

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για
την Αναπαραγωγική και
Σεξουαλική Υγεία
2008 - 2012

δυσ

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία
2008 - 2012



Αθήνα 2008

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Συντονιστής Μονάδας: Αλέξης Ζορμπάς

Συντονίστρια Εθνικού Σχεδίου Δράσης

για τη Δημόσια Υγεία - Επιμέλεια: Έφη Σίμου

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

Επιστημονική - Γνωμοδοτική Επιτροπή

Πρόεδρος	Γιάννης Κυριόπουλος , Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Μέλη	Γιάννης Αλαμάνος , Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Εργαστήριο Υγιεινής Γιώργος Αρσένης , Επίκουρος Καθηγητής Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών Νικόλαος Βακάλης , Κοσμήτωρ Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Καθηγητής Τομέα Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων Αλκιβιάδης Βατόπουλος , Καθηγητής Μικροβιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Γιάννης Δημολιάτης , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Εργαστήριο Υγιεινής Ιωάννης Ιωαννίδης , Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Τζένη Κουρέα - Κρεμαστινού , Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Θεόδωρος Κωνσταντινίδης , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Χρήστος Λιονής , Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης Νίκος Μανιαδάκης , Επίκουρος Καθηγητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά Παναγιώτης Μπεχράκης , Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας Αναπνοής Πανεπιστημίου Αθηνών Κωνσταντίνος Μπουραντάς , Καθηγητής Αιματολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Ελπίδα Πάβη , Διευθύντρια Σπουδών, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Θεόδωρος Παπαδημητρίου , Γενικός Διευθυντής Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων Αναστασία Ρουμेलιώτου , Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Γιάννης Τούντας , Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών Χρήστος Χατζηχριστοδούλου , Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ευχαριστίες

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναγνωρίζει και ευχαριστεί τους επιστήμονες και εκπροσώπους της Κοινωνίας των Πολιτών, οι οποίοι με ενδιαφέρον και υπευθυνότητα κατέθεσαν τις επιστημονικές τους απόψεις και εμπλούτισαν το σχεδιασμό και το περιεχόμενο του παρόντος σχεδίου με κείμενα, δεδομένα, συστάσεις, διορθώσεις και προτάσεις.

Συγκεκριμένα ευχαριστούμε τους κ.κ.: **Γ. Κ. Κρεατσά**, Καθηγητή, Αντιπρύτανη και Πρόεδρο της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Θ. Ε. Καλαμπόκα**, Ιατρό, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, **Μ. Στοϊκίδου**, Προϊσταμένη του Τμήματος Επισκεπτών-τριών Υγείας, **Κ. Μάλφα - Νικολοπούλου**, Πρόεδρο του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών - Μαιευτών Αθηνών, η οποία εκπροσώπησε όλους τους συλλόγους Μαιών - Μαιευτών Ελλάδας, και τους εκπροσώπους των μη-κυβερνητικών οργανώσεων: Ελληνικός Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού (Πρόεδρο **Ν. Σαλάκο**), Πρωτοβουλία Γυναίκα και Υγεία (Πρόεδρο **Β. Μαργαριτίδου**) και την Ελληνική Εταιρία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας.

Επίσης, ευχαριστούμε τους Οικονομολόγους της Υγείας κ.κ. **Α. Μαστρογιαννάκη** και **Μ. Κακούρο**, καθώς και την κα **Δ. Βλαντώνη**, Κοινωνική Ψυχολόγο, για την ουσιαστική τους συμβολή στην εκπόνηση της οικονομο-τεχνικής μελέτης.

Περιεχόμενα

Πρόλογος Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

σελ. 10

Εισαγωγικό Σημείωμα

σελ. 12

Κεφάλαιο 1ο: Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης

- σελ. 16 1. Εννοιολογικές Προσεγγίσεις
- σελ. 18 2. Σεξουαλικά και Αναπαραγωγικά Δικαιώματα
- σελ. 20 3. Διεθνές Νομικό και Πολιτικό Πλαίσιο
- σελ. 20 4. Διεθνή Δεδομένα για την Αναπαραγωγική Υγεία
- σελ. 21 5. Η Στρατηγική του Π.Ο.Υ.: Οι Πέντε Πυλώνες της Αναπαραγωγικής Υγείας
- σελ. 26 6. Ευρωπαϊκές Πολιτικές και Προτεραιότητες για τα Θέματα Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας
- σελ. 27 7. Θέματα Ειδικού Ενδιαφέροντος για την Ελλάδα
- σελ. 37 8. Υφιστάμενες Υπηρεσίες σχετικά με την Προαγωγή της Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας στην Ελλάδα
- σελ. 40 9. SWOT Ανάλυση

Κεφάλαιο 2ο: Στρατηγικός Σχεδιασμός

- σελ. 42 1. Όραμα
- σελ. 42 2. Αποστολή
- σελ. 42 3. Στόχοι
- σελ. 43 4. Οι Αρχές του Εθνικού Σχεδίου Δράσης
- σελ. 47 5. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης
- σελ. 50 6. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Κεφάλαιο 3ο: Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

- σελ. 52 1ος Άξονας: Πολιτικές και Μέτρα
- σελ. 56 2ος Άξονας: Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση του Γενικού Πληθυσμού
- σελ. 61 3ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση

Κεφάλαιο 4ο: Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση

- σελ. 66 1. Διαδικασία Υλοποίησης
- σελ. 68 2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση

Βιβλιογραφία

σελ. 70

Πρόλογος

Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Για τις ευρωπαϊκές κοινωνίες του 21ου αιώνα, είναι κεκτημένο ο στρατηγικός σχεδιασμός της πολιτικής να προηγείται των θεσμικών και νομοθετικών παρεμβάσεων. Με την πρακτική αυτή, τα σύγχρονα ευρωπαϊκά κράτη εξασφαλίζουν την ενσωμάτωση των θέσεων της Κοινωνίας των Πολιτών στην επίσημη πολιτική, κατοχυρώνουν τη διασύνδεση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για την υλοποίηση προγραμματικών στόχων, διασφαλίζουν τη γρήγορη εφαρμογή της νομοθεσίας και εγγυώνται τη δημιουργία απλών και διάφανων διαδικασιών.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012 είναι η πρώτη προσπάθεια που γίνεται στη χώρα μας για να αποκτήσουμε στοχευμένη και στρατηγικά σχεδιασμένη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Αποτελεί μια από τις βασικές προγραμματικές μας δεσμεύσεις και αναπτύσσει εξειδικευμένες και κοστολογημένες δράσεις, για όλους τους κρίσιμους παράγοντες κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία.

Με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία βάζουμε τέρμα στην αποσπασματική και άναρχη ανάπτυξη των υπηρεσιών της Δημόσιας Υγείας και ανοίγουμε ένα νέο κεφάλαιο στην εξέλιξη του ελληνικού κοινωνικού κράτους.

Αποκτούμε αξιόπιστα ερευνητικά και επιδημιολογικά στοιχεία για τη Δημόσια Υγεία στον τόπο μας, γεγονός που μας επιτρέπει να προχωρήσουμε στη σχεδιασμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Τοποθετούμε την πρόληψη στο επίκεντρο της λειτουργίας του κοινωνικού μας κράτους, αναδεικνύοντας τον καθοριστικό ρόλο που έχει η υπεύθυνη και συνεχής ενημέρωση των πολιτών για ζητήματα υγείας.

Θεμελιώνουμε ρεαλιστικούς ποιοτικούς και ποσοτικούς στόχους, με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα υλοποίησης, εξασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο τη συνέχεια στην υλοποίηση της εθνικής πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία.

Δημιουργούμε νέες δομές και υπηρεσίες, καλύπτοντας χρόνια ελλείμματα στη δομή του δημοσίου συστήματος υγείας και κατοχυρώνοντας βασικά ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα.

Εξασφαλίζουμε την εξοικονόμηση πόρων στην υλοποίηση της πολιτικής μας, αίροντας την πρακτική του δημιουργικού αυτοσχεδιασμού, πετυχαίνοντας την οριζόντια συνεργασία μεταξύ των υπεύθυνων φορέων του κράτους και κερδίζοντας πολύτιμους οικονομικούς πόρους από εξειδικευμένα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Καθιστούμε την επιστημονική κοινότητα και τον εθελοντικό τομέα πολύτιμους συνεργάτες στη χάραξη και στην υλοποίηση της πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία, ενώ εξασφαλίζουμε τις συνθήκες που επιτρέπουν την οργανωμένη αξιοποίηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.

Σε μία εποχή που σηματοδοτείται από ριζικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και από νέες προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία διαμορφώνει τις αναγκαίες προγραμματικές και χρηματοδοτικές προϋποθέσεις για να αποκτήσει η χώρα μας ένα ισχυρό δίκτυο υγειονομικής προστασίας και ασφάλειας.

Για να αποκτήσει η Ελλάδα ανθρωποκεντρική και σύγχρονη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Δημήτρης Λ. Αβραμόπουλος



Εισαγωγικό Σημείωμα

Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία δεν αφορούν μόνο σε μια νόσο, αλλά σε ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων υγείας και ανθρώπινων δικαιωμάτων. Παρά το γεγονός ότι η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει αυξητικά τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως, με εξαίρεση την ευαισθητοποίηση που υπάρχει απέναντι στον ιό HIV και στην αντιμετώπισή του, το αντικείμενο της αναπαραγωγικής υγείας δεν έχει γίνει ευρέως αποδεκτό σαν ζήτημα που αφορά στην παγκόσμια κοινότητα. Ενδεικτικό της σοβαρότητας του θέματος είναι ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναγνώρισε το μη ασφαλές σεξ ως το δεύτερο πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου για πρόκληση νόσου, αναπηρίας ή ακόμα και θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες, και ως ένατο στις αναπτυγμένες χώρες (Ezzatti 2002).

Είναι γεγονός ότι το φάσμα των καταστάσεων που συναποτελούν την ολότητα της έννοιας αναπαραγωγική υγεία δεν είναι πάντα εύκολο να προσδιοριστεί. Επιπλέον, η θνητότητα που σχετίζεται με την αναπαραγωγή συχνά δε μετρείται επαρκώς και γενικά υποτιμάται λόγω του κοινωνικού στίγματος που προκαλεί. Έτσι για παράδειγμα η γέννηση ενός νεκρού νεογνού δεν προκαλεί απώλεια ούτε ενός έτους χαμένης ζωής λόγω της πρόωρης θνησιμότητας ή ανικανότητας (DALY's), αλλά στην πραγματικότητα προκαλεί μείζονα προβλήματα στην κοινωνική και ψυχολογική υγεία της γυναίκας. Επιπλέον, ο δείκτης DALY's μετρά το θάνατο, τη νόσο και την αναπηρία, χωρίς να κάνει καμία αναφορά στην αξία προληπτικών παρεμβάσεων, όπως του οικογενειακού προγραμματισμού.

Τα προβλήματα που αφορούν στην αναπαραγωγική υγεία και στην προάσπιση της δεν είναι τόσο απλά να αντιμετωπιστούν, γιατί συνδέονται και έχουν επιπτώσεις στο κοινωνικό, μορφωτικό, οικονομικό και οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων που τα υφίστανται. Για παράδειγμα οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες κατά την εφηβεία μπορούν να οδηγήσουν σε μειωμένες εκπαιδευτικές ευκαιρίες, τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί.

Επιπλέον, σε πολλές χώρες, ακόμα και σε αυτές που βρίσκονται σε καλό στάδιο οικονομικής ανάπτυξης, τα ζητήματα αναπαραγωγικής υγείας αντιμετωπίζονται ως ζητήματα ταμπού. Τομείς ενδιαφέροντος, στους οποίους περιλαμβάνεται η άμβλωση, η παροχή υπηρεσιών σεξουαλικής υγείας για εφήβους, η θεώρηση της ύπαρξης σεξουαλικών σχέσεων εκτός του γάμου και της οικογένειας και άλλα παρόμοια ζητήματα, αποτελούν θέματα τα οποία βρίσκονται στο περιθώριο της καθημερινής πολιτικής ατζέντας.

Τέλος, η χρηματοδότηση των ζητημάτων οικογενειακού προγραμματισμού και αναπαραγωγικής υγείας, που αντιπροσώπευε το 70% των ολικών εξόδων κατά το παρελθόν, έχει περιοριστεί, με το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων να επενδύονται με στόχο τον περιορισμό της λοίμωξης από τον ιό HIV.

Το Μάιο του 2004, στην 57η συγκέντρωση του Π.Ο.Υ., όλα τα μέλη του, εκτός των Η.Π.Α., ενίσχυσαν και επιδοκίμασαν την παγκόσμια στρατηγική αναπαραγωγικής υγείας για τον πολίτη, που σχεδιάστηκε ώστε να επιτυγχάνει και να προωθεί την επιτάχυνση των προγραμμάτων αναπαραγωγικής υγείας, ειδικά όσων ήδη είχαν τεθεί από τη διάσκεψη του Καΐρου το 1994. Επιπλέον, σε ειδική αναφορά των Ηνωμένων Εθνών, αναγνωρίστηκαν 17 βασικά σημεία ως άμεσα μέτρα αντιμετώπισης των ζητημάτων που σχετίζονται με την αναπαραγωγική υγεία. Αυτή η αναφορά έδειξε ότι η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία είναι κρίσιμη όχι μόνο για την επίτευξη των σχετιζόμενων με την υγεία σκοπών των Ηνωμένων Εθνών, αλλά επίσης και για την επίτευξη πολλών άλλων σκοπών στους οποίους περιλαμβάνεται η μείωση της φτώχειας, η επιβεβαίωση της παροχής ίσων εκπαιδευτικών ευκαιριών για όλο τον κόσμο και της ισότητας των φύλων, σε συσχετισμό πάντα με την ύπαρξη αειφόρου περιβαλλοντικής ανάπτυξης. Το Μάιο του 2005, η Ευρωπαϊκή Ένωση κατέδειξε ότι οι σκοποί που έχουν τεθεί από τη συνδιάσκεψη του Καΐρου το 1994 είναι και πρέπει να είναι πάντα στο επίκεντρο της πολιτικής των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στο επίπεδο της Ε.Ε., ώστε να επιτευχθεί η παγκόσμια πρόοδος στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας.

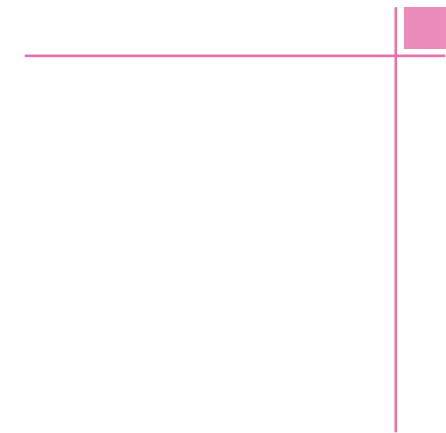
Η σχέση μεταξύ των ζητημάτων ανάπτυξης και αναπαραγωγικής υγείας, σε σχέση πάντα με τα ανθρώπινα δικαιώματα, άλλαξαν τον προσανατολισμό κυβερνήσεων και μη-κυβερνητικών οργανώσεων, από τις κλασσικές πολιτικές ελέγχου του μεγέθους του πληθυσμού, σε καθορισμό και διαμόρφωση προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού, που βασίζονται πρωταρχικά στην προάσπιση των αναγκών και δικαιωμάτων των ατόμων.

Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία είναι κρίσιμη για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη των κοινοτήτων και εθνών και ένα κύριο συστατικό μιας ισόρροπης κοινωνίας.

Σε αυτό το πλαίσιο, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία στοχεύει στη βελτίωση τόσο των ποσοτικών, όσο και των ποιοτικών δεικτών που χαρακτηρίζουν το επίπεδο αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας ενός σύγχρονου κράτους, μέσω της:

- Μείωσης του αριθμού των αμβλώσεων.
- Αύξησης της χρήσης και της μεγιστοποίησης της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες και στα μέσα αντισύλληψης, για όλο τον ελληνικό πληθυσμό.
- Μεγιστοποίησης του αριθμού του πληθυσμού που έχει γνώση των ζητημάτων οικογενειακού προγραμματισμού.
- Βελτίωσης της διαθεσιμότητας των δομών που παρέχουν υπηρεσίες αντιμετώπισης της υπογονιμότητας.
- Περαιτέρω μείωσης της μητρικής, περιγεννητικής και νεογνικής θνησιμότητας.
- Μείωσης της επίπτωσης και του επιπολασμού του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (μέσω της ορθολογικής χρήσης, σε ευρεία βάση του πληθυσμού, του εμβολίου κατά του ιού HPV).
- Μείωσης της οικογενειακής βίας και των κρουσμάτων σεξουαλικής κακοποίησης.
- Μείωσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Το Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία εντάσσεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το οποίο περιλαμβάνει τα ακόλουθα 15 Σχέδια Δράσης: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα, Εθνικό



Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε χώρους Παροχής Υγείας.

Το σύνολο των προτεινόμενων δράσεων του συνολικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία προϋπολογίζεται σε συνάρτηση με όλες τις δράσεις των επιμέρους σχεδίων, που αφορούν στην προάσπιση και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας, με στόχο την άρση των αλληλοεπικαλύψεων και τη δημιουργία ενός οριζόντιου και ολιστικού προϋπολογισμού για τη Δημόσια Υγεία. Συνοπτικός προϋπολογισμός δράσεων του παρόντος Σχεδίου Δράσης συμπεριλαμβάνεται στο κεφάλαιο 4 του παρόντος. Ο αναλυτικός προϋπολογισμός των δράσεων δημοσιοποιείται σε ξεχωριστό τεύχος, το οποίο αποτελεί την οικονομοτεχνική μελέτη του συνολικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία και το οποίο περιγράφει αναλυτικά το κόστος των δράσεων και την πηγή χρηματοδότησής τους.

Αλέξης Ζορμπάς
Συντονιστής Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Ανάλυση της Υφιστάμενης Κατάστασης



I. Εννοιολογικές Προσεγγίσεις

Η αναπαραγωγική υγεία ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας¹ (Π.Ο.Υ.) ως μια κατάσταση φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα, σε όλα τα στάδια της ζωής.

Σύμφωνα με τη διάσκεψη του Καΐρου (1994) «η αναπαραγωγική υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή ζητήματος που αφορά στο αναπαραγωγικό σύστημα και στη λειτουργία του. Οι άνθρωποι πρέπει να απολαμβάνουν υγιείς και ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις, καθώς και να έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν το πότε και υπό ποιές συνθήκες θα αναπαραχθούν. Επίσης, οι άνθρωποι θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού και αντιμετώπισης ζητημάτων υπογονιμότητας. Ακόμα, στο πλαίσιο αναπαραγωγικής υγείας υψηλού επιπέδου, οι μητέρες θα πρέπει να φέρουν σε πέρας κάθε εγκυμοσύνη με ασφαλή και αξιοπρεπή τρόπο. Τέλος, η αναπαραγωγική υγεία αφορά και στη σεξουαλική υγεία και στην πρόσπασή της, με την εξασφάλιση ποιοτικών ανθρώπινων σχέσεων» (UN 1995).

Ο ορισμός της αναπαραγωγικής υγείας που διατυπώθηκε στη διάσκεψη του Καΐρου και παρουσιάζεται πιο πάνω είναι πολύπλοκος και περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και τη σεξουαλική υγεία. Η εξέταση της αναπαραγωγικής υγείας σαν ξεχωριστό θέμα Δημόσιας Υγείας καθιερώθηκε αργότερα σαν αποτέλεσμα καταστάσεων, όπως η πανδημία του AIDS, η αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, καθώς και του μεγαλύτερου ενδιαφέροντος του κοινού σε θέματα όπως η βία απέναντι σε γυναίκες και κορίτσια.

Η έννοια της αναπαραγωγικής υγείας υπονοεί ότι το άτομο είναι σε θέση να βιώνει μια ικανοποιητική και ασφαλή σεξουαλική ζωή, καθώς και ότι έχει την ικανότητα να αναπαράγει και την ελευθερία να αποφασίζει αν, πότε και πόσο συχνά το πράττει. Αλληλένδετες με αυτές τις έννοιες είναι το δικαίωμα της γυναίκας και του άνδρα για ενημέρωση και πρόσβαση σε ασφαλείς, αποτελεσματικές, προσιτές και αποδεκτές μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού της επιλογής του, και το δικαίωμα για κατάλληλες υπηρεσίες παροχής υγιεινής φροντίδας, που επιτρέπουν στις γυναίκες να βιώσουν ασφαλή εγκυμοσύνη και κύηση.

¹Βλ. περισσότερα στο: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/.

Η αναπαραγωγική υγεία συμπεριλαμβάνει ασθένειες που προκύπτουν από τη σεξουαλική επαφή, καθώς και κάθε πρόβλημα υγιεινής/υγείας που απορρέει από σεξουαλικά και ερωτικά ζητήματα, όπως και προβλήματα στις σχέσεις και στην οικογένεια. Παράλληλα με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, παθήσεις με ψυχικές, κοινωνικές και θρησκευτικές αιτίες (σεξουαλική κακοποίηση, οικιακή βία, γυναικείος γεννητικός ακρωτηριασμός, άμβλωση) θα πρέπει να τυγχάνουν ανάλογης βαρύτητας.

Η φροντίδα της αναπαραγωγικής υγείας ορίζεται ως η ακολουθία των μεθόδων, τεχνικών και υπηρεσιών που συμβάλλουν στην αναπαραγωγική υγεία και ευεξία, με την πρόληψη και επίλυση αναπαραγωγικών προβλημάτων. Συμπεριλαμβάνει επίσης τη σεξουαλική υγεία, σκοπός της οποίας είναι η διεύρυνση της ζωής και των προσωπικών σχέσεων, και όχι μόνο η φροντίδα και θεραπεία γύρω από τα αναπαραγωγικά προβλήματα και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Η διεθνής κοινότητα ασχολείται με το ζήτημα της πρόσπασης της αναπαραγωγικής υγείας και της αύξησης του παγκόσμιου πληθυσμού για περισσότερο από έναν αιώνα. Σε μια από τις πιο πρόσφατες συναντήσεις των Ηνωμένων Εθνών που σχετίζονται με το ζήτημα του πληθυσμού, απεσταλμένοι από τις κυβερνήσεις περισσότερων από 79 κρατών και περισσότερων από 1.200 μη-κυβερνητικών οργανώσεων, συναντήθηκαν στο Κάιρο το 1994 στη διεθνή σύσκεψη για τον πληθυσμό και την ανάπτυξη και συμφώνησαν σε ένα εικοσαετές πρόγραμμα δράσης για τη βελτίωση της αναπαραγωγικής υγείας και τη διαλεύκανση ζητημάτων που σχετίζονται με τα δικαιώματα της αναπαραγωγής και συναφών θεμάτων.

Στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος συμφώνησαν να παρέχουν πλήρη πρόσβαση στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας μέχρι το 2015, ως αναπόσπαστο κομμάτι της βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ανθρώπων παγκοσμίως (UN 1995).

Σε αντίθεση με ότι συνέβη σε προηγούμενες συναντήσεις, η διάσκεψη του Καΐρου κατέδειξε με σαφήνεια τις αυξανόμενες ανησυχίες σε ζητήματα που σχετίζονται με την αύξηση του πληθυσμού, τη φτώχεια, την υγεία, τη μόρφωση και τη συσχέτισή τους με την αναπαραγωγική υγεία. Αν και αυτή η συσχέτιση τώρα φαίνεται προφανής, την εποχή που είχε πρωτοαναφερθεί ήταν μια σημαντική αλλαγή σε σχέση με τις πολιτικές που αντιμετώπιζαν την αύξηση του πληθυσμού.

Μια ακόμη αλλαγή που πρωτοαναφέρθηκε τότε ήταν ο καθορισμός 15 βασικών αρχών του Π.Ο.Υ., πάνω στις οποίες βασίστηκε ο καθορισμός του προγράμματος δράσης, που ενσωματώνουν τη συσχέτιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με τα θέματα αναπαραγωγικής υγείας. Αυτά τα δικαιώματα περιλαμβάνουν την αναγνώριση της προάσπισης της ισότητας των φύλων και της ενίσχυσης της θέσης των γυναικών σε σχέση με τον τερματισμό κάθε είδους βίας κατά των γυναικών, καθώς και τη διαβεβαίωση της ικανότητας της γυναίκας να ελέγχει και να καθορίζει τα θέματα που σχετίζονται με τη γονιμότητα και με τη σεξουαλικότητά της.

Αργότερα, στο ειδικό τμήμα της διάσκεψης των Ηνωμένων Εθνών το 1999 (UN 1999), επανακαθορίστηκε ως κεντρικός ο στόχος της παγκόσμιας πρόσβασης στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας. Επίσης, στην Παγκόσμια Σύνοδο του Σεπτεμβρίου του 2005 (UN 2005), οι κυβερνήσεις παγκοσμίως επαναδεσμεύτηκαν για την επίτευξη καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας μέχρι το 2015.

Η αναπαραγωγική υγεία θεωρητικά δε θα έπρεπε να είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Υπάρχουν μέθοδοι αντισύλληψης που εμποδίζουν τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Απλές τεχνολογίες, που υπήρχαν για πολλά χρόνια, κάνουν τη γέννηση των παιδιών τον 21ο αιώνα -θεωρητικά- πολύ ασφαλή. Οι άνθρωποι μπορεί να μαθαίνουν τεχνικές που επιτρέπουν το ασφαλές σεξ και να καθιστούν τη μείωση των περισσότερων από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα πολύ εύκολη. Ακόμα και η μόλυνση από τον ιό HIV δεν επιφέρει πια αναπόφευκτα το θάνατο. Παρ' όλα αυτά, το περιθώριο βελτίωσης του επιπέδου της αναπαραγωγικής υγείας παγκοσμίως παραμένει μεγάλο.

2. Σεξουαλικά και Αναπαραγωγικά Δικαιώματα

Σύμφωνα με το άρθρο 96 της πλατφόρμας δράσης υπέρ των γυναικών, που αναπτύχθηκε στην Τέταρτη Παγκόσμια Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για τη Γυναίκα στο Πεκίνο το 1995, τα ανθρώπινα δικαιώματα των γυναικών περιλαμβάνουν το δικαίωμά τους να έχουν τον έλεγχο και να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα σχετικά με θέματα που αφορούν στη σεξουαλικότητά τους, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, χωρίς εξαναγκασμό, διάκριση και άσκηση βίας. Η ισότητα στις σχέσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών σε θέματα σεξουαλικών σχέσεων και αναπαραγωγής, συμπεριλαμβανομένου του απόλυτου σεβασμού της ακεραιότητας του προσώπου, προϋποθέτει αμοιβαία συγκατάθεση και κοινές ευθύνες, όσον αφορά στη σεξουαλική συμπεριφορά και στις συνέπειές της.

Διεθνείς οργανώσεις, όπως η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (Δ.Ο.Ο.Π./ International Planned Parenthood Federation - IPPF), διατύπωσαν σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα, τα οποία απορρέουν από το διεθνές δίκαιο των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τη δημογραφία (UNFPA) και ο Π.Ο.Υ. αναγνώρισαν το Χάρτη της IPPF για τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα το 1995.

Ο Χάρτης των Σεξουαλικών και Αναπαραγωγικών Δικαιωμάτων της Διεθνούς Ομοσπονδίας Οικογενειακού Προγραμματισμού (Δ.Ο.Ο.Π./ IPPF) βασίζεται σε 12 δικαιώματα, τα οποία είτε στηρίζονται σε διεθνή όργανα ανθρωπίνων δικαιωμάτων, είτε η Δ.Ο.Ο.Π. θεωρεί ότι συνεπάγονται αυτά. Αυτό εξασφαλίζει την εγκυρότητα που έχουν τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα ως ανθρώπινα δικαιώματα, εφαρμόζοντας διεθνώς αποδεκτή ορολογία από τις συνθήκες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που φέρουν το κύρος του διεθνούς νόμου, σε σεξουαλικά και αναπαραγωγικά θέματα.

Τα 12 Σεξουαλικά και Αναπαραγωγικά Δικαιώματα, όπως ορίζονται στο Χάρτη της Δ.Ο.Ο.Π. είναι:

1. Το δικαίωμα στη ζωή, που σημαίνει, μεταξύ άλλων, ότι η ζωή καμίας γυναίκας δεν πρέπει να τεθεί σε κίνδυνο λόγω μιας εγκυμοσύνης.
2. Το δικαίωμα στην ελευθερία και ασφάλεια του ατόμου, που αναγνωρίζει ότι κανένα άτομο δεν πρέπει να υποστεί ακρωτηριασμό των γυναικείων αναπαραγωγικών οργάνων, αναγκαστική εγκυμοσύνη, στείρωση ή έκτρωση.
3. Το δικαίωμα στην ισότητα και στην απελευθέρωση από κάθε μορφής διάκριση, που συμπεριλαμβάνει και τη διάκριση σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική ζωή του ατόμου.
4. Το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή, που σημαίνει ότι όλες οι ιατρικές υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας οφείλουν να είναι εμπιστευτικές και ότι όλες οι γυναίκες έχουν δικαίωμα να αποφασίζουν αυτόνομα για τις αναπαραγωγικές τους επιλογές.
5. Το δικαίωμα στην ελευθερία σκέψης, που συμπεριλαμβάνει την ελευθερία από την περιοριστική ερμηνεία θρησκευτικών κειμένων, πιστεύω, φιλοσοφιών και εθίμων, ως μέσων υποτίμησης την ελευθερία της σκέψης σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική ιατρική φροντίδα και άλλα θέματα.
6. Το δικαίωμα στην πληροφόρηση και στην εκπαίδευση σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία για όλα τα άτομα, συμπεριλαμβανομένης και της πρόσβασης σε ολοκληρωμένη πληροφόρηση για τα οφέλη, τους κινδύνους και την αποτελεσματικότητα όλων των μεθόδων ρύθμισης της γονιμότητας, ώστε όλες οι αποφάσεις να λαμβάνονται με βάση την ολοκληρωμένη, ελεύθερη και πληροφορημένη συγκατάθεση του ατόμου.
7. Το δικαίωμα επιλογής γάμου ή όχι και της δημιουργίας προγραμματισμένης οικογένειας.
8. Το δικαίωμα απόφασης εάν ή πότε μπορεί να αποκτήσει κάποιο παιδί.
9. Το δικαίωμα στη φροντίδα και στην προστασία της υγείας, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα στην καλύτερης δυνατής ποιότητας ιατρική φροντίδα των πελατών, και το δικαίωμα να είναι ελεύθεροι από παραδοσιακές συνήθειες που είναι επιζήμιες για την υγεία.
10. Το δικαίωμα στα οφέλη της επιστημονικής προόδου, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα στους χρήστες των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση σε νέες τεχνολογίες που αφορούν στην αναπαραγωγική υγεία, οι οποίες να είναι ασφαλείς, αποτελεσματικές και αποδεκτές.
11. Το δικαίωμα στην ελευθερία συνάθροισης και πολιτικής συμμετοχής, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα όλων των ατόμων να ζητήσουν να επηρεάσουν τις κοινότητες και τις κυβερνήσεις να θέσουν ως προτεραιότητα τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και δικαιώματα.
12. Το δικαίωμα να είσαι απαλλαγμένος/η από βασανιστήρια και κακομεταχείριση, που συμπεριλαμβάνει το δικαίωμα όλων των γυναικών, ανδρών και νέων να είναι προστατευμένοι από τη βία, τη σεξουαλική εκμετάλλευση και την κακοποίηση².

²<http://www.cyfamplan.org/FamPlan/page.php?pageID=33>.

3. Διεθνές Νομικό και Πολιτικό Πλαίσιο

Οι διακηρύξεις και τα προγράμματα δράσης της Διεθνούς Διάσκεψης των Ηνωμένων Εθνών για τον πληθυσμό και την ανάπτυξη (Κάιρο 1994) και της Τέταρτης Παγκόσμιας Διάσκεψης των Ηνωμένων Εθνών για τη Γυναίκα (Πεκίνο 1995), αποτελούν σταθμό για τον τρόπο αντιμετώπισης της σεξουαλικότητας και των ζητημάτων αναπαραγωγής. Πριν από αυτές τις συναντήσεις, τα ζητήματα αυτά εξετάζονταν αποκλειστικά ως προς την ανάπτυξη του πληθυσμού και τις δημογραφικές πολιτικές, ενώ κατά τη διάρκεια αυτών των διασκέψεων, η σεξουαλικότητα και η αναπαραγωγική υγεία εξετάστηκαν για πρώτη φορά υπό το πρίσμα των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Η ιδέα της εξέτασης των δικαιωμάτων των γυναικών ως ανθρωπίνων δικαιωμάτων, κρίθηκε απολύτως απαραίτητη για τη χειραφέτηση των γυναικών και ιδιαίτερα σημαντική για την εν γένει πρόοδο της κοινωνίας. Η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού παραχώρησε τη θέση της στην ευρύτερη έννοια της αναπαραγωγικής υγείας, η οποία περιλαμβάνει τόσο τις γυναίκες, όσο και τους άνδρες και περιγράφει μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας σε όλα τα θέματα που συνδέονται με το αναπαραγωγικό σύστημα.

Η Σύμβαση για την εξάλειψη όλων των μορφών διακρίσεων κατά των γυναικών (UN 1979) ορίζει ότι τα κράτη διασφαλίζουν ότι άνδρες και γυναίκες έχουν «...τα ίδια δικαιώματα να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα για τον αριθμό και τα χρονικά διαστήματα που θα φέρουν στον κόσμο τα παιδιά τους...», εγγυάται την πρόσβαση στην αναγκαία πληροφόρηση και εκπαίδευση και αναγνωρίζει σε άνδρες και γυναίκες τη δυνατότητα να ελέγχουν το μέγεθος της οικογένειάς τους. Σύμφωνα με τη σύσταση 21 της CEDAW (UN 1979), ως οικογενειακός προγραμματισμός νοούνται: η εξασφαλισμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η διαθεσιμότητα υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, η διαθεσιμότητα ασφαλών και αξιόπιστων μεθόδων αντισύλληψης, η ελεύθερη διάθεση των κατάλληλων μέσων για την εθελούσια ρύθμιση της γονιμότητας με γνώμονα την υγεία και την ευημερία όλων των μελών της οικογένειας.

Στο γενικό σχόλιό της (αριθ.14 2000) σχετικά με το άρθρο 12 του Διεθνούς Συμφώνου για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών που αφορά στο δικαίωμα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, η επιτροπή για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα αναγνωρίζει το δικαίωμα στη σεξουαλική και αναπαραγωγική ελευθερία, το δικαίωμα πρόσβασης σε εκπαίδευση και πληροφόρηση σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, καθώς και την παροχή προσιτών, αποδεκτών και ποιοτικών εγκαταστάσεων, προϊόντων και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

4. Διεθνή Δεδομένα για την Αναπαραγωγική Υγεία

Η ανάγνωση των στατιστικών που αφορούν στην αναπαραγωγική υγεία δείχνει ότι κάθε χρόνο:

- περίπου 210.000.000 γυναίκες υφίστανται απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές της εγκυμοσύνης, που συχνά οδηγούν σε σοβαρές αναπηρίες,
- 500.000 γυναίκες πεθαίνουν κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία (περισσότερο από το 99% αυτών των θανάτων συμβαίνει στις αναπτυσσόμενες χώρες) (WHO 2000).
- 3.000.000 μωρά πεθαίνουν την πρώτη εβδομάδα της ζωής τους και περίπου 3.300.000 ακόμα παιδιά γεννιούνται με προβλήματα (Lawn 2005).
- Περισσότερα από 120.000.000 ζευγάρια αντιμετωπίζουν προβλήματα στην υιοθέτηση μεθόδων αντισύλληψης (Ross 2002).
- 80.000.000 γυναίκες κάθε χρόνο έχουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, από τις οποίες 45.000.000 τερματίζονται (Alan Guttmacher Institute 1999). Από αυτές τις 45.000.000 αμβλώσεις,

οι 19.000.000 γίνονται σε μη ασφαλές περιβάλλον, ενώ το 40% από αυτές γίνεται σε γυναίκες κάτω των 25 ετών, και περίπου 68.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο από επιπλοκές που αφορούν σε μη ασφαλείς αμβλώσεις (WHO 2004).

- Ένας υπολογιζόμενος αριθμός 340.000.000 νέων περιπτώσεων των τεσσάρων συχνότερων σεξουαλικά μεταδιδόμενων βακτηριακών και πρωτοζωικών λοιμώξεων εμφανίζονται κάθε χρόνο, με το ένα τρίτο από αυτές να αφορά σε άτομα ηλικίας κάτω των 25 (WHO 2001). Τέτοιες λοιμώξεις συμβάλλουν στο παγκόσμιο πρόβλημα της υπογονιμότητας και στειρότητας -λόγω της παθοφυσιολογίας τους- που αφορά σε περισσότερα από 180.000.000 ζευγάρια σε παγκόσμιο επίπεδο στις αναπτυσσόμενες χώρες (Rutstein, Shah 2004).
- Κάθε χρόνο εμφανίζονται περίπου 5.000.000 νέα κρούσματα λοίμωξης από τον ιό HIV (UNAIDS 2005) και 257.000 θανάτους από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Mathers 2005), που συμπληρώνουν με το χειρότερο και πιο οδυνηρό τρόπο τα προβλήματα που αφορούν στην αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία.

Σε όλα αυτά πρέπει να προστεθούν και τα φαινόμενα της φυσικής και σεξουαλικής βίας, που αναφέρονται σε 1 στις 2 έως και 1 στις 6 γυναίκες -ανάλογα με τις διάφορες μελέτες- και που είναι ένας υποκείμενος παράγοντας κινδύνου για πολλά από αυτά τα προβλήματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας (Garcia-Moreno 2005).

5. Η Στρατηγική του Π.Ο.Υ.: Οι Πέντε Πυλώνες της Αναπαραγωγικής Υγείας

Ιος Πυλώνας Αναπαραγωγικής Υγείας: Υπηρεσίες Υγείας που Αφορούν στην Προγεννητική, Περιγεννητική και Επιλόχεια Φροντίδα

Παρ' ότι υπάρχει σαφής βελτίωση και επίτευξη προόδου, τα επίπεδα μητρικής θνησιμότητας σε πολλές χώρες παρέμειναν το ίδιο ή λιγότερο στατικά κατά τα τελευταία 15 χρόνια, με πάνω από μισό εκατομμύριο μητρικούς θανάτους να σημειώνονται κάθε χρόνο. Στον 21ο αιώνα, δεν μπορεί να υπάρχουν δικαιολογίες για την πρόκληση τόσων πολλών μητρικών θανάτων κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Η συχνότητα της μητρικής θνητότητας και θνησιμότητας παραμένει μια από τις μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ των πλουσίων και φτωχών χωρών παγκοσμίως (UN 2006). Η συστηματική ανασκόπηση από τον Π.Ο.Υ. (Khan 2006) των αιτιών μητρικής θνητότητας και θνησιμότητας, επισημαίνει πολύ σημαντικές διαφορές στην πρόκληση και αντιμετώπιση αντίστοιχων αιτιών μητρικών θανάτων, ανάλογα με την περιοχή εκδήλωσής τους.

Η διεθνής έμφαση που δίνεται στην αντιμετώπιση και θεραπεία της αιμορραγίας μετά τον τοκετό παραμένει καλά δικαιολογημένη σε ανασκόπηση των δεδομένων από την Αφρική και την Ασία, όπου το 33,1% και το 30,8% των μητρικών θανάτων, αντίστοιχα, οφείλονται σε αυτή την επιπλοκή. Επιπλέον, η αναιμία, οι λοιμώξεις, η σήψη και ο «παρεμποδιζόμενος» τοκετός, ευθύνονται για πολύ σημαντικά ποσοστά των μητρικών θανάτων στην Ασία. Οι υπερτασικές διαταραχές συνεχίζουν να είναι μια πολύ σημαντική αιτία θνητότητας, ειδικά στη Λατινική Αμερική. Και τέλος, κάτι που δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη, η λοίμωξη από τον ιό HIV εμφανίζεται πλέον σαν πολύ σημαντικός παράγοντας μητρικής θνητότητας στην Αφρική.

Οι μητρικοί θάνατοι από «παρεμποδιζόμενο τοκετό» ανήκουν στην ιστορία στον ανεπτυγμένο κόσμο, όπου χαμηλού κόστους αποτελεσματικές παρεμβάσεις έχουν υιοθετηθεί για την πρόληψη και θεραπεία της αιμορραγίας μετά τον τοκετό, των λοιμώξεων και των υπερτασικών διαταραχών στην εγκυμοσύνη (WHO 2006).

Πάντως, στον αναπτυσσόμενο κόσμο, το ένα τρίτο από όλες τις εγκύους δε λαμβάνει καμία υπηρεσία υγείας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ πάνω από το 60% των τοκετών γίνονται εκτός νοσοκομείων ή άλλων ειδικών χώρων, και μόνο στο 60% όλων των τοκετών παρευρίσκεται εξειδικευμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό.

Αυτό το «σκάνδαλο» που συνιστά αιτία εκατομμυρίων θανάτων παιδιών και γυναικών στον αναπτυσσόμενο κόσμο, είναι πολύ γνωστό στους υπευθύνους των υπηρεσιών υγείας του ανεπτυγμένου κόσμου και στους διαμορφωτές της πολιτικής. Πιο σύνθετα, όμως, είναι τα ζητήματα που αφορούν στη σεξουαλική επαφή που δε γίνεται για δισκεία ή μόνο μέσα στο γάμο, καθώς αγγίζουν τομείς με κοινωνικές και εθνολογικές προεκτάσεις.

2ος Πυλώνας Αναπαραγωγικής Υγείας: Ασφαλείς Αμβλώσεις

Πολλές κυβερνήσεις δείχνουν ενδιαφέρον για τα αυξανόμενα ποσοστά ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης -και κατ' επέκταση αμβλώσεων- που συμβαίνουν ιδιαιτέρως στις ανεπτυγμένες χώρες. Τουλάχιστον, η διαδικασία της έκτρωσης τελείται σε ασφαλές πλαίσιο σε αυτές τις χώρες. Πάντως, σε πολλές χώρες, η δυνατότητα τέλεσης ασφαλούς έκτρωσης είναι περιορισμένη και σε μερικές από αυτές η μη ασφαλής έκτρωση ευθύνεται για περισσότερους από το 30% των μητρικών θανάτων. Το 97% από τις 19.000.000 μη ασφαλείς αμβλώσεις που γίνονται κάθε χρόνο, υπολογίζεται ότι αφορά στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η συχνότητα μη ασφαλούς έκτρωσης σε κάθε χώρα επηρεάζεται από την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού (ώστε να αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες), την εφαρμογή των νόμων για την έκτρωση, τη διαθεσιμότητα και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με την τέλεση νομίμων και ασφαλών αμβλώσεων. Νομικά ζητήματα και προβλήματα που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ώστε να επιτυγχάνονται ασφαλείς αμβλώσεις, αναγκάζουν τις γυναίκες να οδηγούνται σε τέλεση μη ασφαλών αμβλώσεων όταν αντιμετωπίζουν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Διαρκώς προστιθέμενα στοιχεία υποδεικνύουν ότι, ειδικά στις έφηβες γυναίκες, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και η μη ασφαλής έκτρωση σχετίζονται με τη βία και τη σεξουαλική εκμετάλλευση (WHO 2005). Στην αρχή του 21ου αιώνα, από τις 145 αναπτυσσόμενες χώρες, η έκτρωση δεν επιτρεπόταν ούτε κατόπιν βιασμού στις 101 χώρες, ενώ σε ύπαρξη επιβεβαιωμένης βλάβης του εμβρύου στις 108, και για οικονομικούς ή κοινωνικούς λόγους στις 118. Σε 65 χώρες η έκτρωση δεν επιτρεπόταν ούτε ακόμα για την αντιμετώπιση και την προάσπιση της φυσικής υγείας της μητέρας από επιβεβαιωμένα προβλήματα (WHO 2004).

Επιπρόσθετα, η περιοριστική των αμβλώσεων νομοθεσία -σε όσες χώρες υφίσταται- σχετίζεται με υψηλό ποσοστό μη ασφαλών αμβλώσεων για προφανείς λόγους. Στη Ρουμανία, παραδείγματος χάρι, η εφαρμογή νόμων που εμποδίζουν την πρόσβαση σε νοσοκομειακά ιδρύματα για τέλεση ασφαλών αμβλώσεων από το 1966, οδήγησε σε πενταπλάσια αύξηση των μητρικών θανάτων, καθώς και στη σταδιακή αύξηση των γεννήσεων ζωντανών εμβρύων (από 20 στις 100.000 γεννήσεις ζωντανών σε περίπου 100 στις 100.000 γεννήσεις ζωντανών το 1974 και σε 150 στις 100.000 γεννήσεις ζωντανών το 1983). Μετά την κατάργηση αυτού του περιοριστικού νόμου το 1989, ο αριθμός των μητρικών θανάτων μειώθηκε κατακόρυφα.

3ος Πυλώνας Αναπαραγωγικής Υγείας: Λοιμώξεις του Αναπαραγωγικού Συστήματος της Γυναίκας και Θνητότητα από αυτές

Μετά από τις αιτίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι η 2η συχνότερη αιτία απώλειας υγιούς ζωής, όπως αυτή μετρείται με τους σύγχρονους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, στις γυναίκες. Το 1990 η Παγκόσμια Τράπεζα υπολόγισε ότι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα -με εξαίρεση τον ιό HIV- ευθύνονταν για το 8,9% όλων των νόσων σε γυναίκες μεταξύ 15 και 45 ετών και για το 1,5% σε άνδρες ίδιας ηλικίας (Greene 2005). Τον ίδιο χρόνο, άλλη μελέτη υπολόγισε ότι 18.600.000 DALY's (Disability Adjusted Life - Years) χάθηκαν εξαιτίας λοιμώξεων από σύφιλη, γονόρροια και χλαμύδια δηλαδή το 1,5% του ετήσιου συνόλου των απωλειών παγκοσμίως που αφορά σε απώλειες DALY's από τραυματισμούς και λοιμώδεις νόσους (Over 1993). Πάντως, εάν κάποιος συμπεριλάβει στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τον ιό HIV, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα γίνονται η κεντρική αιτία απώλειας «καλού επιπέδου ζωής», όπως αυτή μετρείται με κοινωνικοοικονομικούς δείκτες (DALY's) σε πολλές χώρες.

Το 1999, από μελέτες του Π.Ο.Υ. (Gerbase 1998), είχε υπολογισθεί ότι 340.000.000 περιστατικά των 4 ισίων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (γονόρροια, σύφιλη, χλαμύδια, τριχομονάδα) συμβαίνουν ετησίως. Τα επίπεδα των λοιμώξεων δεν είναι κοινά παγκοσμίως και ποικίλλουν από μια ετήσια επίπτωση της τάξης του 2,2% στην Ανατολική Ασία και στον Ειρηνικό, σε 25,7% στην Υποσαχάρεια Αφρική, μεταξύ του πληθυσμού ηλικίας μεταξύ 15 και 49 ετών. Επιπλέον, υπάρχουν τουλάχιστον 30 ακόμα άλλες βακτηριακές ιογενείς και παρασιτικές σεξουαλικές μεταδιδόμενες λοιμώξεις, που ανεβάζουν αυτά τα νούμερα σε πολύ σημαντικό βαθμό (Holmes 1996).

Μερικές λοιμώξεις, όπως π.χ. η ερυθρά, είναι πολύ χαμηλής φυσικής θνητότητας, αλλά παρ' όλα αυτά προκαλούν πολλά προβλήματα στο προσβεβλημένο άτομο. Αυτές κι άλλες περισσότερες σοβαρές λοιμώξεις, όπως η λοίμωξη με τον ιό HIV, τον ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV), τον ιό του απλού έρπητα (HSV) και η σεξουαλικά μεταδιδόμενη ηπατίτιδα Β, είναι πολύ πιο συχνές στον πληθυσμό απ' ότι τα 4 νοσήματα που περιγράψαμε παραπάνω. Παγκοσμίως, περίπου το 20% των γυναικών με ηλικία κάτω από τα 24 χρόνια έχουν λοίμωξη από τον ιό HPV και πάνω από το 25% του πληθυσμού πάνω από 40 ετών έχει μολυνθεί με τον ιό HSV-2 (De Sanjose et al. 2005, Smith 2005). Με αντίστοιχους υπολογισμούς, ο ετήσιος αριθμός των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων εύκολα υπερβαίνει το 1.000.000.000 (δηλ. συμβαίνει περισσότερο από μια λοίμωξη για κάθε 3 ενήλικους μεταξύ 15 και 49 ετών), ενώ είναι βέβαιο ότι και με την εκτίμηση των δεδομένων σε αυτά το πλαίσιο υποεκτιμάμε το πρόβλημα (Smith 2005).

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα σε πολύ μεγάλο βαθμό αφορούν σε λοιμώξεις της νεαρής ηλικίας, μερικές φορές σαν αποτέλεσμα πίεσης ή άσκησης βίας, και τυπικά συμβαίνουν πριν οι νέοι αποκτήσουν την εμπειρία και την ικανότητα να προστατεύουν τον εαυτό τους. Στις βιομηχανικές χώρες, όπου το επίπεδο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων αρχίζει να ανεβαίνει αρκετά, πλησιάζοντας αυτό του αναπτυσσόμενου κόσμου σήμερα, παρουσιάζεται πολύ μικρότερο ποσοστό βακτηριακών και παρασιτικών σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, αν και η σεξουαλική συμπεριφορά είναι παρόμοια με αυτή στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Πάντως, τα επίπεδα των συχνά ασυμπτωματικών ιικών σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων παραμένουν υψηλά στο γενικό πληθυσμό, π.χ. το 22% των Αμερικανών ενηλίκων έχουν έρπητα των γεννητικών οργάνων (Fleming 1997), και τα επίπεδα των βακτηριακών και παρασιτικών σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων παραμένουν ψηλά σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για μεγαλύτερη πρόοδο στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης τέτοιων νοσημάτων και στον ανεπτυγμένο κόσμο. Η προσήλωση στην

αύξηση και βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της ποιότητάς τους και η υιοθέτηση προληπτικών μέτρων, τόσο για τις γυναίκες, όσο και για τους άντρες, θα μπορούσε να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα. Σε όλες τις χώρες, αυξανόμενες προσπάθειες ώστε να μπορούν να παρέχονται υπηρεσίες υγείας σε ασυμπτωματικές ή ελάχιστα συμπτωματικές γυναίκες -μειώνοντας έτσι τη μετάδοση αντίστοιχων λοιμώξεων- είναι σημαντικές για την επίτευξη ενός τέτοιου σκοπού (Garnett 2000). Στην πραγματικότητα, έχουμε μόνο 2 μεθόδους και να μπορούμε να πετύχουμε τους παραπάνω σκοπούς: το μαζικό προσυμπτωματικό έλεγχο (screening) και την ενημέρωση του συντρόφου. Το πρώτο συμβαίνει σε πολύ μικρά επίπεδα στις αναπτυσσόμενες χώρες και το δεύτερο συμβαίνει σε πολύ μικρά επίπεδα παντού.

4ος Πυλώνας Αναπαραγωγικής Υγείας: Οικογενειακός Προγραμματισμός

Η επένδυση σε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, μαζί με την εξέλιξη μοντέρνων μεθόδων αντισύλληψης κατά το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα, οδήγησαν σε ραγδαία αύξηση των αντισυλληπτικών μεθόδων σε πολλές χώρες (Population Reference Bureau 2005). Κατά τη δεκαετία του 1960 λιγότερο από το 10% των παντρεμένων γυναικών χρησιμοποιούσαν κάποια μορφή αντισύλληψης, ενώ το 2003 αυτό το νούμερο ανερχόταν στα 60%. Ακόμη και στον ανεπτυγμένο κόσμο, στον οποίο η χρήση αντισυλληπτικών είναι κοινή και διαδεδομένη, οι κυβερνήσεις απασχολούνται με τους αυξανόμενους αριθμούς εφηβικής εγκυμοσύνης. Σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες η εφηβική μητρότητα σημαίνει τελικά μητρότητα με ένα γονέα, διακοπή της εκπαιδευτικής διαδικασίας, κοινωνική απομόνωση και επαναλαμβανόμενους κύκλους ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Σε αυτές τις χώρες η χρήση μεθόδων αντισύλληψης δεν είναι το πρόβλημα, αλλά το πρόβλημα είναι η ανεπάρκεια στη χρήση νέων μεθόδων επαρκούς αντισύλληψης που παράλληλα θα λαμβάνονται σωστά. Ακόμη και σε χώρες όπως η Αγγλία, όπου η αντισύλληψη παρέχεται δωρεάν, περίπου το 1/4 των κυήσεων καταλήγουν σε έκτρωση. Αφορούν δε σε περιπτώσεις όπου οι κυήσεις επιτευχθήκαν χωρίς τη χρήση μεθόδων αντισύλληψης. Το μεγαλύτερο μέρος από τις υπόλοιπες περιπτώσεις είναι το αποτέλεσμα λάθους ή μη επιμονής χρήσης ή της χρήσης της λιγότερο αποτελεσματικής μεθόδου.

Η επιδημία του ιού HIV επέφερε ακόμα μεγαλύτερη πολυπλοκότητα στο ζήτημα του οικογενειακού προγραμματισμού και της ανάπτυξης και χρήσης μεθόδων αντισύλληψης. Το ανδρικό προφυλακτικό μειώνει την πιθανότητα της λοίμωξης από τον ιό και πρωτοβουλίες για την ενθάρρυνση της χρήσης προφυλακτικού έχουν ληφθεί εδώ και πολλά χρόνια σε πολλές χώρες. Τα προφυλακτικά, εκτός εάν χρησιμοποιούνται σωστά και μεθοδικά, έχουν πολύ υψηλά επίπεδα αποτυχίας στην παρεμπόδιση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας που επιθυμούν να εμποδίσουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, είναι διστακτικοί στο να καθιερώσουν το προφυλακτικό ως την κύρια μέθοδο αντισύλληψης, ακόμα και σε μερικές χώρες όπου το προφυλακτικό είναι η πιο κοινή μέθοδος. Η διπλή προστασία -δηλαδή η χρήση ενός προφυλακτικού για την αντιμετώπιση μιας σεξουαλικά μεταδιδόμενης λοίμωξης με την παράλληλη χρήση μιας πιο αποτελεσματικής μεθόδου αντισύλληψης- είναι ακόμη πιο δύσκολο να προωθηθεί από τη χρήση προφυλακτικού από μόνη της. Αν και η επιδημία του ιού έχει ήδη οδηγήσει σε νέο ενδιαφέρον και αυξανόμενη ανάγκη για την ανάπτυξη μεθόδων αντισύλληψης, όλες οι προτεινόμενες μέθοδοι βασίζονται στην καθημερινή προληπτική χρήση ή ακόμα και στη χρήση κάθε φορά που το ζευγάρι έρχεται σε σεξουαλική επαφή. Αυτή η σκέψη, μαζί με την ευρεία άποψη ότι το πρόβλημα του ελέγχου του πληθυσμού -τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες- επιλύθηκε και ότι η χρήση αντισυλληπτικών έχει γίνει ευρεία, οδήγησε τελικά στην ανάγκη ανάπτυξης του οικογενειακού προγραμματισμού.

Αν και η πρόληψη του ιού HIV πρέπει να παραμείνει μια παγκόσμια προτεραιότητα για τη Δημόσια Υγεία, και η προώθηση της ασφαλούς μητρότητας πρέπει να λαμβάνει σημαντική χρηματοδότηση, ο οικογενειακός προγραμματισμός που αφορά και επηρεάζει και τις δύο προαναφερθείσες στρατηγικές δεν πρέπει να παραλείπεται. Η προώθηση της αποτελεσματικής αντισύλληψης για 201.000.000 γυναίκες που δεν έχουν κάνει τίποτα για να εμποδίσουν τις 23.000.000 ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, τις 22.000.000 αμβλώσεις που γίνονται κάθε χρόνο και τους 14.000 θανάτους που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη κάθε χρόνο, μπορεί να είναι πολύ πιο αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης ακόμα και με όρους κόστους - οφέλους, απ' ό,τι η θεραπεία για την παρεμπόδιση της κάθετης μετάδοσης της νόσου από τη μητέρα στο παιδί (Cleland & Sinding 2005).

5ος Πυλώνας Αναπαραγωγικής Υγείας: Άσκηση Βίας σε Γυναίκες και Κορίτσια

Η άσκηση βίας σε γυναίκες και κορίτσια είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος που μειώνει τα επίπεδα υγείας των γυναικών, ειδικά σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. Αντίστοιχη βία στην ουσία αποτελεί καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και επακόλουθο της ανισότητας μεταξύ των φύλων. Το πιο συχνό και καλύτερα τεκμηριωμένο είδος βίας (που μπορεί να είναι φυσική, σεξουαλική, συναισθηματική), είναι η βία από ασκεΐται στο πλαίσιο της οικογένειας (οικογενειακή βία), καθώς και η σεξουαλική βία (βιασμός, σεξουαλική εκμετάλλευση, παιδική σεξουαλική εκμετάλλευση). Η άσκηση βίας από το σύντροφο είναι παγκόσμια διαδεδομένη και συμβαίνει τόσο σε ανεπτυγμένες όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες. Η επίπτωση ποικίλλει μεταξύ των διάφορων χωρών και ακόμα και μεταξύ περιοχών στην ίδια χώρα. Τέτοια βία γίνεται δυστυχώς αποδεκτή σαν φυσιολογική σε πολλά μέρη του κόσμου, με τις πράξεις βίας συχνά να θεωρούνται από μέλη των οικογενειών σαν φυσιολογικές.

Σε μελέτη του Π.Ο.Υ. (Garcia-Moreno 2005) στην οποία ειδικά εκπαιδευμένοι ερευνητές συνέλλεξαν πληροφορίες από 24.000 γυναίκες σε 10 χώρες, αναφέρθηκε ότι περίπου το 13% με 61% των γυναικών που ήταν παντρεμένες ανέφεραν σωματική βία από το σύντροφό τους σε κάποια στιγμή στη ζωή τους, και περίπου το 6% με 59% ανέφερε σεξουαλική βία. Σε μερικές χώρες, οι νεαροί άντρες έχουν την αίσθηση ότι πρέπει να έχουν πλεονέκτημα στο σεξ. Σε πολλές χώρες, ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες, το προγαμιαίο ή εξωσυζυγικό σεξ είναι τίτλος τιμής για τους άνδρες, αλλά στιγματίζει τις γυναίκες που έτσι δεν μπορούν να ζητήσουν βοήθεια από πουθενά. Σε μερικές άλλες, η ανταλλαγή υλικών αγαθών με αντάλλαγμα το σεξ έχει καταστεί συνήθης πρακτική για νέα κορίτσια και είναι η κύρια πηγή εισοδήματός τους, ενώ συχνά είναι ο τρόπος για να καλύψουν τα έξοδα για την εκπαίδευσή τους (Wellesley Centers for Research 1999). Η σεξουαλική βία αναφέρεται ακόμα και σε σχολεία και αφορά τόσο σε μαθητές όσο και σε δασκάλους, συμπεριλαμβανομένων καταστάσεων όπου οι άνδρες δάσκαλοι χρησιμοποιούν τη δύναμη και την εξουσία τους για να εξαναγκάσουν τις νέες κοπέλες σε σεξουαλικές πράξεις (Wellesley Centers for Research 1999).

Η βία και η απειλή βίας επηρεάζει πολλούς τομείς γυναικείας υγείας, ειδικά σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία. Οι γυναίκες που ζουν μέσα σε βίαιες σχέσεις είναι συχνά ανίκανες να κάνουν από μόνες τους σεξουαλικές και αναπαραγωγικές επιλογές, μπαίνουν δε σε μεγάλο κίνδυνο πρώιμης και ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Αυτή η απουσία επιλογής αφορά είτε σε ανεπιθύμητη σεξουαλική πράξη είτε στο ότι δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν ή να κάνουν σωστή χρήση αντισύλληψης και προφυλακτικών (Campbell 2002).

Δυστυχώς οι περισσότερες γυναίκες παραμένουν σιωπηλές όταν η συζήτηση αφορά σε ζητήματα βίας και δεν αναζητούν βοήθεια, σκέφτονται συχνά ότι αυτή η βία είναι φυσιολογική ή ακόμα και δικαιολογημένη. Περισσότερο από 20% των γυναικών σε μελέτη σε 7 διαφορετικά σημεία παγκοσμίως (Garcia-Moreno 2005), θεώρησαν ότι η άσκηση βίας από το σύζυγο ήταν δικαιολογημένη αν η γυναίκα δεν υπακούει στο σύζυγό της και η ανεπάρκεια και αδυναμία της γυναίκας να φέρει επαρκώς σε πέρας τις οικιακές δουλειές θεωρείται ότι ήταν επαρκής αιτία για άσκηση βίας.

6. Ευρωπαϊκές Πολιτικές και Προτεραιότητες για τα Θέματα Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας

Το Συμβούλιο της Ευρώπης έχει εξετάσει διεξοδικά το ζήτημα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και των συναφών δικαιωμάτων και δράσεων σε διάφορα επίπεδα. Η πολιτική καθορίζεται κυρίως από συστάσεις προς τα κράτη-μέλη και τις υποψήφιας για ένταξη χώρες να επανεξετάσουν την εφαρμογή της πλατφόρμας της διάσκεψης του Πεκίνου και την τήρηση των διεθνών εγγράφων για την προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Η έννοια της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και των συναφών δικαιωμάτων πρέπει ωστόσο να ενισχυθεί, τόσο στην Ε.Ε. όσο και στις υποψήφιας για ένταξη χώρες.

Οι βασικές αρχές της ευρωπαϊκής πολιτικής δε διαφέρουν από αυτές που αφορούν στη χώρα μας. Ζητήματα όπως η μείωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, η διάδοση των μεθόδων αντισύλληψης (προφυλακτικό, αντισυλληπτικά χάπια), η ευρύτερη εφαρμογή προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού, η μείωση της μητρικής και περιγεννητικής θνησιμότητας, η μείωση του αριθμού των τεχνητών αμβλώσεων, είναι τα θέματα αιχμής στην Ευρώπη σε σχέση με την προαγωγή της αναπαραγωγικής υγείας.

Σε στενή συνάρτηση με αυτά, βρίσκονται άλλα ζητήματα όπως η μείωση των επιπέδων της εφηβικής εγκυμοσύνης, η αντιμετώπιση προβλημάτων σεξουαλικότητας και σεξουαλικής ικανοποίησης, η θεραπεία διαταραχών της ούρησης -που οφείλονται σε προηγούμενους τοκετούς- αλλά και θέματα όπως η άσκηση βίας κατά την εγκυμοσύνη ή η ποιότητα ζωής κατά την εμμηνόπαυση, είναι θέματα ολόένα και αυξανόμενου ενδιαφέροντος.

Από τα υπάρχοντα στοιχεία προκύπτει ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ε. και των υποψηφίων για ένταξη χωρών. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπ' όψη το γεγονός ότι τα δεδομένα δεν είναι πλήρη και είναι πιθανό να μην αντικατοπτρίζουν επακριβώς την πραγματικότητα, λόγω έλλειψης επίσημων στοιχείων και ελλιπούς αναφοράς περιστατικών. Επομένως, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη περισσότερων ερευνητικών εργαλείων για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα, η οποία θα βασίζεται σε εναρμονισμένους δείκτες αναπαραγωγικής υγείας.

Ήδη σημαντικές ερευνητικές πρωτοβουλίες έχουν πραγματοποιηθεί στην Ευρώπη, οι οποίες έχουν αποτελέσματα άμεσα εφαρμόσιμα στο σχεδιασμό πολιτικών και δράσεων. Τέτοιες ερευνητικές πρωτοβουλίες είναι το σχέδιο Reprostat, που στοχεύει στην ανάπτυξη δεικτών και καθοριστικών παραγόντων για την αναπαραγωγική υγεία για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της αναπαραγωγικής υγείας στην Ε.Ε., και το σχέδιο ECHI που κατατάσσει τη σεξουαλική συμπεριφορά στους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία στη στρατηγική για την υγεία της Ε.Ε. Η «ποσοτικοποίηση» του επιπέδου αναπαραγωγικής υγείας με τη χρήση των δεικτών αυτών ή αντίστοιχων, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, αφού έτσι καθίσταται εφικτή όχι μόνο η παρακολούθηση του τρέχοντος επιπέδου αναπαραγωγικής υγείας, αλλά και η επίδραση τυχόν παρεμβάσεων σε κάθε επίπεδο δράσης.

Πίνακας 1: Δείκτες παρακολούθησης προαγωγής αναπαραγωγικής υγείας στην Ευρώπη και τομέας της αναπαραγωγικής υγείας με τον οποίο σχετίζονται.

ΔΕΙΚΤΗΣ	ΤΟΜΕΑΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Επίπτωση χλαμυδιακής λοίμωξης	Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
Αναφερόμενη χρήση προφυλακτικού σε σχέσεις «υψηλού κινδύνου»	Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
Μέση ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών	Καταγραφή τάσεων σεξουαλικής δραστηριότητας
Αριθμός αμβλώσεων	Υπογεννητικότητα - Γήρανση Πληθυσμού
Αριθμός χρηστών αντισυλληπτικών χαπιών	Οικογενειακός Προγραμματισμός
Δείκτες περιγεννητικής θνησιμότητας	Περιγεννητική Υγεία Μητέρας - Παιδιού
Ολικό επίπεδο γονιμότητας	Υπογεννητικότητα - Γήρανση Πληθυσμού

Πηγή : Reprostat - Reproductive Health Indicators in the European Union (2003).

7. Θέματα Ειδικού Ενδιαφέροντος για την Ελλάδα

7.1 Υπογεννητικότητα

Εδώ και αρκετά χρόνια, μείζον θέμα συζήτησης και κοινός τόπος αναφοράς μεταξύ των ειδικών επιστημόνων είναι η γήρανση του πληθυσμού που παρατηρείται στον ελλαδικό χώρο. Από όλα τα διαθέσιμα στοιχεία, είναι εμφανές ότι υπάρχει δημογραφικό πρόβλημα, οι δύο συνιστώσες του οποίου είναι η υπογεννητικότητα (η ύπαρξη δηλαδή δείκτη γεννήσεων χαμηλότερου από αυτόν που απαιτείται για την ανανέωση του πληθυσμού) και η γήρανση του πληθυσμού (η αύξηση της αναλογίας και του απόλυτου αριθμού γηραιότερων ανθρώπων σε βάρος των νεότερων). Αν και όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2, ο απόλυτος αριθμός του πληθυσμού φαίνεται να αυξάνεται, παράλληλα αυξάνει και η αναλογία του πληθυσμού μεγαλύτερης ηλικίας (65 και άνω, αλλά και της ηλικιακής ομάδας 15 - 64 ετών).

Σε στενή σχέση με τα παραπάνω, είναι και η μείωση του συντελεστή ολικής γονιμότητας, δηλαδή του μέσου αριθμού τέκνων ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας. Η τιμή του παρουσιάζει σταδιακή πτώση από 2,4 τη δεκαετία του 1960, σε 2,18 το 1977, 1,58 το 1986, 1,31 το 2001 και 1,28 το 2005 (Ε.Σ.Υ.Ε. 2006).

Το μέγεθος του προβλήματος γίνεται εύκολα αντιληπτό, αν συσταθμίσουμε το ότι για την αύξηση του πληθυσμού, ο συντελεστής απαιτείται να είναι μεγαλύτερος του 2,11. Δηλαδή κάθε ζευγάρι πρέπει να γεννά 2,11 παιδιά, αριθμός πολύ μεγαλύτερος του τελευταίου δεδομένου (το 2005) που είναι 1,28 για τη χώρα μας. Μάλιστα και από τα στατιστικά δεδομένα της Eurostat, φαίνεται ότι ο συντελεστής ολικής γονιμότητας της χώρας μας είναι από τους χαμηλότερους πανευρωπαϊκά. Το δεδομένο αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, αν συνυπολογίσουμε και το ότι, όπως φαίνεται και στα Γραφήματα 1, 2 και 3, ο συντελεστής ολικής γονιμότητας πέφτει σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, κάτι που προβληματίζει πολιτικούς και ειδικούς επιστήμονες πανευρωπαϊκά. Το δημογραφικό πρόβλημα, αποτελεί ένα βραδυφλεγές πρόβλημα με πολλές προεκτάσεις και αφορά την ευρωπαϊκή ήπειρο στην ολότητά της, απαιτεί δε άμεσες δράσεις, που θα έχουν μακροπρόθεσμες θετικές επιδράσεις.

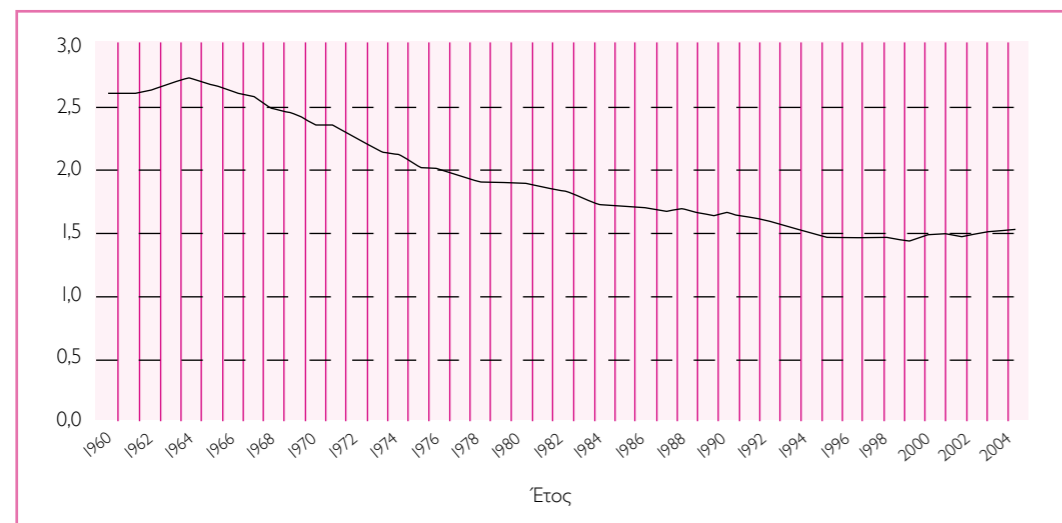
Πίνακας 2: Πληθυσμός της Ελλάδας.

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ, ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ* ΑΠΟΓΡΑΦΕΣ				
	1971	1981	1991	2001
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	8.768.372	9.739.589	10.259.900	10.964.020
Άνδρες	4.286.784	4.779.571	5.055.408	5.427.682
Γυναίκες	4.481.624	4.960.018	5.204.492	5.536.338
0 - 14 ετών	2.223.904	2.307.297	1.974.867	1.664.085
15 - 64 ετών	5.587.352	6.192.751	6.880.681	7.468.395
65 ετών και άνω	957.116	1.239.541	1.404.352	1.831.540
ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ %				
Άνδρες	48,89	49,07	49,27	49,5
Γυναίκες	51,11	50,93	50,73	50,5
0 - 14 ετών	25,36	23,69	19,25	15,18
15 - 64 ετών	63,72	63,58	67,09	68,12
65 ετών και άνω	10,92	12,73	13,69	16,71

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε., 2006

* Δειγματοληπτική επεξεργασία 25% και 10% των ερωτηματολογίων των Απογραφών 1971 και 1981 αντίστοιχα και καθολική επεξεργασία των ερωτηματολογίων των Απογραφών 1991 και 2001.

Γράφημα 1: Συντελεστής ολικής γονιμότητας στην Ευρώπη.



Πηγή: Eurostat.

Τα αίτια της πτώσης του συντελεστή γονιμότητας (με απλοϊκούς όρους, δηλαδή, του αριθμού των γεννήσεων) στην Ελλάδα είναι σύνθετα και η αναγνώρισή τους θα αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα στην προσπάθεια επίλυσης του φαινομένου.

Κύριος παράγοντας που επηρεάζει την πτώση του συντελεστή γονιμότητας αποτελεί η αύξηση ηλικίας γάμου των γυναικών (από την ηλικία των 22,3 ετών τη δεκαετία του 1980 φθάσαμε στα επίπεδα των 25,9 ετών το 1998), η επακόλουθη αύξηση της ηλικίας απόκτησης πρώτου παιδιού (από τα 23,3 έτη το 1980, σε 28,6 έτη το 1998 και στα 29,4 έτη το 2002), η γενικότερα παρατηρούμενη πτώση του αριθμού γάμων και η παράλληλη αύξηση του αριθμού των διαζυγίων, καθώς και διάφορα στερεότυπα συμπεριφοράς της ελληνικής κοινωνίας, όπως π.χ. το γεγονός ότι δεν γίνονται πολλές γεννήσεις εκτός γάμου. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, οι εκτός γάμου γεννήσεις εκτιμώνται στο 1,5% του συνόλου του πληθυσμού το 1956, στο 3,8% το 1980, στο 5,1% του συνόλου το 1998, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι της τάξης του 33%.

7.2 Αριθμός αμβλώσεων

Αν και τα διαθέσιμα στοιχεία για τον ολικό αριθμό των αμβλώσεων είναι αρκετά παλιά χρονολογικά (τα τελευταία διαθέσιμα είναι του έτους 1999), η ποιοτική τους ανάλυση σε σχέση με τη μείωση της ολικής γονιμότητας και της γήρανσης του πληθυσμού που περιγράψαμε παραπάνω, είναι καθοριστικής σημασίας.

Μάλιστα, στην ανάλυση των δεδομένων πρέπει να συνεκτιμηθεί και το γεγονός ότι οι περισσότερες αμβλώσεις στη χώρα μας γίνονται στα ιδιωτικά μαιευτήρια, γεγονός που δεν επιτρέπει τη συστηματική καταγραφή τους.

Από την αναλογία αριθμού αμβλώσεων/ αριθμού γεννήσεων γίνεται αντιληπτό το μέγεθος του προβλήματος και με μια αδρή μόνο αναγωγή του αριθμού των γεννήσεων στα προαναφερθέντα δεδομένα, που αφορούν στην υπογεννητικότητα, καταλαβαίνουμε εύκολα το πόσο θα συνεισέφερε στη μείωση της έκτασης του φαινομένου ο περιορισμός του αριθμού των αμβλώσεων. Ούτως ή άλλως, τα ποιοτικά δεδομένα είναι γνωστά και μη αμφισβητήσιμα, ενώ και η αναλογία γεννήσεων - αμβλώσεων, αν και σταδιακά μειώνεται, αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα.

Γράφημα 2: Διαχρονική εξέλιξη του αριθμού των αμβλώσεων στην Ελλάδα.



Πηγή: WHO, Health For All Database.

Γράφημα 3: Αναλογία αμβλώσεων/ αριθμού γεννήσεων ζωντανών παιδιών.



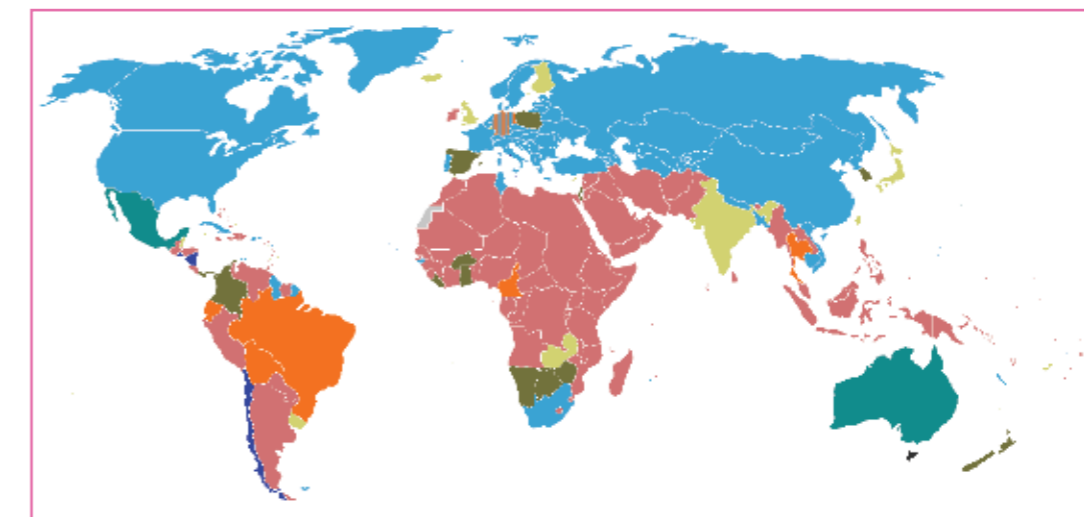
Πηγή: WHO, Health For All Database.

Στα δεδομένα αυτά, πρέπει να συνεκτιμηθεί και το γεγονός ότι στη χώρα μας η άμβλωση θεωρείται νόμιμη χωρίς περιορισμούς, όπως συμβαίνει και στο σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών και στην πλειονότητα του Δυτικού Κόσμου (Γράφημα 4), κάτι που σίγουρα συντελεί στη μεγέθυνση του προβλήματος.

Συνοψίζοντας, πρέπει να υπογραμμιστεί το ότι ο αριθμός των αμβλώσεων είναι μεγάλος και οι συνέπειές του σημαντικές, τόσο στην περαιτέρω επιδείνωση του προβλήματος της γήρανσης του πληθυσμού, όσο και εν γένει της υπογεννητικότητας.

Στο Γράφημα 4 που ακολουθεί αποτυπώνεται η νομοθεσία που εφαρμόζεται για τις αμβλώσεις παγκοσμίως. Με γαλάζιο χρώμα αποτυπώνονται οι χώρες όπου οι αμβλώσεις είναι νόμιμες κατ' επιλογή, με λαδί χρώμα όπου είναι νόμιμες όταν το κύημα είναι αποτέλεσμα βιασμού ή/και όταν απειλείται η υγεία της μητέρας ή/και όταν υπάρχουν κοινωνικοί λόγοι ή/και όταν υπάρχουν γενετικά προβλήματα του εμβρύου, με καφέ χρώμα όπου είναι παράνομες εκτός αν το κύημα είναι αποτέλεσμα βιασμού ή αν απειλείται η υγεία της μητέρας, με πορτοκαλί χρώμα όπου είναι παράνομες εκτός απ' όταν απειλείται η υγεία μητέρας - κήματος, και τέλος, με μπλε σκούρο χρώμα όπου είναι πάντα παράνομες.

Γράφημα 4: Νομικό καθεστώς για τις αμβλώσεις στον κόσμο.



Πηγή: WHO, Health For All Database.

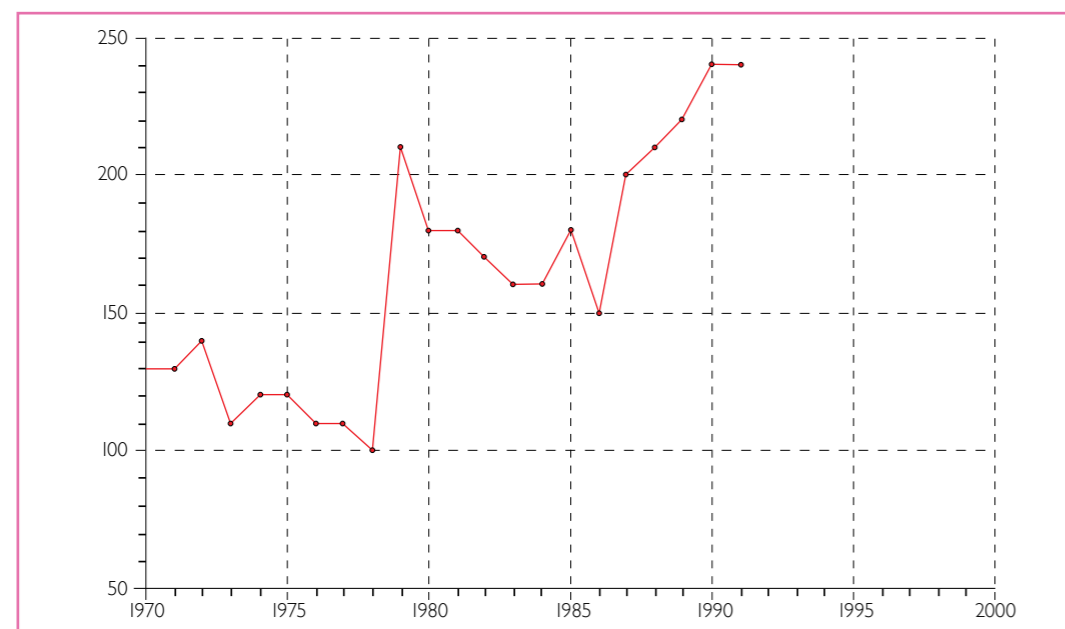
7.3 Αριθμός καισαρικών τομών - προάσπιση φυσικού τοκετού - μητρικού θηλασμού

Η καθιέρωση της καισαρικής τομής από ιατρικής απόψεως, αποτέλεσε μια αδιαμφισβήτητη εξέλιξη που διευκόλυνε και προήγαγε την υγεία της γυναίκας, καθώς σώθηκαν εκατομμύρια ζωές γυναικών και εκατομμύρια παιδιά που θα είχαν πεθάνει ή θα είχαν ανεπανόρθωτες βλάβες και αναπηρίες στην υγεία τους.

Από την άλλη πλευρά, η καισαρική τομή, σε αντίθεση με το φυσιολογικό τοκετό, είναι μια χειρουργική επέμβαση και ως τέτοια, μπορεί να έχει -δυστυχώς- πολλές επιπλοκές, άμεσες -για τη γυναίκα και το παιδί- αλλά και απώτερες. Έτσι, ο «χρυσός κανόνας» για την επιστήμη της γυναικολογίας είναι να γίνεται μόνο όταν πληρούνται συγκεκριμένες κλινικές προϋποθέσεις και όχι υπό τον τύπο μιας επέμβασης ρουτίνας.

Μείζον ζήτημα Δημόσιας Υγείας αποτελεί και ο αδιαμφισβήτητος μεγάλος αριθμός καισαρικών τομών που γίνονται στη χώρα μας. Αν και στην περίπτωση αυτή τα δεδομένα είναι αρκετά παλιά (τελευταίο έτος που υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία το 1991), κοινός τόπος και πάγια κοινωνική και επιστημονική αντίληψη, είναι το γεγονός του μεγάλου αριθμού καισαρικών τομών που γίνονται στη χώρα μας, αριθμός που θα αυξάνονταν δραματικά περισσότερο αν ήταν δυνατή η συνεκτίμηση του αριθμού καισαρικών τομών που γίνονται στα ιδιωτικά μαιευτήρια της χώρας, στα οποία διενεργούνται πολλές γεννήσεις ετησίως.

Γράφημα 5: Διαχρονική εξέλιξη του αριθμού καισαρικών τομών στην Ελλάδα.



Πηγή: WHO, Health For All Database.

Η προάσπιση του φυσιολογικού τοκετού, που αν και επώδυνος για τη γυναίκα έχει πληθώρα θετικών επιδράσεων, σωματικών και ψυχολογικών, αποτελεί κοινό στόχο πολλών κρατών με προηγμένα συστήματα υγείας. Η υιοθέτηση μιας τάσης για διατήρηση των ιατρικών παρεμβάσεων -π.χ. καισαρική τομή- μόνο όπου είναι απολύτως απαραίτητες, είναι καίριος στόχος, ιδιαίτερα σημαντικός για τη χώρα μας.

Μάλιστα, η υποστήριξη του φυσιολογικού τοκετού μπορεί να αποτελέσει την αρχή για αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε ζητήματα που, ενώ δεν εμπίπτουν στη στενή έννοια της αναπαραγωγικής υγείας, αφορούν στην υγεία της γυναίκας και του παιδιού, όπως π.χ. είναι ο μητρικός θηλασμός, με όλες τις θετικές επιδράσεις που αυτός έχει για τη μητέρα και το παιδί.

Έτσι, η κάθε γυναίκα που μπορεί να επιλέγει μια περισσότερο «φυσική» ιατρική παρέμβαση, όπως ο φυσιολογικός τοκετός, είναι βέβαιο ότι θα μπορεί και στο μέλλον να κάνει αντίστοιχες επιλογές, με όλες τις θετικές επιδράσεις που θα έχει κάτι τέτοιο, όχι μόνο για την υγεία της, αλλά και σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Στο πλαίσιο αυτό, αντίστοιχη παρέμβαση είναι και η προάσπιση του μητρικού θηλασμού και η αποκόμιση, κατ' αυτόν τον τρόπο, όλων των θετικών επιδράσεων του για τη γυναικεία αναπαραγωγική, αλλά και τη βρεφική υγεία.

Η πράξη του θηλασμού είναι ένα ουσιαστικό στοιχείο της σωστής βρεφικής φροντίδας, συμβάλλοντας στην υγιή ανάπτυξη του παιδιού, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, προστατεύοντας παράλληλα το δικαίωμα κάθε γυναίκας στην υγεία, μειώνοντας τον κίνδυνο προσβολής από τον καρκίνο του στήθους ή των ωοθηκών, της αναιμίας από σιδηροπενία και την οστεοπόρωση. Ο θηλασμός είναι μέρος των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη διατροφή και στην υγεία, ενώ το μητρικό γάλα είναι η καλύτερη τροφή για τα βρέφη, αφού είναι συνέχεια της διατροφής και προστασίας που λάμβανε το μωρό μέσω του ομφάλιου λώρου. Παρέχει θρεπτικά ισορροπημένη διατροφή και έχει την ίδια δράση με τον εμβολιασμό, μειώνοντας τις πιθανότητες προσβολής από ορισμένες ασθένειες. Ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα, προστατεύει από σοβαρές λοιμώξεις, ασθένειες και ιώσεις, από λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος και λοιμώξεις που προκαλούν διάρροια, μειώνει τις πιθανότητες αλλεργιών και γαστρεντερικών διαταραχών, αυξάνει τη δυνατότητα επιβίωσης των πρόωρων βρεφών, ενώ φαίνεται ότι προλαμβάνει και την παιδική παχυσαρκία, θέτοντας τις βάσεις μιας σωστής διατροφής.

Σε συνάρτηση με τα παραπάνω, σημαντικά είναι και τα οικονομικά οφέλη του θηλασμού, αφού με το μητρικό θηλασμό εξοικονομούνται τα χρήματα που θα ξοδεύονταν σε γάλα του εμπορίου, αλλά και σε φάρμακα για τις πιθανές ασθένειες που θα προκαλούνταν στο βρέφος εξαιτίας αυτού του λόγου. Ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες, το κόστος του τεχνητού γάλακτος είναι πολύ συχνά δυσβάστακτο για το πενιχρό εισόδημα της πλειονότητας των οικογενειών.

7.4 Βελτίωση της ποιότητας περιγεννητικής φροντίδας υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με την ποιότητα της περιγεννητικής φροντίδας, αξιολογείται με τους διάφορους δείκτες, που αφορούν στην υγεία και στη θνητότητα, τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού, αλλά και με άλλους ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες, που αφορούν στην εκτίμηση διάφορων καταστάσεων, όπως π.χ. ο αριθμός κάποιων συγγενών ή γενετικών νοσημάτων (π.χ. σύνδρομο Down).

Στη χώρα μας, υπάρχει αδιαμφισβήτητη πρόοδος στην ποιότητα της περιγεννητικής υγείας, με σαφή βελτίωση των δεικτών κατά τις τελευταίες δεκαετίες, όπως φαίνεται και στους παρακάτω πίνακες. Η μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα έχει μειωθεί με το πέρασμα του χρόνου και μάλιστα εξακολουθεί να βαίνει μειούμενη.

Πίνακας 3: Διαχρονική περιγεννητική - βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα.

ΕΤΟΣ	Περιγεννητική θνησιμότητα (απόλυτος αριθμός γεννηθέντων νεκρών)	Αναλογία γεννηθέντων νεκρών/ 1000 γεννηθέντων ζώντων	Θάνατοι κάτω του ενός έτους (απόλυτος αριθμός)	Θάνατοι κάτω του ενός έτους/ 1000 γεννηθέντων ζώντων
1932	2.052	11,07	22.785	122,81
1940	1.854	12,02	6.713	43,52
1965	2.384	15,74	5.194	34,30
1974	1.756	12,19	3.448	23,93
1985	950	8,16	1.647	14,14
1995	645	6,35	827	8,15
2003	504	4,83	420	4,02

Πηγή: WHO, Health For All Database.

Μάλιστα, τα επίπεδα μητρικής θνησιμότητας στην Ελλάδα, όπως φαίνεται και στους Πίνακες 3 και 4, είναι σε πολύ καλά επίπεδα, σε σχέση με το μέσο ευρωπαϊκό όρο.

Πίνακας 4: Περιγεννητική θνησιμότητα στην Ευρώπη.

ΧΩΡΑ	ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ/ 1000 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΖΩΝΤΩΝ		
	2000	2004	2005
Χώρες Ευρωπαϊκής Ένωσης (25)	5,2	4,6	4,5
Χώρες Ευρωζώνης (12)	4,5	4,1	4,1
Υποψήφιες προς Ένταξη Χώρες (3)	40,4	23,9	22,9
Ελλάδα	5,9	4,1	3,8

Πηγή: WHO, Health For All Database.

Οι αιτίες των βρεφικών θανάτων στη χώρα μας δε διαφέρουν από τις κοινές αιτίες παγκοσμίως, με την πρόωρη γέννηση και την παθοφυσιολογία αυτής στο νεογνό να αποτελεί τη συχνότερη αιτία βρεφικών θανάτων (Πηγή: WHO, Health For All Database).

Η τάση της μητρικής θνησιμότητας στη χώρα μας είναι πτωτική και αντανακλά τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, που συντελέστηκε σε διάφορα επίπεδα τις τελευταίες δεκαετίες. Ένα ιδιαίτερα ευχάριστο εύρημα είναι και το ότι η μητρική θνησιμότητα κυμαίνεται στα ίδια περίπου επίπεδα, τόσο στα αστικά κέντρα, όσο και στην περιφέρεια. Αυτό είναι ευκαίριο, και μάλιστα θα αποτελούσε ένα βασικό πυλώνα προάσπισης της ποιότητας αναπαραγωγικής υγείας, αφού χαρακτηρίζει θετικά ένα σύστημα υγείας σε σχέση με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Από την ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων κρίνεται ότι η ποιότητα των υπηρεσιών μαιευτικής υγείας είναι καλή, κοντά στα ευρωπαϊκά επίπεδα, αλλά πάντα υπάρχει περιθώριο βελτίωσης. Η βελτίωση είναι ζητούμενο, όχι μόνο με κριτήρια ποσότητας, δηλαδή μείωσης των δεικτών θνησιμότητας, αλλά και βάσει κριτηρίων που αφορούν την ισότητα στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ των κατοίκων της χώρας.

7.5 Μείωση επίπτωσης του καρκίνου τραχήλου μήτρας - εμβολιασμός κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η δεύτερη πιο συχνή κακοήθεια που προκαλεί το θάνατο μεταξύ του γυναικείου πληθυσμού παγκοσμίως και η τρίτη κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες σε όλο τον κόσμο, μετά τον καρκίνο του μαστού και του πνεύμονα. Αν και η θνησιμότητα από τον τραχηλικό καρκίνο έχει μειωθεί λόγω της εισαγωγής της κυτταρολογικής εξέτασης κατά Παπανικολάου (Pap-test), αυτή ακόμα και σήμερα παραμένει σημαντικό νοσολογικό πρόβλημα με πολλές ψυχολογικές, αλλά και κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις για τις προσβεβλημένες γυναίκες.

Υπολογίζεται ότι ο αριθμός των αναφερόμενων περιστατικών καρκίνου του τραχήλου κάθε χρόνο ξεπερνά το μισό εκατομμύριο, με πάνω από το 80% εξ αυτών να εμφανίζονται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Παγκοσμίως σημειώνονται περισσότεροι από 250.000 θάνατοι ετησίως από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Πίνακας 5: Εκτιμώμενος αριθμός περιστατικών καρκίνου του τραχήλου που διαγιγνώσκονται ετησίως ανά περιοχή.

Βόρειος Αμερική (Ηνωμένες Πολιτείες και Καναδάς)	14.500
Ευρώπη	60.000
Ασία (πλευρά Ειρηνικού)	268.000
Λατινική Αμερική	72.000
Αφρική	79.000

Πηγή: IARC, Cancer Base, 2004.

Το πρόβλημα αυτό φαίνεται να επιτείνεται και από το γεγονός ότι οι νέες γυναίκες, ακόμα και στις ανεπτυγμένες χώρες παγκοσμίως, φαίνεται να γνωρίζουν λίγα για την αιτιολογία, τη νοσολογία και την παθογένεια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε αυτά πρέπει να συνεκτιμηθεί και ότι το κόστος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας για την κοινωνία είναι πολυεπίπεδο και υπολογίζεται με διάφορους τρόπους, αφού εξαρτάται από την κατάσταση της χώρας που εξετάζεται. Το κόστος των πρακτικών προδιαγνωστικού ελέγχου, όπως η παρακολούθηση και η διερεύνηση των μη φυσιολογικών αποτελεσμάτων στον προδιαγνωστικό έλεγχο και η διαχείριση της πρόσβασης στις υπηρεσίες γυναικολογικής υγείας, αποτελούν αιτίες ανησυχίας σε πολλές χώρες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες μόνο, κάθε χρόνο δαπανώνται περισσότερα από 6 δισεκατομμύρια Δολάρια για την αξιολόγηση και αντιμετώπιση χαμηλού βαθμού δυσπλαστικών αλλοιώσεων.

Ο καρκίνος του τραχήλου, ωστόσο, δεν έχει μόνο επιπτώσεις στα οικονομικά της υγείας μιας κοινωνίας, αλλά προκαλεί σημαντική επιβάρυνση της υγείας, καθώς και ψυχολογική και κοινωνική επιβάρυνση για τις γυναίκες. Μελέτες στην Ευρώπη έχουν προσδιορίσει ότι οι γυναίκες με διάγνωση καρκίνου του τραχήλου ή οι γυναίκες που έχουν λάβει μη φυσιολογικά αποτελέσματα σε κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου (Pap-test), μπορούν να εμφανίσουν άγχος και αβεβαιότητα, ενώ υφίστανται υποβάθμιση της ποιότητας ζωής τους σε διάφορους τομείς: σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και στην πραγματοποίηση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Η νόσος μπορεί να προσβάλλει γυναίκες ακόμη και στην ηλικία των 25 ετών, αν και η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου είναι μεγαλύτερη σε γυναίκες άνω των 35 ετών.

Ο πρόωρος θάνατος από καρκίνο του τραχήλου επέρχεται σε νέες γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας, συχνά ενόσω μεγαλώνουν παιδιά και είναι υπεύθυνες για την οικογένειά τους, είναι απασχολημένες με την καριέρα τους, συνεισφέροντας στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Τα προγράμματα προδιαγνωστικού

ελέγχου -με πρώτη την κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου (Pap-test)- αποτελούν ένα σημαντικό εργαλείο παρακολούθησης: ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου είναι σχεδόν πέντε φορές υψηλότερος στις γυναίκες που δεν υποβάλλονται τακτικά σε προδιαγνωστικό έλεγχο. Τα διαθέσιμα προγράμματα προδιαγνωστικού ελέγχου, μπορούν να αναδείξουν τα μη φυσιολογικά και προκαρκινικά κύτταρα στον τράχηλο, αλλά δεν προλαμβάνουν την αιτία των τραχηλικών ανωμαλιών, δηλαδή την επίμονη λοίμωξη από ογκογόνους τύπους HPV. Ακόμη και σε χώρες που υπάρχουν προγράμματα προδιαγνωστικού ελέγχου, χιλιάδες γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κάθε χρόνο, συχνά λόγω ζητημάτων που αφορούν στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ή στην έλλειψη επαρκούς χειρισμού των ασθενών λόγω ανεπαρκούς κατανόησης της νόσου.

Καθώς η ανάπτυξη προληπτικών εμβολίων κατά του καρκίνου του τραχήλου γίνεται πραγματικότητα, οι ειδικοί διερευνούν πλέον τα μακροπρόθεσμα οφέλη των στρατηγικών εμβολιασμού για την υγεία και την οικονομία σε σχέση με την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου στις γυναίκες. Από τα δεδομένα που είναι διαθέσιμα, φαίνεται ότι το ζήτημα έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού αν και τα στοιχεία είναι ενθαρρυντικά σε ότι αφορά στην επίπτωση της νόσου στον ελληνικό πληθυσμό, η πρόσφατη εισαγωγή του εμβολίου έναντι του ιού HPV στο πρόγραμμα εμβολιασμών, καθώς και η κάλυψη του κόστους του από τα ασφαλιστικά ταμεία (για τις έφηβες και γυναίκες ηλικίας 12 - 26 ετών, σε πρώτη τουλάχιστον φάση) εγείρει ζητήματα που αφορούν τόσο στον ενδιαφερόμενο για το εμβόλιο πληθυσμό όσο και στις πολιτικές αποφάσεις.

Όπως άλλωστε φαίνεται και στον Πίνακα 6, η επίπτωση του ιού HPV στη χώρα μας είναι πολύ μεγάλη στις περιπτώσεις αλλοιώσεων χαμηλού βαθμού (που δε δίνουν συμπτωματολογία, αλλά μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο). Η σημασία λοιπόν της σωστής ενημέρωσης για τον ιό και το εμβόλιο θα μπορέσει να οδηγήσει σε εξάλειψη του ιού και σε μείωση των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Για την Ελλάδα, όπου η επίπτωση του ιού είναι πολύ μεγαλύτερη των αντίστοιχων διεθνών για τις περιπτώσεις προκαρκινικών αλλοιώσεων χαμηλού βαθμού, η συμβολή μπορεί να είναι καίρια, αφού θα συντελέσει στη μείωση και των «σιωπηλών» προκαρκινικών αλλοιώσεων, με μεγάλες ωφέλειες τόσο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών, όσο και σε οικονομικό επίπεδο, λόγω της μείωσης στη χρήση υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και έχουν μεγάλο κόστος.

Πίνακας 6: Επίπτωση του ιού HPV στην Ελλάδα.

	Ελλάδα		Νότια Ευρώπη		Κόσμος	
	Αριθμός δειγμάτων	Επίπτωση HPV (%)	Αριθμός δειγμάτων	Επίπτωση HPV (%)	Αριθμός δειγμάτων	Επίπτωση HPV (%)
Φυσιολογικά κυτταρολογικά επιχρίσματα	2.010	3,6%	4.884	5,7%	157.879	10%
Βλάβες χαμηλού βαθμού (low-grade)	51	90,2%	3.391	66,6%	8.640	71,6%
Βλάβες υψηλού βαθμού (high-grade)	78	88,5%	650	81,1%	7.094	84,9%
Καρκίνος τραχήλου μήτρας	151	72,3%	742	83,7%	14.595	87,2%

Πηγή: WHO - ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre)(WHO 2007).

8. Υφιστάμενες Υπηρεσίες σχετικά με την Προαγωγή της Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τον νόμο 3235 του Ελληνικού Κράτους περί Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 53 της 18ης Φεβρουαρίου 2004), ο οικογενειακός προγραμματισμός συμπεριλαμβάνεται στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που πρέπει να παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Παρ' όλα αυτά, η οργάνωση και λειτουργία κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού ενταγμένων στο Ε.Σ.Υ. πραγματοποιείται με αργούς ρυθμούς στη χώρα μας.

Σήμερα λειτουργούν τα παρακάτω κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, με σκοπό την παροχή συμβουλευτικής, αλλά και θεραπευτικών πρακτικών σε ζητήματα αντισύλληψης, οικογενειακής συμβουλευτικής, αμβλώσεων, τοκετού και εγκυμοσύνης στην εφηβεία κ.λπ. Οι γυναίκες, αλλά και τα ζευγάρια, μπορούν να επισκέπτονται τα τμήματα αυτά και να αναζητούν κατάλληλες λύσεις για τα θέματα που τους αφορούν, να συμβουλευτούν για την προσφορότερη γι' αυτές μέθοδο αντισύλληψης, να επιλύουν ζητήματα υπογονιμότητας κ.ά.

Επιστημονικά, υπεύθυνοι για τα τμήματα αυτά είναι οι ανά νοσοκομείο γιατροί του Ε.Σ.Υ. ή πανεπιστημιακοί, με ειδική εκπαίδευση/ μετεκπαίδευση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και αναπαραγωγικής υγείας.

1. Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα».
2. Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού στη Β' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - Νοσοκομείο «Αρεταίειο».
3. Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού στη Γ' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - Νοσοκομείο «Αττικό».

Επιπλέον, δραστηριοποιούνται οι ακόλουθες επιστημονικές εταιρίες - σωματεία:

8.1 Η Ελληνική Εταιρία Οικογενειακού Προγραμματισμού

Η δράση της Εταιρίας έχει σα σκοπό την προαγωγή θεμάτων οικογενειακού προγραμματισμού στην ελληνική επικράτεια. Ζητήματα που αφορούν στην προαγωγή των νεότερων αντισυλληπτικών μεθόδων, στη διάδοση της χρήσης του προφυλακτικού, στη μείωση των τεχνητών εκτρώσεων αλλά και στην ασφαλέστερή τους τέλεση όποτε αυτό είναι απαραίτητο, στην εκπαίδευση εργαζομένων στο χώρο της υγείας αλλά και μη ειδικών, στην οργάνωση δράσεων πρόληψης και αγωγής υγείας στα σχολεία, αποτελούν τους κύριους πυλώνες δράσης της Ελληνικής Εταιρίας Οικογενειακού Προγραμματισμού. Οι τρόποι με τους οποίους δραστηριοποιείται Εταιρία είναι η διοργάνωση ημερίδων και συνεδρίων, η τέλεση μαθημάτων, η οργάνωση πρακτικών μαθημάτων και φροντιστηρίων, η έκδοση περιοδικών και βιβλίων που διανέμονται σε ευρεία μάζα του πληθυσμού.

8.2 Η Ελληνική Εταιρία Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας

Η Ελληνική Εταιρία Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας μελετά τις καταστάσεις εκείνες που αφορούν στην παθολογία των κοριτσιών και εφήβων ηλικίας μέχρι 16 ετών. Τα θέματα επιστημονικού ενδιαφέροντος της Εταιρίας, πολλές φορές αλληλεπικαλύπτονται με αυτά που αφορούν στον επιστημονικό κλάδο της Παιδιατρικής και σχετίζονται τόσο με ενδοκρινολογικές όσο και με άλλες διαταραχές της νέας και εφηβικής γυναίκας. Τα θέματα παιδικής και εφηβικής Γυναικολογίας σχετίζονται άμεσα με την προαγωγή της αναπαραγωγικής υγείας στην Ελλάδα, όχι μόνο γιατί συμβάλλουν στην θεραπεία κλινικών ή άλλων ζητημάτων που αφορούν στις γυναίκες από τα πρώτα χρόνια της

σεξουαλικής τους ζωής, αλλά και διότι συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση των νέων πολιτών σε θέματα προσωπικής και Δημόσιας Υγείας. Η Εταιρία δραστηριοποιείται στη διοργάνωση ημερίδων και συνεδρίων, στην τέλεση μαθημάτων, στην οργάνωση πρακτικών μαθημάτων και φροντιστηρίων, στην έκδοση περιοδικών και βιβλίων κ.ά.

8.3 Το «Κέντρο Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας (ΚΕ.Σ.Α.Υ.)» του Α.Π.Θ.

Το Κέντρο λειτουργεί στο πλαίσιο του Ινστιτούτου Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων³. Σκοπός του ΚΕ.Σ.Α.Υ. είναι η προαγωγή της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, καθώς και η πρόληψη των σεξουαλικών δυσλειτουργιών και της υπογονιμότητας. Το ΚΕ.Σ.Α.Υ. προάγει θέματα και μελετάει προβλήματα που αφορούν στη σεξουαλική λειτουργία του άνδρα και της γυναίκας, στη σεξουαλική εμπειρία και συμπεριφορά, στην ανθρώπινη αναπαραγωγή.

Το Κέντρο περιλαμβάνει τις ακόλουθες δομές:

- το Κέντρο Αναφοράς Σεξουαλικών Δυσλειτουργιών (Κ.Α.Σ.Δ.),
- το Εκπαιδευτικό Κέντρο του ΚΕ.Σ.Α.Υ. και
- το Εργαστήριο Έρευνας του Γεννητικού Συστήματος.

Ειδικότερα, το Κέντρο Αναφοράς Σεξουαλικών Δυσλειτουργιών αποτελεί το Ελληνικό Γραφείο της Ευρωπαϊκής Συμμαχίας για τις Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες (European Alliance for Sexual Dysfunction, ESDA), μίας κοινής, δηλαδή, ευρωπαϊκής προσπάθειας για την ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και υποστήριξη ανθρώπων με σεξουαλικά προβλήματα. Η ανάθεση στο Α.Π.Θ. της οργάνωσης του Ελληνικού Γραφείου της ESDA έγινε από την Ευρωπαϊκή Εταιρία Έρευνας της Σεξουαλικότητας και της Ανικανότητας (European Society for Sexual and Impotence Research, ESSIR).

8.4 Η μη-κυβερνητική οργάνωση «Πρωτοβουλία Γυναίκα και Υγεία»

Η «Πρωτοβουλία Γυναίκα και Υγεία» είναι ένας μη-κυβερνητικός οργανισμός που ιδρύθηκε το 2001 και δραστηριοποιείται στο χώρο των δικαιωμάτων της γυναίκας.

Μέχρι σήμερα αναφορικά με την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία:

- Παρέχει πληροφορίες, έντυπο υλικό.
- Διενεργεί έρευνες και παρεμβάσεις αναφορικά με παραμέτρους γυναικείας υγείας.
- Συμμετέχει στο Lobby Γυναικών Ευρώπης.

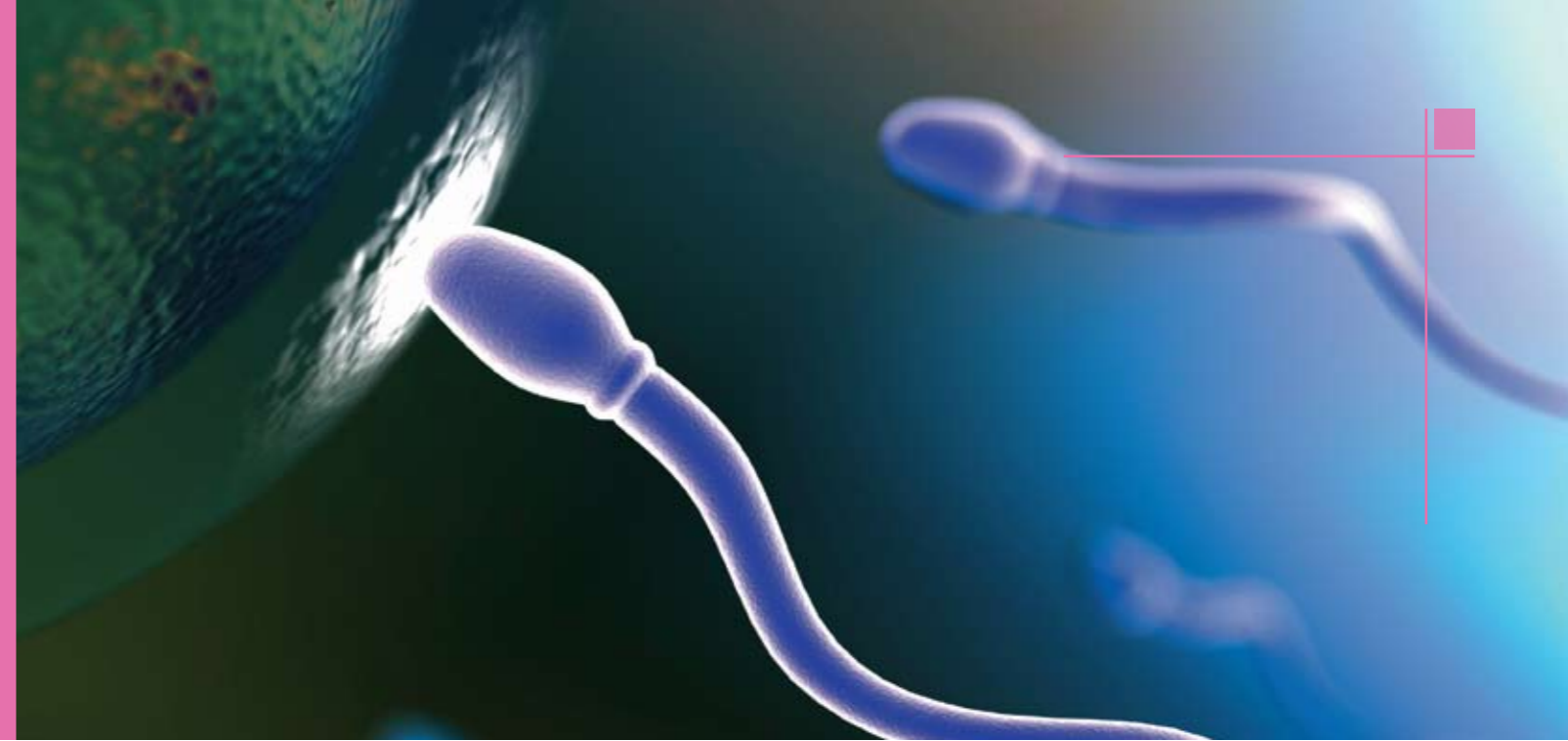
³Βλ. περισσότερα στο: www.imop.gr

9. SWOT Ανάλυση

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ (STRENGTHS)	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ (WEAKNESSES)
<ul style="list-style-type: none"> Υπαρξη υψηλού επιπέδου επιστημονικού προσωπικού στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας. Υπαρξη ήδη λειτουργούντων δομών στα νοσοκομεία. Εναρμονισμένη με τα διεθνή πρότυπα νομοθεσίας για τα θέματα αντισύλληψης και αμβλώσεων. Δραστηριοποίηση φορέων για τα θέματα σεξουαλικής υγείας και προστασίας υγείας μητέρας - παιδιού. 	<ul style="list-style-type: none"> Απουσία ειδικού φορέα κεντρικού συντονισμού για τα θέματα αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας. Έλλειψη αναγνώρισης της διασύνδεσης πολιτικών βελτίωσης επιπέδου αναπαραγωγικής υγείας και αντιμετώπισης του δημογραφικού προβλήματος. Μη εκσυγχρονισμός της νομοθεσίας για την παροχή κινήτρων για τη μείωση της υπογεννητικότητας. Απουσία επιστημονικά ορθής και τεκμηριωμένης πληροφόρησης για τα θέματα αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας.
ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ (OPPORTUNITIES)	ΚΙΝΔΥΝΟΙ (THREATS)
<ul style="list-style-type: none"> Αυξανόμενη ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σε θέματα αντισύλληψης και οικογενειακού προγραμματισμού. Δυνατότητα αξιοποίησης όλων των σύγχρονων μέσων ενημέρωσης και πληροφόρησης (συμπεριλαμβανομένου του internet). 	<ul style="list-style-type: none"> Υψηλός αριθμός αμβλώσεων. Υψηλός αριθμός καισαρικών τομών. Γήρανση ελληνικού πληθυσμού. Υψηλοί δείκτες νοσηρότητας που σχετίζεται με αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία. Υιοθέτηση προτύπων μη υπεύθυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς (π.χ. μη χρήση προφυλακτικού). Χαμηλό ποσοστό τεκμηριωμένης ενημέρωσης στα θέματα αναπαραγωγικής υγείας.



Στρατηγικός Σχεδιασμός



1. Όραμα

Το όραμα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι η ανάπτυξη σύγχρονων δομών και υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας στη χώρα μας και η συστηματική καλλιέργεια υπεύθυνων στάσεων ζωής και κοινωνικών προτύπων σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία, καθώς και αποτελεσματική αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος.

2. Αποστολή

Η αποστολή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι η βελτίωση τόσο ποσοτικών (μείωση υπογεννητικότητας, αριθμού καισαρικών τομών, μητρικής και περιγεννητικής θνησιμότητας, αύξηση χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων) όσο και ποιοτικών (βελτίωση επιπέδων ενημέρωσης σε όλα τα θέματα αναπαραγωγικής υγείας, κάλυψη γνωσιακών κενών και ελλειμμάτων πληροφόρησης και υιοθέτηση «φυσικών» ιατρικών παρεμβάσεων, όπως ο μητρικός θηλασμός και ο φυσιολογικός τοκετός) δεικτών που χαρακτηρίζουν το επίπεδο αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας ενός σύγχρονου και κοινωνικού κράτους.

3. Στόχοι

Στόχοι που μπορεί να θεωρηθούν επιτεύξιμοι και είναι μετρήσιμοι στο πλαίσιο του προγράμματος βελτίωσης της αναπαραγωγικής υγείας στη χώρα μας, είναι:

- Η μείωση του αριθμού των αμβλώσεων.
- Η αύξηση της χρήσης και η μεγιστοποίηση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες και στα μέσα αντισύλληψης για όλο τον ελλαδικό πληθυσμό.
- Η μεγιστοποίηση του αριθμού του πληθυσμού που έχει γνώση των ζητημάτων οικογενειακού προγραμματισμού.
- Η περαιτέρω μείωση της μητρικής, περιγεννητικής και νεογνικής θνησιμότητας.
- Η μείωση της επίπτωσης και του επιπολασμού του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (μέσω της ορθολογικής χρήσης, σε ευρεία βάση του πληθυσμού, του εμβολίου έναντι στον ιό HPV).
- Η μείωση της οικογενειακής βίας και των κρουσμάτων σεξουαλικής κακοποίησης.
- Η μείωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

4. Οι Αρχές του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

«Όλες οι κυβερνήσεις παγκοσμίως, θα πρέπει να συντονιστούν στην προσπάθεια επίτευξης ενός ικανοποιητικού επιπέδου αναπαραγωγικής υγείας μέχρι το 2015» Διάσκεψη Καΐρου 1994.

Η χώρα μας, πυλώντας ανάπτυξης στην ευρύτερη περιοχή των Βαλκανίων, αλλά και σταθερός παράγοντας προόδου στα «σύνορα» της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όχι μόνο δεσμεύεται, αλλά καλείται και να δραστηριοποιηθεί πάνω σε αυτό το πλαίσιο δράσης.

Ήδη τα τελευταία χρόνια χαράχθηκαν οι βασικές προτεραιότητες δράσης, ώστε να επιτευχθούν αποτελεσματικότερες πολιτικές υγείας και να βελτιωθεί η πρόσβαση στην πληροφόρηση και στις υπηρεσίες υγείας του πληθυσμού. Εντούτοις, ζητήματα που αφορούν στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, όχι μόνο μεταξύ διαφορετικών τμημάτων του πληθυσμού, αλλά και μεταξύ των διαφόρων υπο-ομάδων, συγκροτούν τις συνιστώσες αντιμετώπισης του προβλήματος.

Είναι βέβαιο ότι πέρα από όσα ήδη έχουν επιτευχθεί, η επιτάχυνση και βελτίωση των δράσεων είναι εφικτή, αν οι όποιες προς εφαρμογή προτάσεις κινηθούν πάνω σε πρότυπα σαφούς πολιτικής δέσμευσης και τεχνογνωσίας, ώστε οι διαθέσιμοι πόροι να αξιοποιηθούν στο μέγιστο βαθμό και να επιτύχουμε το βέλτιστο αποτέλεσμα για τους πολίτες και το κοινωνικό σύνολο.

Θεωρώντας ότι η τεχνογνωσία υπάρχει, το ενδιαφέρον πρέπει να επικεντρωθεί, όπως άλλωστε συμβαίνει παγκοσμίως, στο ποιες παρεμβάσεις θα είναι αποτελεσματικές σε σχέση και με το κόστος τους, δηλαδή σε ποιες η σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας θα αποβαίνει θετική σε τέτοιο βαθμό, ώστε να επιτρέπεται η διάθεση πόρων προς αυτή.

Στο σημείο όμως που βρισκόμαστε, όπου και η πολιτική δέσμευση έχει επαναεπιβεβαιωθεί σαφώς, η διάθεση των πόρων προς την πλευρά ανάπτυξης των βασικών υπηρεσιών υγείας, τόσο στο αστικό περιβάλλον, όσο και στην περιφέρεια, θα πρέπει να συσχετισθεί με την αναδόμηση και επαναχάραξή τους, στα πλαίσια προαγωγής των βασικών αρχών αναπαραγωγικής υγείας.

Πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι, πέραν της βελτίωσης της υλικοτεχνικής υποδομής, καίριο ρόλο θα παίξει και η εκπαίδευση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, ώστε να βελτιωθούν όχι μόνο οι ποσοτικοί, αλλά και οι ποιοτικοί δείκτες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας και να καλυφθούν τα κενά που σήμερα υπάρχουν.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στις βασικές αρχές, βάσει των οποίων διαμορφώνονται οι προτεινόμενες δράσεις.

1η Αρχή: Υιοθέτηση αποτελεσματικών παρεμβάσεων με σχέσεις κόστους - οφέλους

Η υιοθέτηση αποτελεσματικών παρεμβάσεων με σχέσεις κόστους - οφέλους, μπορεί να επιτευχθεί με μια πληθώρα παρεμβάσεων, εφαρμοζόμενες σε διεθνές επίπεδο, κατάλληλα τροποποιημένες, όμως στο πλαίσιο της ελληνικής κοινωνικής πραγματικότητας. Τέτοιες παρεμβάσεις θα μπορούσαν να είναι η δημιουργία νέων κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού ή ψυχικής υποστήριξης στην περιφέρεια, η ενσωμάτωση τέτοιων κέντρων σε ήδη υπάρχοντα μεγάλα νοσοκομεία της περιφέρειας, καθώς και η προώθηση συγκεκριμένων ζητημάτων στην τρέχουσα πολιτική ατζέντα με διάφορους τρόπους.

Πρέπει να γίνει μάλιστα αναφορά στο ότι αυτές οι παρεμβάσεις, αν και μπορεί να εφαρμόζονται και σε άλλα ζητήματα Δημόσιας Υγείας, πρέπει να γίνονται λαμβάνοντας πάντα υπ' όψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που έχουν τα θέματα αναπαραγωγικής υγείας και η προώθησή τους.

Προτεινόμενα χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων στην Ελλάδα:

- Εξατομίκευση των παρεμβάσεων ανά περιοχή.
- Συμμετοχή μη-κυβερνητικών οργανώσεων.
- Το προϊόν της ερευνητικής δραστηριότητας πρέπει να βρίσκει εφαρμογή στην καθημερινή πράξη.
- Απαραίτητη η συνεργασία μεταξύ των διάφορων εμπλεκόμενων ομάδων.

Ένα παράδειγμα των παραπάνω είναι ότι δεν μπορεί να θεοπιστεί ένας ενιαίος κανόνας που θα μπορεί να εφαρμοσθεί για κάθε επιμέρους ζήτημα αναπαραγωγικής υγείας ξεχωριστά. Έτσι για παράδειγμα η πρόταση προς υιοθέτηση συγκεκριμένων κανόνων σεξουαλικής συμπεριφοράς πρέπει να τεθεί λαμβάνοντας υπ' όψη επιμέρους γεωγραφικά κριτήρια και χαρακτηριστικά -αλλιώς π.χ. θα δεχθεί τη συμβουλευτική ένας κάτοικος μεγάλου αστικού κέντρου και αλλιώς ένας κάτοικος ενός απομακρυσμένου χωριού της περιφέρειας. Οι παρεμβάσεις δηλαδή πρέπει να προτυποποιηθούν σε τοπικό επίπεδο, όχι μόνο για να μη θίξουν τοπικές παραδόσεις, αλλά για να είναι εν γένει αποτελεσματικές.

Επίσης, στη χώρα μας πρέπει να εφαρμοσθεί μεθοδολογία που θα οδηγεί και στην εκπαίδευση άλλων πολιτών πέρα από τους εργαζομένους σε υπηρεσίες υγείας (ιατρούς - νοσηλεύτες). Αυτή η επέκταση της ενασχόλησης με τα ζητήματα πρόσπισης της αναπαραγωγικής υγείας και άλλου τμήματος του πληθυσμού θα αποτελέσει σημαντικό ευοδωτικό παράγοντα επέκτασης τέτοιων προγραμμάτων και σε τμήματα της χώρας πέραν των αστικών κέντρων, όπου η ενασχόληση και διάθεση ιατρών ή νοσηλευτών σε μόνιμη βάση είναι ίσως μια «πολυτέλεια» που δε θα μπορέσει να γίνει μακροχρόνια ανεκτή στο σημερινό πλαίσιο λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Σημαντικό ρόλο θα διαδραματίσουν και οι μη-κυβερνητικές οργανώσεις, οι οποίες έχουν το κύριο χαρακτηριστικό πλεονέκτημα της δυνατότητας αμεσότερης δράσης σε σχέση με τις διάφορες κρατικές υπηρεσίες. Μάλιστα, οι διάφορες μη-κυβερνητικές οργανώσεις που μπορεί να συσταθούν σκόπιμο είναι να αφορούν περισσότερο σε «εξειδικευμένες» δράσεις -π.χ. ενημέρωση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού στα σχολεία, που σήμερα γίνονται μόνο αποσπασματικά και βασίζονται περισσότερο σε ατομικές ή ομαδικές πρωτοβουλίες και λιγότερο στην ύπαρξη ενός κεντρικά οργανωμένου σχεδίου δράσης. Εξάλλου, είναι σύνηθες το φαινόμενο πολλές φορές και για

άλλα συναφή θέματα, οι διάφορες Μ.Κ.Ο., να «ανοίγουν το δρόμο» για τις κυβερνητικές δράσεις, δρώντας άμεσα και με τέτοιο τρόπο, ώστε αυτές στη συνέχεια να ολοκληρώσουν τις σχετικές δράσεις λαμβάνοντας π.χ. ακόμα και νομοθετικές πρωτοβουλίες.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει η έρευνα στη χώρα μας πάνω στα συγκεκριμένα θέματα να γίνεται όχι μόνο σε ακαδημαϊκό πλαίσιο, αλλά και με όρους κόστους - οφέλους και αποτελεσματικότητας. Θα πρέπει να επιβεβαιώνεται ότι το αποτέλεσμα της ερευνητικής δραστηριότητας θα μπορεί να εφαρμόζεται στον πληθυσμό, ειδικά λαμβάνοντας υπ' όψη ότι οι διαθέσιμοι πόροι δεν είναι ανεξάντλητοι. Ιδιαίτερα στα θέματα πρόσπισης της αναπαραγωγικής υγείας, θα πρέπει οι ερευνητικοί στόχοι να ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες, και τελικά να εφαρμόζονται με κριτήρια τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα για το μεγαλύτερο δυνατό κομμάτι του πληθυσμού.

Στη χώρα μας ιδιαίτερα, θα πρέπει να γίνει πλήρης εκμετάλλευση των υπαρχουσών δομών και υπηρεσιών. Ακόμα και από τις αρχές και προτάσεις του Π.Ο.Υ., φαίνεται ότι οι ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας θα μπορέσουν να αποτελέσουν «σημείο εισόδου» και ενσωμάτωσης νέων δραστηριοτήτων στην κοινωνία. Μάλιστα θα πρέπει να τονιστεί ότι λαμβάνοντας υπ' όψη και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού, δε θα πρέπει να καταφύγουμε σε λύσεις τύπου «όλον ή ουδέν». Σε περιπτώσεις που λόγω γεωγραφικών ή άλλων περιορισμών δεν είναι εφικτή η υιοθέτηση μιας ποικιλίας δράσεων, η εφαρμογή ακόμα και μιας ή δύο παρεμβάσεων μπορεί να είναι αποφασιστικής σημασίας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα όλων αυτών είναι οι δράσεις που αφορούν στα προγράμματα πρόληψης του ιού HIV, δηλ. της παθογενετικής αιτίας του AIDS, τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού με ομιλίες π.χ. σε σχολεία, και τα προγράμματα πρόληψης της μετάδοσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Τα τελευταία χρόνια υπήρξε ευαισθητοποίηση του κοινού πάνω στα θέματα αυτά, αλλά σχεδόν ποτέ δεν υπήρξε συνδυασμένη δράση και συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων σε αντίστοιχα προγράμματα.

Επιπλέον, πρέπει να κάνουμε ακόμα περισσότερο σαφές το ότι τα θέματα αναπαραγωγικής υγείας πρέπει να παραμείνουν στην ατζέντα της πολιτικής και κοινωνικής επικαιρότητας. Αυτό όμως πρέπει να γίνει αποφεύγοντας παρανοήσεις, που ειδικά στα θέματα αναπαραγωγικής υγείας έχουν και ηθικές προεκτάσεις. Πάντα πρέπει να ακολουθούνται αρχές τεκμηρίωσης και πιστοποίησης των υγειονομικών παρεμβάσεων και πρέπει να αποφεύγονται λήψεις πολιτικών αποφάσεων που εναντιώνονται στις αρχές εφαρμογής της τεκμηριωμένης ιατρικής. Οι δράσεις θα λαμβάνονται και πέραν αυτού που καλείται υγειονομικός τομέας, λαμβάνοντας υπ' όψη ότι η τροποποίηση της ατομικής συμπεριφοράς πρέπει να γίνεται σε συνάρτηση με προσαρμογή στα κοινωνικά πλαίσια δράσης.

Η τροποποίηση των συμπεριφορών που αφορούν στον έλεγχο της αύξησης του πληθυσμού στις χώρες που αναφέραμε παραπάνω, αν και μη ωφέλιμη για τη χώρα μας, η οποία μαστιζείται από τη δημογραφική γήρανση, είναι ένα καλό παράδειγμα του πως είναι επιτεύξιμη η συμπεριφορική τροποποίηση μεγάλων ομάδων πληθυσμού. Ένα άλλο παράδειγμα είναι η βελτίωση της κοινωνικής θέσης της γυναίκας, η οποία όταν επιτυγχάνεται επηρεάζει με σαφή τρόπο και την προαγωγή των ζητημάτων αναπαραγωγικής υγείας.

Πάντως, πρέπει να σημειωθεί ότι οι παρεμβάσεις που βασίζονται σε σχέσεις κόστους - οφέλους οφείλουν να παρακολουθούνται σε βάθος χρόνου. Δυστυχώς, στα θέματα αναπαραγωγικής υγείας αυτό δεν είναι εφικτό, όπως αναφέραμε και παραπάνω. Η ανυπαρξία παραμέτρων οικονομικής αξιολόγησης, όπως η μέτρηση DALY's ή QALY's, επιτείνει το πρόβλημα. Η αδιάλειπτη παρακολούθηση των παρεμβάσεων σε τοπικό επίπεδο ίσως θα προσφέρει τη λύση στο πρόβλημα αξιολόγησης των παρεμβάσεων.

2η Αρχή: Ανανέωση της Πολιτικής Δέσμευσης

Σήμερα, περισσότερο από ποτέ, είναι αναγκαία η σαφής χάραξη και οριοθέτηση των πολιτικών στα θέματα αναπαραγωγικής υγείας. Η επένδυση στα θέματα αναπαραγωγικής υγείας έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να ωφελήσει το κοινωνικό σύνολο μακροπρόθεσμα, μειώνοντας μάλιστα το κόστος για θεραπευτικές παρεμβάσεις π.χ. για αμβλώσεις κατόπιν ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Νέοι στόχοι που μπορεί να αποτελέσουν πεδίο αναφοράς στις μέρες μας είναι η περαιτέρω μείωση της μητρικής θνησιμότητας, η οποία θα βασίζεται σε μεθόδους βελτίωσης της προσβασιμότητας σε ποιοτικά υψηλές δομές υγείας μητέρας - παιδιού. Η σχεδόν μηδενική μητρική θνησιμότητα είναι αποτέλεσμα που πρέπει να διαφυλαχθεί με περαιτέρω βελτίωση της υλικοτεχνικής υποδομής μαιευτηρίων και γυναικολογικών κλινικών.

3η Αρχή: Σωστή Αξιοποίηση των Διαθέσιμων Πόρων

Αδιαμφισβήτητη η εκτίμηση του ακριβούς ύψους των πόρων που διατίθενται για την προαγωγή θεμάτων αναπαραγωγικής υγείας είναι δύσκολο να εκτιμηθεί. Αυτό συμβαίνει για δύο κυρίως λόγους.

Κατά πρώτον, η διάθεση των πόρων δε γίνεται για θέματα αναπαραγωγικής υγείας, όπως καθορίζονται από τη διακήρυξη του Καΐρου, αλλά αφορά και σε άλλους στόχους. Δεν είναι ορθό, όμως, να προσμετρώνται τέτοιοι πόροι γιατί οι παρεμβάσεις που γίνονται δεν αφορούν στην αναπαραγωγική υγεία με την αυστηρή ερμηνεία του όρου. Σε συνάρτηση με τα παραπάνω, βρίσκεται και η δεύτερη αιτία, η οποία αφορά στο ότι το κόστος και οι πόροι που διατίθενται για την πρόληψη του AIDS προσμετρώνται στο κόστος προαγωγής της αναπαραγωγικής υγείας, ενώ βάσει των ορισμών του Π.Ο.Υ. δεν έπρεπε να συμβαίνει αυτό.

Από δεδομένα της παγκόσμιας κοινότητας, φαίνεται ότι οι στόχοι του Π.Ο.Υ. επιτυγχάνονται κατά 50%. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν ακριβή δεδομένα, και έτσι η όποια σύγκριση με τα διεθνή πρότυπα δεν είναι εφικτή. Φαίνεται όμως ότι, όπως συμβαίνει διεθνώς, έτσι και στην Ελλάδα, η χρηματοδότηση του αγώνα ενάντια στο AIDS απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των διαθέσιμων πόρων, ενώ η προώθηση των βασικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού υπολείπεται αισθητά αυτού.

Έμφαση πρέπει να δοθεί στην κάλυψη ανισοτήτων μεταξύ τμημάτων του ίδιου πληθυσμού, ώστε να καλύπτονται κενά στον τομέα της ανισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Τα κενά αυτά δεν αφορούν μόνο σε ζητήματα γεωγραφικά, αλλά και σε υποομάδες του πληθυσμού, όπως διακρίνονται π.χ. με κριτήρια σεξουαλικής συμπεριφοράς (π.χ. ανύπαντρες μητέρες, ομοφυλόφιλοι κ.λπ.).

Η εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα μέσω της μορφής χορηγιών προγραμμάτων (Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη) μπορεί να είναι και αυτή αποφασιστικής σημασίας. Ο ιδιωτικός τομέας, με τη μορφή χορηγιών μπορεί να συνεισφέρει, καλύπτοντας κενά υποχρηματοδότησης που μοιραία ανακύπτουν από το δημόσιο τομέα. Μάλιστα, όταν αυτό συμβαίνει υπό την κυβερνητική καθοδήγηση, και δεδομένων συγκριτικών ποιοτικών πλεονεκτημάτων της δράσης του ιδιωτικού τομέα -π.χ. ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων- μπορεί να αποτελέσει καταλύτη στο σκοπό της προαγωγής της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας για όλους.

«Πακέτα» υπηρεσιών αναπαραγωγικής υγείας μπορούν να σχεδιαστούν με προσαρμογή, βάσει αστικού ή αγροτικού χαρακτήρα, επιτυγχάνοντας έτσι μεγαλύτερη εξοικονόμηση πόρων. Πρέπει να τονίζεται η οικονομία που επιτυγχάνεται σε επίπεδο πόρων από την υιοθέτηση προληπτικών μεθόδων και όχι θεραπευτικών μέτρων, κάτι που πάντα πρέπει να αποτελεί στόχο κάθε φορέα προαγωγής της Δημόσιας Υγείας. Τη στιγμή μάλιστα που μόνο 8 χρόνια μένουν για την επίτευξη των στόχων του Π.Ο.Υ. και την εκ νέου οριοθέτηση των ζητημάτων αναπαραγωγικής υγείας, δεν πρέπει να υπάρξει καμία περαιτέρω καθυστέρηση προς αυτή την κατεύθυνση.

Η «σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία για όλους στην Ελλάδα» είναι ένας εφικτός στόχος. Σήμερα εκτός από τα τεχνικά και επιστημονικά μέσα, υπάρχει και η αναγκαία πολιτική βούληση. Με τη συνδρομή όλων, η επίτευξη ενός καλύτερου μέλλοντος για κάθε γυναίκα, οικογένεια και για την Ελλάδα θα είναι εφικτή περισσότερο από ποτέ.

5. Αναμενόμενα Αποτελέσματα από την Εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η αναπαραγωγική υγεία ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας⁴ ως μια κατάσταση φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με την αναπαραγωγική λειτουργία, σε όλα τα στάδια της ζωής. Η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία θα έχει σημαντικά οφέλη, τόσο στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού, όσο και στο άμεσο και έμμεσο οικονομικό και κοινωνικό κόστος των διαφόρων παραμέτρων που σχετίζονται με την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία.

5.1 Βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία

Αν και η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία δεν αφορούν σε μία νόσο, αλλά σε ένα ευρύ πλέγμα ζητημάτων υγείας, αποτελούν ωστόσο έναν πολύ σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Η μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και οι μη ασφαλείς αμβλώσεις, οι μολύνσεις από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, είναι μερικά μόνο από τα ακανθώδη ζητήματα που επηρεάζουν την υγεία.

Στην Ελλάδα, η μητρική θνησιμότητα είναι πολύ χαμηλή, ως αποτέλεσμα του υψηλού επιπέδου μαιευτικής φροντίδας. Η περιγεννητική και η βρεφική θνησιμότητα έχουν σημειώσει μια κατακόρυφη μείωση και έχουν περιορισθεί η μεν περιγεννητική στο 4,1 ανά 1.000 γεννήσεις, ενώ η βρεφική σε 4,02 βρεφικούς θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων (WHO 2008).

Παρ' όλα αυτά όμως, η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση στην Ευρώπη σε ότι αφορά στη συχνότητα των εκτρώσεων. Μολονότι δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για τις εκτρώσεις, ο αριθμός τους στην Ελλάδα, σύμφωνα με διάφορους υπολογισμούς, μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ 100 και 250 χιλιάδων ετησίως, από τις οποίες περίπου το 20 - 25% διενεργούνται σε ανήλικα κορίτσια ηλικίας κάτω των 16 ετών (Μπόντης 2007, Δημητριάδου 2007).

Οι επιπλοκές των εκτρώσεων φαίνεται να αποτελούν μια σημαντική αιτία της παρατηρούμενης υπογονιμότητας στην Ελλάδα. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα 150.000 ζευγάρια δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν, γιατί έχουν στο ιστορικό τους τουλάχιστον μια έκτρωση (Μπόντης 2007). Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης που προωθείται, περιλαμβάνει νομοθετικές πρωτοβουλίες τόσο για τον έλεγχο του αριθμού των αμβλώσεων στην Ελλάδα όσο και για τη σύσταση ενός αυστηρού πλαισίου για την τέλεση ασφαλών αμβλώσεων μόνο όπου και όταν αυτές θα είναι απαραίτητο με κοινωνικοψυχολογικούς όρους.

Εξάλλου, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας των γυναικών παγκοσμίως. Το 70% των περιστατικών φαίνεται να οφείλεται στα στελέχη 16 και 18 του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), ο οποίος μεταδίδεται με τη σεξουαλική πράξη (WHO 2007). Στην Ελλάδα, τα τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι κάθε χρόνο 578 γυναίκες διαγιγνώσκονται με καρκίνο του τραχήλου και 239 πεθαίνουν από αυτή την ασθένεια (WHO 2007), ενώ από το σύνολο του σεξουαλικά ενεργού γυναικείου πληθυσμού της χώρας (4,85 εκατ.) είναι πιθανό να

⁴Βλ. περισσότερα στο: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/.

μολυνθεί κάποια δεδομένη στιγμή της ζωής τους το 3,6%. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δημιουργεί σημαντική επιβάρυνση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών, ενώ είναι μια ασθένεια που μπορεί να προληφθεί. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο περιλαμβάνει δράσεις που προωθούν την έγκαιρη διάγνωση και συνεπώς την καλύτερη θεραπεία διαφόρων τύπων καρκίνων, ενώ αναμένεται να ενισχύσει περισσότερο την ήδη εφαρμοσμένη πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για διάθεση του εμβολίου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας από τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας.

Η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά υπογεννητικότητας στην Ευρώπη (δείκτης αναπαραγωγικότητας 1,28 το 2005) ενώ ο απαραίτητος συντελεστής για την ανανέωση του πληθυσμού είναι τουλάχιστον 2,1 (Ε.Σ.Υ.Ε. 2006). Με το Σχέδιο Δράσης, μελετάται η παροχή κινήτρων στα νέα ζευγάρια για την απόκτηση παιδιών και η δυνατότητα τεκνοποίησης μέσω υποβοηθούμενες αναπαραγωγής που θα παρέχεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Παράλληλα, μελετάται ο σχεδιασμός αυστηρού πλαισίου προδιαγραφών και συνθηκών για την τέλεση των αμβλώσεων, με σκοπό να περιοριστεί ο μεγάλος αριθμός τους αλλά και να περιφρουρηθεί η σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών. Πρόκειται για επενδύσεις που μακροπρόθεσμα αναμένεται να αμβλύνουν σημαντικά το δημογραφικό πρόβλημα της χώρας και να θέσουν τέλος στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες που καθορίζουν σήμερα την απόφαση για απόκτηση οικογένειας.

Επιπρόσθετα, οι δράσεις ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού (ενημερωτική εκστρατεία, αγωγή υγείας κ.λπ.) καθώς και οι δράσεις έρευνας, τεκμηρίωσης και εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού και των εκπαιδευτικών, θα συνεισφέρουν στην κατεύθυνση της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας για την επίτευξη των στόχων του Σχεδίου Δράσης και τη γενικότερη βελτίωση του επιπέδου υγείας και της ποιότητας ζωής των πολιτών.

5.2 Έλεγχος των δαπανών σχετικά με την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία, ορθολογική κατανομή των πόρων και ανάδειξη του προβλήματος σε ζήτημα μείζονος σημασίας για τη Δημόσια Υγεία

Οι δημόσιες δαπάνες για την επίλυση ζητημάτων αναπαραγωγικής υγείας περιλαμβάνουν κυρίως τις δαπάνες περίθαλψης των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, την περίθαλψη των επιπλοκών των εκτρώσεων και τις δαπάνες ορμονικής θεραπείας για την υποβοηθούμενη γονιμοποίηση.

Οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν σχεδόν το σύνολο των δαπανών για τις αμβλώσεις, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για τις ιατρικές υπηρεσίες για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και ένα σημαντικό μέρος των δαπανών περίθαλψης των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων και των επιπλοκών των εκτρώσεων, καθώς και μεγάλο ποσοστό των μαιευτικών δαπανών. Αν και δεν υπάρχουν στοιχεία για το ύψος των δαπανών αυτών, σύμφωνα με αδημοσίευτες εκτιμήσεις ειδικών του χώρου, φαίνεται να κινούνται σε επίπεδο εκατοντάδων εκατομμυρίων ετησίως. Με τις παρεμβάσεις του Σχεδίου Δράσης αναμένεται αφενός η αποδοτικότερη διαχείριση των δημόσιων πόρων και αφετέρου ο περιορισμός της ιδιωτικής επιβάρυνσης. Αναμένεται επίσης, περισσότεροι πολίτες να μπορέσουν να έχουν πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, που θα παρέχονται στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Το Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία προτείνει δράσεις και πολιτικές που απαντούν σε προβλήματα σχετιζόμενα με περισσότερες από μία νόσους. Έτσι, οι δράσεις για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, για παράδειγμα, δεν μπορούν να ιδωθούν αποκομμένες από το Σχέδιο για την αντιμετώπιση του AIDS και των υπόλοιπων Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων ή από το Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο. Με βάση αυτό το σκεπτικό, σχεδιάζεται η ορθολογική χρήση των πόρων του συστήματος υγείας, αποφεύγονται αλληλοεπικαλύψεις και τελικά γίνονται επενδύσεις που μακροπρόθεσμα θα αποφέρουν σημαντικά οφέλη για τον πληθυσμό.

Ένα σημαντικό ζήτημα που σχετίζεται με την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία, είναι ότι για μεγάλη μερίδα του πληθυσμού αρκετά από τα θέματα αυτά αποτελούν ακόμη «θέματα ταμπού». Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι σοβαρά προβλήματα υγείας μπορεί να υποεκτιμώνται ως τέτοια ή να μην οδηγούνται ποτέ σε θεραπεία, ή άλλα ζητήματα, όπως για παράδειγμα η υπογονιμότητα, να μη βγαίνουν ποτέ από το στενό πλαίσιο της οικογένειας. Για πρώτη φορά στη χώρα μας η αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία αντιμετωπίζεται ως ένα μείζον ζήτημα της Δημόσιας Υγείας, προωθούνται δράσεις, προτάσεις και πολιτικές για την ανάδειξη και επίλυσή του.

Συμπερασματικά, η εφαρμογή του Σχεδίου Δράσης αναμένεται να αποφέρει σημαντικότερα οφέλη τόσο στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, στη δυνατότητά του να διεκδικεί το δικαίωμα για μια υγιή σεξουαλική ζωή, ενώ μακροπρόθεσμα οι επενδύσεις που θα γίνουν αναμένεται να έχουν ανταποδοτικά οφέλη για το σύνολο του πληθυσμού, να μειώσουν τα κόστη του συστήματος υγείας και να περιορίσουν σημαντικά τα έμμεσα και κοινωνικά κόστη για τα άτομα που νοσούν και να δώσουν λύση στο μείζονος σημασίας για τη χώρα μας δημογραφικό πρόβλημα.

6. Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

1ος Άξονας: Πολιτικές και Μέτρα

- Δράση 1: Μέτρα για την Προστασία της Αναπαραγωγικής Υγείας.
- Δράση 2: Νομοθετικές Πρωτοβουλίες για την Καθιέρωση Κινήτρων για τη Μείωση της Υπογεννητικότητας.
- Δράση 3: Νομοθετικές Πρωτοβουλίες για τη Διαμόρφωση του Θεσμικού Πλαισίου Λειτουργίας των Κέντρων Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

2ος Άξονας: Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση του Γενικού Πληθυσμού

- Δράση 1: Εθνική Εκστρατεία Ενημέρωσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία.
- Δράση 2: Αγωγή Υγείας στα Σχολεία.
- Δράση 3: Ανάπτυξη Ευέλικτων Ομάδων Ενημέρωσης με Σκοπό την Κάλυψη του Συνόλου της Ελληνικής Επικράτειας.
- Δράση 4: Δημιουργία Ειδικών Μονάδων Ψυχολογικής Υποστήριξης σε Χώρους με «Ειδικό Ενδιαφέρον».
- Δράση 5: Ειδικά Προγράμματα Εκπαίδευσης για Ζητήματα Αναπαραγωγικής Υγείας σε Ειδικά Διαπολιτισμικά Περιβάλλοντα.

3ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση

- Δράση 1: Ανάπτυξη του Εθνικού Κέντρου Έρευνας για την Προαγωγή της Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας.
- Δράση 2: Αξιοποίηση Υπαρχόντων Δικτύων και Ερευνητικών Υποδομών.
- Δράση 3: Εκπαίδευση Εργαζόμενων στις Υπηρεσίες Υγείας που Δραστηριοποιούνται σε Θέματα Προαγωγής της Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας.
- Δράση 4: Εκπαίδευση Στελεχών Πρωτοβάθμιας - Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σε Θέματα Προαγωγής της Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης



Ιος Άξονας: Πολιτικές και Μέτρα

Δράση I: Μέτρα για την Προστασία της Αναπαραγωγικής Υγείας

Περιγραφή

Αναθεώρηση του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου για την προάσπιση της αναπαραγωγικής υγείας και ίδρυση κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού στις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.

Στόχοι

- Επικαιροποίηση της νομοθεσίας για τις αμβλώσεις.
- Θεσμοθέτηση αυστηρών ποινών για κρούσματα οικογενειακής βίας, σωματεμπορίας γυναικών και παιδιών (trafficking), ή άλλων περιστατικών σεξουαλικής εκμετάλλευσης.
- Προσαρμογή και εναρμόνιση στα ευρωπαϊκά και παγκόσμια επιστημονικά δεδομένα και κατευθύνσεις.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Νομοθετικές πρωτοβουλίες για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας, την τέλεση ασφαλών αμβλώσεων -μόνο όπου και όταν θα είναι απαραίτητο με κοινωνικοψυχολογικούς όρους-, την εξασφάλιση των αναγκαίων πόρων για την επίτευξη των παραπάνω δράσεων και της απαραίτητης υλικοτεχνικής υποδομής.
- Σύσταση κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού στα νοσοκομεία και κέντρα υγείας της χώρας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Δικαιοσύνης, Ιατρικές εταιρίες, πανεπιστημιακές σχολές, σύλλογοι μαιών-ευτών, Σύλλογος Επισκεπτών-τριων Υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Διαβούλευση με ειδικούς επιστήμονες και φορείς, καθώς και διαβούλευση μεταξύ των πολιτικών κομμάτων.

2009: Κατάθεση νομοθετικής πράξης στις αρμόδιες επιτροπές της Βουλής.

Δράση 2: Νομοθετικές Πρωτοβουλίες για την Καθιέρωση Κινήτρων για τη Μείωση της Υπογεννητικότητας

Περιγραφή

Αναθεώρηση του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου για την αύξηση των γεννήσεων και τη μείωση της υπογεννητικότητας.

Στόχοι

- Αντιμετώπιση δημογραφικού προβλήματος.
- Αύξηση πληθυσμού.
- Μείωση γήρανσης πληθυσμού.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Σύσταση διυπουργικής επιτροπής παρά τω Πρωθυπουργώ, με σκοπό τη θέσπιση οικονομικών κινήτρων, υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών, με στόχο τη στήριξη της νέας και πολύτεκνης οικογένειας σε μακροπρόθεσμη και βιώσιμη βάση.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Απασχόλησης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, Υπουργείο Ανάπτυξης, Υπουργείο Πολιτισμού, ιατρικές εταιρίες, πανεπιστημιακές σχολές.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Διαβούλευση με ειδικούς επιστήμονες και φορείς, καθώς και διαβούλευση μεταξύ των πολιτικών κομμάτων.

2009: Κατάθεση νομοθετικής πράξης για τη σύσταση διυπουργικής επιτροπής.

Δράση 3: Νομοθετικές Πρωτοβουλίες για τη Διαμόρφωση του Θεσμικού Πλαισίου Λειτουργίας των Κέντρων Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Περιγραφή

Η υποστήριξη της εφαρμογής νεότερων ερευνητικών μεθόδων στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θα συμβάλει στην αύξηση του αριθμού των γεννήσεων και στη βελτίωση του δημογραφικού προβλήματος.

Στόχοι

- Αύξηση του αριθμού των γεννήσεων - Μείωση προβλήματος υπογεννητικότητας.
- Άμβλυση του δημογραφικού προβλήματος.
- Η παροχή δωρεάν εξατομικευμένων συμβουλών και λύσεων σε προβλήματα υπογονιμότητας θα καλύψει ψυχολογικά, αλλά και ουσιαστικά, προβλήματα των νέων ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας.
- Κάλυψη ανισοτήτων στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, μέσω της κάλυψης του κόστους από τα ασφαλιστικά ταμεία στα δημόσια νοσοκομεία.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τις πανεπιστημιακές κλινικές και τις κλινικές του Ε.Σ.Υ., ώστε να θεσπισθούν οι αρχές λειτουργίας των κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Δικαιοσύνης, ιατρικές εταιρίες, πανεπιστημιακές σχολές, δημόσιες και ιδιωτικές κλινικές.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Διαβούλευση με ειδικούς επιστήμονες και φορείς, καθώς και διαβούλευση μεταξύ των πολιτικών κομμάτων.

2009: Κατάθεση νομοθετικής πράξης στις αρμόδιες επιτροπές της Βουλής.

2ος Άξονας: Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση του Γενικού Πληθυσμού

Δράση Ι: Εθνική Εκστρατεία Ενημέρωσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία

Περιγραφή

Θεσμοθέτηση ειδικής ενημερωτικής εκστρατείας στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης με θέμα την προάσπιση της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας.

Στόχοι

- Ενημέρωση μεγάλης μερίδας πληθυσμού λόγω της διεισδυτικότητας των Μ.Μ.Ε.
- Αποτελεσματικότερη χρήση μεθόδων αντισύλληψης.
- Διαμόρφωση πολιτών ευαισθητοποιημένων στην προάσπιση της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας.
- Μείωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Ανάδειξη της σημαντικότητας του μητρικού θηλασμού.
- Συνειδητοποίηση του προβλήματος της υπογεννητικότητας.
- Σωστή χρήση και περιορισμός της άσκοπης χρήσης του εμβολίου του καρκίνου της μήτρας.
- Πρόληψη της σεξουαλικής κακοποίησης.
- Αναζήτηση πρώιμης προγεννητικής και περιγεννητικής φροντίδας.
- Αύξηση της πρακτικής συμπεριφορών που προάγουν την υγεία, όπως οι τακτικοί προληπτικοί έλεγχοι, η αυτοεξέταση του μαστού και των όρχεων και η πρώιμη ανίχνευση ενδεχόμενων προβλημάτων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Καθιέρωση «Εθνικής Ημέρας για την Προάσπιση της Αναπαραγωγικής Υγείας», καθιέρωση λογοτύπων.
- Σχεδιασμός και ανάπτυξη υλικού αγωγής υγείας για τον οικογενειακό προγραμματισμό και της αντισυλληπτικές μεθόδους.
- Σχεδιασμός και ανάπτυξη υλικού αγωγής υγείας για την σημαντικότητα του μητρικού θηλασμού και τα πλεονεκτήματα του φυσιολογικού τοκετού.
- Σχεδιασμός και ανάπτυξη υλικού αγωγής υγείας για την πρόληψη των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Συστηματική εκστρατεία ενημέρωσης - ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού για την έκταση και τις συνέπειες της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μη-κυβερνητικές οργανώσεις, Σύλλογος Μαιών-ευτών, Σύλλογος Επισκεπτών-τριών, ιατρικές εταιρίες, ιδιωτικές εταιρίες στο πλαίσιο προγραμμάτων Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Σχεδιασμός εκστρατείας και χάραξη συγκεκριμένων στόχων αυτής.
2008 - 2010: Έναρξη εκστρατείας, αξιολόγηση αποτελεσμάτων αυτής.

Δράση 2: Αγωγή Υγείας στα Σχολεία

Περιγραφή

Η εξέλιξη του προγράμματος ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «Η Ζωή Έχει Χρώμα» σε σταθερό πρόγραμμα αγωγής υγείας για όλα τα σχολεία της χώρας και για όλες τις θεματικές ενότητες που αφορούν στην προάσπιση της υγείας των παιδιών και των νέων. Μια από τις θεματικές ενότητες του προγράμματος αφορά στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Στόχοι

- Η θεμελίωση για πρώτη φορά στην υγειονομική ιστορία της χώρας σταθερού προγράμματος αγωγής υγείας στα σχολεία της χώρας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.
- Η ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων που επιδρούν στη συμπεριφορά των ανθρώπων και κυρίως των νέων, όσον αφορά στην υγεία.
- Η προαγωγή της ατομικής, οικογενειακής και κοινοτικής ευθύνης για την υγεία.
- Η προώθηση υγιών στάσεων και θετικών συμπεριφορών.
- Ο εφοδιασμός όλων των μαθητών με τις απαραίτητες δεξιότητες και γνώσεις σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Παραγωγή στοχευμένου εκπαιδευτικού υλικού (εγχειρίδια και ψηφιακό υλικό) για τους μαθητές και τους καθηγητές της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στο πλαίσιο υλοποίησης του εκπαιδευτικού προγράμματος «Η Ζωή Έχει Χρώμα».
- Κατάρτιση κοινού σχεδίου δράσης με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων για την ένταξη του προγράμματος αγωγής υγείας στον μαθησιακό κορμό των σχολείων.
- Συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής δράσεων/ προγραμμάτων αγωγής υγείας, με δυνατότητα αναπροσαρμογή τους όταν κρίνεται αναγκαίο.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός και υλοποίηση.
2008 - 2012: Συστηματική εφαρμογή στα σχολεία.

Δράση 3: Ανάπτυξη Ευέλικτων Ομάδων Ενημέρωσης με Σκοπό την Κάλυψη του Συνόλου της Ελληνικής Επικράτειας σε Θέματα Ενημέρωσης

Περιγραφή

Θεσμοθέτηση ειδικών διεπιστημονικών ομάδων ενημέρωσης αποτελούμενων από ιατρούς, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους, επισκέπτες υγείας, μαιευτές - μαιείς, ώστε να είναι εφικτή η ενημέρωση ακόμα και σε περιοχές και χώρους όπου δεν θα είναι επιτεύξιμη η σε μόνιμη βάση παρουσία ειδικών.

Στόχοι

- Άμεση ενημέρωση ομάδων πληθυσμού που έχουν δυσκολία στην πρόσβαση σε προγράμματα και υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας (π.χ. κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών).
- Κάλυψη κενών από τη λειτουργία των μόνιμων Δομών Υποστήριξης.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Δημιουργία κινητών μονάδων ενημέρωσης με όλα τα κατάλληλα εποπτικά μέσα, ώστε να είναι εφικτή η συνεργασία με περιφερειακά νοσοκομεία και ανά τόπους επιστήμονες που θα μπορέσουν να καλύψουν τα όποια κενά δημιουργούνται από τη δημιουργία των μόνιμων υποδομών.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μ.Κ.Ο., πανεπιστημιακές σχολές (Ιατρική - Νοσηλευτική - Κοινωνιολογία), ιατρικές εταιρίες.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Καταγραφή στόχων δράσης, καταγραφή ειδικών από τους οποίους θα αποτελείται η κάθε ομάδα.

2008 - 2009: Έναρξη δράσης και αξιολόγηση αποτελεσμάτων αυτής.

Δράση 4: Δημιουργία Ειδικών Μονάδων Ψυχολογικής Υποστήριξης σε Χώρους με «Ειδικό Ενδιαφέρον»

Περιγραφή

Η δημιουργία μονάδων ψυχολογικής υποστήριξης έχει υψηλή σημασία σε χώρους που σημειώνονται κρούσματα ενδοοικογενειακής βίας ή σε χώρους στους οποίους απαιτούνται ειδικές παρεμβάσεις (μετανάστες, μονογονεϊκές οικογένειες κ.λπ.).

Στόχοι

- Ενημέρωση ειδικών ομάδων πληθυσμού (π.χ. μετανάστες, μονογονεϊκές οικογένειες).
- Ψυχολογική κάλυψη ευαίσθητων ομάδων πληθυσμού.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Συνεργασία των φορέων προαγωγής της αναπαραγωγικής υγείας με τους κατά τόπους υπεύθυνους της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η συνεργασία αυτή θα μπορεί να επιτευχθεί μέσω αμφίδρομης ενημέρωσης, ώστε αφενός να κινητοποιούνται μονάδες και πόροι όπου εγνωσμένα, υπάρχει πρόβλημα, αφετέρου να υπάρχει κεντρικός έλεγχος και αντιμετώπιση των ζητημάτων.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μ.Κ.Ο., φορείς Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Καταγραφή και συγκεκριμενοποίηση των «ειδικών ομάδων», των ειδικών από τους οποίους θα αποτελούνται οι ομάδες.

2009 - 2011: Έναρξη δράσης.

Δράση 5: Ειδικά Προγράμματα Εκπαίδευσης για Ζητήματα Αναπαραγωγικής Υγείας σε Ειδικά Διαπολιτισμικά Περιβάλλοντα

Περιγραφή

Ανάπτυξη ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για θέματα αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας, μέσω στοχευμένων ενεργειών που θα απευθύνονται σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, όπως Έλληνες Μουσουλμάνοι, Ρομά και άλλοι πληθυσμοί.

Στόχοι

- Παροχή συμβουλευτικής σε ομάδες ειδικού ενδιαφέροντος.
- Αναγνώριση των εξειδικευμένων προβλημάτων με στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους.
- Παροχή εξατομικευμένων συμβουλών και λύσεων σε συγκεκριμένα προβλήματα ειδικών ομάδων ανά τοπική κοινωνία.
- Κάλυψη ανισοτήτων στην πρόσβαση ειδικών ομάδων του πληθυσμού στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας.
- Βελτίωση επιπέδου της υγείας -αναπαραγωγικής, αλλά και συνολικής- ευαίσθητων και ιδιαίτερων πληθυσμιακών υποομάδων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Συνεργασία των ανά περίπτωση επιστημονικά υπευθύνων με ειδικούς επιστήμονες, οι οποίοι θα βοηθούν στην καταγραφή των ειδικών πολιτισμικών χαρακτηριστικών κάθε ομάδας του πληθυσμού, στην οποία και θα εφαρμόζεται αντίστοιχο εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γενική Γραμματεία Έρευνας, επιστημονικοί σύλλογοι (π.χ. Π.Ι.Σ. - Δ.Σ.Α.), Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι., Μ.Κ.Ο.

Χρονοδιάγραμμα

2008: Σχεδιασμός εκπαιδευτικού προγράμματος.

2009: Εφαρμογή του σε μικρό μέρος πληθυσμού.

2012: Εφαρμογή του σε ολόένα και μεγαλύτερο αριθμό ατόμων.

3ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση

Δράση Ι: Ανάπτυξη του Εθνικού Κέντρου Έρευνας για την Προαγωγή της Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας

Περιγραφή

Ίδρυση Εθνικού Κέντρου Έρευνας Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας για το συντονισμό και την εφαρμογή των νεότερων μεθόδων πιστοποίησης και αντιμετώπισης ζητημάτων που σχετίζονται με τα θέματα αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας.

Στόχοι

- Συστηματοποίηση της καταγραφής και αξιοποίησης των νεότερων ερευνητικών δεδομένων.
- Προσαρμογή των διεθνών παραγόμενων ερευνητικών αποτελεσμάτων στον ελληνικό χώρο.
- Εξοικονόμηση πόρων λόγω της κεντρικής διαχείρισης και του συντονισμού.
- Ανάπτυξη μητρώου παρακολούθησης της ενδοοικογενειακής βίας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ανάπτυξη συνεργατικών δράσεων στον τομέα της έρευνας, τόσο στον ελλαδικό χώρο, όσο και σε διεθνές επίπεδο. Η διεπιστημονική συνεργασία μπορεί να αφορά σε κλάδους των επιστημών, όπως στην Ιατρική, στην Κοινωνιολογία και σε άλλους κλάδους ανθρωπιστικών επιστημών.
- Πιλοτική ανάπτυξη μητρώου ενδοοικογενειακής βίας σε 2 νοσοκομεία της χώρας.
- Επέκταση της εφαρμογής του μητρώου ενδοοικογενειακής βίας σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας.
- Δισυσύνδεση των ερευνητικών δεδομένων με την πληροφοριακή - γεωγραφική βάση του Υγειονομικού Χάρτη.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, πανεπιστημιακές κλινικές Μαιευτικής - Γυναικολογίας, Επιδημιολογίας, νοσοκομεία, Υγειονομικές Περιφέρειες.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Θεμελίωση του Εθνικού Κέντρου - Απαραίτητες νομοθετικές πράξεις.

2009: Συντονισμός και σχεδιασμός των δράσεων του Εθνικού Κέντρου.

2008 - 2009: Πιλοτική εφαρμογή του μητρώου ενδοοικογενειακής βίας.

2010 - 2012: Επέκταση της εφαρμογής του μητρώου ενδοοικογενειακής βίας.

Δράση 2: Αξιοποίηση Υπαρχόντων Δικτύων και Ερευνητικών Υποδομών

Περιγραφή

Αξιοποίηση υφιστάμενων βάσεων δεδομένων και ερευνητικών υποδομών των κέντρων προαγωγής της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας.

Στόχοι

- Μείωση απώλειας κονδυλίων.
- Μείωση χρονικών διαστημάτων μεταξύ έρευνας και εφαρμογής της σε ευρεία πληθυσμιακή βάση.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Επαφές με υπευθύνους αντίστοιχων ερευνητικών κέντρων και διεπιστημονική συνεργασία με τα κατά τόπους αντίστοιχα τμήματα πανεπιστημιακών σχολών.
- Διασύνδεση των ερευνητικών δεδομένων με την πληροφοριακή - γεωγραφική βάση του Υγειονομικού Χάρτη.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Μ.Κ.Ο., επιστημονικοί σύλλογοι.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2010: Καταγραφή των υφιστάμενων υποδομών - Απαραίτητες νομοθετικές ρυθμίσεις όπου είναι απαραίτητο.

2010 - 2012: Παραγωγή ερευνητικών αποτελεσμάτων με μετρήσιμες θετικές επιδράσεις (π.χ. μείωση αριθμού αμβλώσεων, αύξηση χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων κ.λπ.).

Δράση 3: Εκπαίδευση Εργαζόμενων στις Υπηρεσίες Υγείας που Δραστηριοποιούνται σε Θέματα Προαγωγής της Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας

Περιγραφή

Δημιουργία προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους εργαζόμενους στις υπηρεσίες υγείας, σε θέματα σχετικά με την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία.

Στόχοι

- Προσήλωση στις αρχές προαγωγής της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας.
- Κάλυψη γνωσιακών κενών.
- Ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας στα θέματα αναπαραγωγικής υγείας.
- Πολλαπλασιασμός των ωφελειών, αφού στα συγκεκριμένα ζητήματα οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας αποτελούν opinion leaders.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ο σχεδιασμός του προγράμματος με θεματικές ενότητες σεξουαλική υγεία, ενδοοικογενειακή βία.
- Ανάπτυξη εγχειριδίων έγκαιρη διάγνωσης ενδοοικογενειακής βίας, το οποίο θα απευθύνεται προς τους επαγγελματίες υγείας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

2009 - 2012: Σταδιακή εφαρμογή.

Δράση 4: Εκπαίδευση Στελεχών Πρωτοβάθμιας - Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σε Θέματα Προαγωγής της Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας

Περιγραφή

Εκπαίδευση στελεχών της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στις μεθόδους και τεχνικές αγωγής υγείας, με σκοπό την απόκτηση δεξιοτήτων διδασκαλίας θεμάτων αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας.

Στόχοι

- Η βελτίωση της γνωστικής και επιστημονικής υποδομής των δασκάλων και καθηγητών που εμπλέκονται στην υλοποίηση των δράσεων και ενεργειών για την αναπαραγωγική υγεία στους νέους.
- Η διάχυση της γνώσης σε όλο το δίκτυο των προγραμμάτων και δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία.
- Η βελτίωση των δεξιοτήτων και της εκτελεστικής ικανότητας των στελεχών που εμπλέκονται στις δράσεις αγωγής υγείας και πρόληψης.
- Η βελτίωση της ποιότητας των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων αγωγής υγείας.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Τα εκπαιδευτικά ιδρύματα της χώρας, σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, εκπονούν κατάλληλο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, προσαρμοσμένο στις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες του στελεχειακού δυναμικού της εκπαίδευσης που ασχολείται με την αγωγή υγείας.
- Οργανώνονται ετήσια προγράμματα θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης σε συγκεκριμένες μεθόδους αγωγής υγείας, για τα στελέχη της εκπαίδευσης.
- Αναπτύσσονται ειδικά προγράμματα για τα στελέχη της εκπαίδευσης που εργάζονται με κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες ή σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού με υψηλό ποσοστό «επικίνδυνων» συμπεριφορών (άγνοια οικογενειακού προγραμματισμού, υψηλό ποσοστό εφηβικών κυήσεων, κ.ά.).

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικό Επιστημονικό Δίκτυο Αγωγής Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

2009: Υλοποίηση πρώτου εκπαιδευτικού προγράμματος.

Ετησίως: Αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Διαδικασία Υλοποίησης - Χρηματοδότηση



I. Διαδικασία Υλοποίησης

I.1 Εθνική Επιτροπή Συντονισμού του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Βασική αρχή επιτυχίας του Σχεδίου είναι η ιεράρχηση, ο συντονισμός, η αξιολόγηση των δράσεων και η ανατροφοδότησή τους, όταν και όπου θα κρίνεται αναγκαίο.

Η Εθνική Επιτροπή Συντονισμού θα διαθέτει μια μόνιμη Γραμματεία και μια Επιτροπή αποτελούμενη από μέλη όλων των εμπλεκόμενων φορέων.

Η θητεία της Επιτροπής θα είναι όση και η διάρκεια του Σχεδίου Δράσης, ώστε τα μέλη να μην υφίστανται πολιτικές μεταβολές και πιέσεις.

Οι αρμοδιότητες της Εθνικής Επιτροπής Συντονισμού θα είναι:

- Η διασφάλιση της διατομεακής συνεργασίας και η προώθηση της κοινής δράσης, της αλληλοβοήθειας και της συνεργασίας των φορέων.
- Η εξασφάλιση της διεθνούς συνεργασίας, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των διεθνών οργανισμών.
- Η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων, μέσω του συντονισμού σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.
- Η εξασφάλιση της επικουρικότητας και συμπληρωματικότητας των δράσεων, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

I.2 Πολιτική Εποπτεία - Συντονισμός

Η Επιτροπή θα υφίσταται τον απευθείας έλεγχο και θα λογοδοτεί στο Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας και στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

I.3 Σύστημα Ελέγχου και Αξιολόγησης

Η υλοποίηση του Σχεδίου θα ακολουθείται από παράλληλη διαδικασία ελέγχου, ώστε να επανακαθορίζονται κάθε στιγμή οι επιμέρους λεπτομέρειες των δράσεων και της εμπλοκής των ανά περίπτωση υπεύθυνων φορέων.

Η διαδικασία αυτή θα μπορεί να περιλαμβάνει μια διαδικασία δημόσιας διαβούλευσης και λογοδοσίας για την πορεία του Σχεδίου και των παραγόμενων ποιοτικών και ποσοτικών αποτελεσμάτων του. Για την υλοποίηση των δράσεων που περιγράφονται, πρέπει να τονιστεί ότι υπεύθυνο θα είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η διαβούλευση με τους κατάλληλους φορείς, η εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων και αξόνων δράσεων, καθώς και οι απαραίτητες νομοθετικές πρωτοβουλίες μπορούν να ξεκινήσουν άμεσα. Πρέπει να τονιστεί ότι είναι αναγκαία η ύπαρξη μιας Συντονιστικής Αρχής που θα υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο αποτέλεσμα και η προσφορότερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα διαρκούς ανατροφοδότησης των δράσεων, διορθώσεων και αλλαγών όπου θα κρίνεται αναγκαίο, χωρίς όμως να διαφεύγει από τις βασικές αρχές προάσπισης της αναπαραγωγικής υγείας.

Οι δείκτες ελέγχου και αξιολόγησης που είναι συνδεδεμένοι με τη διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης της πορείας υλοποίησης του σχεδίου ενδεικτικά είναι:

- Αριθμός των αμβλώσεων.
- Επίπτωση χλαμυδιακής λοίμωξης.
- Αναφερόμενη χρήση προφυλακτικού σε σχέσεις «υψηλού κινδύνου».
- Μέση ηλικία έναρξης σεξουαλικών επαφών.
- Αριθμός χρηστών αντισυλληπτικών χαπιών.
- Δείκτες περιγεννητικής θνησιμότητας.
- Ολικό επίπεδο γονιμότητας.

2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση

Ο συνολικός προϋπολογισμός των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία ανέρχεται σε **20.578.324 Ευρώ**. Ειδικότερα ο προϋπολογισμός κάθε άξονα του Σχεδίου Δράσης παρουσιάζεται στον Πίνακα 7, ενώ στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται η κατανομή του προϋπολογισμού του Εθνικού Σχεδίου Δράσης σε βάθος πενταετίας.

Ο αναγνώστης μπορεί να αναζητήσει αναλυτική οικονομοτεχνική μελέτη, στην οποία παρουσιάζεται η κοστολόγηση ανά δράση και πηγή χρηματοδότησης, στην ιστοσελίδα του Υγειονομικού Χάρτη www.ygeianet.gov.gr.

Πίνακας 7: Συνολικός προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά άξονα.

A/A	ΑΞΟΝΕΣ	ΤΙΤΛΟΣ ΑΞΟΝΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ €
1	ΑΞΟΝΑΣ I	Πολιτικές και Μέτρα	11.542.740
2	ΑΞΟΝΑΣ II	Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση του Γενικού Πληθυσμού	4.710.000
3	ΑΞΟΝΑΣ III	Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση	4.325.584
		ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ:	20.578.324

Πίνακας 8: Προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για κάθε έτος εφαρμογής.

ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟ ΣΕ €
2009	5.447.000
2010	5.269.760
2011	4.852.943
2012	5.008.621
ΣΥΝΟΛΟ	20.578.324

Επίσης στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι πηγές χρηματοδότησης των προβλεπόμενων δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία, ενώ στον Πίνακα 10 εμφανίζεται η ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους ανά πηγή χρηματοδότησης.

Πίνακας 9: Πηγές χρηματοδότησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ		
ΑΞΟΝΕΣ	ΤΙΜΕΣ ΣΕ €	
	Ε.Σ.Π.Α.	ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ
I. Πολιτικές και Μέτρα	1.000.000	10.542.740
II. Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση του Γενικού Πληθυσμού	4.310.000	400.000
III. Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση	3.118.000	1.207.584
ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	8.428.000	12.150.324
ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΑΝΑ ΠΗΓΗ:	40,96%	59,04%

Πίνακας 10: Ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους σε Ευρώ ανά πηγή χρηματοδότησης.

ΠΗΓΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	2009	2010	2011	2012	ΣΥΝΟΛΟ
Ε.Σ.Π.Α.	2.633.000	2.375.000	1.875.000	1.945.000	8.828.000
ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ	2.814.000	2.894.760	2.977.943	3.063.621	11.750.324
ΣΥΝΟΛΟ	5.447.000	5.269.760	4.852.943	5.008.621	20.578.324

Βιβλιογραφία

- Alan Guttmacher Institute. (1998) **Sharing responsibility: women, society and abortion.** New York.
- Campbell, J.C. (2002) **Health consequences of intimate partner violence.** Lancet; 359, pp. 1331-36.
- Cleland, J., Sinding, S. (2005) **What would Malthus say about AIDS in Africa?** Lancet; 366, pp. 1899-1901.
- De Sanjose, S., Diaz, M., Castellsague, X., Vimbart, X., Tous, S., Frayle, H. & Bosch, F.X. (2005) **World-wide cervical prevalence among without invasive cervical cancer: a review of the literature 1995-2005.** 22nd International Papillomavirus Conference, Vancouver, Canada.
- Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander-Hoorn, S. & Murray, C.J. and the comparative risk assessment collaborating group. (2002) **Selected major risk factors and global and regional burden of disease.** Lancet; 360, pp. 1347-1360.
- Fleming, D.T., McQuillan, G.M., Johnson, R.E., Nahmias, A.J., Aral, S.O. & Lee, F.K. (1997) **Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976-1994.** N Engl J Med 1997; 337, pp. 1105-11.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Elfsberg, M., Heise, L. & Watts, C. (2005) **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.** Geneva: World Health Organization.
- Garnett, G.P. & Bowden, F.J. (2000) **Epidemiology and control of curable sexually transmitted diseases: opportunities and problems.** Sex Transm Dis 2000; 27, pp. 588-99.
- Gerbase, A.C., Rowley, J.T., Heymann, D.H.L., Berkley, S.F.B. & Plot, P. (1998) **Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs.** Sex Trans Infect 1998; 74 (suppl.1), pp. 12-16.



- Greene, M.E. & Merrick, T. (2005) **Poverty reduction: does reproductive health matter?** HNP Discussion paper: Washington DC: The World Bank.
- Holmes, M., Resnick, S.H., Kilpatrick, D.G. & Best, C.L. (1996) **Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women.** Am J Obstet Gynecol 1996; 175, pp. 320-4.
- Lawn, J.E., Cousens, S. Zupan, J., (2005) For the Lancet Neonatal Survival Steering Team. **4 million neonatal deaths: When? Where? Why?** Lancet 2005; 365, pp. 891-900.
- Mathers, C.D. & Loncar, D. (2005) **Updated projections of global mortality and disease: 2002-2030.** Data sources, methods and results. Geneva: WHO, Evidence and Information for policy working paper.
- Over, M. & Piot, P. (1993) **HIV infection and sexually transmitted diseases. Disease Control Priorities Project 1993 edition.** Washington DC: World Bank, 1993.
- Population reference bureau. (2005) **World population data sheet.** Washington DC: Population reference Bureau.
- Reprostat. (2003) **Reproductive health Indicators in the European Union.** Final Technical Report.
- Ross, J.A. & Winfrey, W.L. (2002) **Unmet need for contraception in the developing world and the former soviet Union: an updated estimate.** Int Fam Plan Perspect 2002; 28, pp. 138-43.
- Rutstein, S.O. & Shah, I.H. (2004) **Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries.** DHS Comparative reports No 9. Calverton, MD: ORC Macro and Geneva: World Health Organization.

- Smith, J.S. & Robinson, N.J. (2005) **Age-specific prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries.** Sex Transm Infect 2005; 81, pp. 294-302.
- UN (United Nations) (1979) **Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.**
- UN (1995) **Report of the International Conference on Population and Development.** Cairo, 5-13 September 1994. New York: United Nations, 1995: Sales No.95. XIII.18.
- UN (1999) **Key actions for the further implementation of the programme of action of the International conference on Population and Development.** New York: United Nations, 1999:A/S -21/5 Add.1.
- UN (2005) **World summit outcome.** New York: United Nations, 2005:A/RES/60/1.
- UN (2006) **Public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the Millennium Development Goals.** New York: United Nations Development Programme.
- UNFPA (United Nations Population Fund) (2005) **State of the world Population 2005.** New York: United Nations Population Fund.
- UNAIDS (United Nations - The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2005) **AIDS epidemic update 2005.** Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization.
- Wellesley Centres for Research. (1999) **Unsafe schools: a literature review of school-related gender-based violence in developing countries.** United States Agency for international development gender integration task order. Contract number: gew-i-00-02-00018-00.
- WHO (World Health Organisation) (2000) **Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA.** Geneva, World Health Organization.
- WHO (2001) **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates.** Geneva, World Health Organization.
- WHO (2004) **Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000.** Fourth edition. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005) **The World Health Report 2005-Make every mother and child count.** Geneva: World Health Organization.
- WHO (2006) **The WHO Reproductive Health.** Library No.9, Oxford Update Software.
- WHO (2008) **Health for all database.** 2008.
- WHO (2007) **Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre).** Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Greece. (Internet), Switzerland. Available at www.who.int/hpvcentre.

- WHO (2007) **Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre),** Human Papillomavirus and Cervical Cancer Summary Report for GREECE.
- Ε.Σ.Υ.Ε. (2006) **Οικογενειακοί προϋπολογισμοί 2004/2005.** Αθήνα.
- Ε.Σ.Υ.Ε. (2006) **Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής.** Αθήνα (ετήσιο).
- Δημητριάδου, Μ. (2007) **Πόσες τελικά εκτρώσεις γίνονται στην Ελλάδα;** Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού. (Internet), Ελλάδα. Available at <http://www.unborn.gr/unborn/unborn/index.php?aid=178>.
- Μπόντης, Ι. (2007) **Εισήγηση στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρίας Γονιμότητας και Στεριρότητας.** Θεσσαλονίκη.





ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Αθήνα 2008

www.ygeianet.gov.gr