

## Οικογενειακός προγραμματισμός στη Γ' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ.

Β. Καραγιάννης, Δ. Ρούσσο, Α. Μамopoulos, Ι. Τσιμπανάκος, Θ. Καραγιάννης

Γ' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ. Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

**Περίληψη.** Οικογενειακός προγραμματισμός είναι το δικαίωμα των γονέων να αποφασίζουν με τη θέλησή τους για τον αριθμό των παιδιών που θέλουν να αποκτήσουν, σύμφωνα πάντοτε με τους κανόνες υγείας που εγγυώνται την ασφαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης και την υγεία της μητέρας και του παιδιού<sup>1</sup>.

Στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η προφύλαξη από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες με διάφορους τρόπους αντισύλληψης, η πρόληψη ασθενειών που εμποδίζουν την αναπαραγωγική δυνατότητα και ο προγεννητικός έλεγχος που οδηγεί σε ασφαλή τεκνοποίηση.

Στο ιατρείο του Οικογενειακού Προγραμματισμού της Γ' Μαιευτικής- Γυναικολογικής Κλινικής προσέρχονται άνθρωποι και ζητούν συμβουλές για αντισύλληψη, αλλά και εγκυμονούσες για προγεννητικό έλεγχο ή διακοπή της εγκυμοσύνης. Στην ίδια κλινική διενεργούνται περίπου 200 εκτρώσεις ετησίως. Από αυτές μόνον το 10% γίνεται για ιατρικούς λόγους, ενώ το 90% γίνεται για διάφορους κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους.

**Abstract.** V. Karagiannis, D. Rousso, A. Mamopoulos, J. Tsimbanakos, Th. Karagiannis. *Family planning in the 3rd Obstetric and Gynecologic Clinic of Aristotelian University of Thessaloniki.* Family planning is defined as the right of the parents to decide, with their willingness, about the number of children they wish to have; this should always be in accordance to the rules of health that guarantee the safe process of pregnancy and the health of mother and child.

The aim of family planning is the prevention of undesired pregnancies using several methods of contraception, the preclusion of illnesses that obstruct the reproductive ability and the prenatal control that leads to a healthy newborn.

The Family Planning Outpatient Department of the 3<sup>rd</sup> Dept of Obstetrics & Gynecology accepts people that proceed for contraception counselling. It also accepts pregnant women who ask for prenatal control or for artificial abortion. In this clinic, about 200 artificial abortions are conducted every year. Only 10% of these abortions are done for medical reasons, with the rest 90% for several social- economic reasons.

**Λέξεις κλειδιά:** κύηση, τεχνητή αποβολή, οικογενειακός προγραμματισμός

**Key words:** pregnancy, artificial abortion, family planning

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:** Β. Καραγιάννης, Γ' Μαιευτική- Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», Κωνσταντινουπόλεως 49 - 546 42 Θεσσαλονίκη - Τηλ. 2310-892120, telefax 2310-992950 - e-mail karagian@med.auth.gr

**Corresponding author:** Karagiannis V, 3<sup>rd</sup> Dept of Obst & Gyn Hippokratio General Hospital, 49 Konstantinoupoleos str., 546 42 Thessaloniki Greece, e-mail karagian@med.auth.gr

Η επιθυμία του ανθρώπου να ελέγξει τη γεννητικότητα είναι δεμένη με την ίδια την ιστορική του πορεία. Το 4000 π.Χ. στον πάπυρο Ebers αναγράφονται οδηγίες και συμβουλές για την αποφυγή ανεπιθύμητης σύλληψης. Στην αρχαία ελληνική γραμματεία υπάρχουν κείμενα του Αριστοτέλη που αναφέρονται σε κάποια μορφή ελέγχου των γεννήσεων<sup>1,2</sup>.

Μεταγενέστεροι μελετητές ασχολούνται με την πιθανή εξαθλίωση του ανθρώπινου γένους, λόγω της γεωμετρικής αύξησης του πληθυσμού, έναντι της αριθμητικής αύξησης των αγαθών και της γεωργικής παραγωγής. Αντίθετα σήμερα αρκετοί δημογράφοι και κοινωνιολόγοι προβλέπουν ραγδαία μείωση του πληθυσμού και γι' αυτό το λόγο δεν είναι σύμφωνοι με τον έλεγχο των γεννήσεων.

### Βιολογικό - Κοινωνικό- Οικονομικό υπόβαθρο του οικογενειακού προγραμματισμού

Η κανονική διαδοχή των γενεών διασφαλίζεται σή-

μερα με 2-3 γεννήσεις ζώντων τέκνων κατά οικογένεια, έναντι των 5-7 και περισσότερων του παρελθόντος όπου υπήρχε μεγάλη θνησιμότητα. Σε χώρες με χαμηλή γεννητικότητα και ιδιαίτερα προβλήματα, όπως η Ελλάδα, καλό είναι οι γενεαλογικοί δημογραφικοί δείκτες να παραμένουν μονίμως σε επίπεδο, το οποίο εγγυάται την υπεροχή των γεννήσεων και την αύξηση του πληθυσμού. Η υπεροχή αυτή επιτυγχάνεται όταν η γεννητικότητα είναι γύρω στο 1,3- 1,5% και η θνησιμότητα στο 0,8-1%<sup>4</sup>.

Τα τελευταία χρόνια η θέση της γυναίκας στην κοινωνία έχει αλλάξει ριζικά. Ο ρόλος της, τόσο μέσα στην οικογένεια όσο και στην κοινωνία, στην εκπαίδευση, στην πολιτική, στη διοίκηση και γενικά σ' όλους τους τομείς έχει αναβαθμισθεί αισθητά. Η γυναίκα συμμετέχει παντού, γι' αυτό μια μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη μπορεί να σημαίνει γι' αυτή σοβαρό εμπόδιο στην εξέλιξη της και την οικονομική της ανέλιξη ακόμη μπορεί να σημαίνει αύξηση οικονομικών βαρών

που πιθανόν η ίδια ή ο σύζυγος να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν<sup>5</sup>.

Η ανεξέλεγκτη, με την έννοια του τυχαίου, γεννητικότητα έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Μετά το γάμο ο σχηματισμός της οικογένειας περιλαμβάνει κάποιον προγραμματισμό σχετικά με τον αριθμό των παιδιών που θέλει ν' αποκτήσει η οικογένεια, αλλά και σχετικά με το χρόνο τεκνοποίησης και του παρεμβαλλομένου μεταξύ των γεννήσεων χρονικού διαστήματος. Μ' αυτή τη μορφή ο Ο.Π. λειτουργεί συμβουλευτικά και επιτυγχάνεται το ιδανικό μέγεθος της οικογένειας, αλλά και λύνονται τα όποια οικονομικά προβλήματα της οικογένειας<sup>6,7</sup>.

### Στόχοι και οράματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού

Ένας από τους στόχους του Ο.Π. είναι η ενημέρωση όλων των ανθρώπων για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, που οδηγούν στην αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και περαιτέρω στη μείωση των εκτρώσεων και όλων των συνεπειών των στη γονιμότητα και την ψυχική υγεία. Πολύτιμη είναι επίσης η ενημέρωση για τον κατάλληλο χρόνο τεκνοποίησης και του παρεμβαλλόμενου μετοξύ των γεννήσεων χρονικού διαστήματος για την εξασφάλιση της υγείας της μητέρας και του παιδιού. Στόχος του Ο.Π. είναι επίσης η πρόληψη από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, που έμμεσα επηρεάζουν τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο ο Ο.Π. αποσκοπεί στην επίλυση του δημογραφικού προβλήματος και στην αφύπνιση των λαών με χαμηλό κοινωνικό- εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο<sup>8,9</sup>.

Ο Ο.Π. προσπαθεί να δημιουργήσει έναν κόσμο με ίσα δικαιώματα στην πληροφόρηση και στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Έναν κόσμο που να γνωρίζει και να διεκδικεί τα σεξουαλικά και παραγωγικά του δικαιώματα, έναν κόσμο χωρίς στιγματισμούς και διακρίσεις. Η Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού (I.P.P.F.) ιδρύθηκε το 1952 στην Ινδία από γυναίκες εθελόντριες στον οικογενειακό προγραμματισμό. Το 1956 απαριθμεί 43 μέλη. Το 1961 με χρηματοδότηση ο Gregory Pincus, μετά από έρευνες, ανακαλύπτει το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι. Το 1981 διοργανώνεται το πρώτο παγκόσμιο συνέδριο με τίτλο «Οικογενειακός Προγραμματισμός του '80». Σήμερα η ομοσπονδία αποτελείται από 149 χώρες, μέλη εθελοντές και υποστηρικτές των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων του ανθρώπου. Η Ελλάδα ανήκει στο I.P.P.F. από το 1985. Το 1995 ο I.P.P.F. εξέδωσε το χάρτη των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων του ανθρώπου<sup>10,11</sup>.

### Οικογενειακός Προγραμματισμός στη Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ.

#### «Ιπποκράτειο»

Στη Γ' Μαιευτική- Γυναικολογική Κλινική διενεργούνται περίπου 200 εκτρώσεις ανά έτος. Οι γυναίκες προσέρχονται στα Εξωτερικά Ιατρεία του οικογενεια-

κού προγραμματισμού με εγκυμοσύνη μικρότερη των 12 εβδομάδων και είναι ηλικίας από 18 έως 45 ετών<sup>12</sup>.

Από στατιστική ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι το 72% των γυναικών ήταν έγγαμες, το 23,6% ήταν άγαμες και το 4,4% ήταν διαζευγμένες. Από το σύνολο των γυναικών αυτών το 24% δεν είχαν παιδιά, το 17% είχαν μόνο ένα παιδί, το 45% είχαν δύο παιδιά, το 10,3% είχαν τρία παιδιά και μόνο 3,7% είχαν τέσσερα και πάνω παιδιά. Αυτό αποτελεί ακόμη μια ένδειξη ότι ελάχιστες πολύτεκνες οικογένειες υπάρχουν πλέον στην Ελλάδα<sup>12</sup>.

Το 32% των περιπτώσεων ήταν ανασφάλιστες και σχεδόν το 50% των γυναικών αυτών υποβλήθηκαν σε τεχνητή διακοπή της κύησης (Τ.Δ.Κ.) για πρώτη φορά. Επίσης ποσοστό 20% περίπου των γυναικών, διατήρησαν την εγκυμοσύνη τους, ύστερα από συμβουλευτική παρέμβαση του ιατρού. Οι λόγοι που οδήγησαν τις γυναίκες για έκτρωση στο 90% των περιπτώσεων ήταν κοινωνικο-οικονομικοί και μόνο 10% ιατρικοί (νοσήματα του νευρικού συστήματος, υπέρταση, ινομυώματα κλπ). Περίπου το 1/3 του συνόλου των γυναικών που υποβλήθηκαν σε έκτρωση ήταν αλλοδαπές γυναίκες (35,7%)<sup>12</sup>.

Σύμφωνα με τα παραπάνω πολύ μεγάλος αριθμός γυναικών προσέρχεται στα Εξωτερικά Ιατρεία οικογενειακού προγραμματισμού για έκτρωση. Βέβαια η συμβουλευτική παρέμβαση του ιατρού για αποφυγή της Τ.Δ.Κ. είναι σημαντική.

Τέλος το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η μη αποδοχή από την κοινωνία μας παιδιού από την άγαμη μητέρα αποτελούν τους κύριους λόγους που οδηγούν τις γυναίκες στην έκτρωση. Διαπιστώθηκε επίσης ότι ελάχιστο ποσοστό πολύτεκνων οικογενειών υπάρχουν. Μεγάλο ποσοστό των προσερχομένων γυναικών είναι αλλοδαπές (Ρωσία- Αλβανία 35,7%).

Όλοι οι παραπάνω λόγοι συμβάλλουν στην υπογεννητικότητα και επιδεινώνουν το έντονο δημογραφικό πρόβλημα της χώρας μας. Για τον περιορισμό του αριθμού των εκτρώσεων είναι απαραίτητη η συμβουλευτική παρέμβαση του ιατρού και η καθοδήγηση των γυναικών να αποδέχονται αντισυλληπτικές μεθόδους (αντισυλληπτικά χάπια και σπιράλ) που είναι συνήθως ακίνδυνες για την υγεία των γυναικών<sup>11,12</sup>.

Επίσης πρέπει να προγραμματίζεται κάθε εγκυμοσύνη, ώστε «κάθε παιδί να είναι επιθυμητό παιδί» για την οικογένεια. Τα τρία παιδιά τουλάχιστον για την ελληνική οικογένεια πρέπει να είναι ο στόχος<sup>12</sup>.

### Βιβλιογραφία

1. Κατσουγιαννόπουλος Β.Υγιεινή και Κοινωνική Ιατρική. Εκδόσεις Κυριακίδη. Θεσσαλονίκη, 1994
2. Α.Π.Θ. Τμήμα Ιατρικής, Χειρουργικός Τομέας. Ανθρώπινη Αναπαραγωγή, Υπηρεσία Δημοσιευμάτων, Θεσσαλονίκη, 1994
3. Μαμόπουλος Μ. Κύηση υψηλού κινδύνου. Εκδόσεις Σιώκη, Θεσσαλονίκη, 1998
4. Connor J.M., Ferguson-Smith M.A. Essential Medical Genetics, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1993
5. Haines an Taylor. Obstetrical & Gynecological Pathology, Vol 1, 3<sup>rd</sup> edition, Churchill Livingstone, 1987

6. Senanayake P. Contraception by the end of the 20<sup>th</sup> century- the role of the voluntary organizations. *Hum Reprod* 1994, 9:1088-1096
7. Huez C, Díaz S. Quality of care in family planning: clients' rights and providers' needs. *Adv Contracept* 1993, 9:129-139
8. Hassan E, Creatsas G. Reproductive health issues in Greece. *Ceska Gynekol* 1999, 64:205-208
9. Δανέζης Ι. Οικογενειακός Προγραμματισμός: οι νέοι για τους νέους. 4<sup>ο</sup> Ιατροφιλοσοφικό Συνέδριο «Ημέρες Αιγαίου», Χίος, 9-11 Ιουλίου 1999. Περιοδικό Εφηβ. Γυναικολ. και Αναπαραγωγή, Ιούλιος- Σεπτέμβριος '99, τόμος 11, Τεύχος 3
10. Διεθνής Ομοσπονδία Οικογενειακού Προγραμματισμού IPPF. Σεξουαλικά και Αναπαραγωγικά Δικαιώματα, 1996
11. Καλογερόπουλος Α., Γυναικολογία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1996
12. Καραγιάννης Β. και συν. Τεχνητή Διακοπή της Εγκυμοσύνης: Πρέπει να αποτελεί εναλλακτική λύση στον έλεγχο των γεννήσεων; «Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία» 1998, 10:63