

## Κεφάλαιο 1

# Οικογένεια και Οικογενειακός Προγραμματισμός

Ν. Σαλάκος

### Ορισμός οικογένειας

Η οικογένεια αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους θεσμούς κάθε κοινωνίας και μια από τις κυριότερες μορφές οργάνωσης της συλλογικής ανθρώπινης ζωής.

Οι βασικοί σκοποί που επιδιώκονται με την οικογένεια είναι:

Η βιολογική αναπαραγωγή

Η ανατροφή των απογόνων

Η εκπαίδευση και η αγωγή τους

Η αμοιβαία προστασία των ατόμων που συνδέονται μεταξύ τους με συγγενικούς δεσμούς.

### Ορισμός οικογενειακού προγραμματισμού

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός (Ο.Π.) είναι όλες οι ενέργειες που πρέπει να σκεφτεί και στη συνέχεια να αποφασίσει και να υλοποιήσει το νεαρό ζευγάρι για να μπορέσει να προγραμματίσει με επιτυχία την οικογενειακή του πορεία και εξέλιξη. Ο Ο.Π. εκφράζει τη συνειδητή αντιδιαστολή ανάμεσα σε δυο βασικές βιολογικές λειτουργίες, τη γενετήσια και την αναπαραγωγική, και αποσκοπεί στη δημιουργία οικογενειών από ευτυχισμένους γονείς και επιθυμητά, υγιή παιδιά.

### Στόχοι

Η διάδοση και η ορθολογική χρήση των μέσων αντισύλληψης

Η αποφυγή των ανεπιθύμητων κυήσεων

Η προγραμματισμός επιθυμητών κυήσεων

Η ρύθμιση του χρόνου των γεννήσεων σε σχέση με την ηλικία των γονέων

Ο καθορισμός του αριθμού των παιδιών στην οικογένεια

Η γέννηση υγιών παιδιών

Μία σύντομη αναδρομή στην ιστορία του Ο.Π. σε διεθνή κλίμακα κρίνεται όχι μόνο χρήσιμη αλλά και απαραίτητη, για να εκτιμηθεί η σημασία του θεσμού και η πορεία του στη χώρα μας.

## Ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός, ως κίνημα, άρχισε στις αρχές του αιώνα μας με πρωτοπόρους τρεις γυναίκες την Margaret Sanger, νοσοκόμα σε βιομηχανική περιοχή της Ν. Υόρκης στις ΗΠΑ το 1912 (Εικόνα 1.1), την Mary Stope, ιατρό (Εικόνα 1.2), και την Edith Howmartyn στη Μ. Βρετανία το 1915 (Εικόνα 1.3).



Εικόνα. 1.1: Margaret Sanger Εικόνα. 1.2: Mary Stope Εικόνα. 1.3: Edith Howmartyn

Στο ξεκίνημα της η M. Sanger συνέδεσε το κίνημα αυτό μόνο με την υγεία και την ευτυχία της οικογένειας και έτσι ονομάστηκε «κίνηση για τον έλεγχο των γεννήσεων». Η M. Sanger υποστήριζε ότι ο έλεγχος των γεννήσεων και η απελευθέρωση της γυναίκας από τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συνδέεται άμεσα με την προαγωγή της υγείας της μητέρας και του παιδιού.

Στα χρόνια που ακολούθησαν η κίνηση αυτή λάμβανε συνεχώς όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις και σ' αυτό βοήθησε αποφασιστικά η υιοθέτησή της από τα γυναικεία σωματεία, κυρίως της Αγγλίας.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός θα περάσει πολλά κρίσιμα στάδια.

Το 1916 η Margaret Sanger, η πιο μαχητική πρωτοπόρος της ιδέας ελέγχου των γεννήσεων, λειτουργεί στη Νέα Υόρκη την πρώτη κλινική ελέγχου των γεννήσεων. Η ενέργεια αυτή θεωρήθηκε επαναστατική και η Sanger συλλαμβάνεται και φυλακίζεται. Αυτό όμως δεν αποθαρρύνει τη M. Sanger και τους φίλους της, οι οποίοι συνεχίζουν το έργο τους και το 1921 συγκροτούν στην Αμερική τον «Σύνδεσμο ελέγχου των γεννήσεων» (Birth Control).

Στο Λονδίνο, η ιατρός Mary Stope ανοίγει το 1921 τη δική της κλινική, «Mary Stope Mother's Clinic for Birth Control».

Το 1930 συγκαλείται στη Ζυρίχη η πρώτη διεθνής συνάντηση για τον έλεγχο των γεννήσεων στην οποία παίρνουν μέρος αντιπρόσωποι από 12 χώρες, με γενικό σκοπό την περαιτέρω εξάπλωση και διεθνοποίηση του κινήματος. Ταυτόχρονα, η συνάντηση αυτή είχε και ένα πιο ειδικό σκοπό, να πλησιάσει και να εξασφαλίσει την υποστήριξη του ιατρικού κόσμου, γεγονός που σε ένα βαθμό το κατόρθωσε.

Περληπτικά οι προτάσεις της συνάντησης της Ζυρίχης ήταν:

1. Ο έλεγχος των γεννήσεων πρέπει να θεωρηθεί αντικείμενο της δημόσιας υγείας και της προληπτικής ιατρικής.

2. Η αντισύλληψη είναι ο κυριότερος τρόπος περιορισμού της συχνότητας των εκτρώσεων.

3. Η αντισύλληψη πρέπει να εισαχθεί στα εκπαιδευτικά προγράμματα των Ιατρικών Σχολών.

4. Η στειροποίηση θα πρέπει να επιτρέπεται για λόγους θεραπευτικούς, όπου η αντισύλληψη δεν μπορεί να εφαρμοσθεί.

5. Οι ιατροί δε θα πρέπει να χορηγούν αντισυλληπτικά, για τα οποία δεν είναι γνωστή η χημική τους σύνθεση.

Στη συνέχεια, μέχρι την έναρξη του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, το κίνημα ελέγχου των γεννήσεων άρχισε να εξαπλώνεται προοδευτικά σε Ευρώπη, Ασία και Βόρεια Αμερική. Κατά τη διάρκεια όμως του πολέμου η πρωτοβουλία της Ζυρίχης για διεθνή συνεργασία στον τομέα αυτό διακόπηκε εξ ολοκλήρου. Η πρόοδος δημιουργίας δομών παροχής υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού σταμάτησε λόγω της αδυναμίας των κυβερνήσεων σε οργανωτικό επίπεδο, αλλά και της έλλειψης πόρων. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της έλλειψης ελαστικού για την παραγωγή αντρικών προφυλακτικών.

Μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου άρχισαν να γίνονται προσπάθειες για την ανασύνταξη των οργανώσεων που ενδιαφέρονταν για το αντικείμενο αυτό.

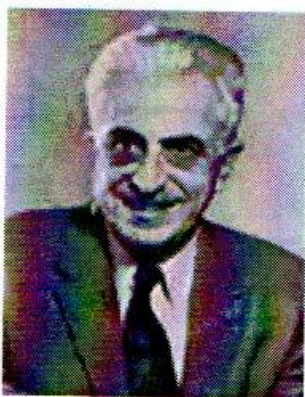
Η Σουηδέζα Elise Ottesen-Jensen, για να δώσει συνέχεια στις πρωτοβουλίες της Ζυρίχης, οργανώνει το 1946 διεθνές συνέδριο στη Στοκχόλμη, στο οποίο κυριάρχησε το θέμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Στη συνάντηση αυτή συμφωνήθηκε ότι όλες οι μελλοντικές δραστηριότητες της κίνησης θα έπρεπε να αποσκοπούν στην πραγματοποίηση του παρακάτω βασικού σκοπού: «...την προώθηση της σωματικής και πνευματικής υγείας, την ευημερία και την ευτυχία του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας, σ' ένα καινούργιο και ενωμένο κόσμο...». Ανάμεσα στα ψηφίσματα της Στοκχόλμης, το πρώτο ήταν: «Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα να είναι επιθυμητό και από τους δυο γονείς και όλοι οι γονείς έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για τον αριθμό των παιδιών που θα φέρουν στον κόσμο».

Η επόμενη διεθνής συνάντηση μετά τη Στοκχόλμη έλαβε χώρα στο Cheltenham το 1948 με θέμα «Population and World Resources», για να ακολουθήσει το Γ΄ Παγκόσμιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού στη Βομβάη το 1952. Εκεί ιδρύθηκε η «Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού» [(International Planned Parenthood Federation (IPPF)] με ιδρυτικά μέλη τις Εταιρίες Οικογενειακού Προγραμματισμού των ακόλουθων κρατών: Ινδία, ΗΠΑ, Ολλανδία, Σουηδία, Γερμανία, Σιγκαπούρη και Χονγκ-Κονγκ. Η M. Sanger και η Lady Ramma Rau εξελέγησαν πρώτες πρόεδροι της ομοσπονδίας. Η ίδρυση της IPPF απετέλεσε διεθνώς ένα βασικό σταθμό στην ιστορία του Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Στα μέσα της δεκαετίας του '50 και συγκεκριμένα το 1956 μετά από επίπονες έρευνες οι G. Pincus (Εικόνα 1.4), του ιδρύματος Πειραματικής Βιολογίας Worcester της Μασαχουσέτης, M.C. Chang και J. Roch δημιουργούν το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι, το οποίο αποτέλεσε μια σημαντική επανάσταση στο χώρο της αντισύλληψης.

Ένας άλλος σταθμός στην εξέλιξη του Οικογενειακού Προγραμματισμού, ήταν η αναγνώρισή του από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ).

Η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, για πρώτη φορά το 1966 διακήρυξε ότι «κάθε οικογένεια θα πρέπει να καθορίζει ελεύθερα τον αριθμό των μελών της» (General Assembly,



Εικόνα 1.4: G. Pincus

Resolution 2211). Δύο χρόνια αργότερα το 1968, στην 20ή επέτειο από την ίδρυση του ΟΗΕ στην Τεχεράνη, το Παγκόσμιο Συνέδριο των Δικαιωμάτων του Ατόμου, διευρύνοντας και εξατομικεύοντας το δικαίωμα τεκνογονίας, διατύπωσε την αρχή ότι είναι βασικό δικαίωμα των γονέων:

1. Να επιλέγουν ελεύθερα και υπεύθυνα τον αριθμό και τη χρονική κλιμάκωση γέννησης των παιδιών τους.

2. Να έχουν επαρκή κατάρτιση και πληροφόρηση σ' αυτό τον τομέα (Resolution XVIII).

Καθοριστική είναι η απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του 1969, (General Assembly, Resolution 2542 Article 22), η οποία συνιστά στα κράτη – μέλη του ΟΗΕ να εξασφαλίσουν όχι μόνο τις απαραίτητες γνώσεις, αλλά και τα κατάλληλα μέσα για τον έλεγχο της γονιμότητας, ώστε το ζευγάρι να μπορεί να αποφασίσει ελεύθερα και υπεύθυνα για το αν και πότε θα τεκνοποιήσει καθώς και για τον αριθμό των τέκνων. Με την απόφαση αυτή οι ευθύνες άσκησης του δικαιώματος της ελεύθερης τεκνογονίας κατανέμονται μεταξύ κράτους και ατόμου. Η καθολική αποδοχή των αρχών του Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτυπώνεται και στα «Παγκόσμια Σχέδια Δράσης για τον Πληθυσμό» που αποδέχτηκαν ομόφωνα τα κράτη - μέλη του ΟΗΕ στις Παγκόσμιες Συνεδριάσεις Πληθυσμού στο Βουκουρέστι (1974) καθώς και στην Πόλη του Μεξικού (1984). Ακόμη, το θεσμό του Οικογενειακού Προγραμματισμού αποδέχθηκε ανεπιφύλακτα το Συμβούλιο της Ευρώπης, συνιστώντας, με δύο αποφάσεις του (το 1975 και το 1978), στα κράτη-μέλη του να λάβουν διοικητικά και νομοθετικά μέτρα, ώστε το άτομο ελεύθερο και υπεύθυνο να μπορεί να ρυθμίζει την τεκνοποίησή του, έχοντας στη διάθεσή του τις απαραίτητες πληροφορίες και τις κατάλληλες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες.

Τελευταία, καταβάλλεται προσπάθεια και από πλευράς κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), να θεσπιστεί ενιαία στρατηγική ως προς την χάραξη της δημογραφικής πολιτικής, στα πλαίσια της οποίας κυρίαρχη θέση αποδίδεται στον Οικογενειακό Προγραμματισμό.

### Τα πρώτα αντισυλληπτικά δισκία

Το 1961 η εταιρεία Searle κατόρθωσε να λάβει την έγκριση για το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι «Enovid», το οποίο περιείχε 5mg Norethynodrel και 75μg Mestranol. Χρειάστηκαν άλλα 10 χρόνια μέχρι οι ανύπαντρες γυναίκες στην Αμερική να κατορθώσουν να έχουν πρόσβαση στη χορήγηση του συγκεκριμένου σκευάσματος.

Στις αρχές της δεκαετίας του '60, κλινικές μελέτες με ένα άλλο αντισυλληπτικό «Anovlar» που περιείχε 4mg Norethisterone και 50μg Ethinylestradiol είχαν αρχίσει παράλληλα από την εταιρεία Schering στο Βερολίνο της Γερμανίας. Οι μελέτες πραγματοποιήθηκαν κυρίως στη Μεγάλη Βρετανία και στο Βέλγιο. Ένα χρόνο αργότερα η εταιρεία Organon, στην Ολλανδία, ακολούθησε με ένα άλλο σκεύασμα, το «Lyndiol» με 2,5mg Lynestrenol (ένα παράγωγο του Norethisterone) και 75μg Mestranol.

Άλλοι ερευνητές είχαν εστιάσει στη δράση των οιστρογόνων πάνω στην ωορρηξία.