληθυσμό, τις ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες όπως οι Ρομά, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες που έχουν ιδιαίτερα αυξημένες ανάγκες. Η αξιοποίηση παγκόσμιων και διεθνών ημερών από τους επαγγελματίες υγείας θα μπορούσε να είναι ένας οδηγός προσέγγισης του πληθυσμού.²⁴

Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες που παρέχονται σε ένα Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού σχετίζονται με θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και διακρίνονται σε ιατρονοσηλευτικές-μαιευτικές παρεμβάσεις, σε παροχή συμβουλευτικής και διασύνδεση με υπηρεσίες και σε ενημέρωση, επιμόρφωση και έρευνα.^{25,26,27}

Πιο συγκεκριμένα:

Ιατρονοσηλευτικές- μαιευτικές παρεμβάσεις

1. Κλινική γυναικολογική εξέταση
2. Τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος, διαφράγματος ή κολπικού δακτυλίου
3. Έλεγχος για Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις
4. Εμβολιασμός κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (HPV)
5. Λήψη ενδοτραχηλικού επιχρίσματος (test-pap)
6. Έλεγχος μαστού- ψηλάφηση
7. Λήψη δείγματος για καλλιέργεια κολπικού υγρού
8. Προγραμματισμός για διενέργεια τεχνητής διακοπής της κύησης
9. Προγραμματισμός προγεννητικού ελέγχου^{25,26,27}

Παροχή συμβουλευτικής σε θέματα σχετικά με:

1. Τις Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις
2. Τις σύγχρονες αντισυλληπτικές μεθόδους
3. Την εμμηνόπαυση
4. Τον προγραμματισμό της κύησης και των χρονικών διαστημάτων μεταξύ των κυήσεων
5. Τη γονιμότητα και την υπογονιμότητα
6. Τον προγεννητικό έλεγχο
7. Την υγιεινή του γεννητικού συστήματος
8. Τον καρκίνο του μαστού
9. Τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τον εμβολιασμό^{25,26,27}

Ενημέρωση, επιμόρφωση και έρευνα

1. Ομιλίες σε σχολεία
2. Προετοιμασία γονεικότητας- ψυχοπροφυλακτική
3. Ιατρείο θηλασμού
4. Τράπεζα γάλακτος
5. Εκπαιδευτικό κέντρο για μαιείες περιφερειακών κέντρων υγείας, ιατρών, φοιτητών Ιατρικής και Μαιευτικής
6. Ημερίδες για ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας
7. Ερευνητική δραστηριότητα^{25,26,27}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2.1. ΣΤΟΧΟΙ, ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

2.1.1. ΕΦΗΒΟΙ

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στην πρόληψη ανεπιθύμητων κυήσεων που επιτυγχάνει ο Οικογενειακός Προγραμματισμός μέσω της αντισύλληψης στις έφηβες, μια ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα. Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν μια έφηβο σε εγκυμοσύνη ποικίλλουν ανάλογα το κοινωνικό πλαίσιο. Σε ανεπτυγμένες χώρες είναι η άγνοια για το πώς προκύπτει μια κύηση ή η λάθος χρήση αντισύλληψης. Σε αναπτυσσόμενες περιοχές τέτοιες κυήσεις προκύπτουν ως αποτέλεσμα γάμου λόγω των κοινωνικών εθίμων ή ως αποτέλεσμα σεξουαλικής βίας. Δεν είναι λίγες οι φορές όμως που ένας γάμος σε αυτή την ηλικία είναι απόφαση των ίδιων των εφήβων ως η καλύτερη επιλογή και διέξοδος τους εφόσον οι υπόλοιπες εκπαιδευτικές και εργασιακές επιλογές τους είναι περιορισμένες. Καθοριστικός παράγοντας είναι η οικονομική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο της εφήβου. Ακόμα και στις ανεπτυγμένες χώρες οι έφηβες που είναι φτωχές, με χαμηλού επιπέδου εκπαίδευση ή κάτοικοι αγροτικών περιοχών έχουν περισσότερες πιθανότητες να μείνουν έγκυες σε σύγκριση με τις έφηβες που προέρχονται από οικογένειες με οικονομική ευρωστία, τυγχάνουν καλύτερης εκπαίδευσης και κατοικούν σε αστικά κέντρα. Παγκοσμίως το 95% των κυήσεων σε εφήβους ηλικίας 15-19 ετών λαμβάνουν χώρα σε χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα. Η βιολογική ανωριμότητά τους οδηγεί σε επιπλοκές στην κύηση και τον τοκετό κι έτσι είναι πιο πιθανό να γεννήσουν πρόωρα, να εμφανίσουν επιπλοκές της κύησης (π.χ. εκλαμψία) ή το νεογνό να γεννηθεί με χαμηλό βάρος σώματος. Οι επιπλοκές αυτές αποτελούν και την κύρια αιτία θανάτου σε έφηβες παγκοσμίως. Οι κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις του θέματος είναι εξίσου σημαντικές. Μια έγκυος έφηβη έχει να αντιμετωπίσει το στιγματισμό, την απόρριψη και τη βία από τους συντρόφους, τους γονείς ή τους συνομήλικούς της. Πολύ συχνά αυτή η κοινωνική πίεση αλλά και η ίδια η κύηση την αναγκάζει να εγκαταλείψει το σχολείο και να περιορίσει τις μελλοντικές της ευκαιρίες και προοπτικές. Αντίθετα, με την ενδεδειγμένη χρήση αντισύλληψης η ολοκλήρωση της εκπαίδευσής της θα καθυστερήσει ένα γάμο και μια κύηση, θα της επιτρέψει την εύρεση εργασίας και θα διατηρήσει την καλή υγεία τη δική της και των απογόνων της.^{1,4}

2.1.2. ΤΕΧΝΗΤΕΣ ΔΙΑΚΟΠΕΣ ΚΥΗΣΕΩΝ

Ένα ακόμη όφελος του Οικογενειακού Προγραμματισμού σε συνάρτηση με τη χρήση αντισύλληψης όπως προαναφέρθηκε είναι η μείωση των εκτρώσεων και ειδικά αυτών που

τελούνται κάτω από μη ασφαλείς συνθήκες. Οι εκτρώσεις θεωρούνται ασφαλείς όταν γίνονται με τον ενδεδειγμένο τρόπο από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας σε χώρο που παρέχει τον απαραίτητο ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό. Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει η διάρκεια της κύησης. Πολλές φορές γυναίκες που δεν επιθυμούν να συνεχίσουν την κύηση μη έχοντας πρόσβαση σε μια ασφαλή έκτρωση καθυστερούν τη διαδικασία, με αποτέλεσμα η διακοπή να γίνεται σε προχωρημένη εβδομάδα και υπό μη νόμιμες συνθήκες. Η νομοθεσία πολλών χωρών δεν επιτρέπει τη διακοπή της κύησης ή προαπαιτεί υποχρεωτική αναμονή, συμβουλευτική και ιατρικές εξετάσεις που καθυστερούν τη διαδικασία. Άλλοτε η υπηρεσία αυτή δεν είναι διαθέσιμη, έχει υψηλό κόστος ή η χρήση της συνοδεύεται από στιγματισμό της γυναίκας. Ακόμη και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να θέτουν εμπόδια όταν οι ίδιοι αντιτίθενται συνειδησιακά με την έκτρωση. Παρόλ' αυτά οι γυναίκες δε θα αλλάξουν την επιλογή τους αλλά θα προχωρήσουν σε μια μη ασφαλή έκτρωση με πιθανές επιπλοκές όπως αιμορραγία, φλεγμονή, διάτρηση μήτρας ή βλάβη στα έσω γεννητικά όργανα λόγω εισαγωγής επικίνδυνων αντικειμένων. Σχεδόν κάθε θάνατος ή αναπηρία που προκαλείται από έκτρωση θα μπορούσε να αποφευχθεί με σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, χρήση αποτελεσματικής αντισύλληψης, παροχή ασφαλούς και νόμιμης διακοπής κύησης και έγκαιρης φροντίδας και αντιμετώπισης των επιπλοκών.¹

2.1.3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Η πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων είναι ένα επιπλέον όφελος των υπηρεσιών του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Περισσότερα από 1 εκ. άτομα αποκτούν κάποια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη κάθε μέρα χωρίς να το αντιλαμβάνονται αφού στις περισσότερες δεν υπάρχουν ιδιαίτερα συμπτώματα. Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις μπορούν να αποτελέσουν αιτία υπογονιμότητας, επιπλοκών στην κύηση αλλά και ανάπτυξης διαφόρων μορφών καρκίνου και δυνητικά θάνατο του ασθενούς. Για την ελαχιστοποίηση της μετάδοσης των ΣΜΛ απαιτείται η σωστή και συστηματική χρήση προφυλακτικού ενώ για αυτές που υπάρχουν εμβόλιο, ιδανικός είναι ο συνδυασμός της χρήσης προφυλακτικού και του εμβολιασμού. Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός μέσω των προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που οργανώνει και υλοποιεί προωθεί τη χρήση του ανδρικού προφυλακτικού, φροντίζει οι λήπτες υγείας να εκπαιδευτούν σε ασφαλείς σεξουαλικές επαφές και στην αναγνώριση των συμπτωμάτων ώστε να ζητήσουν έγκαιρα ιατρική φροντίδα ή να παροτρύνουν το σύντροφό τους να το κάνει. Περισσότερη προσοχή απαιτείται στους ευπαθείς πληθυσμούς όπως οι έφηβοι, οι εκδιδόμενοι, οι ομοφυλόφιλοι και οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών.^{1,4}

2.1.4. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ακόμη ένα όφελος των υπηρεσιών του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι αυτό που προκύπτει από τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής είτε αυτά διεξάγονται εντός σχολικού προγράμματος είτε στα πλαίσια της κοινότητας. Βασικό εργαλείο γι' αυτό το σκοπό είναι οι ακριβείς, επιστημονικές πληροφορίες κατάλληλες για την ηλικία των εφήβων και συμβατές με τις εξελισσόμενες ικανότητες των νέων ανθρώπων, υπό το πρίσμα μιας ολιστικής προσέγγισης. Οι πληροφορίες αυτές καλύπτουν μια μεγάλη γκάμα θεμάτων για την ανάπτυξη του ανθρώπου, την ανατομία, την αναπαραγωγική υγεία, την αντισύλληψη, τη γέννηση και τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Έτσι, επενδύοντας σε μια εκπαίδευση χωρίς φυλετικές διακρίσεις, καλλιεργούνται και διαμορφώνονται αξίες ζωής σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. Επιπρόσθετα, συζητήσεις που γίνονται με θέμα τις σχέσεις, την οικογενειακή ζωή, τους ρόλους των δύο φύλων, τις σεξουαλικές διακρίσεις και τη σεξουαλική κακομεταχείριση βοηθούν τους νέους ανθρώπους να αναπτύξουν αυτοσεβασμό και ικανότητες που ενθαρρύνουν την κριτική σκέψη, την επικοινωνία, την υπεύθυνη λήψη αποφάσεων και την αξιότιμη συμπεριφορά. Η σεξουαλική αγωγή μειώνει τις επικίνδυνες συμπεριφορές όπως ελεύθερες επαφές χωρίς χρήση προφυλακτικού και μειώνει τις ανεπιθύμητες κυήσεις. Η συμμετοχή των γονέων και της κοινότητας θα ήταν το ιδανικό σενάριο για να ολοκληρωθεί το προστατευτικό και εκπαιδευτικό πλαίσιο που χρειάζεται ένας νέος στο ξεκίνημα της ζωής του.⁴

2.1.5. ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η χρήση της αντισύλληψης και η δημιουργία οικογενειών βασιζόμενη στην επιθυμία και των δύο γονέων μπορεί να οδηγήσει μια χώρα στην επίτευξη δημογραφικού μερίσματος. Δημογραφικό μέρισμα ονομάζεται το δυναμικό οικονομικής ανάπτυξης που μπορεί να προκύψει από την αλλαγή στη δομή της ηλικίας του πληθυσμού δηλαδή όταν το μερίδιο του πληθυσμού 16-64 ετών είναι μεγαλύτερο από τον μη εργαζόμενο πληθυσμό(μικρότεροι των 14 ετών και μεγαλύτεροι των 65 ετών). Απαραίτητη βάση γι' αυτό είναι η πραγμάτωσή του ταυτόχρονα με το σεβασμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων και των ατομικών ελευθεριών.⁴

Συνοψίζοντας λοιπόν, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός παρέχοντας πληροφορίες, μεθόδους και υπηρεσίες βασισμένες σε επιστημονική γνώση ενδυναμώνει και σταθεροποιεί τη θέση της γυναίκας στην κοινωνία, επιτυγχάνει την ισότητα των δύο φύλων, βελτιώνει το επίπεδο της εκπαίδευσής της, της οικονομικής ασφάλειάς της και της αυτονομίας που προκύπτει από αυτήν. Όλα αυτά αθροιστικά συμβάλλουν στη μείωση της φτώχειας και την ανάπτυξη των κοινωνιών και από την άλλη περιορίζει την αύξηση του πληθυσμού που οδηγεί σε αρνητικές επιπτώσεις για το περιβάλλον, την οικονομία και την ανάπτυξη.^{1,4}

2.2. ΠΑΡΟΧΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Επιδιωκόμενο αποτέλεσμα του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι όλα τα άτομα που το έχουν ανάγκη να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες του, ώστε να εξασφαλιστεί η εξέλιξή τους αλλά και της κοινωνίας στην οποία ανήκουν. Απαραίτητοι σύμμαχοι σε αυτό είναι όσοι παρέχουν Οικογενειακό Προγραμματισμό. Ανάλογα τη χώρα, την ισχύουσα νομοθεσία και τα συστήματα υγείας οι υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού μπορούν να προσφερθούν από μεγάλη γκάμα επαγγελματιών υγείας. Πολλές χώρες αλλάζουν την τακτική ή τους κανονισμούς ώστε να επιτρέπουν σε περισσότερους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν αντισύλληψη. Ειδικευμένοι μαιευτήρες-γυναικολόγοι, γενικοί γιατροί, μαιές, νοσηλεύτριες και οι βοηθοί τους, φαρμακοποιοί και βοηθοί φαρμακείου, εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας ή ακόμη και οι ίδιοι οι χρήστες αναφέρονται σ' αυτή τη μεγάλη λίστα. Το σίγουρο είναι πως όσο περισσότεροι επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύονται και παρέχουν Οικογενειακό Προγραμματισμό, τόσο περισσότεροι άνθρωποι έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες που χρειάζονται. Αυτή η διανομή των καθηκόντων βοηθά ώστε ο βασικός πάροχος να είναι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ώστε οι ειδικευμένοι να είναι «ελεύθεροι» για περιστατικά άλλων απαιτήσεων. Ακόμη σε απομακρυσμένες και αγροτικές περιοχές όπου υπάρχει άνιση κατανομή επαγγελματιών υγείας δεν περιορίζεται η πρόσβαση στην ασφαλή και έγκαιρη φροντίδα υγείας. Φυσικά, για να θεωρηθεί ότι η διανομή καθηκόντων επιτέλεσε το σκοπό για τον οποίο προορίζεται πρέπει να διατηρηθεί η ποιότητα και η ασφάλεια των υπηρεσιών. Άρα απαιτείται εκπαίδευση, υποστήριξη, επίβλεψη και ανταμοιβή των παρόχων υπηρεσιών υγείας, παροχή των απαραίτητων μέσων και εργαλείων, αλλαγές στους κανονισμούς, πρωτόκολλα για αντιμετώπιση και παραπομπή επιπλοκών.¹

Οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού έχουν το προνόμιο και την ευθύνη να σεβαστούν και να πραγματώσουν τα δικαιώματα των ληπτών υγείας και να τους βοηθήσουν να λάβουν τις πιο σωστές γι' αυτούς αποφάσεις πάντοτε βασιζόμενοι στις αρχές που διέπουν τις υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού. Οι πληροφορίες και οι υπηρεσίες πρέπει να είναι σταθερής ποιότητας, διαθέσιμες και προσβάσιμες σε όποιον τις χρειάζεται, να μην υφίστανται διακρίσεις, η διακριτικότητα και εμπιστευτικότητα κάτω από τις οποίες προσφέρονται να είναι αδιαμφισβήτητες και η συμμετοχή των ίδιων των ληπτών να είναι επιθυμητή και στόχος του επαγγελματία υγείας.¹ Στη μελέτη «YAM DAABO study» που σημαίνει «Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΟΥ» που διεξήχθη στη Burkina Faso και το Congo αναζητούνταν τρόποι με τους οποίους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούν να συμπεριλάβουν την αντισύλληψη μετά τον τοκετό ώστε να αυξηθεί η λήψη της για το πρώτο έτος. Το αποτέλεσμα ήταν ότι όταν οι πάροχοι υγείας φρόντιζαν οι υπηρεσίες τους να είναι διαθέσιμες και οι γυναίκες και

οι σύντροφοί τους να συμμετέχουν ενεργά σε αυτές η λήψη αντισύλληψης αυξάνεται και υπάρχει συστηματική συζήτηση για τα χρονικά διαστήματα μεταξύ των γεννήσεων.¹

2.3. ΕΜΠΟΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Παρολ' αυτά η ανάγκη για υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού παραμένει μεγάλη καθώς 214 εκ. γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας προερχόμενες από τις αναπτυσσόμενες χώρες θέλουν να αποφύγουν μια κύηση αλλά δε χρησιμοποιούν κάποιο αντισυλληπτικό μέσο και 3 εκ. έφηβες προβαίνουν σε μη ασφαλείς εκτρώσεις ρισκάροντας την υγεία και τη ζωή τους.^{1,4}

Οι λόγοι που αυτή η τεράστια ανάγκη μένει ακάλυπτη είναι ένας συνδυασμός παραγόντων. Οι γεωγραφικοί περιορισμοί, η χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών αλλά και η έλλειψη προμηθειών είναι από τους βασικότερους λόγους. Επιπλέον, η περιορισμένη επιλογή μεθόδων και η περιορισμένη πρόσβαση σε αυτές ειδικά σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες όπως είναι οι έφηβοι, οι φτωχοί και οι άγαμοι. Κοινωνικά εμπόδια τίθενται όταν ο σύντροφος και η οικογένεια έχουν αντίρρηση, η κοινωνία θέτει φραγμούς λόγω φύλου και η ίδια η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με την άγνοια, τους φόβους και τις προκαταλήψεις της σχετικά με τις μοντέρνες μεθόδους αντισύλληψης και τις παρενέργειές τους. Θρησκευτικοί λόγοι ή λόγοι κουλτούρας εξακολουθούν να υπάρχουν που θέτουν ηθικά διλήμματα ακόμα και στους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, σε έναν συνεχώς αυξανόμενο πληθυσμό παρά τις προσπάθειες οι ανάγκες είναι τόσο αυξημένες που οι υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού δεν επαρκούν. Στο πλαίσιο βελτίωσης των υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού πρέπει οπωσδήποτε να ληφθεί υπόψη η κουλτούρα της κάθε χώρας και οι οικονομικές, γεωγραφικές και ηλικιακές ανισότητες που την χαρακτηρίζουν.^{1,4} Έρευνα που δημοσιεύθηκε στο «The Lancet Global Health» περιγράφει πως η χρήση αντισύλληψης επηρεάζεται από κοινωνικούς και οικονομικούς δείκτες. Συγκεντρώνοντας λοιπόν έρευνες από 74 χώρες και δείγμα 3εκ. γυναικών διαφαίνεται ότι είναι πιο πιθανό οι γυναίκες να ικανοποιήσουν την ανάγκη τους για αντισύλληψη σε χώρες που υπάρχουν περισσότερες εκπαιδευτικές ευκαιρίες για τις ίδιες και σε κοινωνίες που τα δύο φύλα θεωρούνται ισότιμα, γεγονός που υποδεικνύει πόσο σημαντικό είναι το πλαίσιο στο οποίο κινούνται οι λήπτες υπηρεσιών υγείας.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΟ ΘΕΣΜΟ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Το νοσηλευτικό προσωπικό όλων των κατηγοριών, ανεξάρτητα από τη βαθμίδα της εκπαίδευσής του, βρίσκεται στην πρώτη γραμμή για την προστασία και προώθηση της αναπαραγωγικής υγείας της γυναίκας, των παιδιών, των εφήβων και των οικογενειών γενικότερα. Είτε εργαζόμενοι ως μονάδες μέσα στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας είτε ως μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μπορούν να συμβάλλουν ενεργά στην καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται σε τρία επίπεδα όμως η κύρια πηγή προσφοράς υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές, δηλαδή αυτοί που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο της κοινότητας, εργάζονται κυρίως σε Κέντρα Υγείας ή Μονάδες Π.Φ.Υ. (Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου, Εξωτερικά Ιατρεία κ.λ.π.) χωρίς αυτό να αποκλείει την παρουσία τους από τα σχολεία, τους εργασιακούς χώρους, τα ΚΑΠΗ ή ακόμα και τις οικίες των κατοίκων στη γεωγραφική περιοχή που εργάζονται. Βασικός ρόλος τους είναι η παροχή φροντίδας υγείας τόσο στις μονάδες όσο και σε κατ' οίκον επισκέψεις, η διασφάλιση της υγείας του πληθυσμού, οι εμβολιασμοί, η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, η καταγραφή αρχείων υγείας και η εκπαίδευση του πληθυσμού με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.²⁸

Ο κύριος στόχος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η πρόληψη, μπορεί να είναι πρωτογενής, δευτερογενής ή τριτογενής. Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει υπηρεσίες υγείας, ιατρικά τεστ, συμβουλευτική και δράσεις που στοχεύουν στην αποτροπή εμφάνισης μιας κατάστασης. Σχετικά με τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού, η πρωτογενής πρόληψη θα μπορούσε να περιλαμβάνει τον εμβολιασμό κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, την ενημέρωση για την αντισύλληψη, την συνταγογράφηση και διανομή αντισυλληπτικών μέσων και τη χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει υπηρεσίες υγείας που στοχεύουν να αναγνωρίσουν εγκαίρως ή να θεραπεύσουν άτομα που νοσούν χωρίς να έχουν εμφανίσει κάποιο σύμπτωμα ή άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η λήψη ενδοτραχηλικού δείγματος (τεστ παπ) και η εκτέλεση μαστογραφίας. Ανάλογα με την ισχύουσα νομοθεσία κάθε χώρας, οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών ποικίλλουν αναφορικά με τις πράξεις που έχουν επαγγελματικό δικαίωμα να εκτελέσουν. Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει υπηρεσίες που είναι μέρος της θεραπείας σε άτομα που ήδη έχουν εμφανίσει μια νόσο προκειμένου την πρόληψη της υποτροπής ή/και τη μείωση των πιθανών επιπλοκών

λόγω υπολειμματικών συμπτωμάτων ή βρίσκονται σε μια δυσχερή κατάσταση όπως η τεχνητή διακοπή της κύησης.²⁹

Για να μπορέσουν οι νοσηλευτές να μεγιστοποιήσουν την απόδοσή τους και να επιτύχουν το στόχο τους θα πρέπει να βασίζονται σε γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες που αποκτούν κατά το βασικό πρόγραμμα σπουδών τους αλλά και σε περαιτέρω επιμόρφωση τους τόσο σε γνωστικό όσο και σε επικοινωνιακό επίπεδο. Απαραίτητες είναι οι γνώσεις που πρέπει συνεχώς να συμφωνούν με τις σύγχρονες επιστημονικές εξελίξεις αλλά εξίσου βασικό είναι να καλλιεργούν μεταξύ αυτών και των ληπτών υγείας ένα πρόσφορο κλίμα για την παροχή των υπηρεσιών. Το περιβάλλον πρέπει να είναι υποστηρικτικό ώστε ο λήπτης υγείας να αισθανθεί άνετα να εκφράσει ερωτήσεις ή απορίες του ή να δώσει τις πληροφορίες που του ζητούνται. Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει φροντίδα χωρίς να είναι επικριτικός, έχοντας παραμερίσει προσωπικές του προκαταλήψεις και εξασφαλίζοντας εμπιστευτικότητα εκτός από συγκεκριμένες περιπτώσεις που ο νόμος ορίζει σε κάθε πλαίσιο (ανήλικοι ασθενείς, διάγνωση μεταδοτικής νόσου). Όσο σημαντικές είναι οι δεξιότητες του νοσηλευτή άλλο τόσο είναι και η δυνατότητα του λήπτη υγείας να αντιληφθεί τις πληροφορίες και το μήνυμα που του μεταφέρεται. Αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη απ' το νοσηλευτή για να μπορέσει να σχεδιάσει την προσέγγιση του.^{30,31}

Η προσέγγιση μπορεί να γίνει σε πλαίσιο ατομικό ή συλλογικό. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να χρησιμοποιήσει τη γνώση για να βελτιώσει τις υπηρεσίες υγείας και να σχεδιάσει αγωγή υγείας. Αρχικά γίνεται η αξιολόγηση εκτιμώντας τη στάση του λήπτη υγείας απέναντι στην κατάσταση που αντιμετωπίζει. Επίσης, εκτιμάται εάν το πλαίσιο του ατόμου είναι υποστηρικτικό, πειστικό ή αμέτοχο. Έπειτα, ακολουθεί η συμβουλευτική όπου παρουσιάζονται οι πιθανές επιλογές και προτείνεται η καλύτερη λύση βασισμένη σε επιχειρήματα και χωρίς ο νοσηλευτής να επηρεάζεται από την προσωπική του γνώμη. Ο λήπτης υγείας πρέπει να είναι συμμετέχων και να λάβει την τελική απόφαση, υπό την καθοδήγηση του νοσηλευτή. Εναλλακτικά, γίνεται σχεδιασμός χρονοδιαγράμματος για τη λήψη της απόφασης, όταν η κατάσταση το επιτρέπει. Τέλος, παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας ή όταν αυτό δεν είναι δυνατόν ακολουθεί η παραπομπή και ο συντονισμός της φροντίδας. Μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση, θα συμπεριλάμβανε την επανεκτίμηση της κατάστασης μετά την παραπομπή ώστε να ελεγχθεί ότι έγιναν όλα όπως έπρεπε και ποιος ο βαθμός ικανοποίησης του λήπτη υγείας. Απαραίτητη είναι κάθε φορά η συνεχής εκτίμηση και εξέλιξη της αλληλεπίδρασης του νοσηλευτή και του λήπτη υγείας.^{31,32,33,34}

Η συμβουλευτική σχετικά με διάφορα θέματα είναι βασικό εργαλείο στα χέρια των νοσηλευτών. Ιδανικό είναι να ξεκινά εγκαίρως και να έχει μια χρονική διάρκεια ώστε να πετύχει τα μέγιστα αποτελέσματα. Δεν πρέπει να είναι επικριτική και οι πληροφορίες να είναι

σαφείς και αντίστοιχες στην ηλικία που απευθύνονται. Το πιο συνηθισμένο μέσο είναι η οργάνωση διαλέξεων με συγκεκριμένο θέμα, η συνεργασία με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για τη μεταφορά μηνυμάτων στο γενικό πληθυσμό, η χρήση οπτικοακουστικών μέσων και ηλεκτρονικών υπολογιστών.^{30,33}

Πολλά είναι τα εμπόδια που θα πρέπει να αντιμετωπίσει ένας επαγγελματίας υγείας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Αρχικά, ο ίδιος ο νοσηλευτής για να μπορέσει να ασκήσει το επάγγελμά του θα πρέπει να έχει εκπαιδευτεί ώστε οι προσωπικές του πεποιθήσεις και το σύστημα αξιών του να μην επηρεάζουν την υπηρεσία υγείας που θα προσφέρει με σκοπό να κατευθύνει το λήπτη υγείας στην επιλογή που αυτός θεωρεί σωστή. Εάν δεν έχει καταφέρει να απαλλαγεί από κοινωνικές ή θρησκευτικές αναστολές τότε θα πρέπει να παραπέμψει τον λήπτη υγείας σε άλλο συνάδελφό του χωρίς να καθυστερεί την εξυπηρέτησή του.^{29,32} Δεύτερον αλλά εξίσου σημαντικό είναι η περιορισμένη πρόσβαση συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας. Βασική αρμοδιότητα του νοσηλευτή είναι να άρει όλες αυτές τις δυσκολίες και να εξασφαλίσει σε πρόσφυγες, μετανάστες, ανασφάλιστους ή όσους διαμένουν μακριά αυτό που χρειάζονται.^{29,31} Ακόμη, οι ίδιοι οι νοσηλευτές πολλές φορές «σαμποτάρουν» την προώθηση του οικογενειακού προγραμματισμού είτε γιατί θεωρούν ότι δεν είναι στην αρμοδιότητά τους, οι γνώσεις τους είναι περιορισμένες σε αυτό το πεδίο ή δεν έχουν το χρόνο που απαιτείται λόγω ενασχόλησης τους με άλλα καθήκοντα.²⁸ Τέλος, το νομικό πλαίσιο που πολλές φορές δεν ξεκαθαρίζει τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών και η έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών περιορίζει την παροχή φροντίδας υγείας.²⁹

Στην πραγματικότητα η συχνότητα επίσκεψης μιας μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι πολύ μικρή. Γι' αυτό θα πρέπει οι νοσηλευτές να εντάξουν στις αρμοδιότητες τους την προσέγγιση των ατόμων που επισκέπτονται τη δομή για διαφορετικό λόγο την ενημέρωσή τους σχετικά με θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Κάθε επίσκεψη πρέπει να γίνεται αφορμή για ενημέρωση.⁶ Έχοντας αυξημένη πρόσβαση οι χρήστες υγείας είναι πιο ικανοποιημένοι και εξασφαλίζοντας στον ασθενή την αυτονομία του και αναγνωρίζοντας τις ανάγκες του διευκολύνεται η συνεργασία νοσηλευτών και ληπτών υγείας και δίνεται νέα κατεύθυνση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.^{29,35}

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό να διερευνήσει τη θέση του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα Κέντρα Υγείας σχετικά με την οργάνωση, τη λειτουργία και τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν στην αρχή της μελέτης είναι τα εξής:

1. Ποια η γνώμη του νοσηλευτικού προσωπικού για την οργάνωση και τη δομή του Οικογενειακού Προγραμματισμού;
2. Τί γνωρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό για τη λειτουργία του Οικογενειακού Προγραμματισμού;
3. Κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό είναι διατεθειμένο να εκπαιδευτεί σχετικά με τη λειτουργία και τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού;
4. Κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό είναι διατεθειμένο να προάγει τις υπηρεσίες που προσφέρει ο Οικογενειακός Προγραμματισμός και να κατευθύνει τους λήπτες υγείας σε αυτή τη δομή;
5. Ποια η σχέση της εκπαιδευτικής βαθμίδας, της προϋπηρεσίας και της ηλικίας των νοσηλευτών με τη στάση τους αυτή;

4.2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο αρχικός σχεδιασμός ήταν η μελέτη να απευθύνεται στο νοσηλευτικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας του νομού Λάρισας δηλαδή στο Κ.Υ. Αστικού Τύπου Λάρισας και στα Κ.Υ. Τυρνάβου, Ελασσόνας, Αγιάς, Γόννων και Φαρσάλων. Μετά από επικοινωνία με τους υπεύθυνους νοσηλευτικού προσωπικού της κάθε δομής διαπιστώθηκε ότι το σύνολο των ερωτηθέντων πρόκειται να είναι 93 άτομα. Υπολογίζοντας λοιπόν και τις αναμενόμενες απώλειες που θα προέκυπταν αποφασίστηκε να διευρυνθεί ο πληθυσμός μελέτης και σε νοσηλευτές που εργάζονται σε Κ.Υ. των νομών Καρδίτσας και Τρικάλων. Ο λόγος που δεν συμπεριλήφθηκε και ο νομός Μαγνησίας και Σποράδων ήταν η δύσκολη πρόσβαση στα Κ.Υ. νησιωτικών και άγονων περιοχών. Συμπεριλαμβάνοντας στη μελέτη και τους τρεις νομούς συγκεντρώθηκαν 14 Κ.Υ., από τα οποία 6 βρίσκονται στο νομό Λάρισας (όπως προαναφέρθηκαν) και από 4 βρίσκονται στους άλλους δύο νομούς. Πιο συγκεκριμένα, ο νομός Καρδίτσας περιλαμβάνει το Κ.Υ. Αστικού Τύπου Καρδίτσας και τα Κ.Υ. Παλαμά, Σοφάδων και Μουζακίου ενώ ο νομός Τρικάλων περιλαμβάνει το Κ.Υ. Αστικού Τύπου Τρικάλων και τα Κ.Υ. Φαρκαδόνας, Πύλης και Καλαμπάκας. Το σύνολο των νοσηλευτών

που εργάζονται σε αυτές τις δομές, όλων των κατηγοριών εκπαίδευσης(ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) είναι 232. Η προϋπόθεση να συμμετέχει κάποιος στη μελέτη ήταν να εργάζεται ως νοσηλεύτης σε αυτές τις δομές και εξαιρέθηκαν περιπτώσεις που για προσωπικούς ή υπηρεσιακούς λόγους απασχολούνταν σε καθήκοντα διοικητικά. Συνολικά, συγκεντρώθηκαν 190 ερωτηματολόγια και ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου για τον κάθε συμμετέχοντα ήταν 10-15 λεπτά.

4.3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε μετά από την αναζήτηση και μελέτη της ξένης βιβλιογραφίας και τροποποιήθηκε ανάλογα. Μετά τη σύνταξη του έγινε δοκιμαστική διανομή στο 10% του συνολικού δείγματος (σε 20 άτομα) προσπαθώντας να καλυφθούν όλες οι περιοχές και να μην προέρχονται όλα από το ίδιο Κ.Υ. ή από ένα νομό. Ο λόγος αυτής της δοκιμαστικής διανομής ήταν να ελεγχθεί κατά πόσο οι νοσηλευτές κατανοούν τις ερωτήσεις, αν οι ερωτήσεις ακολουθούν μια λογική συνέχεια και αν υπάρχουν σχόλια θετικά ή αρνητικά από τους ερωτηθέντες με σκοπό τη βελτίωσή του. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 3 ενότητες. Η πρώτη ενότητα αποτελείται από 5 ερωτήσεις που αναφέρονται στα δημογραφικά στοιχεία των νοσηλευτών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) και σε στοιχεία που σχετίζονται με την επαγγελματική τους κατάσταση (βαθμίδα εκπαίδευσης και έτη προϋπηρεσίας). Η δεύτερη ενότητα αποτελείται από 13 ερωτήσεις που προσπαθούν να σκιαγραφήσουν τη γνώση των νοσηλευτών για τη λειτουργία μιας δομής Οικογενειακού Προγραμματισμού είτε από προσωπική είτε από επαγγελματική εμπειρία και πόσο είναι διατεθειμένοι να εκπαιδευτούν σε αυτόν τον τομέα. Στην τρίτη και τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με το πόσο σημαντικές θεωρούν τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού και κατά πόσο θα παρέπεμπαν τους ασθενείς σε μια αντίστοιχη δομή.

4.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η διανομή του ερωτηματολογίου στα Κ.Υ. απαιτούσε την έγκριση της 5^{ης} ΥΠΕ στην οποία ανήκουν. Έτσι, ζητήθηκε σχετική άδεια με αίτηση από το Επιστημονικό Συμβούλιο καταθέτοντας το ερευνητικό πρωτόκολλο της μελέτης και το ίδιο το ερωτηματολόγιο. Μετά την έγγραφη θετική απάντηση της ΥΠΕ, ακολούθησε η τηλεφωνική ενημέρωση των Επιστημονικά Υπεύθυνων των Κ.Υ. και των υπευθύνων του νοσηλευτικού προσωπικού και αποστάλθηκε αντίγραφο της έγκρισης για να διανεμηθεί το ερωτηματολόγιο. Ακολούθησαν οι επισκέψεις στα Κ.Υ. όπου σε συνεννόηση με την εκάστοτε προϊσταμένη του νοσηλευτικού προσωπικού της παραδίδονταν τα ερωτηματολόγια και τα έντυπα συγκατάθεσης για τον κάθε νοσηλευτή, καθώς ήταν αδύνατο να είναι όλοι παρόντες την ίδια ώρα στο χώρο εργασίας

λόγω της φύσης της δουλειάς τους. Η συλλογή γινόταν με τέτοιο τρόπο ώστε σε διαφορετικό μέρος να συγκεντρώνονται τα ερωτηματολόγια από τα φύλλα συγκατάθεσης και να μην μπορεί να γίνει συνδυασμός νοσηλευτή με το ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσε. Έτσι εξασφαλίστηκε η ελευθερία του ερωτώμενου να συμπληρώσει αυτό που πραγματικά πίστευε χωρίς να κάνει δευτερες σκέψεις για τυχόν σχολιασμό της γνώμης του. Σε δεύτερη φάση και εφόσον είχαν συμπληρώσει ερωτηματολόγιο όσοι νοσηλευτές επιθυμούσαν ακολούθησε εκ νέου επίσκεψη στα Κ.Υ. για την παραλαβή τους ή στάλθηκαν ταχυδρομικά. Ο χρόνος συλλογής έφτασε τις 8 εβδομάδες λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών που επικρατούσαν λόγω της πανδημίας του κορονοϊού που απαιτούσε από όλους μας την κοινωνική απομόνωση. Η γενικότερη στάση των Επιστημονικών Υπευθύνων των Κ.Υ., των προϊστάμενων και των νοσηλευτών ήταν θετική εκτός μεμονωμένων περιστατικών που αποδίδονται στην γενικότερη πίεση που δέχτηκε το νοσηλευτικό προσωπικό στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Δυσκολίες επίσης αντιμετωπίστηκαν λόγω μετακίνησης του προσωπικού από τα Κ.Υ. στα νοσοκομεία λόγω αυξημένων υπηρεσιακών αναγκών, λόγω των αδειών ειδικού σκοπού που χορηγήθηκαν στις εργαζόμενες μητέρες και της γενικότερης κατάστασης που επικρατούσε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

4.5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου «IBM SPSS Statistics» έκδοση 26.00, με τις μεθόδους της Περιγραφικής και της Επαγωγικής Στατιστικής. Ειδικότερα η Περιγραφική Ανάλυση περιελάμβανε την κατανομή συχνοτήτων για τις ποιοτικές μεταβλητές (απόλυτη και σχετική % συχνότητα) καθώς και εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς για τις ποσοτικές μεταβλητές (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή). Η Επαγωγική Ανάλυση για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων περιελάμβανε τον έλεγχο t-test για ανεξάρτητα δείγματα, την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one-way ANOVA) για ανεξάρτητα δείγματα (για τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο LSD) καθώς και τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r). Τα επίπεδα σημαντικότητας (p-value) ήταν αμφίπλευρα και το επίπεδο της αποδεκτής στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στην τιμή $p < 0,05$ (5%).

4.6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, τα οποία συγκεντρώθηκαν από τα έντυπα ερωτηματολόγια. Αρχικά, παρουσιάζονται οι περιγραφικές αναλύσεις των μεταβλητών της

έρευνας, που σκιαγραφούν το κοινωνικό - δημογραφικό προφίλ του δείγματος (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, έτη προϋπηρεσίας).

Στη συνέχεια, ακολουθεί η ανάλυση των εξαρτημένων μεταβλητών της έρευνας, όπως είναι η γνώμη του νοσηλευτικού προσωπικού για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό, την οργάνωση και τη δομή του, οι απόψεις για τη λειτουργία μιας δομής Οικογενειακού Προγραμματισμού, η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη λειτουργία και τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού, και η διάθεση των συμμετεχόντων να προάγουν τις υπηρεσίες που προσφέρει ο Οικογενειακός Προγραμματισμός.

Τέλος, ακολουθεί η επαγωγική ανάλυση, που περιλαμβάνει έλεγχο συσχετίσεων μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και της στάσης των συμμετεχόντων αναφορικά με την προώθηση των υπηρεσιών του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

4.6.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

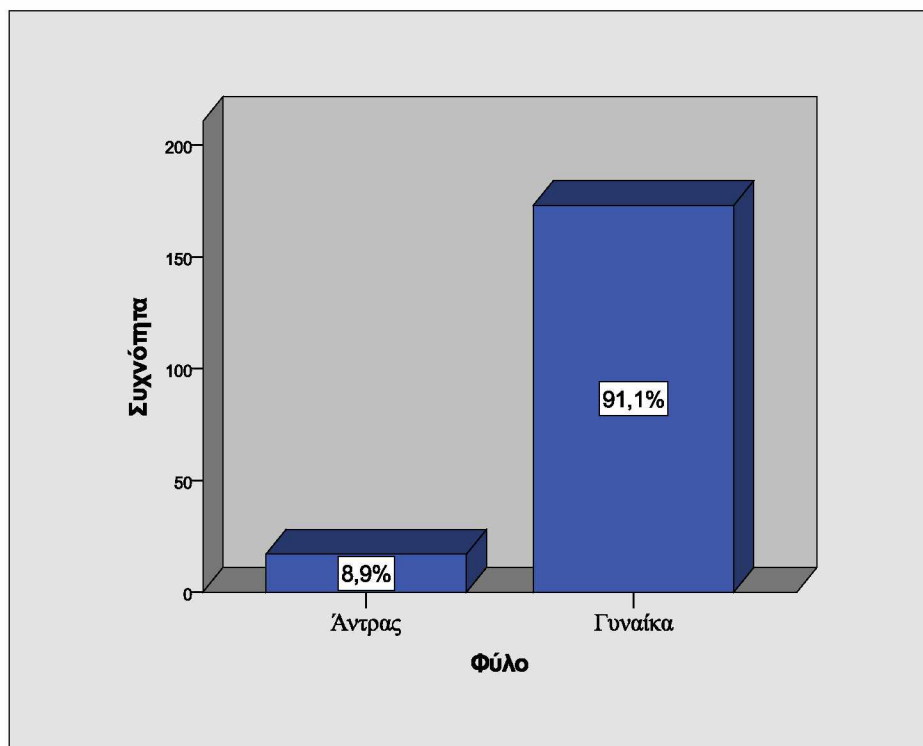
Στον Πίνακα 1 (και στα Σχήματα 1-3) παρουσιάζονται τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, το οποίο αποτελείται από 190 συμμετέχοντες, εκ των οποίων το 8,9% (N=17) ήταν άνδρες και 91,1% (N=173) γυναίκες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι περίπου 46 έτη (M.T.=46,11, T.A.=7,13). Η πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι/σε συμβίωση (80,5%, N=153). Ένας στους δέκα (10%, N=19) είναι άγαμος-η, ενώ λιγότεροι είναι διαζευγμένοι (5,8%, N=11) και σε χηρεία (3,7%, N=7). Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, οι περισσότεροι (47,6%, N=90) είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και ακολουθούν με μικρή διαφορά οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης (41,3%, N=78). Λιγότεροι (6,9%, N=13) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών ενώ μόλις 8 (4,2%) είναι απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Ο μέσος όρος ετών προϋπηρεσίας είναι σχεδόν 20 έτη (M.T.=19,73, T.A.=8,81).

Πίνακας 1. Περιγραφή του δείγματος

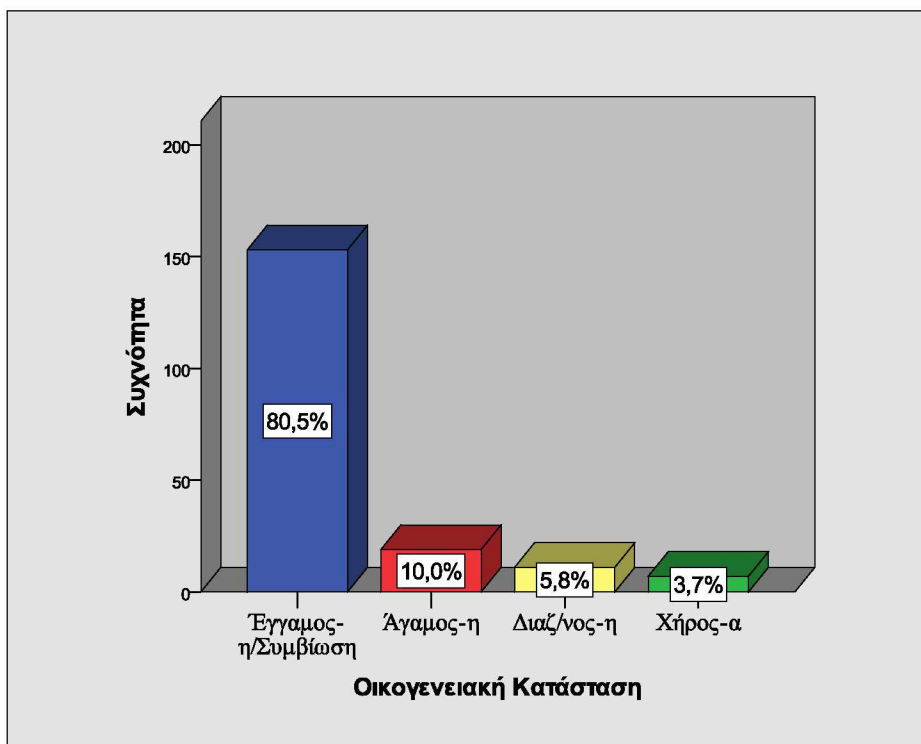
Χαρακτηριστικό	Κατηγορίες	N	f %
Φύλο	Άνδρας	17	8,9
	Γυναίκα	173	91,1
Ηλικία	M.T. ± T.A.	46,11 ± 7,13	
	Min – Max	26 – 64	

Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος-η/Συμβίωση	153	80,5
	Άγαμος-η	19	10,0
	Διαζ/νος-η	11	5,8
	Χήρος-α	7	3,7
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Δευτεροβάθμια Εκπ/ση	90	47,6
	Τεχνολογική Εκπ/ση	78	41,3
	Πανεπιστημιακή Εκπ/ση	8	4,2
	Μεταπτυχιακές σπουδές	13	6,9
Έτη Προϋπηρεσίας	M.T. ± T.A.	19,73 ± 8,81	
	Min – Max	2 – 39	

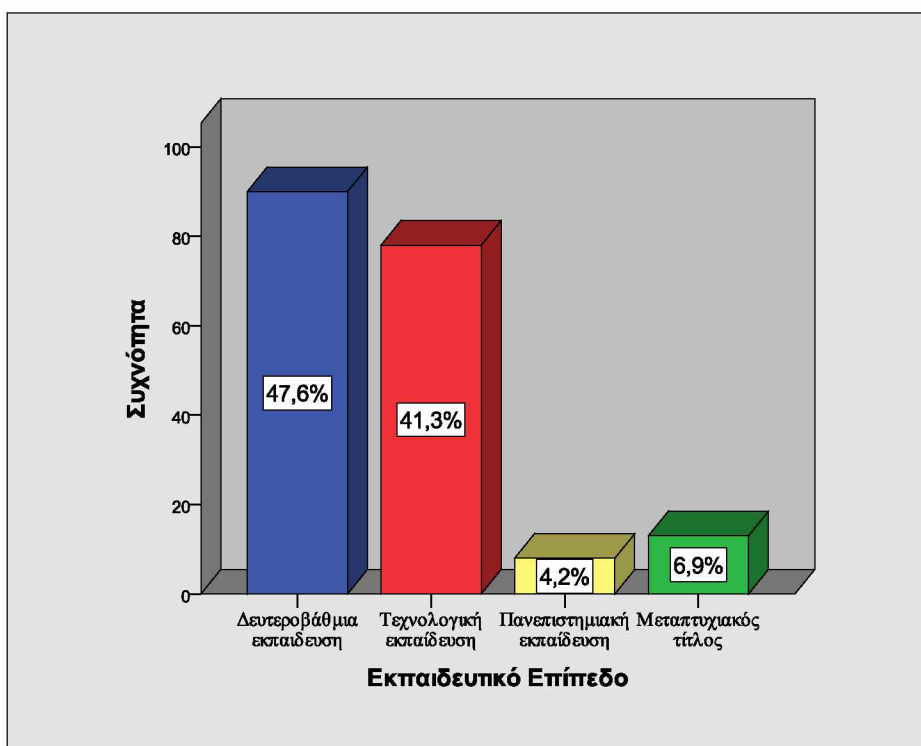
N: Συχνότητα, f%: Σχετική συχνότητα %



Σχήμα 1. Κατανομή συχνοτήτων για το φύλο



Σχήμα 2. Κατανομή συχνοτήτων ως προς την οικογενειακή κατάσταση



Σχήμα 3. Κατανομή συχνοτήτων για το επίπεδο εκπαίδευσης

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα σχετικά με την οργάνωση και τη δομή του Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτυπώνονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Πίνακας συχνότητας απαντήσεων ανά δήλωση σχετικά με τη στάση τους απέναντι στις δομές Οικογενειακού Προγραμματισμού

<i>Δήλωση</i>	<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Δεν γνωρίζω</i>
Θεωρείτε ότι μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού πρέπει να εδράζεται σε χώρο που δεν έχει σχέση με νόσο και ασθενείς;	58,9%	30,0%	11,1%
Θεωρείτε ότι μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας;	92,6%	3,2%	4,2%
Θεωρείτε σημαντική τη διασύνδεση μιας δομής Οικογενειακού Προγραμματισμού με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας;	80,5%	7,4%	12,1%
Θεωρείτε ότι μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού θα έπρεπε να είναι προσβάσιμη από το κοινό όλες τις ημέρες της εβδομάδας και όλο το 24ωρο;	52,6%	38,9%	8,4%

Περισσότεροι από τους μισούς (58,9%, N=112) θεωρούν ότι μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού πρέπει να εδράζεται σε χώρο που δεν έχει σχέση με νόσο και ασθενείς, ενώ ένας στους τρεις (30%, N=57) διαφωνεί.

Η πλειονότητα των ερωτώμενων (92,6%, N=176) θεωρεί ότι μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 6 ερωτώμενοι (3,2%) δεν συμφωνούν με την παραπάνω δήλωση, ενώ 8 (4,2%) δεν γνωρίζουν.

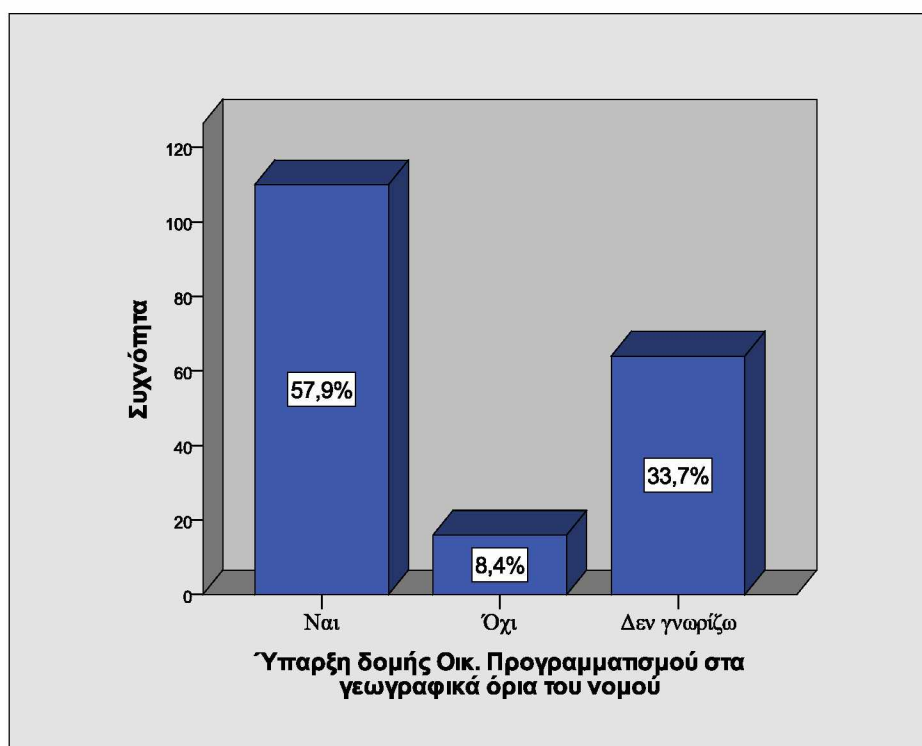
Οι περισσότεροι (80,5%, N=153) συμφωνούν ότι μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού πρέπει να συνδέεται με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Με αυτή την άποψη διαφωνούν 14 συμμετέχοντες (7,4%), ενώ δεν γνωρίζουν 23 (12,1%).

Λίγο περισσότεροι από τους μισούς (52,6%, N=100) θεωρούν ότι μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού θα έπρεπε να είναι προσβάσιμη από το κοινό όλες τις ημέρες της εβδομάδας και όλο το 24ωρο, ενώ με αυτή την άποψη διαφωνεί το 38,9% (N=74). Οι υπόλοιποι (8,4%, N=16) δεν γνωρίζουν.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ - ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα (93,2%, N=177) δηλώνει ότι δεν έχουν εργαστεί ποτέ σε δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού. Μόλις 13 συμμετέχοντες (6,8%) δήλωσαν ότι έχουν εργαστεί σε δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού.

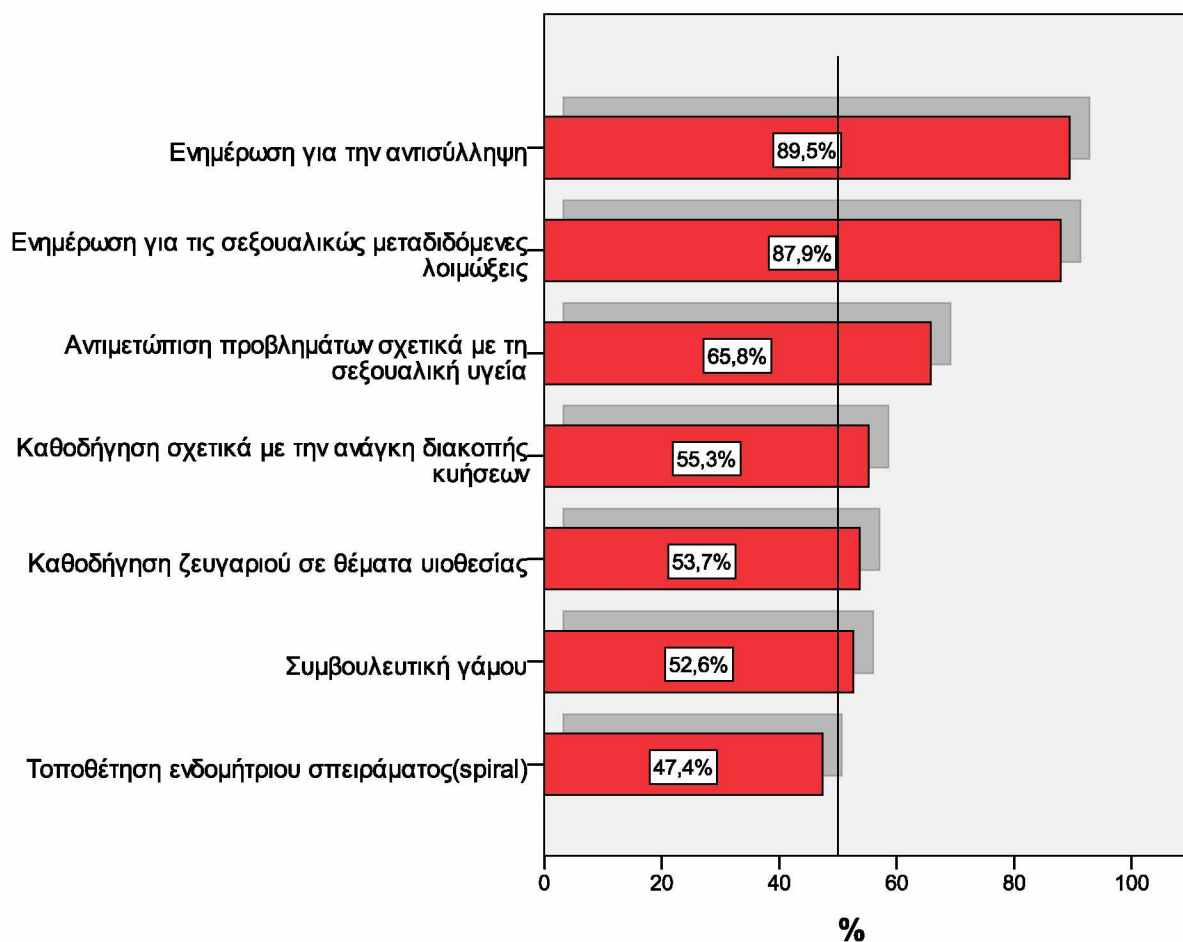
Οι περισσότεροι (57,9%, N=110) γνωρίζουν ότι υπάρχει δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού στα γεωγραφικά όρια του νομού τους. Αξιοσημείωτο είναι ότι ένας στους τρεις συμμετέχοντες (33,7%, N=64) δεν γνωρίζει την ύπαρξη τέτοιας δομής (Σχήμα 4).



Σχήμα 4. Κατανομή συχνοτήτων για το αν γνωρίζουν την ύπαρξη δομής Οικογενειακού Προγραμματισμού στα γεωγραφικά όρια του νομού

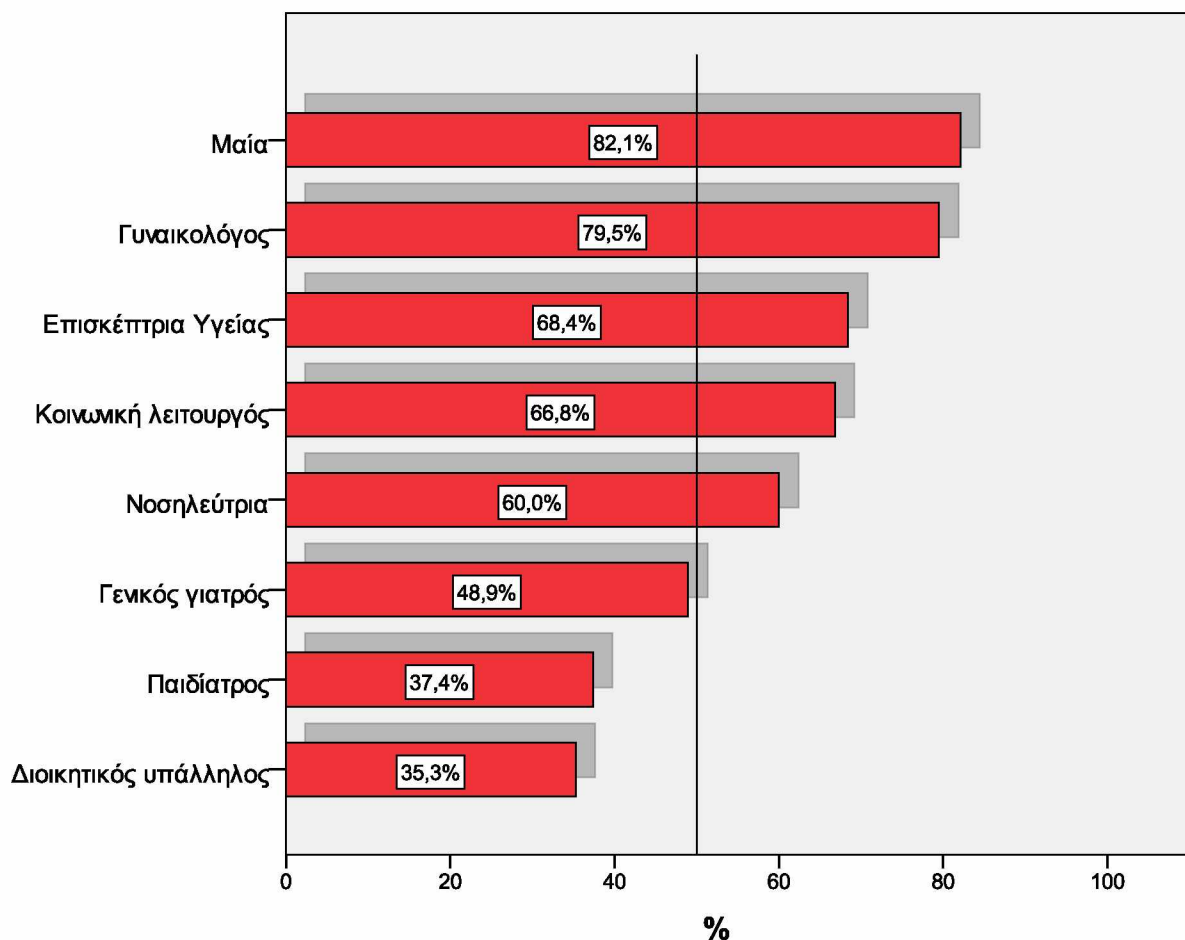
Στο Σχήμα 5 αποτυπώνονται οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρει μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες. Οι περισσότεροι δήλωσαν ότι προσφέρει ενημέρωση για την αντισύλληψη (89,5% ,N=170). Σε αντίστοιχα

ποσοστά (87,9%, N=167) δηλώνουν ότι προσφέρει ενημέρωση για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Το 65,8% (N=125) θεωρεί ότι προσφέρει υπηρεσίες αντιμετώπισης προβλημάτων σχετικά με τη σεξουαλική υγεία. 105 συμμετέχοντες (55,3%) θεωρούν ότι προσφέρει καθοδήγηση σχετικά με την ανάγκη διακοπής κυήσεων. Λίγο περισσότεροι από τους μισούς (53,7%, N=102 και 52,6%, N=100) θεωρούν ότι καθοδηγούν τα ζευγάρια σε θέματα υιοθεσίας και ότι προσφέρουν υπηρεσίες συμβουλευτικής γάμου αντίστοιχα. Λιγότεροι από τους μισούς (47,4%, N=90) δηλώνουν ότι μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού ασχολείται με τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος (spiral).



Σχήμα 5. Ποσοστά απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας μιας δομής Οικογενειακού Προγραμματισμού

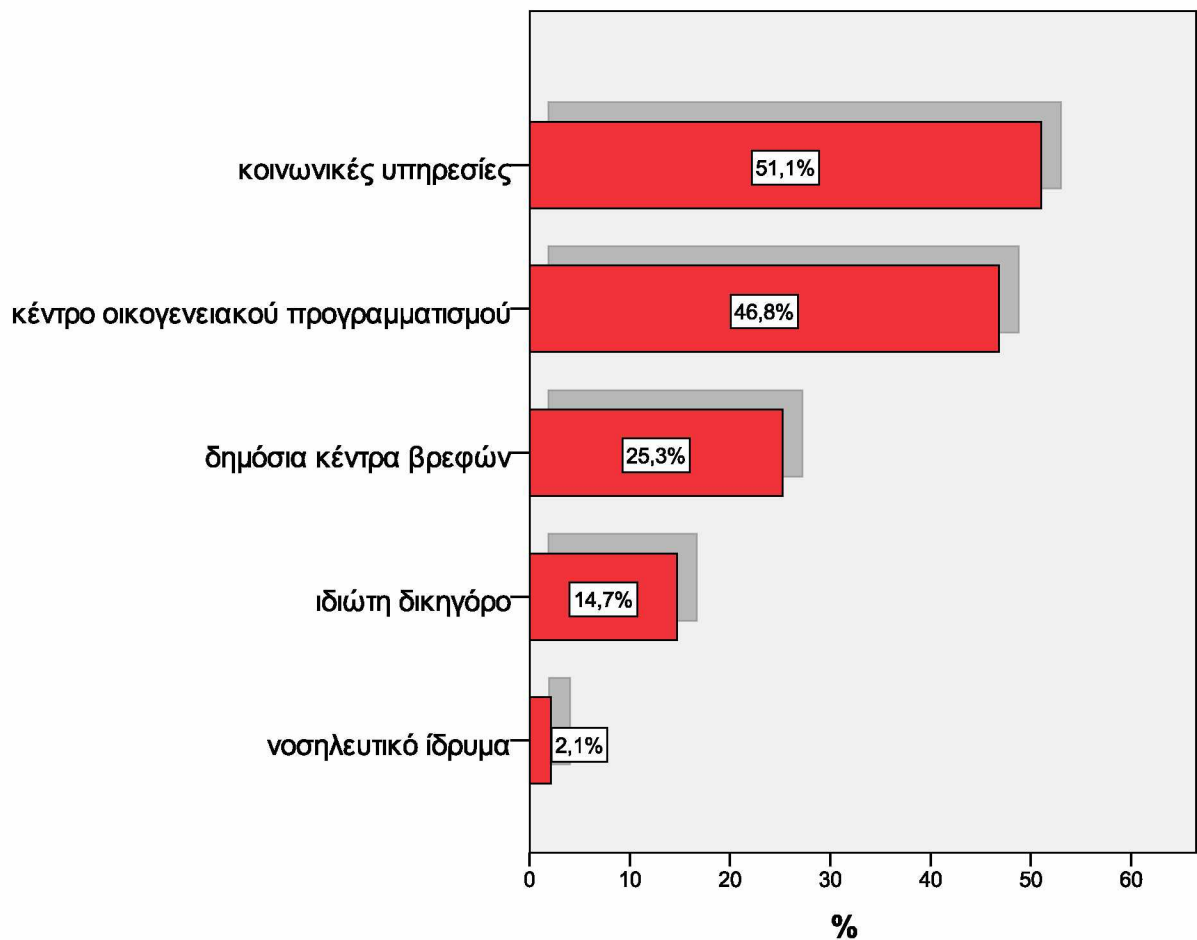
Αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού, οι περισσότεροι δήλωσαν Μαία (82,1%, N=156) και Γυναικολόγο (79,5%, N=151). Μόλις 37,4% (N=71) δήλωσαν Παιδίατρο και 35,3% (N=67) Διοικητικό υπάλληλο (Σχήμα 6).



Σχήμα 6. Ποσοστά απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού

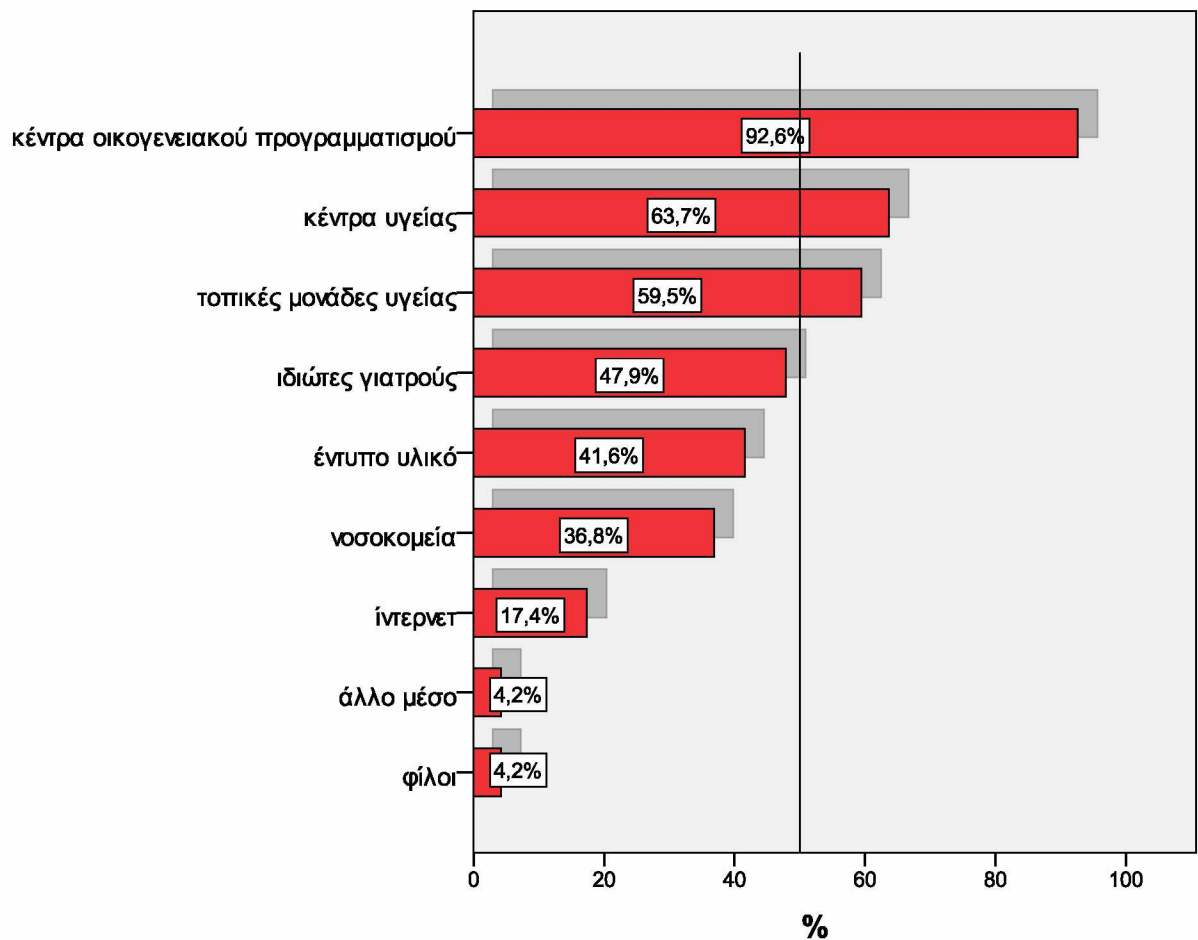
Σχετικά με το ποιοι μπορούν να απευθυνθούν σε μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού, οι περισσότεροι δήλωσαν γυναίκες (97,9%, N=186) και ζευγάρια (95,8, N=181). 172 ερωτώμενοι (90,5%) δήλωσαν ότι μπορούν να απευθυνθούν άντρες σε τέτοια δομή, και 169 (88,9%) ότι μπορούν να απευθυνθούν έφηβοι.

Αναφορικά με το που θα πρέπει να απευθυνθεί πρωτίστως ένα ζευγάρι για θέματα υιοθεσίας παιδιών (Σχήμα 7), σχεδόν οι μισοί ερωτώμενοι (51,1%, N=97) δήλωσαν τις κοινωνικές υπηρεσίες. Λιγότεροι από τους μισούς (46,8%, N=89) επέλεξαν το κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Ένας στους τέσσερις (25,3%, N=48) θεωρεί ότι θα πρέπει να απευθυνθεί πρωτίστως σε δημόσια κέντρα βρεφών. Λιγότεροι (14,7%, N=28) επιλέγουν ιδιώτη δικηγόρο ενώ ελάχιστοι (2,1%, N=4) επιλέγουν το νοσηλευτικό ίδρυμα.



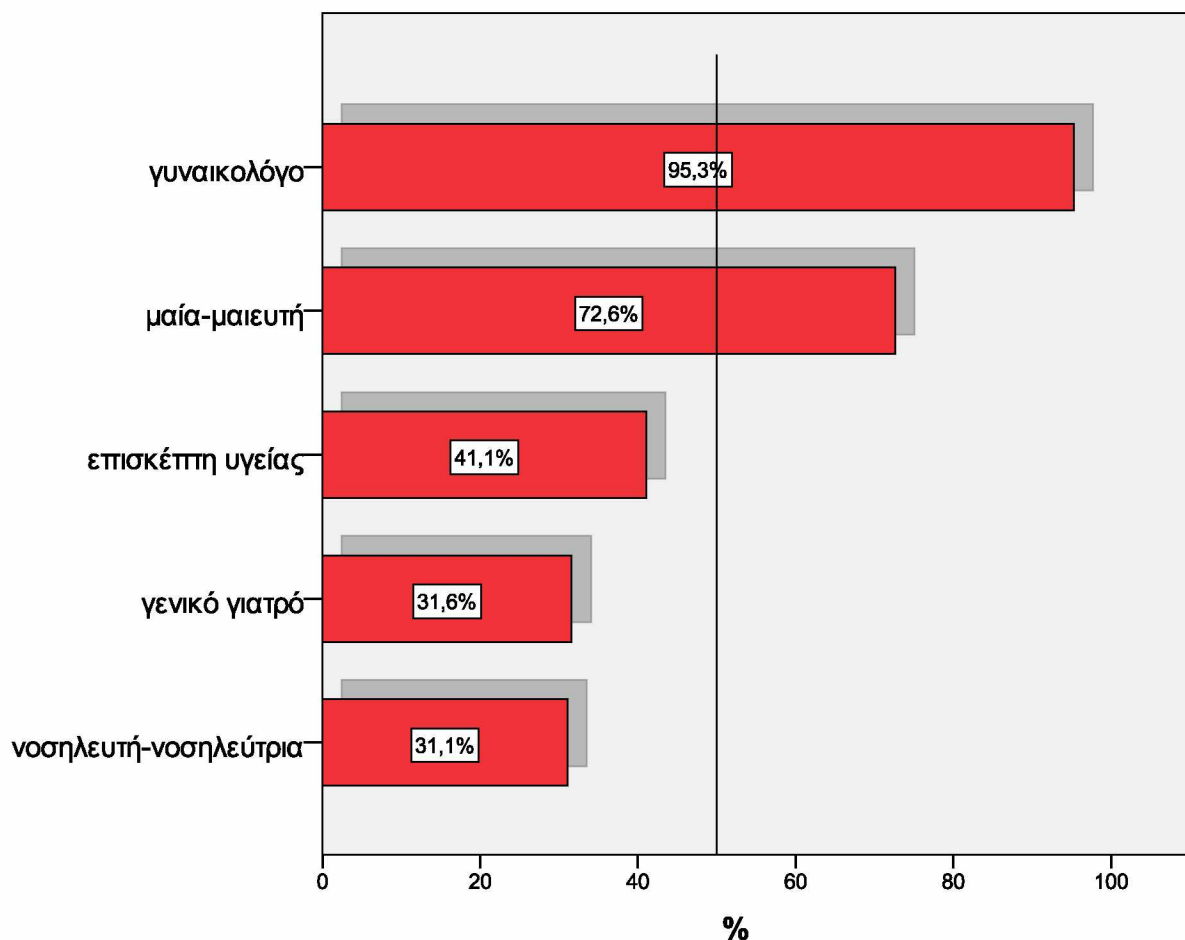
Σχήμα 7. Ποσοστά επιλογής δομών στις οποίες θα πρέπει να απευθυνθεί εάν ζευγάρι για θέματα υιοθεσίας παιδιών

Σχετικά με το που πρέπει να γίνεται η ενημέρωση των ατόμων/ζευγαριών για την αντισύλληψη, η πλειονότητα των συμμετεχόντων επιλέγει τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού (92,6%, N=176). Ακολουθούν τα κέντρα υγείας (63,7%, N=121) και οι τοπικές μονάδες υγείας (59,5%, N=113). Στον αντίποδα, ελάχιστοι επιλέγουν τους φίλους ή άλλο μέσο (4,2%, N=8 έκαστη επιλογή) (Σχήμα 8).



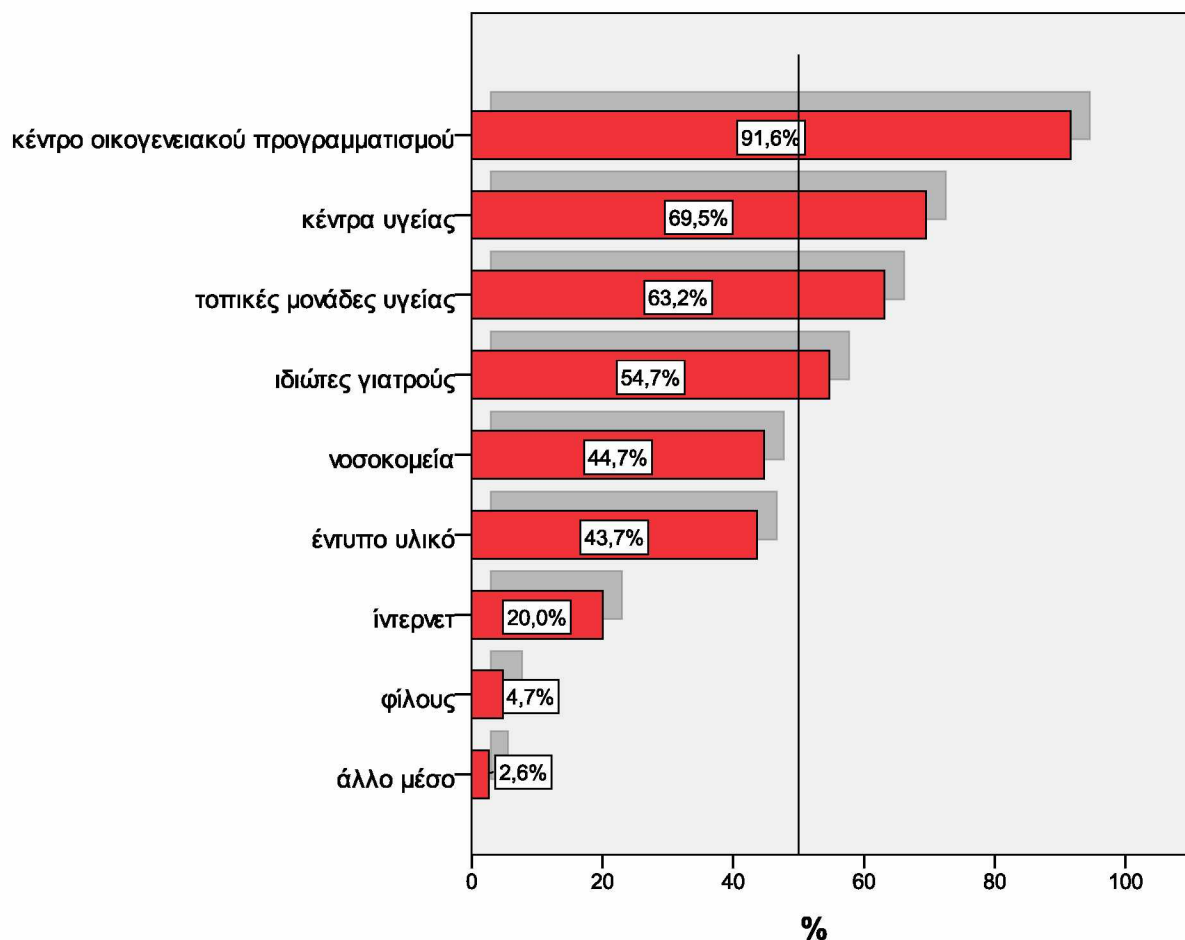
Σχήμα 8. Ποσοστά επιλογής πηγών ενημέρωσης για την αντισύλληψη

Όσον αφορά από ποιους πρέπει να γίνεται η ενημέρωση για την αντισύλληψη, η πλειονότητα των συμμετεχόντων επιλέγει από τον γυναικολόγο (95,3%, N=181), ενώ αμέσως επόμενη επιλογή για το 72,6% (N=138) είναι από μαία-μαιευτή. Λιγότεροι από τους μισούς (41,1%, N=78) επιλέγουν επισκέπτη υγείας για την ενημέρωσή για την αντισύλληψη. Γενικό γιατρό επιλέγει το 31,6% (N=60) και νοσηλεύτη/τρια το 31,1% (N=59) (Σχήμα 9).



Σχήμα 9. Ποσοστά επιλογής επαγγελματιών υγείας για ενημέρωση για την αντισύλληψη

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων όσον αφορά από ποιον μπορεί ένα άτομο/ζευγάρι να ενημερωθεί για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις αποτυπώνονται στο Σχήμα 10. Οι περισσότεροι προτιμούν η ενημέρωση να γίνεται από κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού (91,6%, N=174), ενώ στη δεύτερη θέση επιλέγουν από κέντρα υγείας (69,5%, N=132). Στις τελευταίες θέσεις προτιμούν από φίλους (4,7%, N=9) ή από άλλο μέσο (2,6%, N=5).



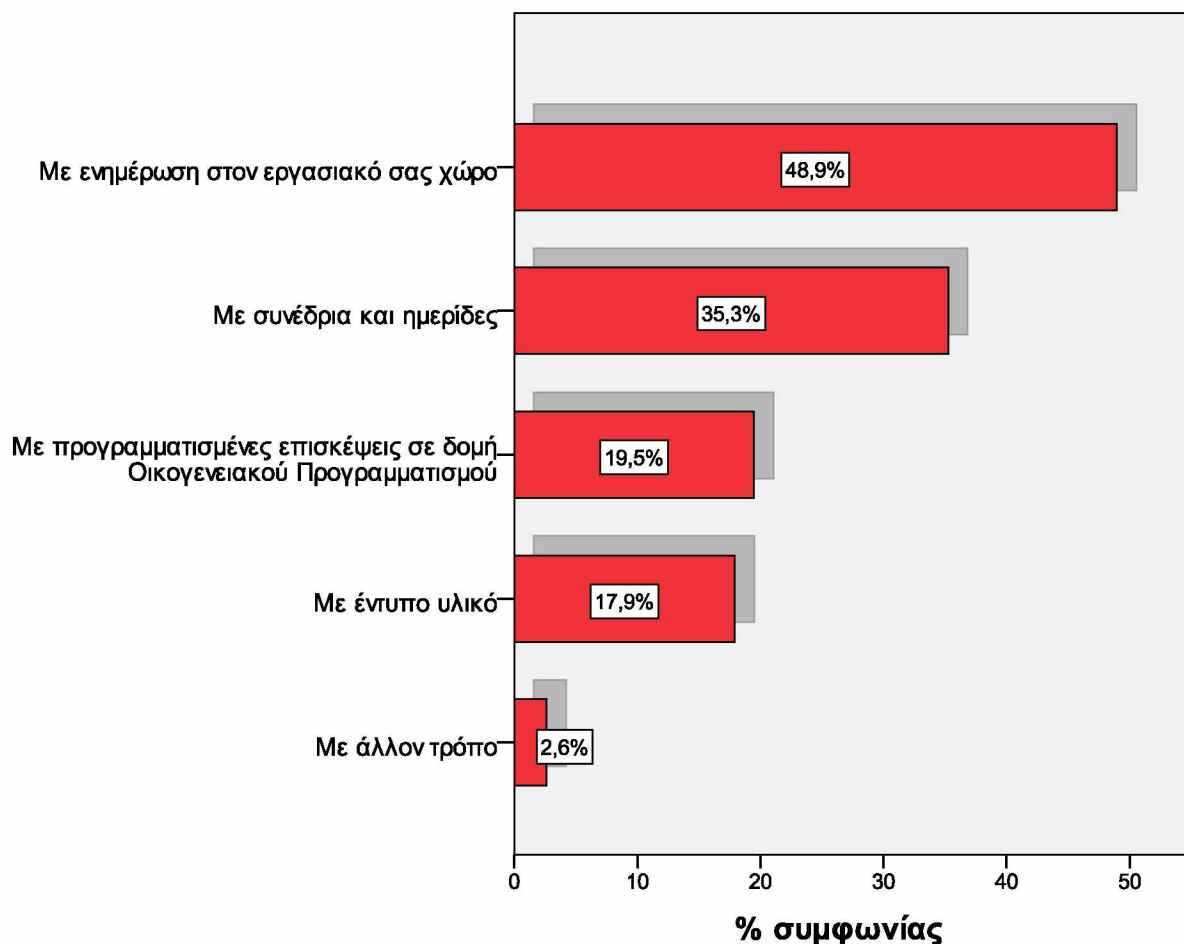
Σχήμα 10. Ποσοστά επιλογής πηγών ενημέρωσης για σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

Αναφορικά με θέματα εκπαίδευσης, η πλειονότητα του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα (85,3%, N=162) δεν έχει εκπαιδευτεί ποτέ σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Μόλις 28 (14,7%) ερωτώμενοι δήλωσαν ότι έχουν ενημερωθεί/εκπαιδευτεί κάποια στιγμή σε θέματα σχετικά με τον Οικογενειακό Προγραμματισμό.

Αντίθετα, το 80% των συμμετεχόντων (N=152) εκφράστηκε θετικά σε μελλοντική ενημέρωση/εκπαίδευση του σχετικά με θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο θα ήθελαν να εκπαιδευτούν/ενημερωθούν, οι απαντήσεις των ερωτώμενων αποτυπώνονται στο Σχήμα 11.



Σχήμα 11. Ποσοστά συμφωνίας των συμμετεχόντων με τους τρόπους εκπαίδευσης/ενημέρωσής τους

Οι περισσότεροι επιλέγουν να εκπαιδευτούν/ενημερωθούν σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού με ενημέρωση στον εργασιακό τους χώρο (48,9%, N=93). Ακολούθως, ένας στους τρεις (35,3%, N=67) επιθυμεί να πραγματοποιηθεί η εκπαίδευση με συνέδρια και ημερίδες. Ένας στους πέντε (19,5%, N=37) επιλέγει η επιμόρφωσή του να γίνει με προγραμματισμένες επισκέψεις σε δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού. Λιγότεροι επιλέγουν με έντυπο υλικό (17,9%, N=34) ή με άλλον τρόπο (2,6%, N=5, π.χ. μέσω internet, μέσω skype σε εικονικά δωμάτια, με email κατά δήλωσή τους).

Σχετικά με το εάν υπάρχουν προγράμματα ενημέρωσης για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό στο Κέντρο Υγείας όπου εργάζονται, οι περισσότεροι (40,5%, N=77) απάντησαν θετικά, ενώ περίπου ίδιο ποσοστό (38,9%, N=74) απάντησε αρνητικά. Ένας στους πέντε περίπου (20,5%, N=39) δεν γνωρίζει για την ύπαρξη προγραμμάτων ενημέρωσης σχετικά με τον Οικογενειακό Προγραμματισμό.

ΠΡΩΘΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΟΥΣ ΛΗΠΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αναφορικά με τη στάση των συμμετεχόντων απέναντι στις δομές Οικογενειακού Προγραμματισμού, οι απαντήσεις τους αποτυπώνονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Πίνακας συχνότητας απαντήσεων ανά δήλωση σχετικά με τη διάθεση προώθησης των υπηρεσιών του Οικογενειακού Προγραμματισμού

<i>Δήλωση</i>	<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Δεν γνωρίζω</i>
Έχετε απευθυνθεί ποτέ σε δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού;	12,1%	87,9%	
Έχετε παραπέμψει ποτέ ασφαλισμένο/ασθενή/επισκέπτη του Κέντρου Υγείας σε δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού;	35,3%	64,7%	
Θεωρείτε ότι πρέπει να γίνεται ενημέρωση στους κατοίκους από το προσωπικό των Κέντρων Υγείας σχετικά με τις λειτουργίες του οικογενειακού προγραμματισμού;	96,3%	2,1%	1,6%

Μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων (87,9%, N=167) δήλωσε ότι δεν έχει απευθυνθεί ποτέ σε δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού. Μόνο 23 ερωτώμενοι (12,1%) δήλωσαν ότι έχουν απευθυνθεί σε αντίστοιχη δομή.

Ένας στους τρεις συμμετέχοντες (35,3%, N=67) έχει παραπέμψει ασφαλισμένο/ασθενή/επισκέπτη του Κέντρου Υγείας σε δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού. Οι περισσότεροι (64,7%, N=123) δεν έχουν παραπέμψει ποτέ κάποιον ασφαλισμένο/ασθενή/επισκέπτη σε τέτοια δομή.

Όλοι σχεδόν (96,3%, N=183) συμφωνούν ότι πρέπει να γίνεται ενημέρωση του πληθυσμού από το προσωπικό των Κέντρων Υγείας σχετικά με τις λειτουργίες του οικογενειακού προγραμματισμού.

Ο Πίνακας 4 περιλαμβάνει τη στάση των συμμετεχόντων αναφορικά με την παραπομπή ενός ατόμου/ζευγαριού στον οικογενειακό προγραμματισμό.

Πίνακας 4. Κατανομή συχνοτήτων αναφορικά με την παραπομπή ενός ατόμου/ζευγαριού στον οικογενειακό προγραμματισμό

Δήλωση	Ναι	Όχι
Θεωρείτε ότι ένα άτομο/ζευγάρι πρέπει να καθορίζει τον αριθμό των παιδιών και τη χρονική στιγμή που θέλει να τα αποκτήσει	58,4%	41,6%
Θεωρείτε ότι πρέπει να παραπέμπεται ένα άτομο/ζευγάρι στον οικογενειακό προγραμματισμό για τον προγραμματισμό της οικογένειας που θέλει να αποκτήσει	53,2%	46,8%
Θεωρείτε ότι πρέπει να παραπέμπεται ένα άτομο/ζευγάρι στον οικογενειακό προγραμματισμό για την αντιμετώπιση υπογονιμότητας	71,1%	28,9%
Θεωρείτε ότι πρέπει να παραπέμπεται ένα άτομο/ζευγάρι στον οικογενειακό προγραμματισμό για να ενημερωθεί για διακοπή της κύησης;	75,3%	24,7%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 4, το 58,4% των συμμετεχόντων (N=111) θεωρεί ότι ένα άτομο/ζευγάρι πρέπει να καθορίζει τον αριθμό των παιδιών και τη χρονική στιγμή που θέλει να τα αποκτήσει, ενώ το υπόλοιπο 41,6% (N=79) διαφωνεί. Λίγο περισσότεροι από τους μισούς (53,2%, N=101) θεωρούν ότι πρέπει να παραπέμπεται ένα άτομο/ζευγάρι στον οικογενειακό προγραμματισμό για τον προγραμματισμό της οικογένειας που θέλει να αποκτήσει, ενώ οι υπόλοιποι (46,8%, N=89) διαφωνούν. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (71,1%, N=135) θεωρούν ότι πρέπει να παραπέμπεται ένα άτομο/ζευγάρι στον οικογενειακό προγραμματισμό για την αντιμετώπιση υπογονιμότητας. Τρεις στους τέσσερεις (75,3%, N=143) θεωρούν ότι πρέπει να παραπέμπεται ένα άτομο/ζευγάρι στον οικογενειακό προγραμματισμό για να ενημερωθεί για διακοπή της κύησης.

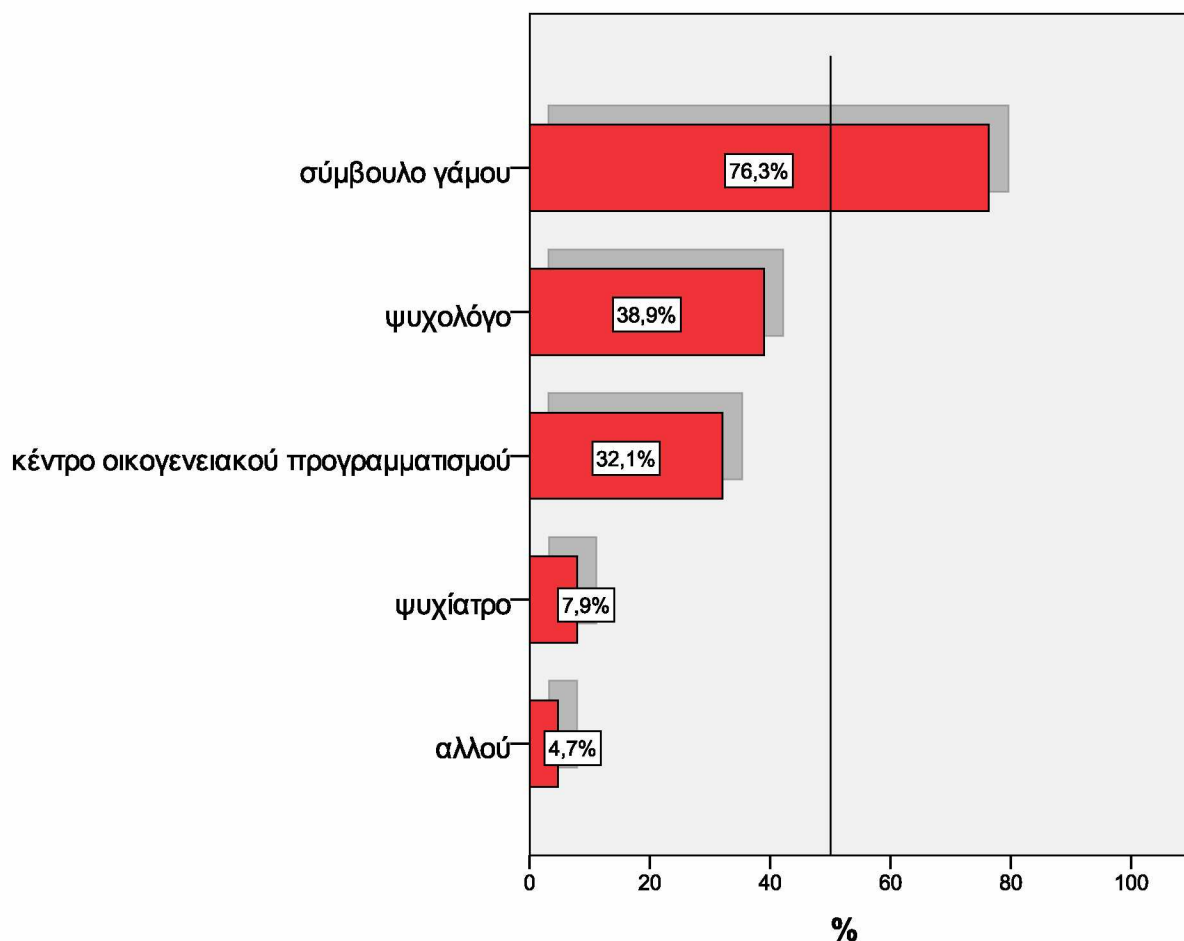
Σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι (98,9%, N=188) θεωρούν σημαντικό να ενημερώνονται τα άτομα/ζευγάρια για τις μεθόδους αντισύλληψης.

Αναφορικά με το αν θεωρούν σημαντικό να ενημερώνονται τα άτομα για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, η απάντηση ήταν καθολικά θετική (100%, N=190).

Οι περισσότεροι (91,1%, N=173) δήλωσαν ότι θα παρέπεμπαν στον οικογενειακό προγραμματισμό ένα άτομο/ζευγάρι για να ενημερωθεί για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις.

Αναφορικά με το εάν θα παρέπεμπαν στον οικογενειακό προγραμματισμό ένα ζευγάρι που σας αναφέρει ότι έχει προβλήματα στη σχέση του, οι περισσότεροι απάντησαν θετικά (56,8%, N=108), ενώ οι υπόλοιποι διαφώνησαν (43,2%, N=82).

Σχετικά με το που θα παρέπεμπαν ένα ζευγάρι με προβλήματα στη σχέση του, τρεις στους τέσσερις (76,3%, N=145) επέλεγον σύμβουλο γάμου. Λιγότεροι από τους μισούς επέλεγον ψυχολόγο (38,9%, N=74). Μόλις ένας στους τρεις (32,1%, N=61) επιλέγει θα παρέπεμπε ένα ζευγάρι με προβλήματα στη σχέση του σε κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού. Χαμηλότερα ποσοστά επέλεγον ψυχίατρο (7,9%, N=15) ή άλλου (4,7%, N=9, π.χ. κοινωνικές υπηρεσίες, δικηγόρο, ή ορθόδοξο ιερέα/πνευματικό κατά δήλωσή τους) (Σχήμα 12).



Σχήμα 12. Ποσοστά επιλογής για παραπομπή ζευγαριού με προβλήματα στη σχέση του

Τέλος, ορισμένοι συμμετέχοντες σχολίασαν ότι «είναι σημαντικές οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού / Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύτιμος σε

αυτές τις δομές». Επισημάνθηκε από αρκετούς η «ανάγκη επαρκούς στελέχωσης των δομών οικογενειακού προγραμματισμού από το κράτος» και η «στήριξη του οικογενειακού προγραμματισμού από την πολιτεία και ενίσχυση με κατάλληλο προσωπικό». Είναι πολύ σημαντικό «να γίνουν σωστά βήματα στις δημόσιες δομές, τις οποίες θα πρέπει να συμβουλευόνται οι νέοι σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού». «Στην Ελλάδα δεν είναι αναπτυγμένος και εδραιωμένος ο θεσμός του οικογενειακού προγραμματισμού». «Ένα αρχικό βήμα θα έπρεπε να είναι η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου και η ενίσχυση των οικογενειακών προγραμμάτων». Κάποιοι εστίασαν στη «δημιουργία αυτόνομου κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού», όπως και στο «να οργανωθεί κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού σε κάθε πόλη-χωριό». Υπήρξε βέβαια και η άποψη ότι «δεν μπορεί να λειτουργήσει ο οικογενειακός προγραμματισμός στη χώρα μας».

4.6.2. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τη διερεύνηση πιθανής επίδρασης των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος στη στάση προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού υπολογίστηκε η στάση προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού ως ο συνθετικός μέσος όρος των ερωτήσεων που αφορούν σε αυτή τη διάθεσή τους (Ερ. 7,9,14,22,23,24,26,27,30,31,33,34 του ερωτηματολογίου). Το εύρος τιμών της μεταβλητής κυμαίνεται από 0 έως 1 (0 αντιστοιχεί σε αρνητική στάση και 1 σε θετική). Στον Πίνακα 5 απεικονίζονται οι περιγραφικοί δείκτες αυτής της στάσης.

Πίνακας 5. Περιγραφικοί δείκτες, δείκτης κεντρικής τάσης και διασποράς της στάσης προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Μεταβλητή		N	M.T.	T.A.	Min	Max
Προώθηση Προγραμματισμού	Οικ.	190	0,65	0,16	0,17	1,00

Σύμφωνα με τον πίνακα 5, οι τιμές της μεταβλητής Προώθηση Οικογενειακού Προγραμματισμού κυμαίνονται από 0,17 έως 1,00, με μέση τιμή 0,65 (Τυπική Απόκλιση =0,16), επομένως, το 65% των συμμετεχόντων έχει θετική στάση αναφορικά με την προώθηση των υπηρεσιών του Οικογενειακού Προγραμματισμού στους λήπτες υγείας.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Για τη διερεύνηση πιθανής διαφοροποίησης των απόψεων των ερωτώμενων ως προς το φύλο σχετικά με τη διάθεση του νοσηλευτικού προσωπικού να προάγουν τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού, πραγματοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Ο Πίνακας 6 περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της επίδρασης του φύλου στη στάση προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Πίνακας 6. Έλεγχος διαφοράς μέσω τιμών της στάσης προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού σε σχέση με το φύλο

Φύλο	N	M.T.	T.A.	t	p-value
Άνδρας	17	0,67	0,17	0,556	0,579
Γυναίκα	173	0,65	0,16		

Δεν διαπιστώθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των απόψεων των ερωτώμενων ως προς το φύλο σχετικά με τη διάθεση τους να προάγουν τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Για τον έλεγχο πιθανής διαφοράς των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη διάθεσή τους να προάγουν τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού, ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση, πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (One-way ANOVA) (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Έλεγχος διαφοράς μέσω τιμών της στάσης προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	N	M.T.	T.A.	F	p-value
Έγγαμος-η/Συμβίωση	153	0,65	0,16	0,452	0,716
Άγαμος-η	19	0,64	0,18		
Διαζ/νος-η	11	0,68	0,18		
Χήρος-α	7	0,60	0,19		

Δεν διαπιστώθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση, σχετικά με τη διάθεση τους να προάγουν τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Για τον έλεγχο πιθανής διαφοροποίησης των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη διάθεσή τους να προάγουν τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού, ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, πραγματοποιήθηκε μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (One-way ANOVA) (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Έλεγχος διαφοράς μέσω των τιμών της στάσης προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο

Εκπαιδευτικό Επίπεδο	N	M.T.	T.A.	F	p-value
Δευτεροβάθμια Εκπ/ση	90	0,62	0,16	3,244	0,037
Τεχνολογική Εκπ/ση	78	0,68	0,17		
Πανεπιστημιακή Εκπ/ση	8	0,64	0,10		
Μεταπτυχιακός τίτλος	13	0,71	0,10		

Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ($Welch's F_{(3, 27,080)}=3,244, p=0,037$). Αναλυτικότερα, όσοι συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης έχουν κατά μέσο όρο θετικότερη στάση προώθησης των υπηρεσιών του Οικογενειακού Προγραμματισμού σε σχέση με όσους είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (M.T.=0,68, T.A.=0,17, έναντι M.T.=0,62, T.A.=0,16, $p=0,012$).

Δεν διαπιστώθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις υπόλοιπες κατηγορίες εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, αναφορικά με τη διάθεσή τους να προάγουν τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΤΩΝ ΠΡΟΥΨΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Για να διερευνηθεί πιθανή σχέση της ηλικίας και των ετών προϋπηρεσίας με τη στάση τους να προάγουν τον Οικογενειακό Προγραμματισμό εφαρμόστηκε έλεγχος με το συντελεστή συσχέτισης Pearson's (r) (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Συσχέτιση Ηλικίας και ετών προϋπηρεσίας με τη στάση προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Μεταβλητές	Προώθηση Οικογενειακού Προγραμματισμού	
	r	p-value
Ηλικία	0,080	0,277
Έτη Προϋπηρεσίας	0,064	0,385

Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι τόσο η ηλικία, όσο και τα έτη προϋπηρεσίας, δεν σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη στάση των νοσηλευτών να προάγουν τον Οικογενειακό Προγραμματισμό, επομένως δεν επηρεάζουν αυτή τους τη στάση.

4.7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων αρχικά σκιαγραφείται το προφίλ του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα Κ.Υ. των τριών νομών που έγινε η διανομή. Παρατηρείται λοιπόν, ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών είναι γυναίκες, παντρεμένες ή σε συμβίωση, εργασιακά έμπειρες καθώς ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα κατά μέσο όρο 20 έτη. Οι περισσότεροι (92,6%) θεωρούν ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι σημαντικό μέρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με βασικές υπηρεσίες την ενημέρωση για την αντισύλληψη (89,5%) και τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις (87,9%). Πιστεύουν ότι σε ένα κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού ο γυναικολόγος και η μαία είναι βασικά στελέχη της δομής. Σημαντικό εύρημα είναι ότι σχεδόν όλοι (96,3%) θεωρούν σημαντικό να ενημερώνεται ο πληθυσμός από οργανωμένες δράσεις των Κέντρων Υγείας και η θετική τους στάση να προωθήσουν τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Η ΓΝΩΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Περίπου 6 στους 10 νοσηλευτές πιστεύουν ότι μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού πρέπει να έχει φυσική έδρα σε χώρο που δεν σχετίζεται με ασθενείς. Πολύ πιθανό η άποψή τους αυτή να πηγάζει από την αντίληψή ότι η υπηρεσία υγείας που σχετίζεται με την πρόληψη δεν πρέπει να συνδυάζεται με τη νόσο. Δεν είναι μικρό όμως και το ποσοστό 30% που θεωρεί ότι είναι δυνατό να στεγάζεται και σε χώρο με ασθενείς. Η συγκεκριμένη επιλογή θα μπορούσε να φανεί χρήσιμη στην προσέγγιση ατόμων που

επισκέπτονται μια δομή υγείας για κάποιον άλλο λόγο. Στην Τανζανία το 2016 ερευνήθηκε η ενσωμάτωση υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού σε επισκέψεις που γίνονται για διαφορετικό λόγο και πως αυτή επηρεάζει τη συχνότητα των μη προγραμματισμένων κήσεων και του χρονικού διαστήματος μεταξύ των κήσεων. Το αποτέλεσμα της προσπάθειας αυτής ήταν θετικό καθώς τα οφέλη αφορούσαν τόσο τις γυναίκες όσο και τους ίδιους τους παρόχους. Παρατηρήθηκε ότι μετά την ενσωμάτωση αυτών των υπηρεσιών οι γυναίκες συζητούσαν περισσότερο για το θέμα με τους συντρόφους τους και τους επαγγελματίες υγείας και διεύρυναν τις επιλογές τους. Οι επαγγελματίες υγείας από την άλλη εντατικοποίησαν την εκπαίδευσή τους.³⁶

Η πλειοψηφία πιστεύει ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ότι πρέπει να συνδέεται με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας για παραπομπή ασθενών, αντιμετώπιση επείγουσων καταστάσεων αλλά και συνεργασία για πιο ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας. Σε μελέτη που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σε κέντρα υγείας που χρηματοδοτούνται ομοσπονδιακά κατέληξαν πως τα κέντρα υγείας αντιμετωπίζουν δυσκολίες παραπομπής ασθενών για εξειδικευμένες υπηρεσίες και ότι τα κέντρα υγείας μέσω χρηματοδότησης και τεχνικής υποστήριξης μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού ως βασικό μέρος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας.³⁷

Τέλος, στην ερώτηση σχετικά με το ωράριο λειτουργίας μιας τέτοιας δομής λίγοι περισσότεροι από τους μισούς θεωρούν ότι πρέπει η λειτουργία τέτοιου είδους υπηρεσιών υγείας να είναι 24ωρη και όλες τις ημέρες της εβδομάδας ενώ σχεδόν το 40% θεωρούν ότι αρκούν και λιγότερες ώρες.

Η ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Αρχικά, πρέπει να αναφερθεί ότι ένας στους τρεις νοσηλευτές που εργάζονται στα Κέντρα Υγείας των νομών αυτών δεν είναι σε θέση να απαντήσει θετικά ή αρνητικά για τον αν υπάρχει δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού στα γεωγραφικά πλαίσια του νομού που εργάζεται και επιλέγει την απάντηση «δε γνωρίζω». Όσον αφορά τις υπηρεσίες που προσφέρει μια τέτοια δομή οι περισσότεροι(89,5%) επικεντρώνονται στην αντισύλληψη και τις σεξουαλικές μεταδιδόμενες λοιμώξεις(87,9%). Οξύμωρο όμως είναι ότι η τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος που είναι ένα είδος αντισύλληψης δε συγκαταλέγεται στις απαντήσεις των περισσότερων. Φυσικά, αυτό μπορεί να εκφράζει την άποψή τους ότι θα μπορούσε να είναι μια υπηρεσία του Οικογενειακού Προγραμματισμού η οποία όμως δε πραγματοποιείται λόγω έλλειψης υλικών, εργαλείων και πολλές φορές του απαραίτητου

προσωπικού. Ο γυναικολόγος, που απαιτείται σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο που ισχύει στη χώρα μας για την τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος, πολλές φορές δεν υπάρχει σε μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού λόγω λήξης συμβάσεως εργασίας και καθυστέρησης αντικατάστασής του. Σε μελέτη που διενεργήθηκε στο Νεπάλ μελετήθηκε η στάση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αντισύλληψη μετά τον τοκετό μέσω ενδομήτριου σπειράματος. Οι ερωτώμενοι φαίνεται να επηρεάζονται από την έλλειψη υλικών και ανθρώπινων πόρων που καθιστά ανέφικτη την παροχή υπηρεσιών.³⁸ Αυτή η έλλειψη συνέχειας στη φροντίδα υγείας σε συνδυασμό με τις γενικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας σίγουρα επηρεάζει τη γνώμη των νοσηλευτών για το ποιες θα μπορούσαν να είναι οι υπηρεσίες που προσφέρει μια τέτοια δομή και ποιες πραγματικά προσφέρονται.

Επιπλέον, οι απαντήσεις που δόθηκαν όσον αφορά τους εργαζόμενους σε μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού, ο γυναικολόγος και η μαιά σε ποσοστό περίπου 80%, δείχνουν ότι οι νοσηλευτές ρίχνουν το βάρος του Οικογενειακού Προγραμματισμού στη γυναίκα και το ζευγάρι. Αντίθετα, ο γενικός γιατρός(48,9%) και ο παιδίατρος(37,4%) δεν είναι η επιλογή περισσότερων από των μισών συμμετεχόντων. Εδώ βλέπουμε μια γενικότερη αντίληψη του ελληνικού πληθυσμού για παροχή υπηρεσιών υγείας απευθείας από ειδικευμένο γιατρό παραγκωνίζοντας έτσι την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και το βασικό ρόλο που μπορεί να παίζει ο γενικός γιατρός σε αυτή. Σε μελέτη που διεξήχθη το 2015 στο Ιράν διερευνήθηκε κατά πόσο επηρεάζεται η ποιότητα και η ποσότητα των υπηρεσιών υγείας στα κέντρα υγείας όταν οι υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού παρέχονται από γιατρούς και μαιέες. Το αποτέλεσμα της μελέτης ήταν ότι επηρεάστηκε η ποσότητα αλλά όχι η ποιότητα των υπηρεσιών.³⁹

Θετικό είναι τέλος ότι οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας δε θα πρότειναν ως μέσο ενημέρωσης για θέματα υγείας μη αξιόπιστες πηγές όπως το διαδίκτυο και τρίτα άτομα όπως φίλοι.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Στο συγκεκριμένο ερώτημα παρατηρείται ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών που δεν έχει εκπαιδευτεί σχετικά με τον Οικογενειακό Προγραμματισμό(85,3%) και δε γνωρίζει αν διενεργούνται εκπαιδευτικά προγράμματα στο Κέντρο Υγείας που εργάζεται(20,5%). Αξιοσημείωτη όμως είναι η θετική διάθεση του νοσηλευτικού προσωπικού να εκπαιδευτεί σε θέματα σχετικά με τον Οικογενειακό Προγραμματισμό επιλέγοντας κυρίως το χώρο εργασίας

του για την ενημέρωση αυτή. Την ίδια επιθυμία εκφράζουν μαίες και άλλοι επαγγελματίες υγείας σε δημόσιες δομές στο Ιράν όπου μελετήθηκαν τα εμπόδια παροχής ποιοτικής φροντίδας. Ένα εξ αυτών ήταν και η έλλειψη ευκαιριών για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ενημέρωση.⁴⁰ Το ίδιο παρατηρείται και σε μελέτη σε εργαζόμενους υγείας σε 4 περιοχές στην Ουγκάντα όπου αναφέρουν ότι δε διαθέτουν τις γνώσεις και τις ικανότητες που θα επιθυμούσαν.⁴¹ Αυτό δείχνει την ανάγκη οργάνωσης μιας προγραμματισμένης ενημέρωσης από εκπαιδευμένους στον Οικογενειακό Προγραμματισμό επαγγελματίες υγείας ανά υγειονομική περιφέρεια έτσι ώστε οι νοσηλευτές των Κέντρων Υγείας να έρθουν σε επαφή με το θεσμό αυτό και τις υπηρεσίες του, γεγονός κερδοφόρο τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για τους λήπτες υγείας.

ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΙΝΑΙ ΘΕΤΙΚΟ ΝΑ ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΝΑ ΚΑΤΕΥΘΥΝΕΙ ΤΟΥΣ ΛΗΠΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων το νοσηλευτικό προσωπικό είναι διατεθειμένο να προάγει τις υπηρεσίες του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Θεωρεί σημαντική την ενημέρωση για την αντισύλληψη και τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις σε ποσοστό σχεδόν καθολικό και αναγνωρίζει την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα υγείας ως αρμοδιότητα των επαγγελματιών υγείας των Κέντρων Υγείας. Ωστόσο, δεν γίνεται να μην αναφερθεί ότι το 87,9% των ερωτηθέντων δεν έχει επισκεφτεί ποτέ μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού και το 64,7% δεν έχει παραπέμψει κάποιον λήπτη υγείας αντίστοιχα. Άρα παρατηρείται μια μεγάλη διαφορά μεταξύ της θεωρητικής προσέγγισης ενός θέματος και της καθημερινής πρακτικής.

Επίσης, αξιοσημείωτο είναι ότι ποσοστό που προσεγγίζει το 50% πιστεύει ότι ένα ζευγάρι δεν πρέπει να καθορίζει τον αριθμό των παιδιών που πρέπει να κάνει και τη χρονική στιγμή που θέλει να τα αποκτήσει και ότι δε χρειάζεται να παραπεμφθεί σε μια δομή για να προγραμματίσει την οικογένειά του, δηλαδή ένας από τους βασικούς στόχους του θεσμού του Οικογενειακού Προγραμματισμού. Προφανώς, είναι παγιωμένη η αντίληψη ότι όταν ένα ζευγάρι λάβει την απόφαση να δημιουργήσει οικογένεια δε χρειάζεται περαιτέρω προγραμματισμός. Αντίθετα, θα παρέπεμπαν ένα ζευγάρι που αντιμετωπίζει προβλήματα υπογονιμότητας ή θέλει να ενημερωθεί για μια διακοπή κύησης. Σε έρευνες που μελετούν τη στάση των νοσηλευτών απέναντι σε διάφορα είδη αντισύλληψης φαίνεται πως οι πάροχοι υγείας είναι θετικοί και θεωρούν σημαντική την αντισύλληψη. Πιο συγκεκριμένα, στην Καλιφόρνια οι πάροχοι υγείας θεωρούν σημαντική την ενημέρωση για την αντισύλληψη στους εφήβους και την έναρξή της⁴² όπως και οι 185 νοσηλευτές που συμμετείχαν σε έρευνα, με συμπλήρωση ερωτηματολογίου και το 51% είχε θετική στάση απέναντι στην επείγουσα

αντισύλληψη.⁴³ Αντίθετα, πάροχοι υγείας που μελετήθηκαν κατά τη διάρκεια 2 ακαδημαϊκών συνεδρίων στην Κίνα σχεδόν οι μισοί ήταν αρνητικοί στην προώθηση του ενδομήτριου σπειράματος.⁴⁴

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΒΑΘΜΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ένα από τα αντικείμενα έρευνας ήταν κατά πόσο οι νοσηλευτές επηρεάζονται από την ηλικία, την προϋπηρεσία και την εκπαίδευσή τους στο να προωθήσουν τους λήπτες υγείας σε μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού για να λάβει τις αντίστοιχες υπηρεσίες. Δε φαίνεται λοιπόν να επηρεάζεται η θετική στάση των νοσηλευτών όσο μεγαλώνει η ηλικία τους και αποκτούν μεγαλύτερη προϋπηρεσία. Αντίθετα, το επίπεδο εκπαίδευσης τους επηρεάζει σημαντικά τη θετική τους στάση καθώς οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης πρόσκεινται πιο θετικά σε αυτή τη δομή υγείας σε σχέση με αυτούς της δευτεροβάθμιας. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στο πρόγραμμα σπουδών των νοσηλευτών τεχνολογικής εκπαίδευσης που τους φέρνει σε πρώτη επαφή με το θεσμό του Οικογενειακού Προγραμματισμού αλλά καλλιεργεί και τη λογική ευρύτερης συνεργασίας με διάφορους φορείς. Ακόμη, η συμμετοχή τους σε ομάδες υγείας με σκοπό την οργάνωση δράσεων μπορεί να τους φέρει σε επαφή με δομές και υπηρεσίες που δεν γνώριζαν. Αντίθετα, σε μελέτη που έγινε στη Νέα Υόρκη με συνεντεύξεις σε 78 επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη στάση τους απέναντι στο γυναικείο προφυλακτικό βρέθηκε ότι το φύλο των παρόχων, το επίπεδο εκπαίδευσής τους και πολλές φορές ο τρόπος λειτουργίας της δομής που εργάζονται επηρεάζει τη στάση τους αυτή.⁴⁵ Το ίδιο παρατηρήθηκε και στην Αιθιοπία όπου 405 πάροχοι υγείας συμπεριλαμβανομένου μαίες, νοσηλεύτριες και επαγγελματίες υγείας από 30 κέντρα υγείας που επιλέχθηκαν τυχαία στην Addis Ababa σχετικά με την παροχή ασφαλούς διακοπής κύησης φαίνεται ότι η ειδικότητα και τα χρόνια προϋπηρεσίας επηρέαζαν τη γνώση των παρόχων. Οι άντρες που είχαν γνώσεις ήταν πιο θετικοί απέναντι στην ασφαλή έκτρωση.⁴⁶

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καταλήγοντας λοιπόν παρατηρείται ότι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός εκτός από αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ατόμου είναι και αντικείμενο πολλών μελετών που έχουν διεξαχθεί από το παρελθόν μέχρι και σήμερα. Στη συγκεκριμένη μελέτη φαίνεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι θετικά προσκείμενο στο θεσμό αυτό, διατίθεται να προωθήσει τις υπηρεσίες του και επιθυμεί να εκπαιδευτεί και ενημερωθεί περαιτέρω. Πολύ σημαντικό να αναφερθεί είναι η διαφορά μεταξύ νοσηλευτών δευτεροβάθμιας και τεχνολογικής εκπαίδευσης με τους πρώτους να προηγούνται στη διάθεση τους να προωθήσουν το θεσμό. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής συμφωνούν με άλλες υπάρχουσες μελέτες.

Βέβαια θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η συγκεκριμένη μελέτη διενεργήθηκε σε περιορισμένο αριθμό νοσηλευτών και συγκεκριμένου γεωγραφικού χώρου οπότε δεν μπορούμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματά μας. Για το σκοπό αυτό θα πρέπει να γίνουν περαιτέρω μελέτες που θα περιλαμβάνουν μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευτών ή θα συγκρίνουν τη στάση των νοσηλευτών μεταξύ διαφορετικών περιοχών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. www.who.int
2. Μεσσήνης Ι. Επίτομη Μαιευτική & Γυναικολογία 2005 Αθήνα MD communications
3. Λώλης Δ. Γυναικολογία και Μαιευτική Τόμος πρώτος 1995 Αθήνα Εκδόσεις Παρισιανού
4. www.unfpa.org/family-planning
5. Κωτσικόρου Χ, Παλτόγλου Γ, Καλαμπόκας Θ, Μπακαλιάνου Κ, Σαλάκος Ν. Η ιστορία της αντισύλληψης. Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας.2010, τ3: 184-191
6. Lazar M. History of intrauterine devices. Bull NY Acad Med. May 1975, 51(5):662-667
7. Σταυρακάκης Ν. Οι μέθοδοι αντισύλληψης των Βυζαντινών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2019 36(5):657-661
8. Dunn MP. Thomas Malthus (1766-1834): population growth and birth control. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1998,78:F76-F77
9. Margaret Sanger-Our Founder Planned Parenthood Federation of America 2016
10. Mlitt DW. Margaret Sanger: Birth Control's Successful Revolutionary. Am J Public Health. 1980,70:736-742
11. Dhont M. History of oral contraception. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. December 2010,15(S2):S12-S18
12. <https://www.ippf.org>
13. Claeys V. Brave and angry- the creation and development of the IPPF. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2010 Dec,15 Suppl 2: S67-76
14. Houghton V. IPPF: its history and influence part II. Eugen Rev.1962 Jan,53(4):201-207
15. <https://www.ippfen.org>
16. Houghton V. IPPF: its history and influence part I. Eugen Rev.1961 Oct,53(3):149-153
17. Blacker CP. The IPPF Aspects of its history. Eugen Rev. 1964 Oct,56(3): 135-142
18. Μανιδάκη Α. Η ιστορία του οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα. Πανεπιστήμιο Κρήτης 2020
19. Κολλιοπούλου Αγγελική. Ο ρόλος των ΚΟΠ. Ελευθώ.1997, 2(2):63-66
20. Νόμος 1036/21-03-1980 ΦΕΚ Α 66
21. Νόμος 1397/07-10-1983 ΦΕΚ Α 143
22. Νόμος 3235/18-02-2004 ΦΕΚ Α 38
23. Νόμος 4272/11-07-2014ΦΕΚ Α 145
24. Εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας Π.Δ. 106 28-08-2014 ΦΕΚ Α 173
25. <https://hosp-alexandra.gr/to-nosokomeio/istoria>
26. <https://www.ippokratio.gr>
27. <https://www.hospital-elena.gr>

28. Sun H. Involvement-Development-Make progress: The role of nurses in primary health care. *International Journal of Nursing Sciences*. 2017,(4):353-355
29. Levi AJ et al. The role of nursing in the management of unintended pregnancy. *Nurs Clin North Am*. 2009 PMID:19683092 Review
30. Φουντούκη Αv, Θεοφανίδης Δ. Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το βήμα του Ασκληπιού Ιανουάριος- Μάρτιος 2012, 11^{ος} τόμος 1^ο τεύχος:503-522
31. Simmonds K, Likis FE. Caring for women with unintended pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011 Nov-Dec,40(6):794-807
32. Simmonds KE, Likis FE. Providing options counseling for women with unintended pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005 May-June,34(3):373-9
33. Bullough B, Bullough V. Contraceptives for Teenagers. *J Pediatr Health Care*. 1991,5:237-244
34. Allan J, Stanley J, Crabtree K, Werner K, Swenson M. Clinical Prevention and Population Health Curriculum Framework: The nursing Perspective. *Journal of Professional Nursing*. 2005,21(5):259-267
35. Cassiani SHB, Silva FAM. Expanding the role of nurses in primary health care: the case of Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019 Dec, 5(27):e3245
36. MM Dynes, Bernstein E, Morof D, Kelly L, Ruiz A et al. Client and provider factors associated with integration of family planning services among maternal and reproductive health clients in Kigoma, Tanzania:a cross-sectional study, April-July 2016. *Reproductive Health*. 2018,15:152
37. Goldberg D.G, Wood SF, Johnson K, Mead KH, Beeson T et al. The organization and delivery of family planning services in community health centers. *Women's Health Issues*. 2015, 25(3):202-208
38. Puri MC, Maharjan M, Pearson E, Pradhan E, Dhungel Y et al. Delivering postpartum family planning services in Nepal: are providers supportive? *BMC Health Service Research*. 2018,18:948
39. Jabbari H, Bakhshian F, Velayati A, Mehrabi E, Allahverdizadeh S et al. Effectiveness of presence of physician and midwife in quantity and quality of family planning services in health care centers. *J Family Community Med*. 2014 Jan,21(1):1-5
40. Mohammad-Alizadeh S, Wahlstrom R, Vahidi R, Nikniaz AI, Marions L, Johansson A. Barriers to high-quality primary reproductive health services in an urban area of Iran: views of public health providers. *Midwifery*. 2009,25:721-730
41. Mugisha JF, Reynolds H. Provider perspectives on barriers to family planning quality in Uganda: a qualitative study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2008,34(1):37-41

42. Goldstein RL, Carlson JL, Halpern-Felsher B. Contraception for adolescents and young adults in the inpatient setting: the providers' perspective. www.hospitalpediatrics.org doi.org/10.1542/hpeds.2017-0167
43. Nivedita K, Shanthini NF. Knowledge, attitude and practice of emergency contraception on nursing personnel. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014 Sep,8(9):OC20-OC22
44. Ziliang W, Chaohua L, Longmei J, Maohua M, Xiaowen T et al. Attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women among Chinese health care providers. *Reproductive Health*. 2019,16:10
45. Mantell JE, West BS, Sue K, Hoffman S, Exner TM et al. Health care providers: a missing link in understanding acceptability the female condom. *AIDS Education and Prevention*. 2011,23(1):65-77
46. Assefa EM. Knowledge, attitude and practice of health providers towards safe abortion provision in Addis Ababa health centers. *BMC Women's Health*. 2019,19:138

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ, ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΚΑΛΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αφορά την εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για το σκοπό της παρούσης εργασίας.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άντρας Γυναίκα
2. Ηλικία(σε έτη): _____
3. Οικογενειακή κατάσταση:
 - Έγγαμος-η/Συμβίωση
 - Άγαμος-η
 - Διαζ/νος-η
 - Χήρος-α
4. Εκπαιδευτικό επίπεδο:
 - Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
 - Τεχνολογική εκπαίδευση
 - Πανεπιστημιακή εκπαίδευση
 - Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου
 - Κάτοχος διδακτορικού τίτλου
5. Έτη προϋπηρεσίας(σε έτη): _____

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ

6. Έχετε εργαστεί ποτέ σε δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού;
 Ναι Όχι
7. Έχετε απευθυνθεί ποτέ σε δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού;
 Ναι Όχι
8. Υπάρχει δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού στα γεωγραφικά όρια του νομού σας;
 Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

9. Έχετε παραπέμψει ποτέ ασφαλισμένο/ασθενή/επισκέπτη του Κέντρου Υγείας σε δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού;
 Ναι Όχι
10. Έχετε ποτέ εκπαιδευτεί σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού;
 Ναι Όχι
11. Θα θέλατε να εκπαιδευτείτε/ενημερωθείτε σχετικά με θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού;
 Ναι Όχι
12. Θα θέλατε να εκπαιδευτείτε/ενημερωθείτε:
 Με συνέδρια και ημερίδες
 Με ενημέρωση στον εργασιακό σας χώρο
 Με έντυπο υλικό
 Με προγραμματισμένες επισκέψεις σε δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού
 Με άλλον τρόπο _____
13. Υπάρχουν προγράμματα ενημέρωσης για τον οικογενειακό προγραμματισμό στο Κέντρο Υγείας που εργάζεστε;
 Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
14. Θεωρείτε ότι πρέπει να γίνεται ενημέρωση στους κατοίκους από το προσωπικό των Κέντρων Υγείας σχετικά με τις λειτουργίες του οικογενειακού προγραμματισμού;
 Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
15. Θεωρείτε ότι μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού πρέπει να εδράζεται σε χώρο που δεν έχει σχέση με νόσο και ασθενείς;
 Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
16. Θεωρείτε ότι μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας;
 Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
17. Θεωρείτε σημαντική τη διασύνδεση μιας δομής Οικογενειακού Προγραμματισμού με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας;
 Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
18. Θεωρείτε ότι μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού θα έπρεπε να είναι προσβάσιμη από το κοινό όλες τις ημέρες της εβδομάδας και όλο το 24ωρο;
 Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

19. Μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού προσφέρει τις εξής υπηρεσίες υγείας(μπορείτε να συμπληρώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις):

- Ενημέρωση για την αντισύλληψη
 - Ενημέρωση για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις
 - Τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος(spiral)
 - Καθοδήγηση σχετικά με την ανάγκη διακοπής κυήσεων
 - Καθοδήγηση ζευγαριού σε θέματα υιοθεσίας
 - Αντιμετώπιση προβλημάτων σχετικά με τη σεξουαλική υγεία
 - Συμβουλευτική γάμου
20. Σε μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού εργάζονται οι εξής επαγγελματίες υγείας (μπορείτε να συμπληρώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις):
- Γενικός γιατρός
 - Γυναικολόγος
 - Παιδίατρος
 - Μαία
 - Επισκέπτρια Υγείας
 - Νοσηλεύτρια
 - Κοινωνική λειτουργός
 - Διοικητικός υπάλληλος
21. Σε μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού μπορούν να απευθυνθούν:
- έφηβοι
 - γυναίκες
 - άντρες
 - ζευγάρια
 - όλα τα παραπάνω
22. Θεωρείτε ότι ένα άτομο/ζευγάρι πρέπει να καθορίζει τον αριθμό των παιδιών και τη χρονική στιγμή που θέλει να τα αποκτήσει;
- Ναι Όχι
23. Θεωρείτε ότι πρέπει να παραπέμπεται ένα άτομο/ζευγάρι στον οικογενειακό προγραμματισμό για τον προγραμματισμό της οικογένειας που θέλει να αποκτήσει;
- Ναι Όχι
24. Θεωρείτε ότι πρέπει να παραπέμπεται ένα άτομο/ζευγάρι στον οικογενειακό προγραμματισμό για την αντιμετώπιση υπογονιμότητας;
- Ναι Όχι
25. Θεωρείτε ότι ένα ζευγάρι για θέματα υιοθεσίας παιδιών θα πρέπει να απευθυνθεί πρωτίστως σε:
- κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού
 - νοσηλευτικό ίδρυμα
 - δημόσια κέντρα βρεφών
 - κοινωνικές υπηρεσίες
 - ιδιώτη δικηγόρο
26. Θεωρείτε ότι πρέπει να παραπέμπεται ένα άτομο/ζευγάρι στον οικογενειακό προγραμματισμό για να ενημερωθεί για διακοπή της κύησης;

- Ναι Όχι
27. Θεωρείτε σημαντικό να ενημερώνονται τα άτομα/ζευγάρια για τις μεθόδους αντισύλληψης;
 Ναι Όχι
28. Θεωρείτε ότι η ενημέρωση για την αντισύλληψη πρέπει να γίνεται σε(μπορείτε να συμπληρώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις):
 κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού
 κέντρα υγείας
 τοπικές μονάδες υγείας
 νοσοκομεία
 ιδιώτες γιατρούς
 ίντερνετ
 φίλοι
 έντυπο υλικό
 άλλο μέσο
29. Θεωρείτε ότι η ενημέρωση για την αντισύλληψη πρέπει να γίνεται από(μπορείτε να συμπληρώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις):
 γυναικολόγο
 γενικό γιατρό
 μαία-μαιευτή
 επισκέπτη υγείας
 νοσηλεύτη-νοσηλεύτρια
30. Θεωρείτε σημαντικό να ενημερώνονται τα άτομα για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις;
 Ναι Όχι
31. Θα παραπέμπατε στον οικογενειακό προγραμματισμό ένα άτομο/ζευγάρι για να ενημερωθεί για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις;
 Ναι Όχι
32. Θεωρείτε ότι ένα άτομο/ζευγάρι μπορεί να ενημερωθεί για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις από: (μπορείτε να συμπληρώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις)
 κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού
 κέντρα υγείας
 τοπικές μονάδες υγείας
 νοσοκομεία
 ιδιώτες γιατρούς
 ίντερνετ
 φίλους
 έντυπο υλικό
 άλλο μέσο _____
33. Θα παραπέμπατε στον οικογενειακό προγραμματισμό ένα ζευγάρι που σας αναφέρει ότι έχει προβλήματα στη σχέση του;
 Ναι Όχι

34. Πού θεωρείται ότι πρέπει να παραπέμψετε ένα ζευγάρι με προβλήματα στη σχέση του;
- κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού
 - σύμβουλο γάμου
 - ψυχολόγο
 - ψυχίατρο
 - αλλού _____
35. Ποια είναι τα σχόλια και οι προτάσεις σας σχετικά με το ερωτηματολόγιο που μόλις συμπληρώσατε; _____
-

Ευχαριστώ πολύ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Αγαπητέ συνάδελφε, στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας διεξάγεται μια μελέτη για την εκτίμηση της θέσης των νοσηλευτών αναφορικά με τον Οικογενειακό Προγραμματισμό, τις υπηρεσίες που αυτή η δομή προσφέρει και πώς το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συνδράμει στη σωστότερη λειτουργία του. Η μελέτη αυτή αφορά σε νοσηλευτές και νοσηλεύτριες που εργάζονται σε Κέντρα Υγείας του νομού Λάρισας. Η 5^η ΥΠΕ και οι διευθυντές των Κέντρων Υγείας του νομού έχουν χορηγήσει την απαιτούμενη άδεια για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν, αλλά θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τη συγκεκριμένη μελέτη. Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 10 λεπτά. Σημειώστε με X στα κενά τετράγωνα που δηλώνουν την απάντησή σας σε κάθε ερώτηση. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας. Ονομάζομαι Γκριζιώτη Ζωή και είμαι υπεύθυνη για τη συλλογή των ερωτηματολογίων που αφορούν στην εν λόγω μελέτη. Το τηλέφωνο και η ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) μου που μπορείτε να επικοινωνήσετε για οποιαδήποτε ερώτηση ή απορία είναι τα εξής: 6985081122 zoigrey.2011@yahoo.gr

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο υπογράφων/ Η υπογράφουσα _____ κατανοώ πλήρως τη μελέτη, στην οποία μου ζητήθηκε να συμμετάσχω. Κατανοώ ότι η μελέτη αυτή γίνεται για ερευνητικούς σκοπούς και συμμετέχω οικειοθελώς. Επίσης, μπορώ να διακόψω τη συμμετοχή μου στη μελέτη οποτεδήποτε θελήσω.

Ο συμμετέχων/Η συμμετέχουσα

(υπογραφή)

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1 Περιγραφή του δείγματος.....	31
Πίνακας 2 Πίνακας συχνοτήτων απαντήσεων ανά δήλωση σχετικά με τη στάση τους απέναντι στις δομές Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	34
Πίνακας 3 Πίνακας συχνοτήτων απαντήσεων ανά δήλωση σχετικά με τη διάθεση προώθησης των υπηρεσιών του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	43
Πίνακας 4 Κατανομή συχνοτήτων αναφορικά με την παραπομπή ενός ατόμου/ζευγαριού στον Οικογενειακό Προγραμματισμό.....	44
Πίνακας 5 Περιγραφικοί δείκτες, δείκτης κεντρικής τάσης και διασποράς της στάσης προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	46
Πίνακας 6 Έλεγχος διαφοράς μέσω των τιμών της στάσης προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού σε σχέση με το φύλο.....	47
Πίνακας 7 Έλεγχος διαφοράς μέσω των τιμών της στάσης προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού ως προς την οικογενειακή κατάσταση.....	47
Πίνακας 8 Έλεγχος διαφοράς μέσω των τιμών της στάσης προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	48
Πίνακας 9 Συσχέτιση ηλικίας και ετών προϋπηρεσίας με τη στάση προώθησης του Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	49

ΣΧΗΜΑΤΑ

Σχήμα 1 Κατανομή συχνοτήτων για το φύλο.....	32
Σχήμα 2 Κατανομή συχνοτήτων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.....	33
Σχήμα 3 Κατανομή συχνοτήτων για το επίπεδο εκπαίδευσης.....	33
Σχήμα 4 Κατανομή συχνοτήτων για το αν γνωρίζουν την ύπαρξη δομής Οικογενειακού Προγραμματισμού στα γεωγραφικά όρια του νομού.....	35
Σχήμα 5 Ποσοστά απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας μιας δομής Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	36
Σχήμα 6 Ποσοστά απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μια δομή Οικογενειακού Προγραμματισμού.....	37

Σχήμα 7 Ποσοστά επιλογής δομών στις οποίες θα πρέπει να απευθυνθεί ένα ζευγάρι για θέματα υιοθεσίας παιδιών.....	38
Σχήμα 8 Ποσοστά επιλογής πηγών ενημέρωσης για την αντισύλληψη.....	39
Σχήμα 9 Ποσοστά επιλογής επαγγελματιών υγείας για ενημέρωση για την αντισύλληψη....	40
Σχήμα 10 Ποσοστά επιλογής πηγών ενημέρωσης για Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις.....	41
Σχήμα 11 Ποσοστά συμφωνίας των συμμετεχόντων με τους τρόπους εκπαίδευσης/ενημέρωσής τους.....	42
Σχήμα 12 Ποσοστά επιλογής για παραπομπή ζευγαριού με προβλήματα στη σχέση του.....	45