

Bioethica

Vol 2, No 2 (2016)

Bioethica



Contraception and sterilisation of patients with severe psychiatric disorders

Σοφία Μουμτζή (Sofia Moutzi)

doi: [10.12681/bioeth.19781](https://doi.org/10.12681/bioeth.19781)

To cite this article:

Μουμτζή (Sofia Moutzi) Σ. (2016). Contraception and sterilisation of patients with severe psychiatric disorders. *Bioethica*, 2(2), 51–67. <https://doi.org/10.12681/bioeth.19781>

Αντισύλληψη και στείρωση σε ασθενείς με σοβαρή ψυχιατρική νόσο;

Σοφία Μουμτζή

Μοριακή Βιολόγος, PhD



moumtzi@otenet.gr

Περίληψη

Ο αριθμός των ατόμων που παρουσιάζουν ψυχιατρικά προβλήματα αυξάνεται διαρκώς κυρίως ως αποτέλεσμα της ανθρωπιστικής κρίσης και του κοινωνικού αποκλεισμού. Η έξαρση των ψυχικών παθήσεων έχει σημαντικές επιπτώσεις και στην ικανότητα/δικαίωμα στην αναπαραγωγή και συνεπώς στην σωστή ανατροφή των παιδιών που θα έρθουν στην ζωή ώστε να εξασφαλισθεί η ομαλή κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη. Το μεγάλο ηθικό δίλημμα που τίθεται είναι αν στα άτομα που φέρουν σοβαρά ψυχιατρικά νοσήματα πρέπει ή δεν πρέπει να εφαρμόζονται μέθοδοι αντισύλληψης ή/και στείρωσης.

Άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή δεν έχουν την ικανότητα συνήθως να κατανοήσουν ή και να συναινέσουν τόσο σε θέματα θεραπείας όσο και ικανότητας αναπαραγωγής γιατί χάνουν την επαφή με την πραγματικότητα ή βιώνουν παραισθήσεις ή δυσκολεύεται η αυτοσυντήρησή τους. Η αρχή της ενήμερης συγκατάθεσης απαιτεί ο ιατρός να σιγουρευτεί ότι ο ασθενής έχει καταλάβει τους κινδύνους και τα οφέλη των διαφόρων μεθόδων αντισύλληψης ενώ για την στείρωση ο ιατρός πρέπει να σιγουρέψει ότι ο ασθενής έχει επίγνωση ότι δεν είναι αναστρέψιμη η μέθοδος. Η αντισύλληψη είναι μια πιο ήπια μορφή γενετικού ελέγχου σχετικά με την στείρωση με εξαίρεση μεθόδους αντισύλληψης όπως η άμβλωση και το χάπι της 'επόμενης ημέρας' που διακόπτουν μία υπάρχουσα κύηση (φόνος;) ή την πιθανότητα αυτής αντίστοιχα. Άρα η στείρωση μπορεί να είναι μια σκληρή μέθοδος πρόληψης σύλληψης αλλά δεν είναι φόνος.

Όταν ο ασθενής δε διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση της ιατρικής πράξης δίδεται από το δικαστικό συμπαραστάτη ή από τους οικείους του ασθενή ενώ όσον αφορά στην κατεπείγουσα περίπτωση όπου συντρέχει άμεση ανάγκη για ιατρική παρέμβαση, τότε εφόσον ο ψυχικά ασθενής δεν έχει τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είναι εμφανές πως δεν έχει ικανότητα να συναινέσει, ο ιατρός μπορεί να τελέσει την ιατρική πράξη χωρίς να ενημερώσει ούτε να λάβει τη συναίνεση από τους οικείους του. Η πιθανότητα να βρεθεί ένα πρόσωπο σε κατάσταση ανικανότητας συναίνεσης οδηγεί συχνά στην διατύπωση επιθυμιών σχετικών με την μεταχείρισή του σε άυλο προγενέστερο χρόνο. Οι επιθυμίες αυτές πρέπει να γνωστοποιούνται στους οικείους του ασθενή ακόμα και αν οι τελευταίοι εκδηλώσουν διαφωνία, ο ιατρός δεν δικαιολογείται να παρακάμψει εντελώς τις επιθυμίες του ασθενή. Η αρχή της αυτονομίας του ασθενή όμως μπορεί να έρθει σε σύγκρουση με την αρχή της ωφέλειας που θέλει να τηρήσει ο ιατρός. Τι γίνεται τότε; Ηθικές απαντήσεις κυμαίνονται από το να αφήσεις τον ασθενή να συνεχίσει την επικινδυνότητα της κύησης από τον σεβασμό για αυτονομία μέχρι την επιβολή στον ασθενή να εφαρμόσει μία μέθοδο αντισύλληψης. Η απόφαση που θα παρθεί πρέπει να έχει γνώμονα την ποιότητα ζωής του ψυχικά ασθενή και κατ' επέκταση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το συμφέρον του παιδιού ή των παιδιών που θα έρθουν στην ζωή. Η συχνά παρατηρούμενη παραμέληση έως και κακοποίηση παιδιών από γονείς που πάσχουν από σοβαρή ψυχιατρική νόσο έχει ως συνέπεια ότι πολλοί τέτοιοι γονείς θα χάσουν τα παιδιά τους ύστερα από επέμβαση αρμοδίων φορέων της Πολιτείας και δικαστικών αποφάσεων. Έτσι μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται αφορούν στην προστασία των παιδιών από ακατάλληλο περιβάλλον ανάπτυξης και προστασία των ίδιων των σοβαρά ψυχιατρικά ασθενών από τα βάρη της πατρότητας ή της μητρότητας, ενώ παράλληλα πρέπει να αποφευχθεί η παραβίαση της αυτονομίας, της ισοτιμίας των σοβαρά νοσούντων, η καλλιέργεια της διάκρισης των πολιτών σε υγιείς με δικαιώματα και σοβαρά ασθενείς χωρίς δικαιώματα και η δημιουργία αρνητικού προηγούμενου



και για άλλης μορφής επεμβάσεις σε άλλους τομείς της προσωπικής ζωής ιδίως ανθρώπων που αδυνατούν να υπερασπίσουν τα δικαιώματά τους.

Όλα αυτά μπορούν να επιτευχθούν τόσο με την σωστή, ακριβή και ειλικρινή ενημέρωση όσο και με την δημιουργία κατάλληλων υποδομών για πρόληψη και θεραπεία μέσω εφαρμογής στοχευμένων προγραμμάτων, αύξησης κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού και κονδυλίων, συνεχούς εκπαίδευσης και πληροφόρησης των εμπλεκόμενων μερών και δημιουργίας ανεξάρτητων επιτροπών Δεοντολογίας και Βιοηθικής που θα εποπτεύουν ένα ή περισσότερα νοσοκομεία ή δομές και θα συμβάλλουν στον έλεγχο και σε γνωμοδοτήσεις για την δημιουργία ενός αξιόπιστου και ακριβοδίκαιου συστήματος και σε ό,τι αφορά στον τομέα της ψυχικής υγείας και αναπαραγωγής. Δεν είναι ατομικό δικαίωμα η αναπαραγωγή. Για αυτό η νομοθεσία καλό θα ήταν να επιτρέπει την εφαρμογή μεθόδων γενετικού ελέγχου σε σοβαρά ψυχικά νοσούντες λαμβάνοντας υπόψη τα δικαιώματα τόσο των ψυχιατρικά ασθενών αλλά πρωτίστως των παιδιών που φέρνουν στην ζωή γονείς με ψυχική διαταραχή.

Contraception and sterilisation of patients with severe psychiatric disorders

Sofia Mouttzi

Molecular Biologist, PhD

Abstract

The number of individuals that suffer from psychiatric diseases rises exponentially as a result of the humanitarian crisis and social exclusion. The increase in the incidence of psychiatric disorders has serious consequences in the ability/right to reproduce and to proper child rearing in order to assure the children's normal social and professional inclusion. So the big ethical dilemma is if we should or if we should not apply contraception or sterilisation upon individuals that carry severe psychiatric disorders. Contraception is a mild method of birth control in comparison to sterilisation with exception to abortion (termination of gestation) and to the 24 hours pill action (prevention of possible gestation). Thus, sterilisation can be a rough method of preventing conception but it is not a murder. Under the principle of the informed consent the doctor must be certain that the patient is aware of the disadvantages and the advantages of contraception's different methods, whereas as sterilisation procedure concerns the doctor must be certain that the patient is aware that sterilisation is not a reversible method.

People with severe psychiatric disorders usually are not able to understand or consent to therapeutic and reproduction matters because they lose their senses or have illusions and/or they cannot support themselves. When the patient does not have the ability to consent, the consent is given by the litigation guardian or from his/her relatives, whereas in the case of emergency the doctor can proceed to a medical action without patient's relatives proxy consent. Patient's advance directives should be taken in consideration by the doctor and should be announced to the patient's relatives even if the relatives disagree with them. The patient's principle of autonomy can come to a collision with the doctor's principle of benefit. The decision that should be made then should have as a moral compass the quality of patient's life and by extension the children's major interests. The frequent observed neglect and child abuse from parents that suffer from severe psychiatric disorders suggests that such parents will miss their children after State's competent bodies intervention and court decisions. Therefore we have to find ways to defend children's right for normal growth and development and the same time to protect people that suffer from severe psychiatric disease from the paternity and/or maternity burden. Furthermore, the infringement of autonomy, freedom or parity of patients should be avoided as well as the discrimination between healthy

and sick individuals and the setting of a negative precedent for other types of intervention especially on people who are not capable to defend their rights.

All the above can be achieved using the tool of precise and sincere information, by creating capacity building measures for prevention and therapy through the application of targeted programs, for family planning centers build-up and funds raise, for continuing education of the parties concerned. Furthermore it would be of great help the setting up of independent Bioethics' Committees that will supervise and will contribute in monitoring and making decisions in order to access a reliable and fair health service on psychiatry and reproduction fields. Although in our days the individual rights make a particularly big issue, the obligations and the social competence are neglected. Therefore the legislators should take in consideration the rights of patients with severe psychiatric disorders as well the interests of the children that will be born.

1. Εισαγωγή

Οι ψυχικές διαταραχές οι οποίες αντανakλούν μία κοινωνική παθολογία έχουν αποδειχθεί πως αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης και κοινωνικής κρίσης όπως αυτή που διανύουμε τώρα (1). Χαρακτηριστικά ένας στους τέσσερις Ευρωπαίους πολίτες έχει αντιμετωπίσει τουλάχιστον μία φορά στην ζωή του πρόβλημα ψυχικής υγείας (2). Η έξαρση των ψυχικών παθήσεων έχει σημαντικές επιπτώσεις και στην ικανότητα και στο δικαίωμα στην αναπαραγωγή αλλά και στην ορθή πνευματική και ψυχοσωματική ανάπτυξη και σωστή ανατροφή των παιδιών που θα έρθουν στην ζωή. Πώς πρέπει να αντιμετωπίζονται λοιπόν οι σοβαρά ψυχιατρικά ασθενείς ειδικά στην χώρα μας σήμερα που η πληθυσμιακή συρρίκνωση είναι ένα τεράστιο εθνικό πρόβλημα; Το μεγάλο ηθικό δίλημμα που τίθεται λοιπόν είναι αν στα άτομα που φέρουν σοβαρά ψυχιατρικά νοσήματα πρέπει ή δεν πρέπει να εφαρμόζονται μέθοδοι αντισύλληψης ή/και στειρώσεως.

1.1. Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές

Υπάρχουν πολλά νοσήματα ψυχιατρικής φύσης, που εκδηλώνονται σε ήπια ή έως και σοβαρή μορφή. Στη συγκεκριμένη μελέτη θα αναφερθούμε στις σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως αυτές καταγράφονται στο Παράρτημα Ι με γνώμονα το βαθμό φτώχεις πρόγνωσης και το ποσοστό αναπηρίας (Π.Α.) $\geq 67\%$ (3). Άτομα που φέρουν σοβαρή μορφή αυτών των νοσημάτων χάνουν την επαφή με την πραγματικότητα ή βιώνουν παραισθήσεις ή δυσκολεύονται στην αυτοσυντήρησή τους, με αποτέλεσμα να χρειάζονται υψηλή φροντίδα ή θεραπεία σε κλινική. Δεν έχουν την ικανότητα συνήθως να κατανοήσουν ή και να συναινέσουν τόσο σε θέματα θεραπείας όσο και σε θέματα ικανότητας αναπαραγωγής.

2. Βιοηθικά διλήμματα

2.1. Τι συμβαίνει όταν ο ψυχικά ασθενής δεν έχει ικανότητα βούλησης (επομένως δεν υπάρχει έδαφος για ενήμερη συγκατάθεση);

Η διαδικασία της ενήμερης συγκατάθεσης (informed consent) είναι στις μέρες μας ευρέως

αναγνωρίσιμη και εφαρμόζεται, παραμένουν όμως πολλά σχετικά νομικά ζητήματα σε ασθενείς με σοβαρά ελλείμματα ειδικά για αυτούς με νευροψυχιατρική βλάβη. Η αρχή της αυτονομίας του ασθενή μπορεί να έρθει σε σύγκρουση με την αρχή της ωφέλειας που θέλει να τηρήσει ο ιατρός. Τι γίνεται τότε; Ηθικές απαντήσεις κυμαίνονται από το να αφήσεις τον ασθενή να συνεχίσει την επικινδυνότητα της κύησης από τον σεβασμό για αυτονομία μέχρι την επιβολή στον ασθενή να εφαρμόσει μία μέθοδο αντισύλληψης. Οι ιατροί συχνά υπερεκτιμούν την ικανότητα των ασθενών να κατανοήσουν πλήρως τις φόρμες της ενήμερης συγκατάθεσης. Είναι συχνό το φαινόμενο οι ασθενείς να αρνούνται τη θεραπεία και ενώ η ικανότητα αντίληψής τους για τη διαδικασία συναίνεσης είναι υπό αμφισβήτηση, παρέχεται ψυχιατρική συμβουλή για να εκτιμηθεί η επάρκεια. Τα συμβούλια σπάνια καλούνται για να εκτιμήσουν τους ασθενείς που θα υπογράψουν την φόρμα συναίνεσης. Νομικά κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να καθορίσει το τι γίνεται ή δεν γίνεται στο σώμα του (το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης). Η φύση εμπιστοσύνης της σχέσης ιατρού-ασθενή περιλαμβάνει την υπευθυνότητα να αποκαλύψει με τιμότητα και με καλή πίστη τα απαιτούμενα για την κατάσταση του ασθενή.

Η ενήμερη συγκατάθεση έχει τρία βασικά συστατικά α) την ικανότητα λήψης απόφασης β) την επαρκή ενημέρωση και γ) την εκούσια συμμετοχή/αποδοχή (voluntariness). Υπάρχουν εξαιρέσεις κλειδί για την απαίτηση να λάβει κανείς ενήμερη συγκατάθεση όπως όταν ένας ασθενής στερείται ικανότητα διανοητική για να δώσει συναίνεση ή είναι νομικά ανεπαρκής/άνικανος. Κάτω από αυτές τις συνθήκες η συναίνεση παρέχεται από έναν εκπρόσωπο που θα λάβει την απόφαση. Εκτός από αυτές τις εξαιρέσεις, ένας ιατρός που θεραπεύει έναν ασθενή χωρίς να έχει πάρει την ενήμερη συγκατάθεση αντιβαίνει τους κανόνες της νομικής εγκυρότητας. Η θεραπεία χωρίς καμία συγκατάθεση ή ενάντια στις επιθυμίες του ασθενή μπορεί να συνιστά άδικη επίθεση, ενώ θεραπεία με ανεπαρκή συναίνεση θεωρείται σαν μία ενέργεια ιατρικής αμέλειας (4).

2.1.1. Ανικανότητα συναίνεσης σε επείγοντα περιστατικά

Με βάση το άρθρο 12 παρ. 2β)ββ του νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας Ν3418/2005 (ΚΙΔ) (5), αν ο ασθενής δε διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση της ιατρικής πράξης δίδεται από το δικαστικό συμπαράστατη ενώ αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαράστατης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή ενώ όσον αφορά στην κατεπείγουσα περίπτωση όπου συντρέχει άμεση ανάγκη για ιατρική παρέμβαση, τότε εφόσον ο ψυχικά ασθενής δεν έχει τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είναι εμφανές πως δεν έχει ικανότητα να συναινέσει, ο ιατρός μπορεί να τελέσει την ιατρική πράξη χωρίς να ενημερώσει ούτε να λάβει τη συναίνεση από τους οικείους του (6). Τέλος, σύμφωνα με το Council of Europe Recommendation no.REC(2004)10 (7) σε επείγουσες περιπτώσεις όπου η αρμόζουσα συναίνεση δεν μπορεί να δοθεί από τον διανοητικά άρρωστο το άτομο αυτό πρέπει να θεραπεύεται ακούσια όταν η κατάστασή του παρουσιάζει σημαντικό κίνδυνο για την υγεία την δική του ή άλλων ατόμων (π.χ. γέννηση ενός παιδιού;). Η απόφαση για ακούσια θεραπεία του ασθενή πρέπει να ληφθεί όχι μόνο από το δικαστήριο αλλά και από έναν ιατρό ικανό και έμπειρο μετά από εξέταση του ασθενή και λαμβάνοντας υπόψη την γνώμη του ασθενή (άρθρο 20.2).

Ανοίγοντας παράλληλα μία παρένθεση που αφορά στον νέο ΚΙΔ θα μπορούσαμε να αξιοποιήσουμε το άρθρο 15 σχετικά με την σύγκρουση καθηκόντων του ιατρού (π.χ. ο απόλυτος σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια δεν αφορά μόνο στον σοβαρά νοσούντα γονέα αλλά και στο παιδί που θα έρθει στην ζωή;). Επίσης θα μπορούσαμε να αναφερθούμε και στο άρθρο 12, παράγραφος 2γ που αφορά στην συναίνεση που δεν πρέπει να έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη. Αν ο ασθενής ενάντια στις ενδεχόμενες ηθικές, κοινωνικές και ανθρωπιστικές αντιλήψεις της εποχής μας αρνείται να υποβληθεί σε θεραπεία ο ιατρός οφείλει να προβεί σε αυτήν χωρίς την σύμφωνη γνώμη του ασθενή (8). Συνεχίζοντας με την αναφορά στο Recommendation no.REC(2004)10, η απλή πραγματικότητα ότι ένα άτομο έχει μία διανοητική ασθένεια δεν πρέπει να καθιστά δικαιολογία για μόνη καταπάτηση του δικαιώματός του για τεκ-

νοποίηση (άρθρο 30). Και το ερώτημα που προκύπτει είναι αν το άρθρο 30 αφήνει περιθώρια για προσωρινή αναστολή του δικαιώματος για αναπαραγωγή.

2.1.2. Οι προτάσεις της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής σχετικά με την σχέση ασθενή (ανίκανο προς συναίνεση) - ιατρού - οικείων (9)

Η νομική ικανότητα προς συναίνεση πρέπει να διακρίνεται από την αντίστοιχη φυσική ικανότητα ενός προσώπου. Ασθενείς με πλήρη νομική ικανότητα συναίνεσης μπορεί να βρίσκονται σε κατάσταση προσωρινής διαταραχής των πνευματικών τους λειτουργιών που να μην επιτρέπει τον σχηματισμό και την έκφραση ελεύθερης βούλησης. Η προσπάθεια πρέπει να συγκεντρώνεται στην γρήγορη αποκατάσταση της πνευματικής διαύγειας του ασθενή ώστε να είναι σε θέση να αποφασίζει για την θεραπεία. Επίσης δεν δικαιολογείται η υποκατάσταση της βούλησης του ασθενή από τους οικείους του, καθώς μία απόφαση των τελευταίων μπορεί να βρει αντίθετο τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο όταν επανέλθει η πνευματική του κατάσταση.

2.1.2.1. Ανικανότητα συναίνεσης και διατύπωση προγενέστερων επιθυμιών ασθενή (9)

Η πιθανότητα να βρεθεί ένα πρόσωπο σε κατάσταση ανικανότητας συναίνεσης οδηγεί συχνά στην διατύπωση επιθυμιών σχετικών με την μεταχείρισή του σε ανύποπτο προγενέστερο χρόνο (advance directives). Έχοντας υπόψη ότι στη χώρα μας ισχύει ένα αμφιλεγόμενο νομοθετικό καθεστώς το ερώτημα είναι τι θα συμβεί αν ένας ιατρός γνωρίζει τέτοιες επιθυμίες του ασθενή με τις οποίες όμως διαφωνούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του οι οποίοι έχουν νομικά την ευθύνη της συναίνεσης; Από ηθική σκοπιά είναι σίγουρο ότι οι επιθυμίες του ασθενή πρέπει να γνωστοποιούνται στους οικείους του ακόμα και αν οι τελευταίοι εκδηλώσουν διαφωνία, ο ιατρός δεν δικαιολογείται να παρακάμψει εντελώς την βούληση του ασθενή. Γιατί στο μέτρο που υπάρχει ένα τεκμήριο αυθεντικής έκφρασης της αυτονομίας του ίδιου του προσώπου η υποκατάστατη συναίνεση των νομίμων αντιπροσώπων (proxy consent) εμφανίζεται μάλλον ανίσχυρη. Από νομική άποψη ο ιατρός δεν μπορεί να αμφισβητήσει την εξουσία των νόμιμων αντιπροσώπων κατά την λήψη των αποφάσεων. Έχει ηθικό καθή-

κον να συζητήσει μαζί τους τις επιθυμίες του ασθενή σε μία προσπάθεια εξομάλυνσης των διαφωνιών. Αν συμφωνεί και αυτός με τις επιθυμίες του ασθενή έχει δικαίωμα να αποσυρθεί από την φροντίδα του ώστε να αναλάβει άλλος ιατρός.

2.1.3. Τι γίνεται όμως όταν ο σοβαρά ψυχικά ασθενής δεν πρόκειται να επανέλθει;

Όταν ο σοβαρά ψυχικά ασθενής δεν πρόκειται να επανέλθει δικαιολογείται η υποκατάσταση της βούλησης του ασθενή από τους οικείους του μέσω της υποκατάστατης συναίνεσης. Η απόφαση που θα παρθεί πρέπει να έχει γνώμονα όχι τα θέλω των "οικείων" αλλά την ποιότητα ζωής του ψυχικά ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τυχόν προγενέστερες επιθυμίες του ασθενή. Κατ' επέκταση στο ζήτημα της αναπαραγωγικής ικανότητας πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η ποιότητα ζωής του παιδιού ή των παιδιών που θα έρθουν στην ζωή.

2.2. Δικαιολογούνται ηθικά διαφορές αντιμετώπισης της αντισύλληψης και της στέρωσης ως μέθοδοι ελέγχου της αναπαραγωγικής ικανότητας των σοβαρά ψυχικά ασθενών;

Γονείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν είναι σε θέση να πάρουν την απόφαση να μην κάνουν παιδί. Τι κάνουμε λοιπόν; Εφαρμόζουμε μεθόδους γενετικού ελέγχου όπως μεθόδους αντισύλληψης και στέρωσης για να προλάβουμε κατά ένα μεγάλο ποσοστό την σύλληψη; Στον Ελληνικό χώρο ανέκαθεν απαγορεύονταν η στέρωση τόσο η εξαναγκαστική όσο και η ηθελημένη. Υπάρχουν ανεπίσημα στοιχεία που αναφέρουν ότι γίνονται και οι δύο μορφές στειρώσεων (10). Η αντισύλληψη ως αντιστρεπτή μέθοδος πρόληψης ενδεχόμενης κύησης είναι πιο ήπια μορφή παρέμβασης γενετικού ελέγχου σχετικά με την στέρωση με εξαίρεση μεθόδους αντισύλληψης όπως η άμβλωση και το χάπι της 'επόμενης ημέρας' οι οποίες διακόπτουν μία υπάρχουσα κύηση (φόνος;) ή την πιθανότητα αυτής αντίστοιχα.. Στις μόνες περιπτώσεις που δικαιολογείται η έκτρωση είναι σε καταστάσεις όπου τίθεται θέμα υγείας του εμβρύου ή της μητέρας, μετά από βιασμό ή μετά από αποτυχία της εφαρμοζόμενης μεθόδου αντισύλληψης. Από την άλλη πλευρά, η στέρωση ως μέθοδος πρόληψης είναι αποτελεσματικότερη σε σχέση με τις μεθόδους

αντισύλληψης. Για παράδειγμα, αν μία επιλεγμένη μέθοδος αντισύλληψης δεν εφαρμοστεί σωστά - λόγω μη επαρκούς επίβλεψης του ασθενή που φέρει σοβαρή ψυχιατρική νόσο (ΣΨΝ) ή της υποτροπής της λειτουργικότητας του ατόμου ακόμη και μετά την παροχή κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής - τότε μπορεί να προκύψει ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και να αποφασισθεί παύση της κύησης (φόνος;). Αν το άτομο με ΣΨΝ είχε στειρωθεί - ναι μεν θα είχε στερηθεί το δικαίωμα της αναπαραγωγής αλλά όχι της σεξουαλικής δραστηριότητάς του - θα είχαμε αποφύγει το(υς) φόνο(υς). Άρα η στέρωση μπορεί να είναι μια σκληρή μέθοδος πρόληψης σύλληψης αλλά δεν είναι φόνος.

3. Νομικά διλήμματα

Η κοινωνική και η νομική σημασία της υποχρεωτικής στέρωσης παραμένει ακόμη υπό αμφισβήτηση. Σχετικά με την εξαναγκαστική άμβλωση και στέρωση το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο δηλώνει πως η Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) αντιτίθεται στις επιβαλλόμενες αναπαραγωγικές πρακτικές και νομοθεσίες. Χρήματα που επενδύονται σε εξαναγκαστικές πρακτικές παραβιάζουν τις αρχές της Ευρωπαϊκής Ένωσης (11). Όσον αφορά στο Δικαστήριο του Καναδά η πρακτική της υποχρεωτικής στέρωσης είναι ένα είδος βίας. Είναι μία παρέμβαση στο σώμα μίας γυναίκας, μία μόνιμη στέρηση της ικανότητάς της να έχει παιδιά και μία παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων της. Το Δικαστήριο απάιτησε μία αυστηρή δικαιολογία για να επικυρώσει αυτό που φαίνεται ως πράξη βίας αλλά ήταν αδύνατο να βρει κάποια. Στην στέρωση δόθηκε η ερμηνεία ως μιας πράξης που γίνεται για την μητέρα με διανοητική στέρηση και όχι στην μητέρα με διανοητική στέρηση. Μία πράξη προστασίας περισσότερο από ότι βιασμός. Τα δικαστήρια μπορούν μόνο να εικάζουν πότε η μη συναινέσιμη στέρωση θα είναι ευεργετική ή επιζήμια (12), και όσον αφορά στην ψυχική υγεία υπάρχουν περιπτώσεις όπου όρια πρέπει να εφαρμόζονται (13).

4. Συνέπειες της εφαρμογής μεθόδων αντισύλληψης και στειρώσεως στους σοβαρά ψυχιατρικά ασθενείς

Καταρχάς, η εφαρμογή της στειρώσεως είναι μία μη αντιστρεπτή μέθοδος γενετικού ελέγχου. Στις αρνητικές συνέπειες επίσης συγκαταλέγονται η παραβίαση της αυτονομίας όπου σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας ή της αυτοδιάθεσης οι αποφάσεις των ανθρώπων που αφορούν στην ζωή τους, στην υγεία τους και άλλες πτυχές της προσωπικής τους ζωής πρέπει να λαμβάνονται από τους ίδιους και να γίνονται σεβαστές, η παραβίαση της ισοτιμίας των σοβαρά ψυχικά νοσούντων όπου σύμφωνα με την αρχή της ισοτιμίας όλοι οι άνθρωποι έχουν ίσα δικαιώματα για ζωή και υγεία, η καλλιέργεια αντιδημοκρατικού κλίματος διάκρισης των πολιτών σε υγιείς με δικαιώματα και σοβαρά ασθενείς χωρίς δικαιώματα και η δημιουργία αρνητικού προηγούμενου και για άλλης μορφής επεμβάσεις σε άλλους τομείς της προσωπικής ζωής ιδίως ανθρώπων που αδυνατούν να υπερασπίσουν τα δικαιώματά τους (10). Από την άλλη πλευρά, η εφαρμογή μεθόδων γενετικού ελέγχου βοηθάει στην αποτροπή εμβρυοκτονίας. Στις θετικές συνέπειες επίσης συγκαταλέγεται η εξοικονόμηση υλικών πόρων από την επιχορήγηση ή τη δωρεάν χορήγηση αντισύλληψης - έρευνα στην Αμερική έχει δείξει ότι για κάθε δολάριο που ξοδεύεται για αντισύλληψη εξοικονομούνται 2-6 δολάρια από έξοδα που επιβαρύνουν τον τομέα της υγείας όταν προκύπτει ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (14) -. Τέλος, επιχειρήματα όπως η προστασία των ιδίων των σοβαρά ψυχικά ασθενών από τα βάρη της πατρότητας ή της μητρότητας και η προστασία των παιδιών από ακατάλληλο περιβάλλον ανάπτυξης αιτιολογούν την εφαρμογή ιατρικών πρακτικών γενετικού ελέγχου.

5. Δικαιώματα παιδιών και δράσεις για την προστασία τους από τις επιπτώσεις συμβίωσης με γονέα που φέρει σοβαρή ψυχιατρική νόσο

5.1. Δικαιώματα παιδιών που συμβιώνουν με γονέα που φέρει σοβαρή ψυχιατρική νόσο

Και σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθούμε στην Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (15). Το παιδί λόγω της φυσικής και

διανοητικής του ανωριμότητας, χρειάζεται ειδική προστασία και μέριμνα, συμπεριλαμβανομένης και της νομικής προστασίας, τόσο πριν όσο και μετά την γέννησή του λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία των πολιτιστικών παραδόσεων και αξιών κάθε λαού για την προστασία και την αρμονική ανάπτυξη του παιδιού. Σε όλες τις αποφάσεις που αφορούν στα παιδιά πρέπει να λαμβάνεται πρωτίστως υπόψη το συμφέρον του παιδιού (άρθρο 3.1). Με γνώμονα το άρθρο 20 θα μπορούσαμε να εφαρμόσουμε την αντισύλληψη ή σε σπάνιες περιπτώσεις την στειρώση για να αποφύγουμε το παιδί να στερηθεί προσωρινά ή οριστικά το οικογενειακό του περιβάλλον με όλες τις επακόλουθες επιπτώσεις στην ψυχολογία του και ομαλή ένταξη στην κοινωνία και να αποτρέψουμε το κράτος από έξοδα όπως ίδρυση και στελέχωση κατάλληλων ιδρυμάτων τα οποία θα φιλοξενούσαν πληθώρα τέτοιων παιδιών. Επίσης πρέπει να δοθεί ώθηση στην ανάπτυξη προληπτικής ιατρικής φροντίδας, στην καθοδήγηση και στην εκπαίδευση των γονέων και στις υπηρεσίες του οικογενειακού προγραμματισμού (Ο.Π.) (άρθρο 24.2 στ). Το κράτος οφείλει να αναγνωρίζει το δικαίωμα του παιδιού για ένα κατάλληλο επίπεδο ζωής που να επιτρέπει τη σωματική, πνευματική, ψυχική, ηθική και κοινωνική ανάπτυξή του (άρθρο 27). Τέλος χρειάζεται επαγρύπνηση ώστε κανένα παιδί να μην υποβάλλεται σε βασανιστήρια ή σε άλλες σκληρές, απάνθρωπες ή εξευτελιστικές τιμωρίες ή μεταχείριση (άρθρο 37α).

5.2. Δράσεις για την προστασία των παιδιών από τις επιπτώσεις συμβίωσης με γονέα που φέρει σοβαρή ψυχιατρική νόσο

Με αφορμή το τελευταίο άρθρο (37α) της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού, η παραμέληση έως και κακοποίηση παιδιών από γονείς που πάσχουν από διανοητική στέρηση έχει ως συνέπεια ότι πολλοί τέτοιοι γονείς θα χάσουν τα παιδιά τους ύστερα από επέμβαση αρμοδίων φορέων της Πολιτείας και δικαστικών αποφάσεων. Στην χώρα μας εναλλακτικές προτάσεις για να μην απομακρυνθούν σε μόνιμη βάση τα παιδιά από την οικογένειά τους είναι οι ξενώνες παιδιών. Οι ξενώνες παιδιών αποσκοπούν στην δημιουργία περιβάλλοντος όπου το παιδί θα μπορεί να ανακαλύπτει και να κατανοεί τις δικές του ανάγκες και τα δικά του συναισθή-

ματα, στην πρόληψη και αποτροπή της ψυχικής νόσου στα παιδιά που φιλοξενούνται, στην επαρκή πληροφόρηση των παιδιών για το τι σημαίνει ψυχική διαταραχή του γονέα και στην υποστήριξη των γονέων στον γονεϊκό τους ρόλο, στην αποδοχή της νόσου και στην ανάγκη τους για θεραπεία. Ο απώτερος σκοπός των ξενώνων είναι η επιστροφή των παιδιών στο σπίτι και η επανασύνδεση με την οικογένειά τους (16). Επίσης υποδομές όπως το Κέντρο Προστασίας του Παιδιού Αττικής « Η ΜΗΤΕΡΑ », με τα τρία παραρτήματά του είναι Φορέας Παιδικής Προστασίας Εθνικής εμβέλειας, (γίνονται εισαγωγές από όλη την Ελλάδα) και σκοπό έχει την προστασία των απροστάτευτων, κακοποιημένων, παραμελημένων παιδιών και από γονείς με ψυχική ασθένεια τα οποία εισάγονται με Εισαγγελική εντολή. Πρωταρχικός στόχος είναι η επιστροφή των παιδιών στη φυσική τους οικογένεια και όπου αυτό δεν είναι εφικτό, τότε μέσω των Προγραμμάτων της αναδοχής και της υιοθεσίας τους προσπαθούν να τους εξασφαλίσουν ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη και οικογενειακή αποκατάσταση. Τα παιδιά που τοποθετούνται σε Ανάδοχες Οικογένειες βρίσκονται υπό την προστασία του Κέντρου και παρακολουθούνται από διεισθημονική ομάδα. Όπως είναι γνωστό, η ιδρυματοποίηση για τα παιδιά, ιδιαίτερα πριν την ηλικία των 3 ετών, επιδρά αρνητικά στην ομαλή ανάπτυξη των παιδιών και δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη ζωή τους (συναισθηματικές διαταραχές, κοινωνικά προβλήματα, παραβατικότητα κ.λ.π.). Η συνεργασία με τις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων με τη δημιουργία κατάλληλου θεσμικού πλαισίου υλοποίησης του προγράμματος αναδοχής (επαγγελματική αναδοχή), πρέπει να είναι το επόμενο βήμα. Η ίδρυση και λειτουργία Οικογενειακού Δικαστηρίου στο πλαίσιο του Ν.2447/96, είναι επιτακτική ανάγκη (17).

6. Η αντιμετώπιση των σοβαρά ψυχικά ασθενών σε σχέση με την ικανότητά τους ή το δικαίωμα για αναπαραγωγή στην Ελλάδα από εμπλεκόμενους φορείς. Πώς αντιμετωπίζουν το θέμα οι άμεσα ενδιαφερόμενοι;

6.1. Πώς πρέπει να αντιμετωπίζεται το θέμα από ιατρούς και εργαστηριακούς ερευνητές;

Όσον αφορά στους ιατρούς με ειδικότητα νευρολόγου-ψυχίατρο το θέμα αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπεία, χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και τακτικής επίβλεψης-παρακολούθησης. Όσον αφορά στους γυναικολόγους - σε παράλληλη συνεννόηση με τον θεράποντα ψυχίατρο - οφείλουν να συνταγογραφούν /εφαρμόζουν στους ασθενείς την καταλληλότερη για την πάθησή τους και τον οργανισμό τους αντισυλληπτική μέθοδο κατόπιν ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς ή των οικείων του ή του νόμιμου εκπροσώπου του. Ο ιατρός πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής λαμβάνει την πληροφορία και την συμβουλή που χρειάζεται για να μπορεί να επιλέξει συνετά. Είναι ανήθικο για ένα ιατρό να δώσει ιατρική συμβουλή η οποία έχει επηρεαστεί από παράγοντα που δεν αφορούν τις ιατρικές του γνώσεις χωρίς να το αποκαλύψει στον ασθενή. Η αρχή της ενήμερης συγκατάθεσης απαιτεί ο ιατρός να σιγουρευτεί ότι ο ασθενής έχει πλήρη επίγνωση, έχει καταλάβει τους κινδύνους και τα οφέλη των διαφόρων μεθόδων αντισύλληψης. Για κάθε μέθοδο γενετικού προγραμματισμού ο ασθενής χρειάζεται να ξέρει α) την αξιοπιστία της μεθόδου, β) την ευκολία στην χρήση της μεθόδου αυτής, γ) τις πιθανές παρενέργειες, και δ) τυχόν κινδύνους για την υγεία του. Όσο για την στέρωση ο ιατρός πρέπει να σιγουρέψει ότι ο ασθενής έχει επίγνωση ότι δεν είναι αναστρέψιμη μέθοδος. Όσον αφορά στους εργαστηριακούς ερευνητές με την ανάπτυξη της τεχνογνωσίας και της βιολογικής έρευνας απαιτείται διαρκής επαγρύπνηση και προσπάθεια για ανακάλυψη νέων μεθόδων προληπτικής αντισύλληψης ή και βελτίωση των ήδη υπαρχουσών ώστε να ελαχιστοποιούνται οι παρενέργειες στον ανθρώπινο οργανισμό και να μειώνονται ακόμα περισσότερο οι πιθανότητες ανεπιθύμητης κύησης κατόπιν εφαρμογής τους.

6.2. Πώς πρέπει να αντιμετωπίζεται το θέμα από ψυχολόγους, υπεύθυνους Ο.Π.;

Όσον αφορά στους ψυχολόγους το θέμα αντιμετωπίζεται με συνεδρίες τόσο για τους γονείς όσο και για τα παιδιά. Αν και είναι γνωστά τα τεράστια οφέλη του Ο.Π. η προσβασιμότητα σε αυτόν δεν είναι δυνατή σε όλους. Εκατομμύρια γυναίκες θα ακολουθούσαν κάποια σύγχρονη

αντισυλληπτική μέθοδο εάν υπήρχε κατάλληλη υποστήριξη όσον αφορά στην ενημέρωση, στη διάθεση και στην εκπαίδευση στην χρήση της αντισύλληψης. Ο Ο.Π. ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες αποτρέπει τις γυναίκες με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη να καταφεύγουν σε επικίνδυνες τεχνητές διακοπές της εγκυμοσύνης από ανθρώπους με ανεπαρκή εκπαίδευση ή σε χώρους όπου δεν υπάρχουν οι ελάχιστες προϋποθέσεις για την ασφαλή εκτέλεσή τους (18).

6.3. Πώς αντιμετωπίζεται το θέμα από την Ορθόδοξη Χριστιανική θρησκεία;

Η γέννηση των παιδιών οφείλει να είναι καρπός συζυγικής άσκησης και όχι απεγνωσμένη προσπάθεια να αποκτήσει νόημα στη ζωή του ένας άνθρωπος. Σύμφωνα με τον Ιωάννη τον Χρυσόστομο σημαντικό είναι η τεκνοτροφία - η σωστή δηλαδή διαπαιδαγώγηση του παιδιού - και όχι η τεκνογονία. Η εμμονή απόκτησης παιδιού δεν πρέπει να θίγει τα παιδιά που πρόκειται να γεννηθούν (19). Η εκ της τεκνοποιίας προφύλαξη δεν αντίκειται προς το πνεύμα της χριστιανικής ηθικής ούτε και η ερωτική συνάφεια των συζύγων ανεξαρτήτως του κινήτρου αποκτήσεως παιδιών (20). Επιπλέον, η αυτόνομη ανάπτυξη της ηθικής μακριά από την πνευματική ζωή οδηγεί στον άκρατο ατομοκεντρισμό και στην διάσπαση του ανθρώπινου προσώπου (21). Η άμβλωση συνδέεται άμεσα με τον εγωισμό και τον ατομισμό που θυσιάζει την ξένη ζωή για να διασφαλίσει τα θεωρούμενα ως δικαιώματα της σημερινής ατομοκρατίας. Κανένας δεν ανήκει στον εαυτό του, αλλά όλοι ανήκουμε σε άλλους γιατί προερχόμαστε από άλλους (18).

6.4. Πώς πρέπει να αντιμετωπίζεται το θέμα από τους συγγενείς;

Δυστυχώς πολλά παιδιά ως αποτέλεσμα της έλλειψης επικοινωνίας σχετικά με την οικογενειακή αρρώστια επιβαρύνονται με αισθήματα ενοχής και των ταμπού των οικογενειακών προβλημάτων που οδηγούν σε απομόνωση. Τα παιδιά οφείλουν να μαθαίνουν όσα μπορούν για την ασθένεια των γονιών τους και να γνωρίζουν τι επιπτώσεις θα έχει αυτή στα ίδια τα παιδιά. Είναι εύλογο να μιλούν για αυτό στους συγγενείς τους και στα αδέρφια τους. Είναι καλό τα παιδιά να μοιράζονται με κοντινούς συγγενείς τα σχόλια

που έκανε ο γονιός και τα έκαναν να νιώσουν αμήχανα ή τα στεναχώρησαν. Οι κοντινοί συγγενείς των παιδιών συμπεριλαμβανομένων και των αδερφών τους πρέπει να είναι ανοιχτοί με τους φόβους των παιδιών και να τους βοηθούν να βρουν υποστήριξη και από αξιόπιστους φίλους (22).

6.5. Πώς πρέπει να αντιμετωπίζεται το θέμα από τους ασθενείς;

Οι νοσούντες με σοβαρή ψυχιατρική ασθένεια που έχουν γίνει ήδη γονείς με την βοήθεια των οικείων ή των εκπροσώπων τους πρέπει να 'σκεφτούν' στο μέτρο των δυνατοτήτων τους το πόσο ικανοί είναι και μπορούν να ανταπεξέρχονται σε όλα τα επίπεδα στις υποχρεώσεις τους απέναντι στα παιδιά τους. Οι νοσούντες οφείλουν να ακολουθούν πιστά την θεραπεία τους πάντα σύμφωνα με τις υποδείξεις των ειδικών. Είναι ζωτικής σημασίας το γεγονός να εκμεταλλεύονται οι γονείς τις σταθερά καλές τους φάσεις κατά την διάρκεια της αρρώστιάς τους εποικοδομητικά για το συμφέρον του παιδιού. Ακόμα και οι άρρωστοι γονείς θέλουν να είναι "καλοί" γονείς και υπεύθυνοι για τα παιδιά τους (23). Επίσης να υπάρχει βοήθεια και στήριξη από άλλα μέλη της οικογενείας και συγγενείς, να υπάρχει βοήθεια και στήριξη από διακριτικό πνευματικό πατέρα, να υπάρχει βοήθεια και στήριξη από οικογενειακούς φίλους και ψυχοθεραπεία για τους νοσούντες. Οι νοσούντες γονείς ή μέσω των εκπροσώπων τους να γράφουν επιστολές 'ανάγκης' με συγκεκριμένες προδιαγραφές προς τα παιδιά τους τα οποία να τα ανοίγουν σε περίπτωση έντονων συμπτωμάτων των γονέων (24).

7. Τι πρέπει να γίνει ώστε να εξασφαλίσουμε την ποιοτικότερη διαβίωση νοσούντων και γόνων αυτών ως προς την ενημέρωση και σε επίπεδο υποδομών στην χώρα μας;

– Εφαρμογή προγραμμάτων 10 εβδομάδων όπως το *Kanu*-program τόσο για τους νοσούντες γονείς όσο και για τα παιδιά τους με σκοπό την βελτίωση τόσο των σχέσεων των γονέων και την ικανότητα επικοινωνίας με τα παιδιά τους και την μείωση των ψυχολογικών τους κρίσεων όσο και την συναισθηματική αποφόρτιση και αυτοεκτίμηση των παιδιών (25).

- Αύξηση κέντρων Ο.Π.
- Οι ασφαλιστικές εταιρείες και το Εθνικό Σύστημα Υγείας οφείλουν να καλύπτουν ή να επιχορηγούν αντίστοιχα συνταγές αντισυλληπτικών σε ανήλικα κορίτσια και ενήλικες όταν το επιθυμήσουν.
- Μάθημα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που να εστιάζει στους τρόπους προληπτικής αντισύλληψης με απώτερο σκοπό την αποφυγή ανεπιθύμητων κυήσεων και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων όπως το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).

7.1. Ο ρόλος του κοινωνικού marketing στην προαγωγή της Ψυχικής Υγείας και Αναπαραγωγής

Καταρχήν το κοινωνικό marketing (KM) είναι ο σχεδιασμός, η εκτέλεση και ο έλεγχος προγραμμάτων που αναπτύσσονται με σκοπό να επηρεάσουν την αποδοχή κοινωνικών ιδεών, και εμπεριέχουν τις έννοιες του σχεδιασμού προϊόντος, της τιμολόγησης, της επικοινωνίας, της διανομής και της έρευνας marketing. Η προοπτική του KM στην υγεία αυξάνει ένα πλήθος προβλημάτων ψυχικής υγείας που απασχολούν την κοινωνία να προσεγγιστούν αποτελεσματικότε-

ρα. Για παράδειγμα η προσέγγιση της Ψυχικής Υγείας με ειδική αναφορά στην αναπαραγωγή παρέχει ένα χρήσιμο μοντέλο για τις καμπάνιες του KM που ασχολούνται με την πρόληψη της ψυχικής ασθένειας, την προαγωγή του Ο.Π. και τα θέματα του γονικού ρόλου. Το προϊόν του KM έχει τρεις διαστάσεις. Στην περίπτωση του προγράμματος που προσεγγίζει το πρόβλημά μας οι πιθανές διαστάσεις του προϊόντος μπορεί να διαμορφώνονται ως εξής (Πίνακας Ι):

Τέλος, η προώθηση του KM μπορεί να πάρει μορφή προσωπικής προσέγγισης (π.χ. ατομική εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την σωστή αντιμετώπιση περιστατικών σε παραμελημένα παιδιά από γονείς που φέρουν ΣΨΝ), επιλεκτικής προσέγγισης (π.χ. σεμινάρια σε σχολεία, παροδική φιλοξενία παιδιών σε ειδικούς Ξενώνες) και μαζικής προσέγγισης (π.χ. εθνική διαφημιστική καμπάνια σε τηλεόραση και ραδιόφωνο, υπαίθρια διαφήμιση, διαδίκτυο, εκδηλώσεις). Οι συνεργασίες φυσικά είναι ένα βασικό κομμάτι των περισσότερων εκστρατειών του KM που μπορεί να είναι από κυβερνητικές ή μη κυβερνητικές οργανώσεις μέχρι επιχειρήσεις και διεθνείς όμιλοι (26).

Πίνακας Ι. Οι τρεις διαστάσεις του προϊόντος του KM που αφορούν στην Ψυχική Υγεία & Αναπαραγωγή.

Κεντρικό Προϊόν <i>Το όφελος της προτεινόμενης συμπεριφοράς</i>	Πραγματικό Προϊόν <i>Η συγκεκριμένη συμπεριφορά που προωθείται</i>	Επαυξημένο Προϊόν <i>Κάθε από αντικείμενο ή υπηρεσία που συνδέεται με το KM</i>
Μείωση αριθμού ατόμων με ΣΨΝ που θέλουν να γίνουν γονείς ενώ δεν είναι σε θέση να αναθρέψουν σωστά τα παιδιά τους	Αναφορά και καταγραφή περιστατικών παραμέλησης ή κακοποίησης παιδιών	Παρέμβαση Κοινωνικού Λειτουργού και Εισαγγελίας Ανηλίκων για την απομάκρυνση παραμελημένων ή κακοποιημένων παιδιών
Μείωση αριθμού αμβλώσεων λόγω ανεπιθύμητων κυήσεων στις γυναίκες με ΣΨΝ	Εξασφάλιση σωστής ενημέρωσης σχετικά με μεθόδους αντισύλληψης και εφαρμογής τους	Πρόσβαση σε κέντρα Ο.Π., και μονάδων Ψυχικής Υγείας με εξειδίκευση στο θέμα της αναπαραγωγής
Παιδιά με λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς που ζουν σε ήρεμο και ασφαλές οικογενειακό περιβάλλον	Εκμάθηση στους γονείς με ΣΨΝ και εφαρμογή από τους ίδιους συγκεκριμένων συμπεριφορών για την επίλυση των προβλημάτων των παιδιών τους και της εύρυθμης ανάπτυξης της προσωπικότητάς τους	Συνεδρίες θετικής άσκησης και βελτίωσης του γονικού ρόλου με ειδικούς Ψυχικής Υγείας

8. Σχεδιασμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) για το θέμα των ψυχικών διαταραχών σε επίπεδο εθνικό και διεθνές έως το 2020 (27) και Ελλάδα

Τον Μάιο του 2012, το World Health Assembly (WHA), υιοθέτησε ψήφισμα WHA65.4 σχετικά με το παγκόσμιο βάρος των ψυχικών διαταραχών και την ανάγκη για μία καταννοητή, συντονισμένη απόκριση από τομείς υγείας και κοινωνικούς σε εθνικό επίπεδο. Ζητήθηκε η ανάπτυξη ενός πλάνου για την ψυχική υγεία για την προώθηση, πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση, φροντίδα και ανάκτηση υγείας. Η διεθνώς αποδεκτή αρχή αυτή του πλάνου είναι η εξής: 'Δεν υπάρχει υγεία χωρίς ψυχική υγεία'. Το πλάνο βασίζεται σε 6 αρχές και προσεγγίσεις οι οποίες θα μπορούσαν να εφαρμοστούν και σε σχέση με το δικαίωμα της αναπαραγωγής ή μη των ατόμων που φέρουν σοβαρή ψυχιατρική νόσο:

i. Καθολική ασφαλιστική κάλυψη

Ακολουθώντας την αρχή της αμεροληψίας και ασχέτως από το φυλετικο-κοινωνικο-οικονομικό καθεστώς του κάθε ατόμου, όλα τα άτομα πρέπει να είναι ικανά για πρόσβαση σε κέντρα ψυχικής και κοινωνικής υγείας και Ο.Π. στα οποία θα τους παρέχεται το υψηλότερο στάτους αποκατάστασης της υγείας τους.

ii. Ανθρώπινα δικαιώματα

Οι στρατηγικές της ψυχικής υγείας και του δικαιώματος της αναπαραγωγής πρέπει να συνάδουν με τις διεθνείς συνθήκες για τα δικαιώματα των ανθρώπων με ανικανότητα.

iii. Εφαρμογή βάση-απόδειξης

Οι στρατηγικές της ψυχικής υγείας για θεραπεία και μεθόδων αντισύλληψης χρειάζεται να βασίζονται στην επιστημονική απόδειξη και να λαμβάνεται υπόψη και το πολιτιστικό επίπεδο.

iv. Προσέγγιση διάρκειας ζωής

Οι πολιτικές, τα σχέδια και οι υπηρεσίες για την ψυχική υγεία και την αναπαραγωγή πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες που προκύπτουν σε όλα τα στάδια της ζωής από την βρεφική ηλικία ως το γήρας.

v. Πολυτομεακή προσέγγιση

Μία κατάλληλη αντίδραση για ψυχική υγεία απαιτεί συνεργασία με ποικίλους τομείς τόσο του δημόσιου φορέα όσο και του ιδιωτικού ανάλογη με την κατάσταση κάθε χώρας.

vi. Εξουσιοδότηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές

Άνθρωποι που έχουν προσβληθεί από ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά σε ότι αφορά όλους τους τομείς της ψυχικής υγείας από τον σχεδιασμό και την νομοθεσία μέχρι την προαγωγή υπηρεσιών και της έρευνας.

Δραστική εφαρμογή του διεθνούς πλάνου για την ψυχική υγεία θα απαιτήσει ενέργειες για διεθνείς, τοπικούς και εθνικούς συνεταιίρους όπως την Διεθνή Τράπεζα, τους αναπτυξιακούς οργανισμούς των Ηνωμένων Εθνών και τοπικούς οργανισμούς, τα ακαδημαϊκά και ερευνητικά ιδρύματα που περιλαμβάνουν δίκτυα κέντρων όπως της ψυχικής υγείας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που συνεργάζονται με τον WHO στις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις κτλ. Οι ρόλοι αυτών των ομάδων συχνά αλληλοσυμπληρώνονται. Οι Στόχοι του πλάνου δράσης είναι τέσσερις:

Στόχος 1. Ενδυνάμωση της ψυχικής υγείας η οποία θα επιτευχθεί με:

- Στήσιμο μιας λειτουργικής μονάδας ψυχικής υγείας στο υπουργείο Υγείας.
- Ευαισθητοποίηση νομοθετών μέσω δημοσιεύσεων που αφορούν στην Ψυχική Υγεία.
- Βελτίωση ευθύνης με στήσιμο μηχανισμών χρησιμοποιώντας ανεξάρτητους υπάρχοντες οργανισμούς όπου είναι δυνατόν για την πρόληψη βασανιστικών ή απάνθρωπων θεραπειών και κακοποίησης και με συμμετοχή παραγόντων π.χ. δικηγόρων και ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε αυτούς τους μηχανισμούς με τρόπο που συνάδει με τις διεθνείς και τοπικές δομές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
- Κατάργηση νομοθεσίας που διαιωνίζει τον στιγματισμό, την διάκριση και τις παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
- Συλλογή δεδομένων για την ανάπτυξη και την εφαρμογή σχεδίων, χρηματοδότησης και προγραμμάτων ψυχικής υγείας και στήσιμο μηχανισμών για την παρακολούθηση των δαπανών για την ψυχική υγεία στην υγεία

και σε άλλους τομείς όπως η μόρφωση, η εργασία, το ποινικό δίκαιο και οι κοινωνικές υπηρεσίες.

- Υποστήριξη λογιστική, τεχνική και οικονομική.
- Επιμορφωτικές δράσεις τόσο για τους εισαγελείς όσο και για τους ιατρούς ή ειδικούς ψυχικής υγείας.

Στόχος 2. Παροχή κατάλληλων υπηρεσιών στην ψυχική υγεία σε επίπεδα κοινοτικών δομών μέσω:

- Αναδιοργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Ενσωμάτωση της φροντίδας της ψυχικής υγείας και θεραπείας στα γενικά νοσοκομεία.
- Προαγωγής της 'αυτοφροντίδας' μέσω χρήσης ηλεκτρονικών και κινητών τεχνολογιών υγείας.
- Υποστήριξης από ομάδες όπως η οικογένεια, οι ιερείς, οι δάσκαλοι, οι αστυνομικοί.
- Ενσωμάτωση της ολοκρατικής φροντίδας (στην ολιστική ιατρική εξετάζεται όλο το άτομο και δεν θεραπεύεται μόνο ένα ιδιαίτερο σύμπτωμα) και υποστήριξης.
- Εισαγωγή της ψυχικής υγείας ως μάθημα σε προγράμματα σπουδών σε επίπεδο πτυχίου ή μεταπτυχιακού.
- Αντικατάσταση των μακράς παραμονής ψυχιατρικών ινστιτούτων με την υποστήριξη των ψυχικά ασθενών με εξιτήριο να ζήσουν στην κοινότητα με τις οικογένειές τους μέσω της δημιουργίας κοινωνικών υπηρεσιών στήριξης για την ψυχική υγεία και νέων κέντρων Ο.Π.
- Ένταξη των φαρμάκων για ψυχικές διαταραχές σε συνδυασμό με τις επιχορηγούμενες επιλογές μεθόδων αντισύλληψης στα σχήματα της ασφάλισης της Υγείας και παροχή οικονομικής προστασίας σε ομάδες που κοινωνικοοικονομικά μειονεκτούν.
- Ενημέρωση των σοβαρά ψυχικά ασθενών και οικείων σχετικά με την πάθησή τους, τα αίτια, τις επιπτώσεις, την θεραπεία και την ανάρρωση και τις επιλογές αντισύλληψης, αναπαραγωγής ή μη όπως και σχετικά με έναν τρόπο ζωής και συμπεριφοράς με απώτερο σκοπό τη βελτίωση συνολικά της ευημερίας.

- Προμήθεια και εξασφάλιση διαθεσιμότητας βασικών φαρμάκων για ψυχικές διαταραχές και σκευασμάτων για αντισύλληψη.
- Δημιουργία ανεξάρτητων επιτροπών Δεοντολογίας και Βιοηθικής που θα εποπτεύουν ένα ή περισσότερα νοσοκομεία ή δομές και θα συμβάλλουν στον έλεγχο και σε γνωμοδοτήσεις για την δημιουργία ενός αξιόπιστου και ακριβοδίκαιου συστήματος και σε ότι αφορά στον τομέα της ψυχικής υγείας και αναπαραγωγής.
- Βελτίωση των συνθηκών εργασίας, προνομίων και προοπτικής των ατόμων που εργάζονται για την προαγωγή και πρόληψη της ψυχικής υγείας τέτοια ώστε το εξειδικευμένο προσωπικό να παραμείνει στο δυναμικό της ψυχικής υγείας.
- Ταυτοποίηση και έκθεση των αναγκών των ευπαθών ομάδων που δεν χρησιμοποιούν αυτές τις υπηρεσίες.

Στόχος 3. Διευκόλυνση στρατηγικών για πρόληψη της ψυχικής υγείας

Πρέπει να ικανοποιηθούν όχι μόνο οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών αλλά και να προστατευτεί η ψυχική ευημερία όλων των πολιτών. Τα αρχικά στάδια της ζωής του ατόμου είναι μία σημαντική ευκαιρία για να προαχθεί η ψυχική υγεία και η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών καθώς μέχρι και το 50% των ψυχικών διαταραχών στους ενήλικες αρχίζει πριν την ηλικία των 14 ετών. Όσον αφορά στην ενημέρωση στο θέμα της αντισύλληψης και της αναπαραγωγής πρέπει να γίνεται παράλληλα.

Στρατηγικές για την προαγωγή της υγείας σε όλη την διάρκεια της ζωής πρέπει να εστιάσουν σε νόμους και εκστρατείες πληροφόρησης που αποκαθιστούν τον στιγματισμό και τις παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που αφορούν στις ψυχικές διαταραχές σε συνδυασμό με την αναπαραγωγή.

Προγράμματα που καταγράφουν την προώθηση και πρόληψη της ψυχικής υγείας και μπορούν να εστιάσουν και στο ζήτημα της αναπαραγωγής λειτουργούν υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας (ΥΥ) μέσω του εθνικού δικτύου "Ψυχαργώς" και μέσω της δράσης Τμημάτων Ο.Π.

Επίσης προωθείται η υποκίνηση προγραμμάτων επιστροφής στην δουλειά για άτομα που έ-

χουν προσβληθεί από ψυχικές διαταραχές και η απαγόρευση ουσιών που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτοκτονία.

Στόχος 4. Ενδυνάμωση συστημάτων πληροφόρησης και έρευνας για την ψυχική υγεία

Η παραγωγή νέας γνώσης μέσω της έρευνας επιτρέπει πολιτικές και δράσεις να βασιστούν στην απόδειξη και την καλύτερη πρακτική και η διαθεσιμότητα της σχετικής πληροφορίας των δικτύων επιτήρησης διευκολύνει τις εφαρμοζόμενες δράσεις να εξετάζονται προσεκτικά και να βελτιώνονται.

Τα δεδομένα θα συλλεχθούν, θα αναλυθούν και θα αναφερθούν στον WHO σε τοπική και διεθνή βάση μέσω:

- Ενσωμάτωσης ψυχικής υγείας στο καθημερινό σύστημα πληροφόρησης της υγείας, ταυτοποίηση, αντιπαραβολή, συχνή αναφορά και χρήση αναλυτικών στοιχείων που αφορούν στην ψυχική υγεία και στον Ο.Π. βάσει του φύλου και της ηλικίας με σκοπό την βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Βελτίωσης δυνατοτήτων έρευνας και ακαδημαϊκής συνεργασίας ώστε να αποκτήσει ο τομέας της έρευνας στην ψυχική υγεία προτεραιότητα και σε εθνικό επίπεδο. Μία από τις προτεραιότητες καλό θα ήταν να δοθεί και στην έρευνα για ανακάλυψη νέων μεθόδων αντισύλληψης πιο δραστικών και με όσο το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες στον νοσούντα και μικρότερο κόστος.
- Συλλογής δεδομένων από όλες τις διαθέσιμες υπηρεσίες σχετικές με την υγεία.
- Ενδυνάμωσης συνεργασίας μεταξύ πανεπιστημίων, ινστιτούτων και υπηρεσιών υγείας.
- Προώθησης υψηλών ηθικών προδιαγραφών στην έρευνα ψυχικής υγείας προϋποθέτοντας την ελεύθερη και ενήμερη συγκατάθεση των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα, χωρίς οι ερευνητές να λαμβάνουν προνόμια, αντίτιμο ή αποζημίωση σε αντάλλαγμα ενθάρρυνσης ατόμων να συμμετέχουν σε αυτήν. Αυτή η έρευνα πρέπει να έχει εγκριθεί από μία ανεξάρτητη επιτροπή ηθικής η οποία να λειτουργεί σύμφωνα με τους εθνικούς και διεθνείς κανόνες και πρότυπα [Προσαρμογή από (27)].

9. Πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης "Ψυχαργός", ζητήματα προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχιατρική εμπειρία και αξιοποίηση μεταρρύθμισης

A) Το πρόγραμμα "Ψυχαργός" είναι ένα πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που έχει σχεδιαστεί για να αλλάξει τον τρόπο που παρέχονται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα μεταθέτοντας το κέντρο βάρους περίθαλψης στην κοινωνική φροντίδα από την έως τις μέρες μας ασυλικού τύπου φροντίδα. Ο κύριος στόχος είναι να δημιουργηθούν αποτελεσματικά κοινωνικά δίκτυα υπηρεσιών ψυχικής υγείας ώστε κάθε άτομο που φέρει ψυχιατρική ασθένεια να αντιμετωπίζει τα προβλήματά του στους χώρους δραστηριοποίησής του με τις ελάχιστες δυνατές συνέπειες στιγματισμού και περιθωριοποίησης. Το πρόγραμμα "Ψυχαργός" αναπτύχθηκε την περίοδο 2000 - 2009 με απώτερο σκοπό την εξάλειψη του αποκλεισμού εύρεσης εργασίας για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες και τον αποϊδρυματισμό των ψυχιατρικά ασθενών που νοσηλεύονται σε μεγάλα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Η τελευταία φάση του Προγράμματος "Ψυχαργός" είναι σε εφαρμογή από το 2010 και περιλαμβάνει μεταξύ άλλων δράσεις που θα διαρκέσουν ως το 2020 όπως (28):

- Χρηματοδότηση από το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΣΠΑ) για την τεχνική υποστήριξη υλοποίησης του έργου του προγράμματος.
- Δημιουργία Παρατηρητηρίου Ψυχικής Υγείας με βασικό σκοπό τη μετάδοση έγκυρης και επικαιροποιημένης πληροφόρησης που αφορά στον τομέα της ψυχικής υγείας σε διάφορους αποδέκτες όπως επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, ερευνητές, στελέχη δημοσίων υπηρεσιών, πολίτες. Το Παρατηρητήριο αφού συλλέξει δεδομένα και στοιχεία από επιδημιολογικές μελέτες που εκπονούνται σε όλη την Ελλάδα στον τομέα των ψυχικών διαταραχών, τα επεξεργάζεται με στόχο την αποτύπωση του προφίλ της ψυχικής υγείας στις διάφορες περιοχές στη χώρα μας (29).

B) Παρόλη την ευεργετική επίδραση της μεταρρύθμισης "Ψυχαργός" στην χώρα μας, έρευνα του Organisation for Economic Co-operation Development (OECD) τον Νοέμβριο του 2010

για την Ψυχική Υγεία στα Κράτη Μέλη του Οργανισμού (σε σύνδεση με τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης σε παγκόσμιο επίπεδο) κατέδειξε κατακόρυφη αύξηση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε αρκετές χώρες, *με πρώτη την Ελλάδα*. Η διαδικασία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έχει τρωτά σημεία και έτσι προτάθηκε αναθεώρηση του "Ψυχαργώς" μέσω αξιολόγησης (30)¹, εφαρμογής της τομεοποίησης, ελέγχου και ανάλογης ανταμοιβής της ποιότητας των υπηρεσιών, συνεργασίας κρατικών και ιδιωτικών φορέων ψυχικής υγείας, και ανάθεσης του έργου του ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών και του σεβασμού των νοσηλευόμενων στις ιδιωτικές κλινικές στο ΥΥ (31).

Γ) Για να αξιοποιήσουμε την παραπάνω μεταρρύθμιση και να την εξειδικεύσουμε στον τομέα της αναπαραγωγής πρέπει να συλλέξουμε στοιχεία και να επωφεληθούμε και από τις μέχρι τώρα δράσεις ή on going projects όπως του Υ.ΠΟ.ΠΑΙ.Θ που αφορά σε ζητήματα που άπτονται της σεξουαλικής ζωής των νέων, και δράσεις όπως φορέων για τον οικογενειακό προγραμματισμό. Όσον αφορά στις δράσεις του Υ.ΠΟ.ΠΑΙ.Θ το υπουργείο μέσω της Γενικής Γραμματείας Νέας Γενιάς προέβη στην σύσταση του Προγράμματος "Σεξ και Νέοι". Η σεξουαλική ζωή των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων (π.χ. άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια) ανήκει στις

θεματικές που στοχεύει να θίξει το Πρόγραμμα. Επιπλέον, το πρόγραμμα αποσκοπεί να ευαισθητοποιήσει τους νέους μέσω της έναρξης εκστρατείας ενημέρωσης με θέμα "Νέοι & Αντισύλληψη" αξιοποιώντας τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (social media), εκδίδοντας ενημερωτικά φυλλάδια, οργανώνοντας ημερίδες, και δημιουργώντας ραδιοτηλεοπτικά σποτ (32). Εκτός από τις εκστρατείες ενημέρωσης σημαντικό ρόλο παίζουν και οι δράσεις του Ο.Π. τόσο από ιδιωτικούς φορείς όσο και από τα ανάλογα τμήματα δημοσίων Νοσοκομείων. Χαρακτηριστικά μπορούμε να αναφέρουμε την *Δράση της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας* μέσω α) της Πληροφόρησης στο πλατύ κοινό (ομιλίες σε δήμους - οργανώσεις - επιστημονικές εκδηλώσεις - σεμινάρια - συνέδρια - εκπαιδευτικά προγράμματα), β) της Επιμόρφωσης εκπαιδευτικών, γ) της χορήγησης αντισυλληπτικών μεθόδων, δ) της Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης σε Μαθητές Σχολείων της Ελλάδος, ε) της Πρόληψης Γυναικείου Καρκίνου και Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων και στ) της Συμβουλευτικής γάμου - Συμβουλευτικής Συντροφικότητας (33). Όσον αφορά τώρα στον Δημόσιο Τομέα σχετικά με τον Ο.Π., ο σκοπός της λειτουργίας *τμημάτων όπως της Β' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών - Αρεταίειο* είναι η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε θέματα ισότητας, αντισύλληψης, σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας όπως:

- Γυναικολογικές εξετάσεις που περιλαμβάνουν την πρόληψη και τον έλεγχο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, διακοπή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ψυχοσωματική προετοιμασία για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.
- Ενημέρωση για την υγιεινή του γεννητικού συστήματος, για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, για την αντισύλληψη, τον προγραμματισμό μιας επιθυμητής εγκυμοσύνης, την υπογονιμότητα, τον προγεννητικό έλεγχο.
- Συμβουλευτική όπως γονεϊκότητας και βίας στην οικογένεια.
- Διοργάνωση ενημερωτικών ημερίδων σε σχολεία της Επικράτειας και επισκέψεις μα-

¹ Προσαρμογή της οργανωτικής διάρθρωσης της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας με νέα τμήματα βασισμένα σε λειτουργίες διοίκησης (προγραμματισμός, παρακολούθηση, έλεγχος κλπ), με επαρκή ποσοτική και ποιοτική στελέχωση. Αντιμετώπιση προβλημάτων χρηματοδότησης του συστήματος με ρύθμιση της τακτικότητας της χρηματοδότησης και την αναζήτηση ενός συστήματος χρηματοδότησης. Για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα στελέχωσης των νέων υπηρεσιών ο τομέας της ψυχικής υγείας προτείνεται να εξαιρεθεί από τον περιορισμό των προσλήψεων στον δημόσιο τομέα μέσω και της αξιοποίησης της χρηματοδότησης της Ε.Ε. Επίσης υπάρχει επιτακτική ανάγκη ανάληψης πρωτοβουλιών για διατομεακή συνεργασία του ΥΥ με το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Υπουργείο Πολιτισμού, Παιδείας και Θρησκευμάτων (Υ.ΠΟ.ΠΑΙ.Θ) και το Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων για τα θέματα ψυχικής υγείας.

θητών στο Τμήμα Ο.Π. για ενημέρωση που αφορά σε όλα τα παραπάνω (34).

Έτσι λαμβάνοντας υπόψη τις δράσεις της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης "Ψυχαργώς" μέσω του ΥΥ και τις δράσεις των ιδιωτικών και των δημοσίων φορέων σχετικά με το ζήτημα της αναπαραγωγής μπορούμε να δημιουργήσουμε τις προϋποθέσεις για την όσο πιο αντικειμενικά σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος που αφορά στην αντισύλληψη και στείρωση σε ασθενείς με σοβαρή ψυχιατρική νόσο που να συνάδει βέβαια με το πλαίσιο του WHO mental health action plan 2013-2020.

10. Συμπέρασμα

Έστερα από όσα αναφέραμε εύλογα καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι γονείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν μπορούν να αναθρέψουν σωστά και με ασφάλεια ένα παιδί και δεν είναι σε θέση να πάρουν την απόφαση να μην κάνουν παιδί. Όμως, το Δίκαιο και το τεράστιο δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η χώρα μας έρχονται πολλές φορές σε σύγκρουση με το συμφέρον των παιδιών που θα έρθουν στην ζωή από γονείς που φέρουν ΣΨΝ. Τι κάνουμε; Ιδρύουμε περισσότερα τροφεία για να μεγαλώσουν τα παιδιά τα οποία έφεραν στην ζωή γονείς-ψυχιατρικά ασθενείς και είναι αμφίβολο αν θα μπορέσουν να μεγαλώσουν σωστά ή εφαρμόζουμε στους σοβαρά ψυχιατρικά ασθενείς ιατρικές πρακτικές όπως η αντισύλληψη ή και η στείρωση για να μην αναπαράγονται (35); Η γνώμη μου είναι ότι οι εκάστοτε νομοθέτες πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και να μεριμνούν και για τα δι-

καιώματα των παιδιών που ενδέχεται να γεννηθούν από ασθενείς με ΣΨΝ με την νομιμοποίηση της εφαρμογής μεθόδων γενετικού ελέγχου κατ' εξαίρεση υπό την προϋπόθεση ότι κανείς δεν πρέπει να στερώνεται χωρίς να έχουν πρώτα εξαντληθεί όλα τα μέσα σωστής ενημέρωσης (παρουσία θετικών και αρνητικών συνεπειών, εναλλακτικών λύσεων) με την ανιδιοτελή συμβολή των νομίμων αντιπροσώπων των νοσούντων και ιατρών αυτών αφού οι σοβαρά ψυχιατρικά ασθενείς δεν είναι σε θέση από μόνοι τους να αντιληφθούν/επεξεργαστούν όλη την πληροφορία ώστε να συναινέσουν. Δεν είναι ατομικό δικαίωμα η αναπαραγωγή. Αν και στις μέρες μας υπερτονίζονται συνήθως τα ατομικά δικαιώματα, λησμονούνται οι υποχρεώσεις και η κοινωνική ευθύνη. Οπότε τα ατομικά δικαιώματα πρέπει να συνδυάζονται με τα δικαιώματα των άλλων και γενικότερα της κοινωνίας (36). Έτσι, για να προστατευτούν τα δικαιώματα όλων πρέπει να δοθεί έμφαση στην πρόληψη και να εφαρμοστούν στρατηγικές όπως αναλυτικά περιγράψαμε ώστε να λαμβάνονται οι λιγότερο επώδυνες αποφάσεις για όλους τους εμπλεκόμενους. Εξάλλου, η ηθική για να είναι αντικειμενική οφείλει να υπηρετεί το συμφέρον όλων. Άλλωστε δεν θα κάναμε κριτική στο κοινωνικά 'αποδεκτό' αν καθετί το αποδεκτό ήταν και ηθικό (37). Για αυτό καλό θα ήταν σε ένα τέτοιο κρίσιμο ηθικό δίλημμα όταν δεν μπορούν η κοινωνία και οι δικαστικοί νόμοι να συμπλεύσουν με τους ηθικούς άγραφους νόμους να πρωτανεύει η λογική της ηθικής με πρωταρχικό κριτήριο το συμφέρον του παιδιού.

Παράρτημα. Σοβαρές Ψυχικές Διαταραχές (βάσει του Ενιαίου πίνακα προσδιορισμού ποσοστού αναπηρίας, 2012).

Άνοια τύπου Alzheimer

Άνοια τύπου Pick (Μετωποκροταφική), νόσος Creutzfeldt-Jacob (CJD), Χορεία Huntington (HD)

Οξεία συγγυτικά σύνδρομο (Delirium)

Σύνδρομο οργανικής αμνησίας που δεν οφείλεται σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών

Διαταραχές οφειλόμενες σε Εγκεφαλική βλάβη

Διαταραχές οφειλόμενες σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών

Αυτισμός, Σύνδρομο Rett, Σύνδρομο Asperger²

Βαριά Νοητική Υστέρηση

Σχιζοφρένεια

Διπολική διαταραχή

Παραληρητικές διαταραχές

Διαταραχές στην λήψη τροφής

Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή

Σύνδρομο Down

Σύνδρομο Klinefelter

Ιδεοψυχαναγκασμός όταν υπάρχει ψυχωσική εκτροπή

Βιβλιογραφία

1. Κολίσης ΦΝ, Παπαδημητρίου Γ, Λύκουρας Ε, Δουζένης Α, Θελερίτης Χ, Κάττουλας Ε, Γκαράνη - Παπαδάτου Τ, Πολίτης Α, Σκαλτσή Π, Οικονόμου-Λαλιώτη Μ, Καρύδη ΜΒ, Χειλάκος Ι, Νομίδου ΝΕ, Σκόρδος Λ, Τερζίδου Μ, Τσακλακίδου Δ, Λιάππας ΙΑ, Κοκκέβη Α, Τζινιέρη-Κοκκώση Μ, Μανουσέλης Σ, Σάλλα Τ, Λεωνίδου-Σακαλή ΕΑ. Ψυχική υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις - Προβληματισμοί. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα, 2011: 199.
2. Παναγιωτοπούλου - Κασσιώτου Μ. Οικογένεια και ψυχική υγεία: Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2011.
3. Ενιαίος πίνακας προσδιορισμού ποσοστού αναπηρίας. 2012. ΦΕΚ1506β/2012. Ψυχικές Διαταραχές: 23412-23417.
4. Levenson JL. Legal issues in the Interface of Medicine and Psychiatry 2013.
5. ΚΙΔ (Ν3418/2005). Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ 287: 5391-5402.
6. Μήττα Α. Η συναίνεση του ασθενούς σύμφωνα με το νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας (Ν.3418/2005). Εργασία στο μάθημα 'Ιατρικό Δίκαιο' Τμήματος Νομικής Πανεπιστήμιο Αθηνών 2008.
7. Recommendation No. REC 2004. 10 concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers Rec 2004.
8. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης. Προβληματισμοί από την εφαρμογή των μηχανισμών προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ελλάδα: 54-58.
9. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. Γνώμη. Συναίνεση στη σχέση ιατρού - ασθενούς. 2010.
10. Veloyianni L. Moral and social problems related to the sterilization of the mentally retarded but sexually active persons. Ann Clin Pediatr Univ Atheniensis 2004, 51: 133-138.
11. Fernandez Torres JJ, Grizzle M. EU development aid: coercive abortion & sterilisation. White Paper. World Youth Alliance Europe, 2012.
12. Savell, K. Sex and the Sacred: Sterilization and bodily integrity in English and Canadian Law. McGill Law Journal 2004, 49: 1093-1141.
13. WHO resource_book on mental health. Human rights and Legislation. Stop Exclusion, dare to care. Limitation of Rights 2005: 16-17.
14. Cabal L. Regressive contraception policies 'failing women' in EU. 2012.
15. Διεθνής σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού ΟΗΕ. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2101/1992 (ΦΕΚ Α 192). Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού. Η κυρωθείσα με τον παρόντα νόμο διεθνής σύμβαση, έχει τεθεί σε ισχύ στις 10.6.1993 σύμφωνα με την Ανακοίνωση υπ' αρ.Φ.0546/76/ΑΣ461/Μ.3980/1993 (ΦΕΚ Α 166).
16. Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου. (Ξενώνας Μελία).
17. Κέντρο βρεφών Η Μητέρα. Παρουσίαση Έκθεσης Πεπραγμένων Ιανουαρίου - Δεκεμβρίου 2012.
18. Κρέτση Δ, Καζαλάκη, Ε, Μελαδάκη Α. Οι επιπτώσεις της ανεπιθύμητης γονιμότητας στην νεαρή ηλικία. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας - Τμήμα Νοσηλευτικής - Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Ηράκλειο. Πτυχιακή 2007.

² Η Αμερικανική Ένωση Ψυχιατρικής παρουσίασε στις 18-19.5.2013 την πολυαναμενόμενη -αλλά και αμφιλεγόμενη- νέα έκδοση του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5 (DSM-5), τη «βίβλο» στην οποία βασίζονται οι ψυχιατρικές διαγνώσεις κυρίως στις ΗΠΑ αλλά και σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με το DSM-5 το λεγόμενο «σύνδρομο του Άσπεργκερ» καταργείται ως διάγνωση (38).

19. Μπέγζος ΜΠ, Παπαθανασίου ΑΝ. Θέματα Χριστιανικής Ηθικής. Βιβλίο Γ' Γενικού Λυκείου, ΟΕΔΒ 2010: 97.
20. Φαράντος Μ. Τα αντισυλληπτικά από άποψη ηθική. 2012.
21. Κατσιμίγκας Γ, Βασιλοπούλου Γ. Ανασκόπηση-Βασικές αρχές βιοηθικής και ορθόδοξης ηθικής. Το βήμα του Ασκληπιού 2010, 9: 158-170.
22. Lees R, Mills G, Lapointe T, Walcott B. When a parent is mentally ill. 2008.
23. Laurinck B, Ettenreich-Koschinsky A, Ruth U. Supporting the Children of Mentally Ill Parents. 7th Hope Congress, Munich. 2010.
24. Beeck K. Emergency letters for children of mentally ill parents. Information and guidelines for parents and professionals who work with. 2011.
25. Heitmann D, Schmuhl M, Reinisch A, Bauer U. Primary prevention for children of mentally ill parents: The Kanu-program. J Public Health 2012, 20: 125-130.
26. Τρομπέτα ΜΑ. Το κοινωνικό μάρκετινγκ ως εργαλείο πρόληψης της ενδοοικογενειακής κακοποίησης του παιδιού. Δυνατότητες εφαρμογής του από τους αρμόδιους φορείς στην Ελλάδα. Διπλωματική εργασία Μ.Β.Α. Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών 2011.
27. WHO A66/10. Draft comprehensive mental health action plan 2013-2020, Report by the Secretariat. 2013.
28. Ψυχαργός
(<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>).
29. Ψυχαργός
(<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=1581&nt=19&lang=1>).
30. Συμπεράσματα και προτάσεις - On going αξιολόγηση 2010-2015. Στο πλαίσιο του έργου: «Αξιολόγηση κατά την διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης "Ψυχαργός" από το 2011 μέχρι και το 2015». 2012.
31. ΕΕΔΑ. Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου. Ετήσια Έκθεση 2011. Αποφάσεις - θέσεις της ΕΕΔΑ και ανταπόκριση της πολιτείας 2012: 61-80, 246.
32. Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς.
33. Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αντισύλληψης και Αναπαραγωγικής Υγείας. Δράση.
34. Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού της Β' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών - Αρεταίειο.
35. Sterilization for the safety of All. 2012.
36. Καλλιακμάνης ΒΙ. Η θεολογική άποψη στο δικαίωμα της αναπαραγωγής. Εισήγηση στο συνέδριο με θέμα: Πρόσφατες εξελίξεις και αντιπαραθέσεις στην Ιατρική της ανθρώπινης αναπαραγωγής. 2005.
37. Τσινόρεμα Σ. Λάθη, πλάνες, εξαιρέσεις στην (βιο)ηθική. Απόσπασμα από την ομιλία-σεμινάριο που έλαβε χώρα στις 09.03.2013 στο αμφιθέατρο της Νευρολογικής κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου Αθηνών στο πλαίσιο των 'Συζητήσεων για τον λόγο στο Αιγινήτειο 2012-2013'.
38. Λεπτές κόκκινες γραμμές - Η νέα «βίβλος της ψυχιατρικής» βάζει την ψυχιατρική στο ντιβάνι. 2013.