



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“Υπογεννητικότητα και γονιμότητα: Η εξέλιξη των δεικτών
από το 1940 μέχρι και σήμερα”**

Σπουδαστές:

ΠΑΥΛΑΚΟΥ ΦΩΤΟΥΛΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 2007013

Επιβλέπων:

ΜΑΥΡΙΔΟΓΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Καλαμάτα, 2012

Έγκριση

Υπογραφή

<p>Επιβλέπων:</p> <p>ΜΑΥΡΙΔΟΓΛΟΥ Γ</p>	
<p>Μέλος εξεταστικής επιτροπής:</p> <p>ΜΠΙΤΣΑΛΗ ΕΥΓΕΝΙΑ</p>	
<p>Μέλος εξεταστικής επιτροπής:</p> <p>ΚΑΤΣΑΡΟΥ Ι.</p>	

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία προσεγγίζεται το ζήτημα της υπογεννητικότητας και της υπογονιμότητας μέσα από μια ιστορική αναδρομή του συγκεκριμένου θέματος και την παρουσίαση της σημερινής κατάστασης. Είναι ένα θέμα που αποτελεί έντονο προβληματισμό στη σύγχρονη κοινωνία, κι αυτό ήταν και το έναυσμα για την ενασχόλησή μου με το συγκεκριμένο ζήτημα. Μέσα από τη συλλογή των δεδομένων και την σύγκριση με τις προηγούμενες δεκαετίες να δοθεί μια απάντηση στο κατά πόσο σήμερα θα πρέπει να μας απασχολεί και να μας ανησυχεί περισσότερο σε σύγκριση με το παρελθόν. Στο πλαίσιο της προσέγγισης της υπογεννητικότητας, έμφαση δίνεται στα αίτια αλλά και στις επιπτώσεις της, καθώς και στην εξέλιξη του πληθυσμού. Πρόκειται για ένα δημογραφικό πρόβλημα, το οποίο γίνεται όλο και πιο εμφανές στην Ελληνική κοινωνία και απαιτεί την άμεση λήψη μέτρων για την επίλυσή του. Μέσα από την συλλογή στατιστικών δεδομένων και την παρουσίαση τους που καλύπτει την περίοδο από το 1940 μέχρι και σήμερα γίνεται εμφανής η πρώτη του ολικού δείκτη γονιμότητας και οι αλλαγές στη διαμόρφωση του πληθυσμού.

Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων θα διεξαχθούν συμπεράσματα και θα γίνουν προτάσεις σχετικά με τις αλλαγές που μπορεί να γίνουν με κύριο στόχο την αύξηση της γεννητικότητας. Οι ρίζες του προβλήματος είναι βαθιές και πολυδιάστατες και κανένα επιφανειακό μέτρο δεν πρόκειται να λύσει το πρόβλημα. Η επίλυση του δημογραφικού προβλήματος απαιτεί συντονισμένη προσπάθεια και παρέμβαση σε πολλούς τομείς ταυτόχρονα. Οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες παίζουν καθοριστικό ρόλο στα επίπεδα της υπογεννητικότητας, για αυτό θα πρέπει να γίνουν κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές όσον αφορά το σχεδιασμό των πολιτικών παρέμβασης.

Λέξεις- Κλειδιά: υπογεννητικότητα, δείκτες υγείας, υπογεννητικότητα, δημογραφικό ζήτημα

Abstract

This paper examines the issue of low fertility and infertility through a historical overview of the issue and the presentation of the current situation. It is a matter of great concern in modern society, and this was the motive for my involvement with this issue. Through the collection of data and comparison with previous decades to provide an answer to whether today should concern and worry us more than in the past. Regarding the low birthrate, the emphasis is on the causes and the effects, and changes in the population. This is a demographic problem, which is becoming increasingly evident in the Greek society and requires immediate action to solve it. Through the collection of statistical data and their presentation covering the period from 1940 until today is evident first in the total fertility rate and changes in the configuration of the population.

Through the analysis of the data will be held conclusions and make proposals on changes that can be made with a focus on increasing the birth rate. The roots of the problem are deep and multidimensional surface and no measure will not solve the problem. The solution to the demographic problem requires concerted effort and intervention in many areas simultaneously. The socio-economic conditions play a key role in the levels of low birth rate, this should be social and economic changes in the organization of policy intervention.

Keywords: low birth rates, health indicators, low birth rates, demographic issue

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	iii
Abstract.....	iv
Εισαγωγή.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ.....	3
1.1 Ο Θεσμός της Οικογένειας.....	3
1.2 Δομή της Οικογένειας.....	4
1.3 Διάφοροι Τύποι Οικογένειας και Ανάλυση.....	7
1.4 Οικογενειακός Προγραμματισμός.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	12
2.1 Ορισμοί για Υπογεννητικότητα και Γονιμότητα.....	12
2.2 Δημογραφικοί τύποι (δείκτες γονιμότητας) και ανάλυση κάθε τύπου.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΚΟΠΟΣ, ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	22
3.1 Σκοπός της Πτυχιακής.....	22
3.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	22
3.3 Μεθοδολογία.....	23
3.4 Σύγκριση χρονολογιών από το 1940 μέχρι το 1970 ανά 10ετία και από το 1970 μέχρι σήμερα ανά χρόνο.....	23
3.5 Η Κατάσταση στην Ευρώπη και Ιστορική Αναδρομή.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	48
4.1 Συμπεράσματα και Λόγοι που συντέλεσαν σε αυτό το αποτέλεσμα.....	48
4.2 Τρόποι- Προτάσεις για Καταπολέμηση του Προβλήματος.....	50
4.3 Προβλέψεις για το Μέλλον.....	51
Βιβλιογραφία.....	53

Κατάλογος Πινάκων

ΣΕΛ

Πίνακας 3.1 Ο αριθμός των γεννήσεων από το 1940 μέχρι το 2009	24
Πίνακας 3.2 Δείκτες ολικής γονιμότητας	26
Πίνακας 3.3 Η γονιμότητα των γενεών από το 1940 έως το 1969	27
Πίνακας 3.4 Μέση ηλικία της μητέρας στο πρώτο παιδί, επί των γεννήσεων ζώντων	28
Πίνακας 3.5 Βρεφική θνησιμότητα και ακαθάριστος δείκτης θνησιμότητας (1975- 2010)	30
Πίνακας 3.6 Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση	32
Πίνακας 3.7 Μεταβολές του πληθυσμού με βάση τη μετανάστευση	35
Πίνακας 3.8 Γεννήσεις με βάση την υπηκοότητα της μητέρας	36
Πίνακας 3.9 Μεταβολή του πληθυσμού της Ελλάδας στις χρονικές περιόδους μεταξύ των απογραφών	37
Πίνακας 3.10 Η γεννητικότητα και η γονιμότητα των Ελληνίδων και των αλλοδαπών (2004- 2005)	38
Πίνακας 3.11 Μεταβολές δημογραφικού χαρακτήρα στην Ελλάδα (1960- 2000)	41
Πίνακας 3.12 Ο ολικός δείκτης γονιμότητας για την Ελλάδα και άλλες χώρες της Ευρώπης	45

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 3.1. Ειδικοί δείκτες γονιμότητας κατά ομάδες ηλικιών.	28
Σχήμα 3.2. Σύνολο θανάτων και θανάτων βρεφών από το 1931 έως το 2004	31
Σχήμα 3.3. Η εξέλιξη του πληθυσμού της Ελλάδας από το 1975 έως το 2009	38

Εισαγωγή

Ο πληθυσμός της κάθε χώρας διαμορφώνεται με βάση ένα σύνολο στοιχείων και παραγόντων. Καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του πληθυσμού παίζουν οι δείκτες της υγείας, μεταξύ των οποίων είναι ο δείκτης της γονιμότητας. Το δημογραφικό ζήτημα βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος κάθε χώρας καθώς συνδέεται άμεσα με την εξέλιξη του πληθυσμού και την ανανέωσή του. Μόνο μέσα από τις νέες γεννήσεις, η χώρα εξασφαλίζει το μελλοντικό της εργατικό δυναμικό. Σήμερα, η αύξηση του προσδόκιμου μέσου όρου ζωής και η μείωση του αριθμού των γεννήσεων βρίσκονται στον πυρήνα του δημογραφικού ζητήματος. Η γονιμότητα που αποτελεί το κεντρικό θέμα της έρευνας αναφέρεται στη γέννηση των παιδιών και προσδιορίζεται μέσα από το συνολικό ρυθμό της γονιμότητας. Πρόκειται για έναν αριθμό που εκτιμά τον μέσο όρο παιδιών που έχει αποκτήσει η κάθε γυναίκα.

Οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα έχουν συμβάλει σημαντικά στη σημερινή κατάσταση του δείκτη γονιμότητας, ο οποίος τα τελευταία χρόνια ακολουθεί μια πτωτική τάση. Τα αίτια είναι πολλά και πολυδιάστατα, ενώ οι επιπτώσεις είναι εμφανείς στην κοινωνία και σημαντικές. Πρόκειται για ένα σημαντικό θέμα το οποίο έχει προσελκύσει έντονα το ενδιαφέρον των ερευνητών, ενώ θα πρέπει να βρεθούν αποτελεσματικοί τρόποι επίλυσης του προβλήματος.

Οι αλλαγές στην κοινωνική θέση της γυναίκας, στο εργασιακό τοπίο καθώς και στο επίπεδο της οικογένειας είναι μόνο κάποιοι από τους παράγοντες που οδήγησαν στο πρόβλημα της υπογονιμότητας. Η μείωση των γάμων και η αύξηση των διαζυγίων, καθώς και η αύξηση της μετανάστευσης έχουν επηρεάσει το δείκτη γονιμότητας. Η Ελλάδα ήταν πάντα μία από τις χώρες που είχε χαμηλό δείκτη γονιμότητας, ενώ υπήρχαν και χρονιές που ο αριθμός των θανάτων είχε ξεπεράσει τον αριθμό των γεννήσεων¹. Οι σύγχρονες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες και η τρέχουσα οικονομική κρίση επιδεινώνει ακόμη περισσότερο τους δείκτες της γεννητικότητας στην Ελλάδα.

¹ Δρεπτάκης, Μ.Γ. (2002). *Εισροή μεταναστών και υπογεννητικότητα 1991- 2000*. Αθήνα: Αυτοέκδοση, σ. 51.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από το θεωρητικό μέρος, όπου στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο θεσμός της οικογένειας, τα χαρακτηριστικά και η δομή της οικογένειας και οι σύγχρονες εξελίξεις που έχουν σημειωθεί στους τύπους οικογένειας αλλά και τον οικογενειακό προγραμματισμό, ο οποίος επιδρά στον αριθμό των γεννήσεων. Επίσης, στο δεύτερο κεφάλαιο η έμφαση δίνεται στην υπογεννητικότητα και τη γονιμότητα, και αφού καθορίζονται εννοιολογικά οι δύο έννοιες, περιγράφονται οι δημογραφικοί δείκτες, οι δείκτες της υγείας και απεικονίζονται οι τύποι αυτών. Η ανησυχία και ο προβληματισμός που υπάρχει σχετικά με το δημογραφικό ζήτημα στην Ελλάδα αλλά και στις άλλες χώρες της Ευρώπης αποτέλεσαν το έναυσμα για την πραγματοποίηση της τρέχουσας έρευνας. Στόχος είναι μέσα από μια συγκριτική ανάλυση των δεδομένων της γεννητικότητας και των παραγόντων που έχουν συμβάλει στη διαμόρφωσή της να βρεθούν τα αίτια και να σκιαγραφηθεί η τρέχουσα κατάσταση οδηγώντας σε λύσεις και προτάσεις.

Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας ξεκινάει το ερευνητικό μέρος της εργασίας. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται η μεθοδολογία και ο σκοπός της παρούσας έρευνας, και ακολουθεί η απεικόνιση των δεδομένων για την υπογεννητικότητα στην Ελλάδα. Γίνεται μια σύγκριση στους δείκτες ολικής γονιμότητας από το 1940 μέχρι και σήμερα, με βάση τα στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος. Επιπλέον, στο συγκεκριμένο κεφάλαιο σκιαγραφείται η κατάσταση που επικρατεί στην Ευρώπη και δίνεται μια ιστορική αναδρομή για την γονιμότητα. Αναφορά γίνεται και στα αίτια της υπογεννητικότητας, τα οποία προσπαθούν να εξηγήσουν και την ύπαρξη του προβλήματος. Στη συνέχεια, δίνονται λύσεις για την επίλυση του προβλήματος της υπογεννητικότητας, προβλέψεις για την κατάσταση στο μέλλον καθώς και συμπεράσματα σχετικά με τα ευρήματα που παρουσιάστηκαν στο ερευνητικό μέρος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Στο παρόν κεφάλαιο αναλύεται ο θεσμός της οικογένειας παλιότερα αλλά και στη σύγχρονη εποχή, δίνοντας έμφαση στην εξέλιξη όσον αφορά τις αλλαγές στη δομή της οικογένειας. Επίσης, προσεγγίζεται το θέμα του οικογενειακού προγραμματισμού, που συμβάλλει σημαντικά

1.1 Ο Θεσμός της Οικογένειας

Η οικογένεια αποτελεί έναν κοινωνικό θεσμό που χαρακτηρίζεται από ένα παγιωμένο πλέγμα κοινωνικών σχέσεων και κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους ατομικής και συλλογικής συμπεριφοράς και δράσης. Πρόκειται για ένα θεσμό που επιτελεί πολλαπλούς σκοπούς, μεταξύ των οποίων είναι η βιολογική και κοινωνική αναπαραγωγή που συμβάλλει στην συνέχεια της κοινωνίας. Ακόμη, η οικογένεια είναι ένας νομικός θεσμός, που περιλαμβάνει ένα σύνολο διατάξεων που αναφέρονται στις νομικές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.

Η οικογένεια είναι μια 'πρωτογενής' κοινωνική ομάδα που υπάρχει σε όλες τις κοινωνίες, ενώ το άτομο διαμορφώνεται προσωπικά και κοινωνικά μέσα από το πλαίσιο της οικογένειας. Ένα χαρακτηριστικό της οικογένειας είναι η συνύπαρξη στο ίδιο σπίτι ατόμων με συγγενείς εξ αίματος ή εξ αγχιστείας, ενώ τα άτομα χαρακτηρίζονται από στενούς δεσμούς και αμοιβαίες υποχρεώσεις². Σύμφωνα με τον Giddens³ η οικογένεια είναι «μια ομάδα προσώπων συνδεδεμένων άμεσα με σχέσεις συγγένειας, τα ενήλικα μέλη της οποία αναλαμβάνουν την ευθύνη της ανατροφής των παιδιών».

Με το πέρασμα των χρόνων η οικογένεια χαρακτηρίζεται με συγκεκριμένα επίθετα, τα οποία αντικατοπτρίζουν τις κοινωνικές αντιλήψεις. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα αναφέρεται η ιδανική οικογένεια σύμφωνα με την οποία όλοι πρέπει να προσαρμοστούν στο πρότυπο της ιδανικής οικογένειας, ενώ στη συνέχεια χρησιμοποιείται ο όρος κανονική οικογένεια, που αφορά την φυσιολογική οικογένεια. Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο

² Μουσουρού, Λ.Μ. (2005). *Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg, σσ. 16-17.

³ Giddens, A. (2009). *Κοινωνιολογία*. (Μτφρ.- Επιμ. Δ.Γ. Τσαούσης). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg, σ. 208.

γίνεται αναφορά στη μέση οικογένεια, που είναι στατιστικά η πλειοψηφία των οικογενειών στην Ελλάδα, ενώ από τη δεκαετία του 1970 επικρατεί ο όρος 'συμβατική οικογένεια', που αντανακλά την ρευστότητα που υπάρχει σχετικά με το θεσμό της οικογένειας⁴.

Ο θεσμός της οικογένειας έχει υποστεί σημαντικές επιδράσεις από τις κοινωνικές εξελίξεις. Μια σημαντική μεταβολή οφείλεται στην εργασία και κυρίως στην είσοδο της γυναίκας στην απασχόληση καθώς και στα προβλήματα που υπάρχουν στην αγορά εργασίας τα τελευταία χρόνια με την αυξανόμενη ανεργία. Η κάθε κοινωνία έχει τους δικούς της θεσμούς, ενώ διαφοροποιήσεις παρατηρούνται ανά γεωγραφική περιοχή, καθώς και μέσα στον χρόνο. Σήμερα, οι γυναίκες μορφώνονται περισσότερο και είναι όλο και πιο οικονομικά ενεργές⁵.

Η οικογένεια παρά τις αλλαγές που έχει υποστεί αποτελεί και ένα φορέα διατήρησης και μετάδοσης στερεοτύπων σχετικά με τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα⁶. Υπάρχουν κι αυτοί που υποστηρίζουν ότι ο θεσμός της οικογένειας έχει υποστεί σοβαρές αλλαγές τα τελευταία 40 χρόνια. Πρόκειται για επιπτώσεις που αποδίδονται στους ομοφυλοφιλικούς γάμους, την εύκολη έκδοση διαζυγίων, την αύξηση του μέσου όρου ηλικίας στην οποία παντρεύονται οι άνθρωποι, στην αύξηση του ποσοστού των εργένηδων και στην εύκολη πρόσβαση στα μέσα αντισύλληψης. Είναι παράγοντες που ώθησαν στην αλλαγή του οικογενειακού τοπίου, ενώ έχουν συμβάλλει θετικά ή αρνητικά στα επίπεδα της γεννητικότητας. Μαζί με τις αλλαγές που σημειώνονται στην οικογένεια παρατηρούνται αλλαγές και στην έννοια και στο νόημα του γάμου⁷.

1.2 Δομή της Οικογένειας

Η παραδοσιακή δομή της οικογένειας στηρίζεται στους παραδοσιακούς κοινωνικούς και οικογενειακούς ρόλους των δύο φύλων, όπου οι άνδρες έχουν περισσότερη εξουσία σε σύγκριση με τις γυναίκες και οι γηροντότεροι έχουν περισσότερη εξουσία σε σύγκριση με τους νεότερους. Η παραδοσιακή οικογένεια ήταν πιο εκτεταμένη και περιελάμβανε όχι μόνο το ζευγάρι και τα παιδιά αλλά και τους κοντινούς συγγενείς (παππούδες, γιαγιάδες,

⁴ Μουσουρού, ό.π., σσ. 22-24.

⁵ Μουσουρού, ό.π., σσ. 39-52, 73.

⁶ Shaffer, D.R. (2004). *Εξελικτική ψυχολογία: Παιδική ηλικία και εφηβεία*. (Επιμ. Ε. Μακρή- Μπότσαρη). Αθήνα: Εκδόσεις Ίων, σ. 482.

⁷ Hughes, M., & Kroehler, C.J. (2007). *Κοινωνιολογία. Οι βασικές έννοιες*. (Επιμ. Θ. Ιωσηφίδης). Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική, σσ. 503- 505.

αδέρφια και τις συζύγους τους, θείους και θείες, ανίψια). Η παραδοσιακή οικογένεια ήταν μέρος ενός ευρύτερου συγγενικού δικτύου. Η σύγχρονη οικογένεια είναι πυρηνική και αποτελείται από τους δύο ενήλικες, που ζουν μαζί σε ένα σπίτι (ζευγάρι) και τα παιδιά τους⁸.

Η δομή της οικογένειας έχει αλλάξει σημαντικά κι αυτό οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων. Συγκεκριμένα, οι μεταβολές αυτές οφείλονται στη «σημαντική μεταβολή της κοινωνικής θέσης των γυναικών και του ρόλου της συζύγου- μητέρας υπό την πίεση νέων οικονομικο- κοινωνικών δεδομένων αλλά και των φεμινιστικών διεκδικήσεων, η επίσης σημαντική μεταβολή της κοινωνικής θέσης των παιδιών κυρίως λόγω της μειωμένης γεννητικότητας αλλά και της εκπαιδευτικής έκρηξης και, τέλος, η μεταβολή αυτής της ίδιας της έννοιας της εξουσίας που δημιουργεί η προβληματική του κοινωνικού εκσυγχρονισμού»⁹.

Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η οικογένεια σήμερα διαλύεται, ενώ παρατηρείται κατάρρευση των οικογενειακών αξιών. Αντίθετα, υπάρχουν και αυτοί που υποστηρίζουν ότι η οικογένεια απλά μεταβάλλεται ακολουθώντας τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές μεταβολές που συμβαίνουν στην κάθε κοινωνία. Οι μεταβολές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση νέων μορφών οικογένειας και νέων μορφών σεξουαλικής ζωής που απέχουν περισσότερο ή λιγότερο από την παραδοσιακή οικογένεια¹⁰.

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της σύγχρονης οικογένειας είναι η απόκτηση λιγότερων παιδιών, ενώ η απόκτησή τους αποτελεί συνειδητή επιλογή. Η σύγχρονη οικογένεια θεωρείται ότι περνά μια φάση κρίσης, που οφείλεται στη μείωση της συχνότητας γάμων, στην αύξηση της συχνότητας των διαζυγίων και της συχνότητας των μονογονεϊκών οικογενειών καθώς και στην πτώση των ποσοστών γεννητικότητας¹¹. Οι αλλαγές στην οικογένεια συνδέονται και με την αλλαγή της θέσης της γυναίκας μέσα στην κοινωνία, που γίνεται φανερό και από τις θεσμικές αλλαγές που οδηγούν σε επιπλέον δικαιώματα στις γυναίκες στους χώρους εργασίας καθώς και τη μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών στις κοινωνικές διαδικασίες. Η αυξανόμενη ελευθερία των γυναικών είχε ως στόχο μια ίση κοινωνική και πολιτική μεταχείριση των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες. Πρόκειται για μια αλλαγή που οδήγησε σε αλλαγή των χαρακτηριστικών της οικογένειας¹².

⁸ Giddens, ό.π., σσ. 209- 210.

⁹ Μουσσούρου, ό.π., σ. 63.

¹⁰ Giddens, ό.π., σσ. 243- 246.

¹¹ Μουσσούρου, ό.π., σσ. 149- 157.

¹² Αντωνοπούλου, Χ. (1999). *Κοινωνικοί ρόλοι των δύο φύλων*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, σσ. 25-49.

Επιπλέον, το φεμινιστικό κίνημα συνέβαλε σημαντικά στην αλλαγή του θεσμού της οικογένειας. Στόχος του ήταν η ανάπτυξη μιας ισότιμης σχέσης ανάμεσα στον άνδρα και τη γυναίκα, μέσα σε μια αναπτυσσόμενη κοινωνία που στοχεύει στη δημιουργία και ανάπτυξη υπεύθυνων ανθρώπων. Στο επίκεντρο του φεμινισμού βρίσκεται η υιοθέτηση ενός νέου οικογενειακού κώδικα που θα στηρίζεται στην κατάργηση της πατρικής εξουσίας, τη δυνατότητα αναγνώρισης των εξώγαμων παιδιών και την υποχρέωση για παραχώρηση δικαιωμάτων που θα αφορούν τα νόμιμα δικαιώματα¹³.

Οι μεταβολές στην οικογένεια οφείλονται στα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά της σύγχρονης Ελλάδας. Κύρια στοιχεία είναι η αύξηση του αριθμού των νοικοκυριών και η συρρίκνωση του μεγέθους τους, η αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών και η αύξηση των μη οικογενειακών νοικοκυριών σε σύγκριση με τα οικογενειακά νοικοκυριά. Οι δημογραφικές αλλαγές επηρέασαν τις διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται όσον αφορά τον κύκλο ζωής και τη σύνθεση των νοικοκυριών¹⁴. Επιπλέον, παράγοντες που οδήγησαν στη σημερινή διαμόρφωση της οικογένειας είναι η αστικοποίηση, η εκβιομηχάνιση, οι αλλαγές στις κοινωνικές αρχές και αξίες, η αλλαγή των ηθών, οι αλλαγές στην αγορά εργασίας και οι διαφορετικές απαιτήσεις των θέσεων εργασίας¹⁵.

Ενδεικτικά αναφέρονται οι οικογενειακές συνθήκες στις ΗΠΑ το 1960 και το 2002 ώστε να σκιαγραφηθούν οι αλλαγές που έχουν σημειωθεί στην οικογένεια. Σε κάθε κοινωνία, οι αλλαγές ακολουθούν τις κοινωνικο- πολιτισμικές εξελίξεις. Έτσι, στις ΗΠΑ το 1960 το 5% των γυναικών έχουν παιδιά χωρίς να είναι παντρεμένες, ενώ το 2002 το ποσοστό αυτών των γυναικών ανέρχεται στο 31%. Ακόμη, το 1960, το 10% των παιδιών κάτω των 18 ετών ζούσαν σε μονογονεϊκές οικογένειες, ενώ το 2002 το 28% των παιδιών κάτω των 18 ετών ζούσαν σε τέτοιου είδους οικογένειες. Επιπλέον, το 1960 οι εργαζόμενες παντρεμένες γυναίκες με παιδιά κάτω των 6 ετών ήταν 18.6 και το 2002 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 64.3%. Τα παραπάνω ποσοστά δείχνουν τις αλλαγές που έχουν σημειωθεί στη συγκεκριμένη κοινωνία και οι οποίες είναι εμφανείς και στο οικογενειακό επίπεδο¹⁶.

¹³ Ραβαγιόλι, Κ. (1979). *Το γυναικείο ζήτημα*. (Μτφρ. Τ. Δρακοπούλου). Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο, σσ. 90-91.

¹⁴ Μπαγκαβός, Χ. (2005). Δημογραφικές διαστάσεις των μεταβολών της οικογένειας και των νοικοκυριών στην Ελλάδα- Μια πρώτη προσέγγιση. Στο βιβλίο των Α.Μ. Μουσούρου & Μ. Στρατηγάκη (Επιμ.), *Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής. Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις* (σσ. 31-72). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg, σσ. 31-32.

¹⁵ Giddens, ό.π., σσ. 241-245.

¹⁶ Hughes & Kroehler, ό.π., σσ. 501- 502.

1.3 Διάφοροι Τύποι Οικογένειας και Ανάλυση

Η οικογένεια που είναι ένα σύνολο ατόμων που συνδέονται με δεσμούς αίματος ή εξ αγχιστείας δεσμούς και μένουν στο ίδιο σπίτι διακρίνεται σε διάφορους τύπους. Ανάλογα με τα κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά της εκάστοτε κοινωνίας εμφανίζονται και διάφορες μορφές οικογενειακής οργάνωσης. Οι μητριαρχικές οικογένειες ήταν η πρώτη μορφή οργάνωσης της οικογένειας, όπου την πρώτη και κεντρική θέση μέσα στην οικογένεια και κατ' επέκταση μέσα στην κοινωνία την κατέχει η γυναίκα. Στις πατριαρχικές οικογένειες, αρχηγός της οικογένειας είναι ο άνδρας, που έχει υπερβολική εξουσία στην γυναίκα και στα παιδιά.

Η οικογένεια σήμερα πλέον ακολουθεί όλο και λιγότερα τα παραδοσιακά οικογενειακά πρότυπα, ενώ και οι παλιές αξίες αντικαθίστανται από νέες. Ακόμη, διαφοροποιούνται οι ρόλοι του άνδρα και της γυναίκας μέσα στην οικογένεια αλλά και μέσα στην κοινωνία. Η πλειοψηφία των γυναικών είναι πλέον εργαζόμενες, ενώ οι άνδρες συμμετέχουν περισσότερες στις εργασίες του σπιτιού και τη φροντίδα των παιδιών. Ταυτόχρονα παρατηρείται μείωση του αριθμού των μελών σε κάθε οικογένεια.

Όσον αφορά τους τύπους οικογένειας υπάρχουν ορισμένες βασικές διακρίσεις, όπως είναι η πυρηνική οικογένεια και η εκτεταμένη οικογένεια, η μονογονεϊκή οικογένεια και η διπυρηνική οικογένεια, η οικογένεια καταγωγής και η οικογένεια μετά τον γάμο.

Η πυρηνική οικογένεια αποτελείται από τους δύο συζύγους και τους απογόνους τους, ενώ μεταξύ των μελών υπάρχει μια ουσιαστική και στενή σχέση. Οι συγγενείς αίματος παίζουν περιφερειακό και δευτερεύοντα λειτουργικό ρόλο. Η εκτεταμένη οικογένεια στηρίζεται στις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε άτομα με κοινή καταγωγή, ενώ το ζευγάρι παίζει ένα περιφερειακό και δευτερεύοντα ρόλο. Η οικογένεια καταγωγής αφορά την οικογένεια που περιλαμβάνει το ίδιο το άτομο, καθώς και τους γονείς και τα αδέρφια του. Πρόκειται για μια πυρηνική οικογένεια στην οποία ανήκει το άτομο και από την οποία προέρχεται. Η μονογονεϊκή οικογένεια αποτελείται από τον ένα μόνο γονέα και ένα τουλάχιστον παιδί που εξαρτάται από τον γονέα, ενώ μπορεί να υπάρχουν και άλλα άτομα, όπως παππούς και γιαγιά¹⁷.

Η πυρηνική οικογένεια ήταν ανύπαρκτη στον παραδοσιακό χώρο της Ελλάδας ως μια ανεξάρτητη κοινωνική μονάδα, καθώς οι οικογένειες ήταν εκτεταμένες. Στην πυρηνική οικογένεια εμφανίζονται προβλήματα σχετικά με τη φροντίδα και την ανατροφή

¹⁷ Hughes & Kroehler, ό.π., σσ. 505- 509.

των παιδιών, καθώς δεν υπάρχει η συμβολή των συγγενών, που συνήθως είναι μακριά από το ζευγάρι. Αντίθετα, η παραδοσιακή οικογένεια ήταν εκτεταμένη και αυτάρκης καθώς όλοι συνέβαλαν στην οικογένεια και στις ανάγκες της, ενώ οι ανάγκες του ατόμου ήταν ταυτόσημες με τις ανάγκες του συνόλου. Ένας ακόμη τύπος οικογένειας που υπάρχει είναι η διπυρηνική ή μεικτή οικογένεια, που προκύπτει από δεύτερο γάμο του ενός συζύγου. Επίσης, υπάρχει η ανάδοχη και θετή οικογένεια, που αποτελείται από τους μη βιολογικούς (θετούς) γονείς και το παιδί ή τα παιδιά.

Όποιος και αν είναι ο τύπος της οικογένειας, η οικογένεια επιτελεί ορισμένες λειτουργίες που είναι κοινές και περιλαμβάνουν την αναπαραγωγή, την κοινωνικοποίηση, την φροντίδα, προστασία και συναισθηματική υποστήριξη, την απόδοση κοινωνικής θέσης και τη ρύθμιση σεξουαλικής συμπεριφοράς. Η αναπαραγωγική λειτουργία αναφέρεται στην εξασφάλιση της βιολογικής αναπαραγωγής της κοινωνίας αλλά και τη δημιουργία οικογένειας. Η οικογένεια επιτελεί και μια οικονομική λειτουργία καθώς αποτελεί μια οικονομική συνεργασία που ενισχύει τους δεσμούς της οικογένειας. Η οικογένεια είναι μια καταναλωτική μονάδα, όπου τα οικονομικά ενεργά μέλη συνεισφέρουν οικονομικά και για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Η οικογένεια έχει και εκπαιδευτικό χαρακτήρα, καθώς τα παιδιά μέσα σε αυτή κοινωνικοποιούνται και αποκτούν γνώσεις και δεξιότητες, καθώς και μια ψυχολογική λειτουργία που αναφέρεται στην αγάπη, το σεβασμό, τη ζεστασιά, τη συντροφικότητα και τη στήριξη και ασφάλεια που βιώνει το άτομο μέσα στην οικογένεια¹⁸.

1.4 Οικογενειακός Προγραμματισμός

Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθάει τις γυναίκες να ελέγξουν τον αριθμό των παιδιών που θα κάνουν, αλλά και τη χρονική στιγμή της τεκνοποίησης. Η βοήθεια που παρέχει ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει θετικές συνέπειες στην οικονομική και ψυχική εξέλιξη της οικογένειας, με αποτέλεσμα να παρατηρείται αύξηση στις υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού. Πρόκειται για ένα μέρος της γυναικολογικής εκπαίδευσης και πρακτικής. Ωστόσο, ένα βασικό χαρακτηριστικό του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η απουσία επαρκούς εκπαίδευσης λόγω πολιτικών και θρησκευτικών αντιθέσεων, καθώς και η απουσία επαρκούς εκπαίδευσης όσον αφορά

¹⁸ Ο.π., σσ. 515- 516.

τεχνικές επεμβατικής ή φαρμακευτικής διακοπής της κύησης. Το έναυσμα για την έναρξη του οικογενειακού προγραμματισμού ήταν η ορμονική αντισύλληψη¹⁹.

Το Τμήμα του Οικογενειακού Προγραμματισμού του Πανεπιστημίου Αθηνών βρίσκεται στο Αρεταίειο Νοσοκομείο και στοχεύει στην παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών από ειδικευμένο προσωπικό σε θέματα ισότητας, αντισύλληψης, σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Στο συγκεκριμένο τμήμα παρέχονται υπηρεσίες όπως κλινική γυναικολογική εξέταση, τοποθέτηση ενδομητρικών σπειραμάτων, διακοπή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, έλεγχο σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, ενημέρωση για αντισυλληπτικές μεθόδους, τον προγραμματισμό μιας επιθυμητής εγκυμοσύνης, η συμβουλευτική γονεϊκότητας και η διοργάνωση ενημερωτικών συζητήσεων²⁰. Επιπλέον, ο οικογενειακός προγραμματισμός μπορεί να προβλέψει ορισμένους παράγοντες κινδύνου σχετικά με την εγκυμοσύνη, όπως είναι η πρόπτωση της μήτρας²¹.

Η προαγωγή του οικογενειακού προγραμματισμού σε χώρες με υψηλά ποσοστά γεννητικότητας έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν τα επίπεδα της φτώχειας και της πείνας, καθώς και να αποτρέψουν το 32% του συνόλου των θανάτων και το 10% περίπου των θανάτων κατά την παιδική ηλικία. Ακόμη, ο οικογενειακός προγραμματισμός μπορεί να συμβάλλει στην ενδυνάμωση των γυναικών και την επίτευξη μιας καθολικής εκπαίδευσης. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει παίξει σημαντικό ρόλο στην αύξηση της πρακτικής της αντισύλληψης καθώς και στη μείωση της γονιμότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες από τις έξι στις τρεις γεννήσεις ανά γυναίκα. Ωστόσο, στις χώρες του πιο χαμηλού εισοδήματος, η πρακτική της αντισύλληψης παραμένει σε χαμηλά επίπεδα και δεν καλύπτονται οι ανάγκες του οικογενειακού προγραμματισμού²².

Τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού στις αναπτυσσόμενες χώρες ξεκίνησαν να λειτουργούν από τη δεκαετία του 1960. Πρόκειται για ένα είδος απάντησης στη μεγάλη μείωση της παιδικής θνησιμότητας, που οδήγησε στη ραγδαία αύξηση του πληθυσμού. Βασικοί στόχοι των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της φτώχειας, η ενδομήτρια θνησιμότητα και η παιδική θνησιμότητα καθώς και η

¹⁹ Landy, U. (2005). Is family planning a subspecialty of obstetrics and gynecology? *Contraception*, 72, 399-401.

²⁰ <http://www.aretaielio-obgyn.com/el/departments/family-planning.html>. Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο.

²¹ Mant, J., Painter, R., & Vessey, M. (1997). Epidemiology of genital prolapse: Observations from the Oxford Family Planning association study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 579- 585, σ. 579- 580.

²² Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning: The unfinished agenda. *The Lancet Sexual and Reproductive Health Series*, October, Retrieved by http://cdrwww.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_3.pdf, σσ. 1-2.

ενδυνάμωση της γυναίκας μέσα από τον καθορισμό των ορίων της γέννησης και ανατροφής των παιδιών. Τα εθνικά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού έχουν αναπτυχθεί και αποτελεσματικά έχουν συμβάλει στη μείωση της γονιμότητας καθώς και στην ανάγκη ελέγχου του πληθυσμού κυρίως στις χώρες της Ασίας και της Αφρικής²³.

Ακόμη, μέσα από τον οικογενειακό προγραμματισμό υπάρχουν οφέλη στον τομέα της υγείας, καθώς προστατεύεται τόσο η υγεία της μητέρας όσο και των παιδιών, ενώ μπορεί να μειωθεί ο αριθμός των εκτρώσεων λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Ο οικογενειακός προγραμματισμός μπορεί να επιφέρει βελτίωση των επιπέδων υγείας και οφέλη επιβίωσης των παιδιών ως αποτέλεσμα των ευρύτερων διαστημάτων μεταξύ των γεννήσεων. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα ευρύ σύνολο μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού που ποικίλλουν ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Ωστόσο, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιηθεί η λιγότερο αποτελεσματική μέθοδος οικογενειακού προγραμματισμού, παρά να μην χρησιμοποιηθεί καμία μέθοδος. Μετά τη διακοπή της μεθόδου στα περισσότερα ζευγάρια μέσα σε ένα χρόνο η γυναίκα είναι έγκυος²⁴.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός επιτρέπει στη γυναίκα να έχει υγιείς και προγραμματισμένες εγκυμοσύνες, οδηγώντας στη μείωση των θανάτων της μητέρας ή του νεογέννητου. Οι γυναίκες που επιθυμούν να αποφύγουν μια εγκυμοσύνη μπορεί να είναι ανύπαντρη ή παντρεμένη και σεξουαλικά ενεργή, κι ενώ είναι ικανή να μείνει έγκυος επιθυμεί να το αποφύγει, έτσι ώστε να μην προκύψει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Οι σύγχρονες υπηρεσίες που υπάρχουν για τον οικογενειακό προγραμματισμό στοχεύουν στην παροχή ενημέρωσης και συμβουλευτικής από το προσωπικό υγείας σχετικά με τις αντισυλληπτικές μεθόδους και διάφορους ελέγχους²⁵.

Επιπλέον, οι κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές φαίνεται πως οδηγούν σε αύξηση της ανάγκης και της απαίτησης για την ύπαρξη και χρήση υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς όλο και περισσότερες γυναίκες και ζευγάρια επιθυμούν μικρότερες οικογένειες. Αυτό οφείλεται και στην βελτίωση των επιπέδων εκπαίδευσης και εργασίας των γυναικών καθώς και στη μείωση του στίγματος που συνδέεται με τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων από τις ανύπαντρες γυναίκες. Παρατηρείται, ακόμη, αυξανόμενη υποστήριξη του ρόλου των γυναικών στη λήψη αποφάσεων μέσα και έξω από την οικογένεια, καθώς και μεγαλύτερη εμπλοκή των ανδρών στον οικογενειακό

²³ Ό.π., σ. 1-2.

²⁴ Ό.π., σσ. 8-9.

²⁵ Singh, S., Darroch, J.E., Ashford, L.S., & Vlassoff, M. (2010). *Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health*. Guttmacher Institute, UNFPA, σσ. 1-19.

προγραμματισμό και την φροντίδα σχετικά με την εγκυμοσύνη και τη στήριξη των αποφάσεων των γυναικών²⁶.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει οφέλη όχι μόνο στην υγεία αλλά και στην ψυχική και κοινωνική ευημερία των ατόμων. Μέσω του οικογενειακού προγραμματισμού, τα άτομα είναι λιγότερα ανήσυχα σχετικά με ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, εξασφαλίζουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και δύναμης για τη λήψη αποφάσεων, περισσότερο χρόνο να περνούν με τα παιδιά, περισσότερες ευκαιρίες για εκπαιδευτική και επαγγελματική εξέλιξη, καθώς και αυξημένα επίπεδα ικανότητα για συμμετοχή στην κοινωνία. Σε επίπεδο κοινωνίας, ο οικογενειακός προγραμματισμός έχει συμβάλει στη βελτίωση των επιπέδων παραγωγικότητας, στη μείωση των εμποδίων σχετικά με τη φροντίδα των παιδιών και των παραμελημένων παιδιών²⁷.

²⁶ Ο.π., σσ. 31-32.

²⁷ Smith, R., Ashford, L., Gribble, J., & Clifton, D. (2009). *Family planning saves lives*. USA: Population Reference Bureau.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζονται οι όροι ‘υπογεννητικότητα’ και ‘γονιμότητα’, οι οποίοι μέσα στο σύγχρονο κοινωνικο-οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Επίσης, γίνεται αναφορά στους δείκτες γονιμότητας, που καθορίζουν και αποτυπώνουν με αριθμούς την κατάσταση του δημογραφικού ζητήματος σε μια χώρα.

2.1 Ορισμοί για Υπογεννητικότητα και Γονιμότητα

Η υπογεννητικότητα είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν αναπτυγμένες κυρίως χώρες μεταξύ των οποίων είναι η Ελλάδα. Πρόκειται για τη μείωση των γεννήσεων μέσα στο κοινωνικό σύνολο του κάθε κράτους. Η ύπαρξη του δείκτη των γεννήσεων είναι χαμηλότερη σε σύγκριση με το δείκτη που απαιτείται για την ανανέωση του πληθυσμού²⁸.

Η πτώση της γεννητικότητας έχει οδηγήσει σε μείωση του αριθμού των παιδιών ανά οικογένεια και συρρίκνωση της οικογενειακής μονάδας, ενώ αποτελεί ένα σημαντικό δημογραφικό πρόβλημα που παρατηρείται κυρίως στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την Ευρώπη γενικότερα. Το πρόβλημα αυτό είναι πιο έντονο στην Νότια Ευρώπη, ενώ μεταξύ των χωρών που αντιμετωπίζουν έντονο δημογραφικό πρόβλημα είναι η Ελλάδα, όπου η γονιμότητα μειώθηκε από 2.28 το 1960 σε 2.21 το 1980 και 1.30 το 2000²⁹.

Για την εξασφάλιση γεννήσεων απαιτείται η εξασφάλιση της αναπαραγωγικής υγείας ανδρών και γυναικών. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) η αναπαραγωγική υγεία είναι ‘η κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αδυναμίας, για όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα και τις λειτουργίες του. Ο όρος αναπαραγωγική υγεία υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι μπορούν να έχουν ασφαλή και ικανοποιητική σεξουαλική ζωή, και ότι έχουν την ικανότητα να αναπαραχθούν και την ελευθερία να αποφασίσουν πότε και πόσο συχνά θα το πράττουν αυτό’.

Η αναπαραγωγική υγεία δείχνει ενδιαφέρον όχι μόνο για ζητήματα που αφορούν τη γονιμότητα και τις υγιείς και ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις, αλλά και τα

²⁸ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία 2008-2012*. Ανακτήθηκε από http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/ANAPARAGOGIKI_TELIKO.pdf, σσ. 14-16.

²⁹ Μουσσούρου, ό.π., σ. 156.

σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τη βία απέναντι στις γυναίκες και τα κορίτσια. Η έννοια της αναπαραγωγικής υγείας υποδηλώνει τη θέση ότι το άτομο μπορεί να βιώνει μια ικανοποιητική και ασφαλή σεξουαλική ζωή καθώς και ότι μπορούν να αναπαράγουν και την ελευθερία των αποφάσεων σχετικά με το αν, πότε και πόσο συχνά το πράττουν. Τα ζητήματα που αφορούν την αναπαραγωγική υγεία περιλαμβάνουν και τις μεθόδους αντισύλληψης που εμποδίζουν τόσο τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες όσο και τη μετάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Το κάθε άτομο είναι ελεύθερο να πάρει αποφάσεις σχετικά με την αναπαραγωγική του υγεία. Άτομα που βρίσκονται σε ετεροσεξουαλικές σχέσεις αντιμετωπίζουν κινδύνους αλλά μπορούν να κάνουν και επιλογές σχετικά με την εγκυμοσύνη. Είναι σημαντικό όλοι να γνωρίζουν τους τρόπους αποφυγής μιας εγκυμοσύνης, παρακολουθώντας και τις εξελίξεις για νέες, περισσότερο αποτελεσματικές και ασφαλείς μεθόδους ελέγχου των γεννήσεων. Ακόμη και σήμερα είναι υψηλό το ποσοστό των ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων, με αποτέλεσμα να παραμένει αρκετά υψηλό και το ποσοστό των αμβλώσεων. Η αναπαραγωγή είναι σημαντικό μέρος του σεξουαλικού ρόλου του ατόμου στην κοινωνία. Αυτό σημαίνει ότι η ανθρώπινη σεξουαλική αναπαραγωγή είναι κάτι περισσότερο από ένα βιολογικό φαινόμενο.

Περίπου 210.000.000 γυναίκες κάθε χρόνο αντιμετωπίζουν απειλητικές για τη ζωή τους επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με αποτέλεσμα σε ορισμένες περιπτώσεις να καταλήγουν με σοβαρές αναπηρίες, ενώ 500.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία³⁰.

Όσον αφορά τις αμβλώσεις, 80.000.000 γυναίκες κάθε χρόνο έχουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, ενώ οι μισές περίπου από αυτές (45.000.000 γυναίκες) προχωρούν σε έκτρωση³¹. Από αυτές τις αμβλώσεις, οι 19.000.000 περίπου γίνονται σε μη ασφαλές περιβάλλον, ενώ το 40% των γυναικών είναι κάτω των 25 ετών. Επιπλέον, 68.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο από επιπλοκές που αφορούν τις μη ασφαλείς αμβλώσεις³².

Τα χαμηλότερα επίσημα ποσοστά νόμιμων αμβλώσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν καταγραφεί στο Βέλγιο, τις Κάτω Χώρες, τη Γερμανία (περίπου 7/1000 γυναίκες), ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρούνται στη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη

³⁰ WHO. (2000). *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva World Health Organization.

³¹ Alan Guttmacher Institute. (1999). *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York.

³² 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.

Δανία (περίπου 17/1000 γυναίκες). Ακόμη υψηλότερα είναι τα ποσοστά στη Βουλγαρία, Λετονία, Εσθονία και Ουγγαρία (περίπου 40/1000 γυναίκες), ενώ την υψηλότερη θέση κατέχει η Ρουμανία (περίπου 52/1000 γυναίκες). Ωστόσο, οι διαφοροποιήσεις αυτές οφείλονται και στην πολιτική για τις αμβλώσεις που ακολουθείται σε κάθε χώρα. Για παράδειγμα στην Ιρλανδία η άμβλωση επιτρέπεται μόνο όταν κινδυνεύει η ζωή της γυναίκες, ενώ στις περισσότερες χώρες επιτρέπεται μέχρι τη 12η εβδομάδα³³.

Υπολογίζεται ότι περίπου 340.000.000 νέες περιπτώσεις των τεσσάρων πιο συχνά εμφανιζόμενων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (σύφιλη, γονόρροια, χλαμύδια και τριχομονάδες) εμφανίζονται κάθε χρόνο, ενώ το ένα τρίτο από αυτές τις περιπτώσεις αφορά άτομα ηλικίας κάτω των 25 ετών³⁴. Επίσης, κάθε χρόνο εμφανίζονται περίπου 5.000.000 νέα κρούσματα λοίμωξης από τον ιό HIV, ενώ ο αριθμός των ατόμων που ζύνε με HIV είναι περίπου 40.000.000 και οι θάνατοι κάθε χρόνο είναι περίπου 3.000.000. Από το 1981 που αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά μέχρι το 2005 σκότωσε περισσότερα από 25.000.000 άτομα³⁵. Επιπλέον, κάθε χρόνο υπάρχουν 257.000 θανάτους από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας³⁶.

Η υπογονιμότητα

Η υπογονιμότητα είναι μια αρκετά στρεσογόνα κατάσταση στην οποία το ίδιο το άτομο έχει περιορισμένη αίσθηση ελέγχου³⁷ και στις περισσότερες περιπτώσεις οδηγείται σε αισθήματα αβεβαιότητας για το μέλλον, ενώ υπάρχουν σημαντικές επιπτώσεις σε πολλούς τομείς της ζωής του. Η υπογονιμότητα μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας ή του άνδρα. Οι γυναίκες και οι άνδρες

³³ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (2002). *Έκθεση σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα*. Επιτροπή Δικαιωμάτων των Γυναικών και Ίσων Ευκαιριών, 6 Ιουνίου 2002.

³⁴ WHO. (2001). *Sexually transmitted Infections: Briefing Kit for Teachers*. Retrieved by http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HSI/docs/STI_Briefing_Kit_for_Teachers_2001.pdf.

³⁵ UNAIDS. (2005). *AIDS, epidemic update*. Retrieved by http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_en/epi-update2005_en.pdf.

³⁶ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008), ό.π., σσ. 5-11.

³⁷ Cousineau, T.M., & Domar, A.D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 293–308. Cwikel, J., Gidron, Y., & Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 117, 126- 131.

αντιμετωπίζουν τα ίδια περίπου προβλήματα σχετικά με την αναπαραγωγική διαδικασία και τη σεξουαλική δυσλειτουργία³⁸.

Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ένα στα έξι ζευγάρια εμφανίζει προβλήματα υπογονιμότητας, ενώ ένα στα δέκα ζευγάρια χρειάζεται ιατρική παρέμβαση για την απόκτηση ενός παιδιού. Η υπογονιμότητα αναφέρεται στην αδυναμία σύλληψης μετά από ένα έτος φυσιολογικών, ελεύθερων και τακτικών σεξουαλικών επαφών, χωρίς να σημαίνει ότι πρόκειται για ένα στείρο ζευγάρι.

Για την απόκτηση του παιδιού απαιτείται κοιλική σεξουαλική επαφή ή κοιλικές σεξουαλικές επαφές κατά τις γόνιμες μέρες μιας γυναίκας με βάση το σταθερό γεννητικό κύκλο. Για την γονιμοποίηση απαιτείται ένα σπερματοζώαριο –το πιο ικανό- το οποίο θα γονιμοποιήσει το ωάριο. Στο δυτικό κόσμο υπολογίζεται ότι το 15% των ζευγαριών αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας, όπου ένας από τους λόγους είναι η καθυστέρηση της απόφασης των ζευγαριών για απόκτηση παιδιού.

Πρόκειται για ζευγάρια που παρουσιάζουν δυσκολίες να τεκνοποιήσουν, μπορούν όμως να αποκτήσουν παιδί μετά από ιατρικές παρεμβάσεις ή τη χρήση εξωσωματικής γονιμοποίησης. Το χρονικό διάστημα που θα προσπαθεί το ζευγάρι χωρίς να απευθυνθεί σε κάποιο γιατρό για υποβοηθούμενη εγκυμοσύνη εξαρτάται κυρίως από την ηλικία της γυναίκας. Η υπογονιμότητα διακρίνεται σε πρωτοπαθής, όταν δεν υπάρχει προηγούμενη εγκυμοσύνη και δευτεροπαθής όταν υπάρχει ήδη προηγούμενη εγκυμοσύνη, με οποιαδήποτε εξέλιξη κι αν είχε.

2.2 Δημογραφικοί τύποι (δείκτες γονιμότητας) και ανάλυση κάθε τύπου

Τα δημογραφικά δεδομένα του κάθε πληθυσμού διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες. Πρόκειται για τα δεδομένα που αναφέρονται στο μέγεθος του πληθυσμού και τη σύνθεσή του, με βάση διάφορα χαρακτηριστικά, τη δεδομένη χρονική στιγμή, όπως είναι τα βιολογικά χαρακτηριστικά (φύλο, φυλή, ηλικία, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, επάγγελμα, κ.α.). Επίσης, πρόκειται για τα δεδομένα που αφορούν τη διαχρονική εξέλιξη του πληθυσμού και περιλαμβάνουν τα δημογραφικά συμβάντα. Στη δεύτερη περίπτωση γίνεται αναφορά σε μετρήσεις σχετικά με μια χρονική περίοδο κατά τη

³⁸ ΕΜΑΣ- Εταιρία Μελέτης Ανθρώπινης Σεξουαλικότητας. (2012). *Γυναικεία Σεξουαλική Υγεία*. Ανακτήθηκε από <http://www.emas.gr/ClientFiles/PressReleases/1%20Δελτίο%20Τύπου%20-%20Γυναικεία%20Σεξουαλική%20Υγεία.pdf>.

διάρκεια κάποιου ημερολογιακού έτους (αριθμός γεννήσεων, αριθμός θανάτων, αριθμός γάμων). Τα δημογραφικά δεδομένα μπορεί να προέρχονται από απογραφές του πληθυσμού, επίσημες καταγραφές δημογραφικών συμβάντων, μητρώα πληθυσμού και ειδικές δειγματοληπτικές έρευνες³⁹.

Όσον αφορά τη γονιμότητα, οι δύο βασικοί δείκτες γονιμότητας είναι ο αδρός και ο συνθετικός δείκτης γονιμότητας. Όσον αφορά τον αδρό δείκτη γονιμότητας αναφέρεται στον αριθμό των γεννήσεων κατ' έτος ως προς τον συνολικό πληθυσμό πολλαπλασιασμένος επί 1000. Είναι δηλαδή οι γεννήσεις επί 1000 κατοίκων σε ετήσια βάση. Γενικά θεωρείται ένας προβληματικός δείκτης καθώς εξαρτάται από τη δομή του πληθυσμού ανά ηλικία αλλά και από την αναλογία των γυναικών στο συνολικό πληθυσμό. Αυτό σημαίνει πως οι γεννήσεις δεν προέρχονται από το συνολικό πληθυσμό που είναι και ο παρανομαστής του δείκτη αλλά από τις γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία.

Από την άλλη μεριά, ο συνθετικός δείκτης γονιμότητας είναι αποτέλεσμα του αθροίσματος των ποσοστών γονιμότητας με βάση την ηλικία της γυναίκας μέσα σε ένα έτος ή μια περίοδο κι εκφράζεται από τον μέσο αριθμό των παιδιών ανά γυναίκα. Πρόκειται για ένα δείκτη που επηρεάζεται «τόσο από το ημερολόγιο της γονιμότητας όσο και από την τελική ένταση της γονιμότητας των 35 γενεών των γυναικών που 'τέμνουν' το δεδομένο έτος, έχοντας ηλικία από τα 15 έως τα 49 έτη»⁴⁰.

Εκτός όμως από τους δείκτες που δίνουν συμπεράσματα με βάση τα συγχρονικά δεδομένα υπάρχουν και οι διαγενεακοί δείκτες που εξάγουν συμπεράσματα με βάση την πραγματική πορεία της γονιμότητας των γενεών. Πρόκειται για «δείκτες που δεν αναφέρονται στη γονιμότητα που καταγράφεται σε ένα ή περισσότερα ημερολογιακά έτη, αλλά προσμετρούν τη γονιμότητα των γυναικών που γεννήθηκαν ένα ή περισσότερα ημερολογιακά έτη (ήτοι τη γονιμότητα των γενεών)»⁴¹.

Δείκτες υγείας

Εκτός από τους δείκτες γονιμότητας υπάρχουν και άλλοι δείκτες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας εικόνας για την υγεία του πληθυσμού και τα χαρακτηριστικά της. Ένας από τους πιο βασικούς δείκτες είναι ο δείκτης υγείας. Ο κάθε δείκτης υγείας είναι μια μεταβλητή που περιλαμβάνει ποιοτικά, ποσοτικά και χρονικά χαρακτηριστικά, με

³⁹ Κωστάκη, Α. (2003). *Τεχνικές Δημογραφικής Ανάλυσης*. Ανακτήθηκε από <http://stat-athens.aueb.gr/~akostaki/gr/courses/kefalaio1.pdf>, σσ. 2-4.

⁴⁰ Κοτζαμάνης, Β., & Σοφιανοπούλου, Κ. (2009). Γονιμότητα και αναπαραγωγή στη Μεταπολεμική Ελλάδα. Συγχρονική και διαγενεακή προσέγγιση. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 128 Α', 3- 38, σσ. 3-5.

⁴¹ Ο.π., σσ. 2-3.

στόχο την μέτρηση αλλαγών σε μια κατάσταση και αντίληψη της αλλαγής της κατάστασης. Το επίπεδο της υγείας του κάθε πληθυσμού αξιολογείται με βάση τη διερεύνηση ορισμένων δεικτών που είναι ενδεικτικοί για την υγεία του συγκεκριμένου πληθυσμού, αλλά και από την υποκειμενική εκτίμηση των ίδιων των ατόμων για την υγεία τους⁴².

Επιπλέον, για τη μέτρηση και αξιολόγηση της υγείας μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι δείκτες θνησιμότητας, οι δείκτες νοσηρότητας, ο επιπολασμός, τα ερωτηματολόγια και οι δείκτες θετικής υγείας. Όσον αφορά υποκειμενικούς δείκτες θετικής υγείας είναι οι δείκτες της λειτουργικής ικανότητας, το γενικό προφίλ της υγείας, οι δείκτες της καλής ψυχολογικής κατάστασης, οι δείκτες κοινωνικής ισορροπίας και οι δείκτες ποιότητας της ζωής⁴³. Ο επιπολασμός αναφέρεται στο συνολικό αριθμό των περιστατικών που αναφέρονται σε κάποια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, σε κάποια περιοχή⁴⁴.

Ένας ακόμη δείκτης είναι ο δείκτης της θνησιμότητας, που λαμβάνει υπόψη τις βασικές αιτίες θανάτου, ενώ συνδέεται με το προσδόκιμο της επιβίωσης. Η σχέση ανάμεσα στην θνησιμότητα και το προσδόκιμο της ζωής είναι αντιστρόφως ανάλογη, που σημαίνει ότι όσο πιο υψηλή είναι η θνησιμότητα τόσο μικρότερο είναι το προσδόκιμο της ζωής. Η μείωση της θνησιμότητας αποδίδεται στην βελτίωση των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών της χώρας, στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου, στην προληπτική και θεραπευτική ιατρική καθώς και στη λήψη και εφαρμογή μέτρων για τη βελτίωση της ύδρευσης της αποχέτευσης και εξυγίανσης του περιβάλλοντος⁴⁵.

Πιο συγκεκριμένα, το προσδόκιμο της ζωής είναι ένας εύχρηστος δείκτης υγείας που αναφέρεται στο μέσο αριθμό των ετών που αναμένεται να ζήσει κάποιος από το χρόνο της γέννησής του. Επίσης, ο δείκτης νοσηρότητας εκφράζει τον αριθμό των προσβληθέντων από ένα νόσημα ως προς το σύνολο του πληθυσμού. Οι δείκτες θνησιμότητας αφορούν τον αριθμό των θανάτων στη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους προς το μέσο πληθυσμό του

⁴² Τούντας, Γ., Τριανταφύλλου, Δ., & Φρισήρας, Σ. (2000). Δείκτες Υγείας στην Ευρώπη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17 (1), 89- 100, σσ. 89-92.

⁴³ Λοπατατζίδης, Α. (1999). Δημόσια Υγεία- Επιδημιολογία (θέματα και στοιχεία). Στο βιβλίο των Ε. Ιωαννίδη, Α. Λοπατατζίδης & Π. Μάντη (Εκδ.), *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις* (Τόμ. Α', σσ. 59- 134). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σσ. 60-65.

⁴⁴ Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*. (Μτφρ. Α. Βακάκη). Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω- Γιώργος Δάρδανος, σσ. 25-43.

⁴⁵ Ιωαννίδη, Ε., & Μάντη, Π. (1999). Υγεία και Περίθαλψη. Στο βιβλίο των Ε. Ιωαννίδη, Α. Λοπατατζίδης & Π. Μάντη (Εκδ.), *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις* (Τόμ. Α', σσ. 15- 58). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σσ. 15-22.

έτους. Διακρίνονται σε γενικούς και ειδικούς δείκτες, ανάλογα με τις επιμέρους παραμέτρους, όπως για παράδειγμα η βρεφική θνησιμότητα⁴⁶.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται μια πτώση της γονιμότητας που οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων. Την πτωτική αυτή κατάσταση ακολουθεί και η Ελλάδα, όπου οι γεννήσεις αρχίζουν να παρουσιάζουν μια ελαφρά πτωτική πορεία τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια, ενώ αυξάνονται οι γεννήσεις στη συνέχεια και μειώνονται πάλι κατά τη δεύτερη περίοδο της μαζικής μετανάστευσης προς το εξωτερικό, που ήταν το διάστημα από το 1966 έως το 1973. Οι δείκτες αυτοί κατέρρευσαν κατά τις δεκαετίες του 1980 και 1990 και στη συνέχεια σταθεροποιήθηκαν⁴⁷.

Στην Ελλάδα η γονιμότητα των γενεών (μέσος αριθμός παιδιών/ γυναίκα) ακολουθεί μια φθίνουσα πορεία, καθώς οι Ελληνίδες δεν αναπαράγονται πλήρως. Η Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης παρουσιάζει ορισμένες διαφοροποιήσεις, καθώς δεν εμφάνισε το baby-boom της περιόδου 1945- 1965, εκτός από την περιφέρεια της Αττικής, ενώ η αναπαραγωγή των γενεών από το 1920 και έπειτα δεν φτάνει τα παγκόσμια όρια αναπαραγωγής. Η ελληνική διαγενεακή γονιμότητα για τις γενεές των 1965- 1970 βρίσκεται κοντά στο μέσο κοινοτικό, αν και οι συγκυριακοί δείκτες βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα λόγω των ταχύτατων αλλαγών στη μέση ηλικία τεκνογονίας⁴⁸.

Για να υπάρχει πλήρης αναπαραγωγή των γενεών θα πρέπει για κάθε 100 μητέρες μιας γενεάς ή ομάδας γενεών να αντικατασταθούν από 100 κόρες. Ωστόσο, αυτό δεν είναι εύκολο να γίνει καθώς οι γεννήσεις θηλέων είναι λιγότερες από τις γεννήσεις των αρρένων, ενώ από τις γεννήσεις των κοριτσιών στα 100 κορίτσια μπορεί κάποια να πεθάνουν πριν φτάσουν στην αναπαραγωγική ηλικία. Σήμερα σε σύγκριση με το παρελθόν έχει μειωθεί σημαντικά ο δείκτης θνησιμότητας των γενεών. Στο παρελθόν το όριο αναπαραγωγής ήταν μεγαλύτερο, όμως ταυτόχρονα υπήρχαν υψηλές πιθανότητες θνησιμότητας και χαμηλοί μέσοι όροι της προσδοκώμενης ζωής στη γέννηση. Ακόμη, οι αλλαγές σχετικά με το ημερολόγιο της γονιμότητας (αλλαγές στη μέση ηλικία απόκτησης παιδιών) ασκούν επιδράσεις άμεσα στον συνθετικό δείκτη⁴⁹.

⁴⁶ Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σσ. 255-257.

⁴⁷ Κοτζαμάνης & Σοφianoπούλου, ό.π., σσ. 3-5.

⁴⁸ Κοτζαμάνης, Β. (2012). *Δημογραφικές εξελίξεις και προοπτικές. Οι πρόσφατοι προβληματισμοί για την πορεία της γονιμότητας στην χώρα μας, λόγος και αντίλογος. Δημογραφικές ανησυχίες και δημογραφική πολιτική*. Ανακτήθηκε από <http://www.demography-lab.prd.uth.gr/DDAoG/edu/tutor/3-6.pdf>, σσ. 1-3.

⁴⁹ Ο.π., σσ. 3-5.

Ο τύπος για τον Αδρό Δείκτη Θνησιμότητας (CDR), που εκφράζει τον αριθμό των θανάτων που καταγράφηκαν σε ένα ημερολογιακό έτος ανά 100 κατοίκους του μελετώμενου πληθυσμού:

$$CDR = \frac{\text{Αριθμός καταγεγραμμένων θανάτων έτους } t}{\text{Συνολικός πληθυσμός την 30^η Ιουνίου του έτους } t} * 1000$$

Ο παραπάνω τύπος μπορεί να εξειδικευτεί και με βάση την αιτία του θανάτου, έτσι ώστε να υπολογιστεί ο αδρός δείκτης θνησιμότητας κατά αιτία θανάτου. Ο τύπος διαμορφώνεται ως εξής:

$$CDR = \frac{\text{Αριθμός καταγεγραμμένων θανάτων από αιτία } i \text{ έτους } t}{\text{Συνολικός πληθυσμός την 30^η Ιουνίου του έτους } t} * 100.000$$

Επίσης, ο δείκτης θνησιμότητας μπορεί να υπολογιστεί ξεχωριστά για την κάθε ηλικιακή ομάδα (συνήθως ανά πενταετία ή δεκαετία, εκτός από τις ηλικίες 0- 4 ετών) και ο τύπος είναι:

$$M_x = \frac{\text{Αριθμός καταγεγραμμένων θανάτων ατόμων ηλικίας } x \text{ έτους } t}{\text{Πληθυσμός ηλικίας } x \text{ την 30^η Ιουνίου του έτους } t} * 100.000$$

Όσον αφορά τη γεννητικότητα, ο αδρός δείκτης γεννητικότητας (CBR) εκφράζει την αναλογία των γεννήσεων εντός ενός ημερολογιακού έτους σε 1.000 κατοίκους του πληθυσμού και ο τύπος του είναι:

$$CBR = \frac{\text{Αριθμός γεννήσεων έτους } t}{\text{Συνολικός πληθυσμός την 30^η Ιουνίου του έτους } t} * 1000$$

Εκτός από τον αδρό δείκτη γεννητικότητας που είναι πολύ γενικός, καθώς αναφέρεται στο σύνολο του πληθυσμού, υπάρχει και ο δείκτης της γενικής γονιμότητας (GFR), που εκφράζει την αναλογία των γεννήσεων εντός ενός ημερολογιακού έτους σε 1.000 γυναίκες ηλικίας 15- 49 ετών στο μέσο του έτους (30^η Ιουνίου). Ο τύπος για τον εν λόγω δείκτη είναι:

$$\text{GFR} = \frac{\text{Αριθμός γεννήσεων ζώντων κατά το έτος } t}{\text{Πληθυσμός γυναικών ηλικίας 15-49 ετών την 30^η Ιουνίου του } t} * 1000$$

Ο υπολογισμός των δεικτών γονιμότητας κατά ηλικία (ASFR) είναι σημαντικός για την προσέγγιση της γεννητικότητας καθώς εκφράζει την αναλογία των γεννήσεων εντός ενός ημερολογιακού έτους που προέρχονται από μητέρες ηλικίας χ σε 1.000 γυναίκες της ίδιας ηλικίας στο μέσο του έτους. Ο τύπος είναι:

$$\text{ASFR} = \frac{\text{Αριθμός γεννήσεων ζώντων από μητέρες ηλικίας } \chi \text{ το έτος } t}{\text{Πληθυσμός γυναικών ηλικίας } \chi \text{ την 30^η Ιουνίου του έτους } t} * 1000$$

Ένας ακόμη δείκτης γονιμότητας είναι ο δείκτης ολικής γονιμότητας (TFR), που προκύπτει από το πενταπλάσιο του αθροίσματος των ειδικών κατά ηλικία δεικτών γονιμότητας. Ο τύπος διατυπώνεται ως εξής:

$$\text{TFR} = 5 * (f_{15-19} + f_{20-24} + f_{25-29} + f_{30-34} + f_{35-39} + f_{40-44} + f_{45-49})$$

Οι πιο συνηθισμένοι και συχνά χρησιμοποιούμενοι δείκτες μετανάστευσης είναι ο αδρός δείκτης αποδημίας (CER) και ο αδρός δείκτης παλιννόστησης (CIR), που εκφράζουν τον αριθμό των μεταναστών ή των παλιννοστούντων, που παρατηρήθηκαν στη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους ανά 1.000 κατοίκους στο μέσο του έτους. Οι τύποι είναι οι εξής:

$$\text{CER} = \frac{\text{Αριθμός μεταναστών κατά τη διάρκεια του έτους } t}{\text{Συνολικός πληθυσμός την 30^η Ιουνίου του έτους } t} * 1000$$

$$\text{CIR} = \frac{\text{Αριθμός παλιννοστούντων κατά τη διάρκεια του έτους } t}{\text{Συνολικός πληθυσμός την 30^η Ιουνίου του έτους } t} * 1000$$

Ο αδρός δείκτης καθαρής μετανάστευσης προκύπτει από την αφαίρεση των μεταναστών από τους παλιννοστούντες, ενώ ο τύπος μπορεί να διαμορφωθεί και ως εξής:

$$\text{CNR} = \frac{\text{Καθαρή μετανάστευση έτους } t}{\text{Συνολικός πληθυσμός την 30^η Ιουνίου του έτους } t} * 1000$$

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΚΟΠΟΣ, ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Σκοπός της Πτυχιακής

Βασικός σκοπός της πτυχιακής είναι η προσέγγιση του θέματος της υπογεννητικότητας και της γονιμότητας και η παρουσίαση των αιτιών και των επιπτώσεων της υπογεννητικότητας. Μετά τη θεωρητική προσέγγιση του θέματος παρουσιάζονται μέσα από στατιστικούς πίνακες και γραφήματα οι δείκτες γονιμότητας και η σύνδεση με τους δημογραφικούς τύπους. Στη συνέχεια παρουσιάζεται μια σύγκριση των δεικτών με βάση τις χρονολογίες από το 1940 μέχρι και σήμερα. Τα στοιχεία προέρχονται από τη Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. Ο βασικός δείκτης που απεικονίζει την γεννητικότητα είναι ο ολικός δείκτης γονιμότητας, που αναφέρεται στο μέσο όρο ζωντανών παιδιών που θα γεννήσει μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της ζωής της. Η μετανάστευση, οι αλλαγές στη δομή της οικογένειας και γενικότερα στον τρόπο ζωής έχουν σηματοδοτήσει και μια αλλαγή αναφορικά με το δημογραφικό ζήτημα. Τα ποσοστά γεννητικότητας διαρκώς μειώνονται, για αυτό απαιτείται μια διερεύνηση της κατάστασης, η οποία θα προκύψει μέσα από την παρακολούθηση των κοινωνικο-οικονομικών αλλαγών, των πολιτισμικών συνθηκών και των χαρακτηριστικών της οικογένειας, καθώς και μέσα από την παρακολούθηση των δεικτών γονιμότητας κατά τις προηγούμενες δεκαετίες.

3.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα της τρέχουσας έρευνας, τα οποία διαμορφώθηκαν με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τους προβληματισμούς που προέκυψαν είναι τα εξής:

Πως εξελίχθηκε ο δείκτης γονιμότητας από το 1940 μέχρι και σήμερα;

Ποιες ήταν οι βασικές αλλαγές που σηματοδότησαν την αλλαγή του πληθυσμού σήμερα;

Ποια είναι τα κύρια χαρακτηριστικά του σημερινού πληθυσμού;

Ποια είναι τα αίτια της σημερινής κατάστασης του δημογραφικού προβλήματος;

Τι βελτιώσεις μπορούν να γίνουν για να αυξηθούν τα ποσοστά γεννητικότητας και γονιμότητας;

3.3 Μεθοδολογία

Μέσα από την συλλογή στατιστικών δεδομένων σχετικά με τους δείκτες υγείας (νοσηρότητα, θνησιμότητα, γεννητικότητα και μετανάστευση) δημιουργήθηκαν πίνακες που παρουσιάζουν τα ποσοστά γεννητικότητας και γονιμότητας καθώς και οι υπόλοιποι δείκτες της υγείας ώστε να αποτυπωθεί ο τρόπος με τον οποίο διαμορφώνονται τα ποσοστά γεννητικότητας στην Ελλάδα από το 1940 μέχρι και σήμερα. Τα δεδομένα προέρχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, καθώς και από πίνακες που βρέθηκαν μέσα από την μελέτη της βιβλιογραφίας. Οι βιβλιογραφικές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται στον κάθε πίνακα. Οι δείκτες της υγείας και τα στατιστικά δεδομένα για τον πληθυσμό αναφέρονται για να αποτυπώσουν την κατάσταση που επικρατεί σχετικά με την εξέλιξη και διαμόρφωση του πληθυσμού.

3.4 Σύγκριση χρονολογιών από το 1940 μέχρι το 1970 ανά 10ετία και από το 1970 μέχρι σήμερα ανά χρόνο

Στη συνέχεια πραγματοποιείται παρουσίαση των στατιστικών δεδομένων για τους δείκτες της γεννητικότητας και γονιμότητας καθώς και για άλλους σημαντικούς δημογραφικούς δείκτες. Επίσης, αναφορά γίνεται στα αίτια της υπογεννητικότητας, τα οποία συνδέονται με την κατάσταση που διαμορφώνεται στα επίπεδα της γεννητικότητας και γονιμότητας.

Πίνακας 3.1 Ο αριθμός των γεννήσεων από το 1940 μέχρι το 2009

Έτη	Αριθμός γεννήσεων	Αριθμός γεννήσεων επί 1.000 κατοίκων
1940- 1949	179.500	24.53
1950- 1959	156.792	19.34
1960- 1969	154.478	18.05
1970- 1979	143.567	15.79
1980	148.134	15.36
1981	140.953	14.49
1982	137.275	14.02
1983	132.608	13.47
1984	125.724	12.70
1985	116.481	11.73
1986	112.810	11.32
1987	106.392	10.64
1988	107.505	10.71
1989	101.657	10.08
1990	102.229	10.06
1991	102.620	10.01
1992	104.081	10.04
1993	101.799	9.73
1994	103.763	9.83
1995	101.495	9.54
1996	100.718	9.40
1997	102.038	9.47
1998	100.894	9.31
1999	100.643	9.25
2000	103.274	9.46
2001	102.282	9.34
2002	103.569	9.43
2003	104.420	9.50
2004	105.655	9.60

2005	107.545	9.70
2006	112.042	10.10
2007	111.926	10.00
2008	118.302	10.50
2009	117.933	10.50

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή⁵⁰

Όσον αφορά τον αριθμό των γεννήσεων παρατηρείται μια διαρκής μείωση μέχρι το 2002, με κάποιες μικρές αυξήσεις κατά το 1988, το 1990- 1992, το 1994, το 1997 και το 2000. Ωστόσο, οι αυξήσεις αυτές των γεννήσεων ήταν πολύ μικρές και τον επόμενο χρόνο υπήρχε και πάλι μείωση του συνολικού αριθμού των γεννήσεων. Από το 2002 μέχρι και το 2008 παρατηρείται μια αύξηση, με εξαίρεση το 2007 όπου και πάλι υπάρχει μείωση του αριθμού των γεννήσεων. Μια πιο αναλυτική κατάσταση των δεικτών γονιμότητας απεικονίζεται στο διάγραμμα που ακολουθεί και το οποίο προέρχεται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή⁵¹.

Ανά δεκαετία από το 1940- 1979 και ανά χρόνο από το 1980- 2011 παρουσιάζεται ο δείκτης ολικής γονιμότητας στον πίνακα που ακολουθεί. Ο δείκτης ολικής γονιμότητας αναφέρεται στο μέσο όρο ζωντανών παιδιών που γεννά μια γυναίκα στη διάρκεια της αναπαραγωγικής της ζωής. Ξεκινώντας από το 1940 και παρουσιάζοντας το δείκτη κατά δεκαετία μέχρι το 1970 παρατηρείται μια μείωση, η οποία συνεχίζεται και στα επόμενα χρόνια, όπου κατά έτος παρουσιάζεται ο δείκτης γονιμότητας. Η μείωση του δείκτη σταματά το 2001 όπου αρχίζει να παρατηρείται μια μικρή αύξηση του δείκτη, η οποία όμως είναι πολύ περιορισμένη και καθόλου ενθαρρυντική για το δημογραφικό ζήτημα στην Ελλάδα. Επομένως, μάλλον παραμένει σε σταθερά επίπεδα παρά αυξάνεται δίνοντας ελπίδα για την εξέλιξη της γεννητικότητας και γονιμότητας στην Ελλάδα.

⁵⁰ Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2011). Δελτίο Τύπου.

http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1605/PressReleases/A1605_SPO03_DT_AN_00_2009_01_F_GR.pdf, σσ. 6-7.

⁵¹ Ο.π., σ. 5.

Πίνακας 3.2 Δείκτες ολικής γονιμότητας

Έτη	Δείκτης Ολικής Γονιμότητας
1940- 1949	2.40
1950- 1959	2.30
1960-1969	2.20
1970- 1979	2.40
1980	2.30
1981	2.10
1982	2.03
1983	1.94
1984	1.82
1985	1.68
1986	1,60
1987	1.50
1988	1.50
1989	1.40
1990	1.39
1991	1.38
1992	1.38
1993	1.34
1994	1.35
1995	1.32
1996	1.30
1997	1.31
1998	1.29
1999	1.26
2000	1.26
2001	1.25
2002	1.27
2003	1.28
2004	1.30
2005	1.33

2006	1.40
2007	1.41
2008	1.51
2009	1.51
2010	1.51
2011	1.43

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή (1975- 2010) και Eurostat (2012)⁵²

Ο δείκτης ολικής γονιμότητας αναφέρεται στον μέσο όρο ζωντανών παιδιών που θα γεννήσει μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της ζωής της, εάν κατά τη διάρκεια των ηλικιών αναπαραγωγής, επικρατούν οι συνθήκες γονιμότητας κατά ηλικία, του έτους αναφοράς. Ο ολικός δείκτης γονιμότητας χρησιμοποιείται έτσι ώστε να προσδιοριστεί το επίπεδο αντικατάστασης των γενεών, ενώ στις ανεπτυγμένες χώρες θεωρείται ότι είναι 2.1.

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται μια μείωση του δείκτη ολικής γονιμότητας μέχρι το 2001 εκτός από το 1994 σε σύγκριση με το προηγούμενο και επόμενο έτος, ενώ από το 2002 μέχρι το 2008 ο δείκτης εμφανίζει μια αύξηση και στη συνέχεια (2008- 2010) ο δείκτης σταθεροποιείται στο 1.51. Ωστόσο, ο δείκτης αυτός είναι χαμηλότερος από τους δείκτες του 1987 και έπειτα.

Πίνακας 3.3 Η γονιμότητα των γενεών από το 1940 έως το 1969

Γενεές	Αριθμός γυναικών	Τελική γονιμότητα (παιδιά/ 1000 γυναίκες)	Μέση ηλικία στην τεκνογονία
1940- 1944	289.856	1.98	27.10
1945- 1949	336.476	1.95	26.38
1950- 1954	349.588	1.95	25.89

⁵² Ελληνική Στατιστική Αρχή. (1975- 2010). *Δείκτες Γονιμότητας* (Ετών 1990- 2010).

http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE_

[themes?p_param=A0514&r_param=DKT75&v_param=2010_00&mytabs=0](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE_themes?p_param=A0514&r_param=DKT75&v_param=2010_00&mytabs=0) Eurostat. (2012). *Population*.

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde220&plugin=](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde220&plugin=1)

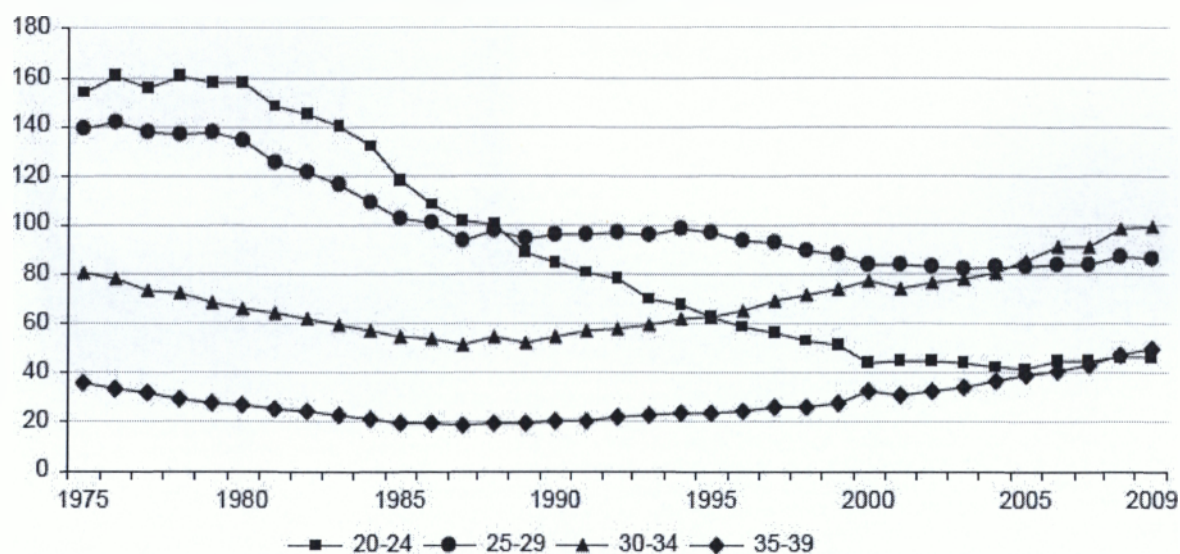
1.

1955- 1959	378.445	1.89	25.73
1960- 1964	388.017	1.76	26.33
1965- 1969	397.540	1.64	27.61

Πηγή: ΕΣΥΕ (1956- 2001)

Παρατηρείται ότι οι γυναίκες από το 1940 έως το 1960 εμφανίζουν μια μείωση της γονιμότητάς τους, καθώς κάνουν λιγότερα παιδιά αν και τεκνοποιούν σε όλο και μικρότερη ηλικία από το 1940 μέχρι και το 1970. Ωστόσο, οι δείκτες αυτοί αλλάζουν στη συνέχεια, όπου τα ζευγάρια αρχίζουν να τεκνοποιούν σε όλο και μεγαλύτερη ηλικία και επιλέγουν να κάνουν ακόμη λιγότερα παιδιά.

Ειδικό δείκτης γονιμότητας κατά επιλεγμένες ομάδες ηλικιών 1975 – 2009



Σχήμα 3.1. Ειδικό δείκτης γονιμότητας κατά ομάδες ηλικιών.

Πίνακας 3.4 Μέση ηλικία της μητέρας στο πρώτο παιδί, επί των γεννήσεων ζώντων

Έτη	Μέση ηλικία μητέρας
1975- 1980	25.46
1981	25.19
1982	25.20

1983	25.20
1984	25.21
1985	25.42
1986	25.66
1987	25.69
1988	26.02
1989	26.35
1990	26.60
1991	26.89
1992	27.08
1993	27.45
1994	27.64
1995	27.84
1996	28.09
1997	28.35
1998	28.61
1999	28.84
2000	29.52
2001	29.28
2002	29.50
2003	29.69
2004	29.97
2005	30.30
2006	30.47
2007	30.65
2008	30.86
2009	31.10
2010	31.20

Ελληνική Στατιστική Αρχή (1975- 2010)⁵³

⁵³ Ελληνική Στατιστική Αρχή. (1975- 2010). *Μέση ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση* (Ετών 1975- 2010). http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A0514&r_param=DKT78&y_param=2010_00&mytabs=0.

Επλέχθησαν ορισμένα στοιχεία (από το 1975 έως και το 2010) σχετικά με την μέση ηλικίας της γυναίκας κατά τη γέννηση του πρώτου παιδιού της. Παρατηρείται μια διαρκής αύξηση της ηλικίας που η γυναίκα κάνει το πρώτο της παιδί. Αυτό μαρτυρά μια μείωση των αναπαραγωγικών ετών της γυναίκας. Ξεκινώντας από μια μέση ηλικία που ήταν περίπου 25.5 κατά το 1975- 1980, η μέση ηλικία της γυναίκας κατά την πρώτη τεκνοποίηση έφτασε στα 31 έτη το 2010.

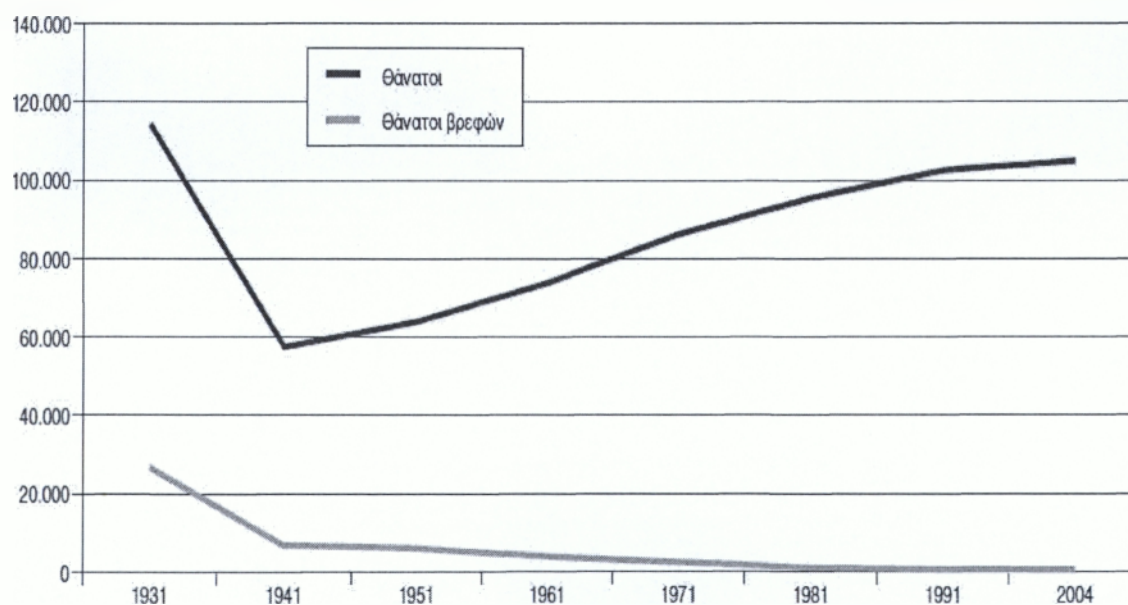
Πίνακας 3.5 Βρεφική θνησιμότητα και ακαθάριστος δείκτης θνησιμότητας (1975-2010)

Έτη	Βρεφική θνησιμότητα	Ακαθάριστος δείκτης θνησιμότητας
1975	24.0	24.0
1980	17.9	18.0
1985	14.1	15.50
1990	9.71	9.30
1991	9.03	9.30
1992	8.37	9.50
1993	8.49	9.30
1994	7.93	9.30
1995	8.15	9.40
1996	7.25	9.40
1997	6.44	9.30
1998	6.68	9.50
1999	6.15	9.50
2000	5.43	9.60
2001	5.10	9.40
2002	5.12	9.50
2003	4.02	9.60
2004	4.06	9.50
2005	3.80	9.50
2006	3.70	9.50
2007	3.55	9.80

2008	2.65	9.60
2009	3.10	9.60
2010	3.80	9.70

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή (1990- 2010)⁵⁴

Η βρεφική θνησιμότητα αφορά την αναλογία των θανάτων των βρεφών ηλικίας κάτω του ενός έτους κατά τη διάρκεια του έτους αναφοράς, στον αριθμό των γεννήσεων ζώντων, στο ίδιο έτος. Η αναλογία εκφράζεται ανά 1000 γεννήσεις ζώντων. Ο ακαθόριστος δείκτης θνησιμότητας αναφέρεται στους θανάτους ανά πληθυσμό 1000 κατοίκων κατά τη διάρκεια του έτους αναφοράς. Στον παραπάνω πίνακα από το 1975 μέχρι το 1990 παρατηρείται μια ραγδαία μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ενώ μια πτωτική τάση συνεχίζει να υπάρχει και τα επόμενα χρόνια, φτάνοντας το 3.80 το 2010, από το 24.0 που ήταν το 1975. Επομένως, ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας έχει φτάσει σε πολύ χαμηλά επίπεδα σε σύγκριση με το παρελθόν.



Σχήμα 3.2. Σύνολο θανάτων και θανάτων βρεφών από το 1931 έως το 2004⁵⁵.

⁵⁴ Ελληνική Στατιστική Αρχή. (1990- 2010). Δείκτες Θνησιμότητας (Ετών 1990- 2010).

http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A0514&r_param=DKT85&y_param=2010_00&mytabs=0.

⁵⁵ Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. (2009). Φυσική κίνηση του πληθυσμού της Ελλάδος. Πειραιάς. Στατιστικές Πληθυσμού & Αγοράς Εργασίας, σ. 41.

Πίνακας 3.6 Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση

Έτη	Άνδρες	Γυναίκες
1985	73.5	78.4
1986	74.1	78.7
1987	73.9	78.5
1988	74.3	79.1
1989	74.5	79.4
1990	74.6	79.5
1991	74.7	79.7
1992	74.7	79.6
1993	75.0	79.9
1994	75.2	80.2
1995	75.0	80.3
1996	75.1	80.4
1997	75.6	80.8
1998	75.4	80.4
1999	75.5	80.6
2000	75.5	80.5
2001	75.9	81.0
2002	76.2	81.1
2003	76.5	81.3
2004	76.6	81.5
2005	76.8	81.7
2006	77.1	82.0
2007	77.0	82.0
2008	77.5	82.5
2009	77.7	82.8
2010	78.1	82.8

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή (1985- 2010)⁵⁶

⁵⁶ Ελληνική Στατιστική Αρχή. (1985- 2010). *Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση* (Ετών 1985- 2010). http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A0514&r_param=DKT86&y_param=2010_00&mytabs=0.

Η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση αναφέρεται στο μέσο αριθμό ετών που αναμένεται να επιβιώσει ένα βρέφος εάν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του επικρατούν οι τρέχουσες συνθήκες θνησιμότητας. Με το πέρασμα των χρόνων παρατηρείται αύξηση του προσδοκώμενου ορίου ζωής, που σημαίνει πως αυξάνεται ο πληθυσμός των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Η επίδραση της μετανάστευσης

Η Ελλάδα από τη δεκαετία του 1990 μετατράπηκε από χώρα εξόδου σε χώρα υποδοχής μεταναστών και με βάση τα δεδομένα του απογραφέντος πληθυσμού το 2001 οι αλλοδαποί ήταν το 7% του συνολικού πληθυσμού. Οι αλλοδαποί συνέβαλαν στην αύξηση του πληθυσμού της χώρας σε σημαντικό βαθμό κατά την περίοδο 1991- 2001, όπου το φυσικό ισοζύγιο της δεκαετίας ήταν θετικό κατά 13.000 άτομα. Η συνολική αύξηση του μόνιμου πληθυσμού ήταν 704.000 άτομα, ενώ η αύξηση του πληθυσμού αποδίδεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στην αύξηση του πληθυσμού των αλλοδαπών. Ο πληθυσμός της Ελλάδας φαίνεται πως επηρεάστηκε από την μεγάλη είσοδο αλλοδαπών σε συνδυασμό με την πτώση των δεικτών γονιμότητας. Το 90% της αύξησης του πληθυσμού της χώρας κατά τη δεκαετία 1991- 2001 φαίνεται πως οφείλεται στους μετανάστες⁵⁷.

Επίσης, ένας από τους λόγους της αλλαγής των δεικτών των ποσοστών γεννήσεων συνδέονται με τις αλλαγές που έχουν σημειωθεί στον πληθυσμό λόγω της μετανάστευσης. Κατά τη δεκαετία 1990- 2000 παρατηρείται μια δημογραφική ανανέωση της χώρας, που οφείλεται στην εισροή των μεταναστών στη χώρα. Σύμφωνα με την Απογραφή του 2001, η αύξηση του πληθυσμού κατά 679.705 άτομα κατά την περασμένη δεκαετία, οφείλεται αποκλειστικά στους μετανάστες⁵⁸.

Η μετανάστευση έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη διάρθρωση του πληθυσμού. Οι μετανάστες συνέβαλαν στη φυσική ανανέωση του πληθυσμού της χώρας, καθώς το 2006 από τις 112.042 γεννήσεις που πραγματοποιήθηκαν, οι 14.570 γεννήσεις προέρχονταν από μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα⁵⁹. Επιπλέον, με βάση τα

⁵⁷ Δρεττάκης, ό.π., σ. 189.

⁵⁸ ΕΣΥΕ. (2011). *Δελτίο Τύπου*. Ανακτήθηκε από http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1605/PressReleases/A1605_SPO03_DT_AN_00_2009_01_F_GR.pdf, σσ. 6-7.

⁵⁹ ΕΣΥΕ. (2011). Ό.π., σσ. 1-2.

δημογραφικά χαρακτηριστικών των μεταναστών φαίνεται πως η κατά ηλικία δομή του πληθυσμού των αλλοδαπών είναι πιο νεανική σε σύγκριση με τον ελληνικό πληθυσμό⁶⁰. Ωστόσο, θεωρείται ότι η μετανάστευση στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, θα μπορέσει μόνο παροδικά να καλύψει τις δημογραφικές ανάγκες, ενώ σε ένα μακροπρόθεσμο επίπεδο θα εμφανιστούν πάλι προβλήματα ως προς τα ποσοστά γεννητικότητας και τη διάρθρωση του πληθυσμού⁶¹.

Η εξωτερική μετανάστευση κατά τις δεκαετίες του 1960- 1980 και η μαζική εσωτερική μετανάστευση των μεταπολεμικών δεκαετιών αλλά και το μεταναστευτικό κύμα κατά τη δεκαετία του 1990 οδήγησαν στη δημιουργία μιας νέας κοινωνικής πραγματικότητας. Στόχος ήταν οι αλλαγές της κοινωνίας και των κρατικών μηχανισμών⁶². Οι κύριοι κίνδυνοι που συνδέονται με τη μετανάστευση είναι η αύξηση των ποσοστών της σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα, αλλά και τα αφομοιωτικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν τη μετανάστευση ειδικά για τους μουσουλμάνους, που αποτελούν και τη συντριπτική πλειοψηφία των μεταναστών. Επίσης, η μείωση της γεννητικότητας και η αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής έχει οδηγήσει σε αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων και μείωση του ποσοστού ηλικιών κατάλληλων προς εργασία⁶³.

Η μετανάστευση είναι ο καθοριστικός παράγοντας που συμβάλλει στη διαμόρφωση του ρυθμού μεταβολής και της σύνθεσης του πληθυσμού. Πρόκειται για τη διεθνή μετανάστευση, που αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο όχι μόνο για την Ελλάδα, αλλά και για την Ευρώπη. Η αύξηση των μεταναστών από χώρες εκτός Ευρώπης οδηγούν στη δημιουργία πολυπολιτισμικών κοινωνιών που αποτελούνται από διαφορετικές φυλές, θρησκευόμενα και πολιτισμούς. Η μετανάστευση είναι ένα ζήτημα που αντιμετωπίζεται με αποσπασματικό και μη συστηματικό τρόπο από τις πολιτικές της Ευρώπης⁶⁴.

Ακόμη, οι θρησκευόμενες οικογένειες φαίνεται πως κάνουν περισσότερα παιδιά σε σύγκριση με τις μη θρησκευόμενες. Αυτό σημαίνει πως οι μουσουλμάνοι μετανάστες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά γεννητικότητας σε σύγκριση με τους Ευρωπαϊκούς πληθυσμούς, που έχουν πλέον μικρή θρησκευτική επίδραση. Επιπλέον, οι μεταναστευτικές μειονότητες που απειλούνται πολιτιστικά φαίνεται πως μέσα από τη μεγιστοποίηση του

⁶⁰ Μπάγκαβος, Χ., & Παπαδοπούλου, Δ. (2003). *Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική*. Αθήνα: ΙΝΕ/ ΓΣΕΕ- ΑΔΕΔΥ, σσ. 72-75.

⁶¹ Φακιολάς, Ρ. (2005). *Η επιδίωξη κοινής πολιτικής μετανάστευσης στην Ε.Ε. Τάσεις: Ετήσια Οικονομική Επισκόπηση*. Αθήνα., σ. 110.

⁶² Διαμαντούρος, Ν. (2004). *Η Ελλάδα της Μετανάστευσης*. (Επιμ. Μ. Παύλου & Δ. Χριστόπουλος). Κέντρο Ερευνών Μειονοτικών Ομάδων. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική, σ. 10.

⁶³ Μαρτζούκος, ό.π., σσ. 1-3.

⁶⁴ Ό.π., σσ. 2-3.

δημογραφικού δυναμικού προσπαθούν να επιβιώσουν και να συνεχίσουν να υπάρχουν⁶⁵. Γενικά, η εισροή μεταναστών στην Ελλάδα και τα υψηλότερα ποσοστά γονιμότητας των αλλοδαπών γυναικών σε σύγκριση με τις Ελληνίδες έχει συμβάλει στην ανακοπή της πτώσης των γεννήσεων που ήταν 102.000 γεννήσεις κατά τη δεκαετία 1991- 2000 και 108.000 γεννήσεις κατά τη πενταετία 2002- 2007⁶⁶.

Η λαθρομετανάστευση, που ξεκίνησε περίπου το 1993, άρχισε να δημιουργεί προβλήματα κοινωνικής και οικονομικής υφής, τα οποία έγιναν ακόμη πιο έντονα μετά την μεγάλη είσοδο λαθρομεταναστών, κυρίως μουσουλμάνων από αφρικανοασιατικές χώρες. Τα προβλήματα αφορούν προστριβές στην αγορά εργασίας, αύξηση της εγκληματικότητας και της διακίνησης ναρκωτικών, καθώς και εισφοροδιαφυγή με αποτέλεσμα την εμφάνιση προβλημάτων στους ασφαλιστικούς οργανισμούς⁶⁷.

Ενδεικτικά ακολουθεί ένας πίνακας που απεικονίζει την γεννητικότητα και την γονιμότητα των Ελληνίδων και των αλλοδαπών (2004- 2005), με βάση τα στοιχεία της ΕΣΥΕ⁶⁸.

Πίνακας 3.7 Μεταβολές του πληθυσμού με βάση τη μετανάστευση

Έτη	Υπολογιζόμενος πληθυσμός (1 ^η Ιανουαρίου)	Καθαρή μετανάστευση	Συνολική μεταβολή
2005	11.082.751	39.974	42.42
2006	11.125.179	39.995	46.56
2007	11.171.740	40.014	42.04
2008	11.213.785	36.294	46.61
2009	11.213.785	35.099	44.71

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή⁶⁹

⁶⁵ Ο.π., σσ. 2-3.

⁶⁶ Κοτζαμάνης & Σοφianoπούλου, ό.π., σσ. 4-6.

⁶⁷ Ρωμανός, Κ.Π. (2008). Υπογεννητικότητα, πολυπολιτισμός και η στροφή του Κράτους κατά του Έθνους. Ανακτήθηκε από <http://www.e-grammes.gr/print.php?id=3323>.

⁶⁸ ΕΣΥΕ, αναφ. στους Κοτζαμάνη, Β., & Σοφianoπούλου, Κ. (2008). Η συμβολή των αλλοδαπών στη γεννητικότητα και τη γονιμότητα του πληθυσμού της Ελλάδας. *Δημογραφικά Νέα, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος, 1*, 1-4, Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων ΕΔΚΑ, Βόλος.

⁶⁹ Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2011). Δελτίο Τύπου.

http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1605/PressReleases/A1605_SPO03_DT_AN_00_2009_01_F_GR.pdf, σσ. 2-3.

Ενδεικτικά αναφέρεται η μεταβολή του πληθυσμού από 2005 έως το 2009, καθώς είναι εμφανής η επίδραση της μετανάστευσης. Από τη δεκαετία του 1990 κι έπειτα, η Ελλάδα γίνεται μια χώρα υποδοχής μεταναστών, με αποτέλεσμα να είναι εμφανείς οι επιδράσεις της μετανάστευσης στη διαμόρφωση του πληθυσμού αλλά και στα επίπεδα της γεννητικότητας. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι γεννήσεις με βάση την υπηκοότητα της μητέρας. Κατά την τετραετία 2004- 2007 είναι εμφανής η διαφορά ανάμεσα στο ποσοστό μεταβολής των Ελληνίδων και το ποσοστό μεταβολής των αλλοδαπών γυναικών, με κυρίαρχες χώρες προέλευσης της Αλβανία, τη Ρουμανία και τη Βουλγαρία.

Πίνακας 3.8 Γεννήσεις με βάση την υπηκοότητα της μητέρας

	2004	2005	2006	2007	Μεταβολή στην τετραετία 2004- 2007
Ελληνική	88.803	89.812	92.584	91.455	2.99%
Αλβανική	10.362	10.690	11.875	12.361	19.29%
Ρουμανική	886	982	1.101	1.299	46.61%
Βουλγαρική	1.020	1.025	1.037	1.146	12.35%
Άλλη	4.584	5.036	5.455	5.665	23.58%
Σύνολο αλλοδαπών	16.852	17.733	19.488	20.471	21.48%
Γενικό σύνολο	105.655	107.545	112.042	111.926	5.94%
Ποσοστό αλλοδαπών	15.95	16.49	17.37	18.29	-

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία⁷⁰

⁷⁰ ΕΣΥΕ. www.statistics.gr.

Πίνακας 3.9 Μεταβολή του πληθυσμού της Ελλάδας στις χρονικές περιόδους μεταξύ των απογραφών

Χρονική περίοδος	Γεννήσεις	Θάνατοι	Φυσική αύξηση	Καθαρή μετανάστευση			Συνολική αύξηση
				Ελλήνων υπηκόων	Ξένων υπηκόων	Συνολική	
1951- 1960	1.533.249	577.212	956.037	-224.450	24.165	-200.285	755.752
1961- 1970	1.532.475	693.050	839.425	-497.169	37.832	-459.337	380.088
1971- 1980	1.438.877	801.509	637.368	255.552	78.856	334.408	971.776
1981- 1990	1.183.634	911.193	272.441	251.190	-4.148	247.042	519.483
1991- 2000	1.021.381	999.764	21.617	53.066	629.437	682.503	704.120

Πηγή: Μπαγκαβός, (2005)⁷¹

Από τον παραπάνω πίνακα διαφαίνεται η θετική συνεισφορά της μετανάστευσης στη διαμόρφωση του πληθυσμού. Η αύξηση του πληθυσμού κατά την εικοσαετία 1970- 1990 οφείλεται στην παλιννόστηση αυτών που είχαν μεταναστεύσει παλιότερα στο εξωτερικό, ενώ από τη δεκαετία του 1990 η αύξηση του πληθυσμού οφείλεται στην εισροή αλλοδαπών. Κατά την τελευταία δεκαετία του πίνακα η φυσική αύξηση του πληθυσμού είναι σχεδόν μηδενική, και η συνολική αύξηση του πληθυσμού οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά στην καθαρή εισροή ξένων υπηκόων.

Ενδεικτικά έχει επιλεγεί η χρονολογία 2004- 2005 για να γίνει μια σύγκριση της γεννητικότητας και της γονιμότητας των Ελληνίδων και των αλλοδαπών γυναικών. Παρατηρείται ότι οι αλλοδαπές γυναίκες έχουν διπλάσιες γεννήσεις επί 100 γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας σε σύγκριση με τις Ελληνίδες. Αυτό δείχνει και τη μεγάλη συμβολή των αλλοδαπών στον καθορισμό του δείκτη ολικής γονιμότητας που τα τελευταία χρόνια ακολουθεί μια σχετικά αυξητική πορεία σε σύγκριση με την εικοσαετία 1980- 2000, που διαρκώς μειωνόταν. Ωστόσο, η πρώτη ξεκίνησε ήδη από το 1950 που ήταν η δεύτερη δεκαετία της μελέτης. Ήδη μέσα στη δεκαετία 1940- 1950 παρατηρείται μείωση του δείκτη γονιμότητας.

⁷¹ Μπαγκαβός, Χ. (2005). Δημογραφικές διαστάσεις των μεταβολών της οικογένειας και των νοικοκυριών στην Ελλάδα- Μια πρώτη προσέγγιση. Στους Α.Μ. Μουσούρου & Μ. Στρατηγάκη (Επιμ.), *Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής: Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις* (σσ. 31-72). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg, σ. 35.

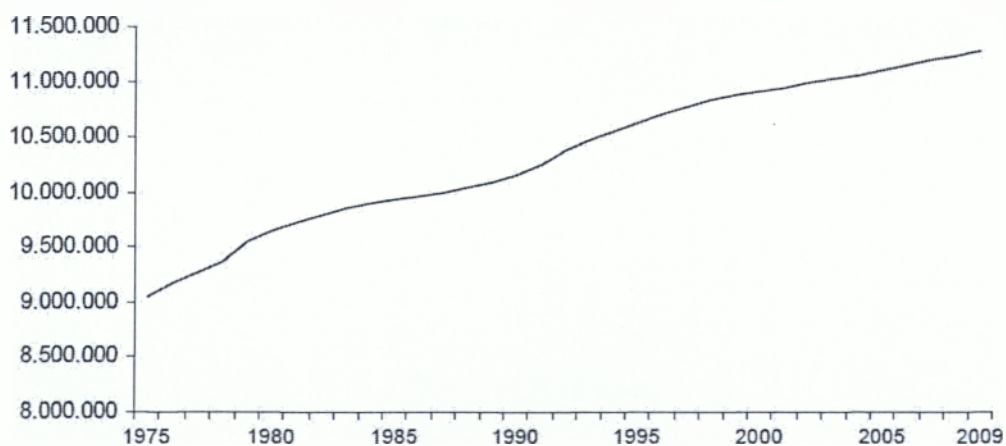
Πίνακας 3.10 Η γεννητικότητα και η γονιμότητα των Ελληνίδων και των αλλοδαπών (2004- 2005)

	Πληθυσμός γυναικών	%	Πληθυσμός γυναικών 10- 49 ετών	%	Πληθυσμός γυναικών 10- 49 ετών, % του συνόλου των γυναικών της κάθε ομάδας	Γεννήσεις 2004- 2005 (Μέσος όρος)	% γεννήσεων	Γεννήσεις επί 100 γυναικών αναπαρα- γωγικής ηλικίας
Συνολικά	5.520.671	100.00	3.007.715	100.00	54.48	106.373	100.00	35.37
Ελληνίδες	5.174.226	93.70	2.746.663	91.32	53.08	89.204	83.86	32.48
Αλλοδαπές	346.445	6.30	261.052	8.68	75.35	17.169	16.14	65.77
Αλβανίδες	180.887	52.21	134.802	51.64	74.52	10.468	60.97	77.65
Μη Αλβανίδες	165.558	47.79	126.250	48.36	76.26	6.701	39.03	53.08

Μεταβολές δημογραφικού χαρακτήρα στην Ελλάδα (1960- 2000)

Ακολουθεί ένας πιο συγκεντρωτικός πίνακας που απεικονίζει τις δημογραφικές μεταβολές στην Ελλάδα σε τρεις διαφορετικές χρονολογίες: το 1960, το 1980 και το 2000.

Εξέλιξη πληθυσμού της Ελλάδας 1975 - 2009



Σχήμα 3.3. Η εξέλιξη του πληθυσμού της Ελλάδας από το 1975 έως το 2009⁷².

⁷² Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2011). Δελτίο Τύπου.

http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1605/PressReleases/A1605_SPO03_DT_AN_00_2009_01_F_GR.pdf.

Η πτώση της γεννητικότητας οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων που είναι αλληλένδετοι και αλληλοεξαρτώμενοι. Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι ο κοινωνικός εκσυγχρονισμός, που αναφέρεται στην ανάγκη προσαρμογής της κοινωνίας στις νέες συνθήκες που έχουν διαμορφωθεί με βάση την οικονομική ανάπτυξη και την ανάπτυξη των γνώσεων και της τεχνολογίας. Επίσης, στις σύγχρονες οικογένειες τα παιδιά μετατρέπονται από οικονομικά ενεργό σε οικονομικά παθητικό παράγοντα, ενώ απαιτείται υψηλό κόστος για την ανάπτυξη των παιδιών σε σύγκριση με το παρελθόν. Η εργασία και των δύο γονιών δυσχεραίνει τη δυνατότητά τους να μεγαλώσουν τα παιδιά, ενώ παρατηρείται αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών⁷³. Η χειραφέτηση της γυναίκας, δηλαδή, μεταθέτει τα ηλικιακά όρια για το σχηματισμό της οικογένειας, ενώ οι έντονοι ρυθμοί και η εργασία και των δύο συζύγων έχει αλλάξει τα δεδομένα και οδήγησε στη μείωση των γεννήσεων.

Η υπογεννητικότητα οφείλεται σε οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι ο αυξημένος αριθμός εκτρώσεων, ο αριθμός των περιγεννητικών θανάτων αλλά και ο αριθμός των θανάτων από τροχαία ατυχήματα που οδηγεί σε μείωση του ενεργού πληθυσμού. Η γονιμότητα εξαρτάται και από την παροχή βοήθειας της γυναίκας στο σπίτι έτσι ώστε αυτή να μπορεί να κάνει παιδιά εξασφαλίζοντας τη φροντίδα και την ανατροφή τους⁷⁴.

Ένα ακόμη στοιχείο της σύγχρονης κοινωνίας που έχει αντίκτυπο και στη σύγχρονη οικογένεια είναι ο ατομικισμός, που σημαίνει ότι το άτομο αν και θέλει το καλύτερο για το παιδί του δεν επιθυμεί να χάσει και τη δική του ποιότητα ζωής. Επιπλέον, ένας λόγος για τα χαμηλά επίπεδα γεννητικότητας είναι τα μειωμένα κίνητρα που παρέχονται για τη γεννητικότητα, που εντάσσονται στο πλαίσιο της δημογραφικής πολιτικής και στοχεύουν στην αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος της υπογεννητικότητας⁷⁵.

Επίσης, φαίνεται πως η πτώση του συντελεστή γονιμότητας οφείλεται στην αύξηση της ηλικίας γάμου των γυναικών, που ήταν κατά μέσο όρο τα 22.3 έτη το 1980 και τα 25.9 έτη το 1998. Η αύξηση της ηλικίας γάμου των γυναικών οδήγησε και στην αύξηση της ηλικίας απόκτησης του πρώτου παιδιού. Εκτός από την αύξηση της ηλικίας γάμου παρατηρείται και μείωση του αριθμού των γάμων καθώς και αύξηση του αριθμού των διαζυγίων. Η καθυστέρηση απόκτησης πρώτου παιδιού είναι ένας από τους παράγοντες που αυξάνουν τα επίπεδα της υπογονιμότητας.

⁷³ Μουσουρού, ό.π., σσ. 156- 157.

⁷⁴ Anagnostakis, D., & Anagnostakis, L. (2005). Thoughts on the demographic problem of our country. *Annals of Clinical Pediatrics*, 52 (4), 365- 369, σ. 365.

⁷⁵ Μουσουρού, ό.π., σσ. 156- 157.

Η υπογονιμότητα που οδηγεί και σε μείωση των ποσοστών γεννητικότητας μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα στη γυναίκα (προβλήματα στις σάλπιγγες, διαταραχές στην ωορρηξία, ενδομητρίωση, ηλικία) ή προβλήματα στον άνδρα (απόφραξη της εξόδου του σπέρματος από τους όρχεις ή χαμηλή παραγωγή σπέρματος από τους όρχεις- ποιότητα του σπέρματος). Όσο περνάει η ηλικία μειώνεται η γυναικεία γονιμότητα κι αυτό αρχίζει να γίνεται εμφανές μετά τα 30 κι ακόμη περισσότερο μετά τα 35 έτη⁷⁶.

Επίσης, μία άμβλωση μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα υπογονιμότητας στη γυναίκα, κυρίως λόγω προβλημάτων που δημιουργούνται στις σάλπιγγες. Ακόμη, μια άμβλωση μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές, όπως φλεγμονές, συμφύσεις εξαιτίας της επέμβασης, αλλά και επιπλοκές σε μια μελλοντική εγκυμοσύνη (αποβολές, μεγάλες αιμορραγίες). Η άμβλωση δεν πρέπει να θεωρείται μία από τις μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού⁷⁷.

Η Ελλάδα αποτελεί μία από τις χώρες με υψηλά επίπεδα αμβλώσεων σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης και ταυτόχρονα χαμηλό ποσοστό στις χρήσεις μεθόδων αντισύλληψης εκτός από τη διακεκομμένη συνουσία και τα προφυλακτικά. Επίσης, στην Ελλάδα πολύ χαμηλά είναι και τα ποσοστά γονιμότητας. Η έλλειψη σεξουαλικής αγωγής στα πλαίσια της εκπαίδευσης και η μη παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα οδηγεί ακόμη και σήμερα τις γυναίκες να χρησιμοποιούν την έκτρωση ως μέσο ελέγχου των γεννήσεων. Το 2001 μία στις τέσσερις γυναίκες στην Ελλάδα κατά την αναπαραγωγική της ηλικία είχε τουλάχιστον μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που κατέληξε σε έκτρωση, ενώ τα ποσοστά ήταν μία στις 10 γυναίκες για τις ηλικίες 16 έως 24 ετών και μία στις τρεις γυναίκες για τις ηλικίες 35 έως 45 ετών⁷⁸.

Τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας και η οικονομική κρίση συνδέονται με τη μείωση των γεννήσεων. Από τη μία μεριά, η σύγχρονη υπερκαταναλωτική κοινωνία έχει οδηγήσει σε μεταβολή των αναγκών και των υλικών απαιτήσεων των οικογενειών, με αποτέλεσμα να ανεβαίνει ο οικογενειακός προϋπολογισμός. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες είναι άμεσα συνδεδεμένες και παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των δεικτών γεννητικότητας. Πρόκειται για συνθήκες που συνέβαλαν στη μείωση του πληθυσμού, ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκε η είσοδος των λαθρομεταναστών στη χώρα⁷⁹.

⁷⁶ Kelly, G.F. (2008). *Sexuality today* (9th ed.). New York: McGraw-Hill Higher Education, σσ. 15-22.

⁷⁷ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (2002), ό.π.

⁷⁸ Ioannidi- Kaporlou, E. (2004). Use of Contraception and Abortion in Greece: A Review. *Reproductive Health Matters*, 12 (24), 174- 183, σσ. 174- 176.

⁷⁹ Anagnostakis & Anagnostakis, ό.π., σσ. 365- 366.

Πίνακας 3.11 Μεταβολές δημογραφικού χαρακτήρα στην Ελλάδα (1960- 2000)

Μεταβολές δημογραφικών φαινομένων	Χρονολογική προσέγγιση (Ετη)		
	1960	1980	2000
Βρεφική θνησιμότητα (σε 1000 γεννήσεις ζώντων)	40.1	17.9	6.1
Προσδόκιμο επιβίωσης κατά την γέννηση (άνδρες)	67.3	72.2	75.5
Προσδόκιμο επιβίωσης κατά την γέννηση (γυναίκες)	72.4	76.8	80.6
Δείκτης Ολικής Γονιμότητας	2.28	2.21	1.3
Μέση ηλικία τεκνοποίησης	28.7	26.1	28.9
Σωρευτική γονιμότητα στην ηλικία των 30 ετών (%)	61.8	77.5	61.7
Μέση ηλικία κατά την πρώτη γέννηση	25.9	24.1	27.6
Γεννήσεις εκτός γάμου (%)	1.2	1.5	7.3
Ξένοι υπήκοοι στην Ελλάδα (% του συνολικού πληθυσμού)	1.8	1.6	7.3
Κατανομή του πληθυσμού κατά μείζονες ηλικιακές ομάδες (%):			
0-14 ετών			
15-64 ετών	26.8	23.7	15.2
65 ετών και άνω	65.0	63.6	68.1
	8.2	12.7	16.7
Δείκτης Διαγενεακής Γονιμότητας	2.04	1.99	1.71
Μέση ηλικία τεκνοποίησης	28.3	26.2	26.8
Συμπληρωμένη γονιμότητα στην ηλικία των 30 ετών (%)	65.8	79.2	73.2

Πηγή: Μπαγκαβός, (2005)⁸⁰

Τα χαμηλά επίπεδα του Δείκτη Ολικής Γονιμότητας που παρατηρούνται κατά την τελευταία εικοσαετία στην Ελλάδα μπορεί να οφείλονται στην συνύπαρξη διαφορετικών γενεών που έχουν διαφορετικά πρότυπα γονιμότητας κατά ηλικία. Επίσης, τα χαμηλά επίπεδα του Δείκτη Ολικής Γονιμότητας οφείλονται στην σταδιακή, διαχρονική, μείωση του τελικού αριθμού απογόνων.

Η συρρίκνωση της γονιμότητας στην Ελλάδα δεν παρατηρείται μόνο τα τελευταία χρόνια. Πρόκειται για ένα βασικό στοιχείο των τελευταίων τουλάχιστον 20 ετών. Οι

⁸⁰ Μπαγκαβός, ό.π., σσ. 38- 39.

αλλαγές στην κοινωνία, με βασικότερες την είσοδο της γυναίκας στην αγορά εργασίας και την αύξηση του μορφωτικού τους επιπέδου, που οδήγησαν σε αύξηση της μέσης ηλικίας τεκνοποίησης είχαν αντίκτυπο στα επίπεδα της γονιμότητας.

Η αναβολή της γονιμότητας σε μεγαλύτερες ηλικίες βοηθά στο να μην μειωθεί πολύ ο Δείκτης Ολικής Γονιμότητας. Η διαχρονική συρρίκνωση της γονιμότητας στην Ελλάδα φαίνεται και στις μεταβολές που παρατηρήθηκαν στη σειρά γέννησης των παιδιών. Η μείωση του αριθμού των γεννήσεων για το τέταρτο παιδί και άνω αποτελούσε το 56% της μείωσης του συνολικού αριθμού των γεννήσεων, το 14% για το τρίτο παιδί, το 4% για το δεύτερο παιδί και το 25% για το πρώτο παιδί. Η μείωση του αριθμού των γεννήσεων του πρώτου παιδιού ερμηνεύει πάνω από το 1/3 της συνολικής μείωσης του αριθμού των γεννήσεων⁸¹.

3.5 Η Κατάσταση στην Ευρώπη και Ιστορική Αναδρομή

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1960 στο βόρειο και δυτικό τμήμα της Ευρώπης τα επίπεδα της γονιμότητας άρχισαν να παρουσιάζουν σημαντική μείωση, ενώ στη Νότια Ευρώπη, η μείωση άρχισε να εμφανίζεται περίπου στη δεκαετία του 1970. Η κατάσταση παρουσίασε κάποια βελτίωση κατά τη διάρκεια του 1980, στην Ευρώπη, εκτός από τις χώρες της Νότιας Ευρώπης. Επίσης, κατά το τέλος της δεκαετίας του 1980 άρχισε να εμφανίζεται βελτίωση στα επίπεδα γονιμότητας στις Σκανδιναβικές χώρες, σε αντίθεση με τις χώρες της Νότιας Ευρώπης που συνεχίζει να παρατηρείται μια πτωτική τάση⁸².

Στην Ευρώπη σήμερα η δομή των ηλικιών έχει μεταβληθεί σε μεγάλο βαθμό λόγω της πτώσης του ρυθμού γεννήσεων και της αύξησης του προσδόκιμου ορίου ζωής. Στην Ε.Ε. των 27 η μέση ηλικία του πληθυσμού αναμένεται να είναι τα 40.4 έτη το 2008 και το 2060 να φτάσει τα 48 έτη. Ακόμη, το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών έχει αυξηθεί από 14% το 1990 στο 17% το 2007. Με το πέρασμα των ετών η κατάσταση χειροτερεύει με άμεση επίδραση στις κοινωνικές παροχές, καθώς μειώνεται ο ενεργός πληθυσμός και αυξάνεται ο ανενεργός πληθυσμός και οι ανάγκες για κοινωνικές παροχές. Η αύξηση του πληθυσμού των μεταναστών μπορεί παροδικά να εξισορροπεί την κατάσταση ως προς την αύξηση του ενεργού πληθυσμού. Ωστόσο, μακροπρόθεσμα ο

⁸¹ Ό.π., σσ. 41-42.

⁸² Μπαλούρδος, Δ. (2002). Γήρανση του πληθυσμού. Στους Α. Μουρίκη, Μ. Νασούμη & Γ. Παπαπέτρου (Επιμ.), *Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδος, 2001*. Αθήνα: ΕΚΚΕ, σ. 3-4.

πληθυσμός των μεταναστών θα γεράσει με αποτέλεσμα να αυξηθούν οι απαιτήσεις για κοινωνικές παροχές και κοινωνική υποστήριξη⁸³.

Στην Ελλάδα οι δείκτες γεννητικότητας και γονιμότητας γνώρισαν σημαντική πτώση κυρίως τα τελευταία 25 χρόνια, με αποτέλεσμα να προκύπτουν έντονοι προβληματισμοί. Η Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης βρίσκεται σε χειρότερη κατάσταση, με την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων υπογεννητικότητας. Αυτό οφείλεται κυρίως στις μεταβολές όσον αφορά την αναπαραγωγική συμπεριφορά των γυναικών που γεννήθηκαν πριν και μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και ολοκλήρωσαν τη διαδικασία της αναπαραγωγής τους μετά το 1955. Τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια στην Ελλάδα παρατηρείται μια ελαφρά πτώση που στη συνέχεια γίνεται μια ταχύτατη μείωση που είναι πιο εμφανής κατά τη δεύτερη περίοδο της μαζικής μετανάστευσης προς το εξωτερικό από το 1966 έως το 1973. Οι δείκτες παρουσίασαν μια προσωρινή ανάκαμψη μετά το 1975 έως το 1980, ενώ κατέρρευσαν κατά τη δεκαετία 1980- 1990, παραμένοντας στη συνέχεια σε χαμηλά επίπεδα⁸⁴.

Μετά το 1990 παρατηρείται μια αύξηση του δείκτη γεννητικότητας στην Ελλάδα που οφείλεται κυρίως στην αύξηση της εισροής αλλοδαπών στην χώρα και στα υψηλότερα ποσοστά γονιμότητάς τους σε σχέση με τις Ελληνίδες. Ο Άδρός Δείκτης Γεννητικότητας συμβαδίζει με τις γεννήσεις στην Ελλάδα, ενώ επηρεάζεται από την κατανομή του πληθυσμού ανά φύλο και ηλικία. Αντίθετα, ο Συνθετικός Δείκτης Γονιμότητας διαφοροποιείται από τον Άδρό Δείκτη Γεννητικότητας και φαίνεται πως διατηρούνταν σε υψηλά επίπεδα μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, ενώ άρχισε να καταρρέει στη συνέχεια φτάνοντας σε κάποια σταθερά χαμηλά επίπεδα⁸⁵.

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία για την αναπαραγωγική υγεία υπάρχει ένα σύνολο προβλημάτων που οδηγούν σε μείωση της γεννητικότητας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας κάθε χρόνο πεθαίνουν κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία 500.000 γυναίκες, ενώ 3.000.000 βρέφη πεθαίνουν την πρώτη εβδομάδα της ζωής τους⁸⁶. Ακόμη, 80.000.000 γυναίκες κάθε χρόνο έχουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες,

⁸³ Μαρτζούκου (2012). *Δημογραφικό και μετανάστευση: Το εκρηκτικό μίγμα που απειλεί το μέλλον της Ευρώπης και την επιβίωση της Ελλάδος*. Ανακτήθηκε από <http://www.hellasontheweb.org/2010-04-05-22-20-08/2010-04-05-22-26-00/12413-2012-06-30-15-26-06>, σσ. 3-4.

⁸⁴ Κοτζαμάνης & Σοφianoπούλου, 2009, ό.π., 3- 38, σσ. 3-6.

⁸⁵ Ό.π., σσ. 5- 12.

⁸⁶ Lawn, J.E., Cousend, S., & Zupan, J. (2005). For the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet*, 365, 891- 900, σσ. 891- 893.

από τις οποίες 45.000.000 τερματίζονται⁸⁷. 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 αμβλώσεις⁸⁸. Κάθε χρόνο εμφανίζονται περίπου 5.000.000 νέα κρούσματα λοίμωξης από τον ιό HIV⁸⁹ και 257.000 θανάτους από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας⁹⁰, που συμπληρώνουν με το χειρότερο και πιο οδυνηρό τρόπο τα προβλήματα που αφορούν στην αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία.

Για την γεννητικότητα σημαντικό ρόλο παίζουν τα προγράμματα που εφαρμόζει το κράτος με σκοπό την προστασία της μητρότητας. Το κάθε κράτος θα πρέπει να λαμβάνει ένα σύνολο μέτρων έτσι ώστε κάθε μητέρα να μπορεί να γεννήσει παιδιά και να τα αναθρέψει κάτω από καλές κοινωνικές, οικονομικές και νομικές συνθήκες που θα συμβάλλουν στη σωματική και ψυχική υγεία. Η πολιτεία καλείται να βοηθήσει ώστε να διατηρείται ένα ικανοποιητικό ποσοστό γεννήσεων, ενώ ένα είδος βοήθειας είναι η παροχή οικονομικής ενίσχυσης μέσω των επιδομάτων και των κοινωνικών διευκολύνσεων⁹¹.

Στην Ελλάδα τα μέτρα για την προστασία και τη φροντίδα του παιδιού διαμορφώθηκαν με τη σύσταση του νέου ελληνικού κράτους, καθώς μετά τον πόλεμο υπήρχε η ανάγκη για φροντίδα και προστασία των ορφανών με την εξασφάλιση στέγης, τροφής και εκπαίδευσης. Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο εμφανίστηκε ξανά η ανάγκη για την παροχή φροντίδας και προστασίας στα ορφανά παιδιά και σε όσα μεγάλωσαν σε στρατόπεδα των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης. Σήμερα, πλέον το Σύνταγμα προβλέπει την ευθύνη του κράτους για την προστασία της οικογένειας, ενώ τα σημερινά δεδομένα της δημογραφικής σύνθεσης του πληθυσμού και της υπογεννητικότητας επιβάλλουν την ανάγκη για προώθηση μέτρων για την προστασία της οικογένειας⁹².

Το ελληνικό κράτος τα τελευταία κυρίως χρόνια λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα των γεννήσεων και τους εθνικούς κινδύνους που εκφράζονται έχει λάβει μια σειρά μέτρων για να ενθαρρύνει την απόκτηση παιδιών και τη στήριξη των πολύτεκνων οικογενειών. Για την αντιμετώπιση της υπογεννητικότητας ενισχύονται οικονομικά οι πολυμελείς

⁸⁷ Alan Guttmacher Institute, ό.π.

⁸⁸ WHO. (2004), ό.π..

⁸⁹ UNAIDS. (2005), ό.π..

⁹⁰ 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, σσ. 2-5.

⁹¹ Σταθόπουλος, Π.Α. (2005). *Κοινωνική Πρόνοια: Ιστορική εξέλιξη- Νέες κατευθύνσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σ. 317.

⁹² Ό.π., σσ. 318- 319.

οικογένειες. Πλέον, οικονομικά και άλλα προνόμια έχουν οι γονείς με τρία παιδιά και πλέον, ενώ παλιότερα πολύτεκνοι γονείς ήταν αυτοί που είχαν από τέσσερα παιδιά και πλέον. Για τους πολύτεκνους προβλέπεται η παροχή μηνιαίου επιδόματος, οι φορολογικές απαλλαγές, το μειωμένο εισιτήριο στα μέσα αστικών και υπεραστικών συγκοινωνιών, η μεταγραφή των φοιτητών και η παροχή στεγαστικών δανείων. Το ύψος του επιδόματος είναι ιδιαίτερα χαμηλό με αποτέλεσμα να μην είναι και ελκυστικό ώστε να αποτελέσει κίνητρο για τους νέους γονείς να αποκτήσουν περισσότερα παιδιά⁹³. Με βάση τα σημερινά οικονομικά δεδομένα προκύπτει το ερώτημα ποια από αυτά τα μέτρα συνεχίζουν να εφαρμόζονται και ποια έχουν αλλάξει.

Η Ελλάδα εμφανίζει από τα πιο χαμηλά ποσοστά γονιμότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς οι Ελληνίδες γεννούν κατά μέσο όρο 1.28 παιδιά ανά γυναίκα, με βάση τα στοιχεία του 2005 (Eurostat). Όσον αφορά το δείκτη γονιμότητας, οι Ελληνίδες βρίσκονται στην πέμπτη θέση από το τέλος, ενώ ακολουθούν οι Λιθουανές με 1.27 παιδιά, οι Σλοβένες με 1.26 παιδιά, οι Σλοβάκες με 1.25 παιδιά και οι Πολωνέζες με 1.24 παιδιά. Αντίθετα, τα μεγαλύτερα ποσοστά γονιμότητας καταγράφονται στη Γαλλία με 1.92 παιδιά ανά γυναίκα και ακολουθεί η Ιρλανδία με 1.88 παιδιά ανά γυναίκα, καθώς και η Δανία, η Φινλανδία και η Μεγάλη Βρετανία με 1.8 παιδιά ανά γυναίκα. Ο δείκτης γονιμότητας για τις 27 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 1.51 παιδιά ανά γυναίκα. Ορισμένα στοιχεία από χώρες της Ευρώπης παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 3.12 Ο ολικός δείκτης γονιμότητας για την Ελλάδα και άλλες χώρες της Ευρώπης

Χώρα	1971	1975	1981	1985	1991	1995	2001	2005
ΕΕ-25	2.33	2.02	1.83	1.70	1.60	1.44		
ΕΕ-15	2.36	1.96	1.77	1.60	1.53	1.42		
Βέλγιο	2.21	1.74	1.67	1.51	1.66	1.55	1.64	1.64
Τσεχία	1.98	2.43	2.02	1.96	1.86	1.28	1.14	1.23
Δανία	2.04	1.92	1.44	1.45	1.68	1.80	1.74	1.78
Γερμανία	1.97	1.48	1.53	1.37	1.33	1.25	1.35	1.37
Εσθονία	2.19	2.04	2.07	2.12	1.79	1.32	1.34	1.40

⁹³ Ο.π., σ. 319, 323- 324.

Ελλάδα	2.32	2.32	2.09	1.67	1.38	1.32	1.25	1.29
Ισπανία	2.88	2.79	2.04	1.64	1.33	1.18	1.26	1.32
Γαλλία	2.49	1.93	1.95	1.81	1.77	1.70	1.89	1.90
Ιρλανδία	3.99	3.40	3.07	2.47	2.08	1.84	1.94	1.99
Ιταλία	2.41	2.20	1.59	1.42	1.31	1.18	1.25	1.33
Κύπρος	2.45	2.01	2.37	2.38	2.33	2.13	1.57	1.49
Λετονία	2.04	1.96	1.90	2.09	1.86	1.26	1.21	1.24
Λιθουανία	2.30	2.20	2.00	2.10	2.01	1.55	1.30	1.26
Λουξεμβούργο	1.96	1.55	1.55	1.38	1.60	1.69	1.66	1.70
Ουγγαρία	1.93	2.35	1.88	1.85	1.88	1.58	1.31	1.28
Μάλτα	2.59	2.27	1.93	1.96	2.04	1.83	1.72	1.37
Ολλανδία	2.36	1.66	1.56	1.51	1.61	1.53	1.71	1.73
Αυστρία	2.20	1.83	1.67	1.47	1.51	1.42	1.33	1.42
Πολωνία	2.25	2.27	2.24	2.33	2.05	1.61	1.29	1.23
Πορτογαλία	2.78	1.58	2.13	1.72	1.57	1.41	1.45	1.42
Σλοβενία	2.16	2.16	1.94	1.72	1.42	1.29	1.21	1.22
Σλοβακία	2.43	2.55	2.29	2.25	2.05	1.52	1.20	1.25
Φινλανδία	1.68	1.68	1.64	1.65	1.79	1.81	1.73	1.80
Σουηδία	1.96	1.77	1.63	1.74	2.11	1.73	1.57	1.75
Ηνωμένο Βασίλειο	2.40	1.81	1.82	1.79	1.81	1.71	1.63	1.74

Πηγή: Eurostat⁹⁴

Ο δείκτης γονιμότητας σε κάποιες από τις χώρες της Ε.Ε. παρουσιάζεται στον παραπάνω πίνακα. Η Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ε.Ε. εμφανίζει χαμηλό δείκτη γονιμότητας.

Η Ουγγαρία και η Φινλανδία συγκεντρώνουν από τους πιο χαμηλούς δείκτες γονιμότητας κατά τις δεκαετίες του 1970 και 1980, ενώ κατά τη τελευταία πενταετία 2001-2005 χαμηλούς δείκτες γονιμότητας συγκεντρώνουν η Τσεχία, η Λετονία, η Ιταλία, η Σλοβενία και η Σλοβακία. Η Ιρλανδία έχει τον πιο υψηλό δείκτη γονιμότητας όλα αυτά τα χρόνια που μελετήθηκαν, ενώ ακολουθεί η Γαλλία που επίσης διατηρεί υψηλό δείκτη από τη δεκαετία του 1970 μέχρι και το 2005. Η Φινλανδία που ήταν μία από τις χώρες με πολύ

⁹⁴ Eurostat. (2005). Europe in figures. Eurostat yearbook 2005. Αναφ. στον Μπαλούρδο, Δ., ό.π., σ. 11.

χαμηλό δείκτη κατά τη δεκαετία του 1970 συγκεντρώνει σχετικά υψηλό δείκτη σε σύγκριση με τις άλλες χώρες το 2005. Μια πτωτική πορεία, μεγαλύτερη ή μικρότερη, παρατηρείται σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που απεικονίζονται στον πίνακα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στο τρέχον κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τα στατιστικά δεδομένα που παρατέθηκαν και αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο σχετικά με την υπογεννητικότητα και υπογονιμότητα, καθώς και τους παράγοντες που έχουν συμβάλλει στη σημερινή κατάσταση.

4.1 Συμπεράσματα και Λόγοι που συντέλεσαν σε αυτό το αποτέλεσμα

Όσον αφορά τα ποσοστά γεννητικότητας στην Ελλάδα, με βάση τον ολικό δείκτη γονιμότητας, παρατηρείται μια σταδιακή μείωση της γεννητικότητας- γονιμότητας του πληθυσμού, που είναι ιδιαίτερα έντονη κατά τη δεκαετία 1980- 1990, όπου ο δείκτης έχει μειωθεί κατά μία περίπου μονάδα. Η πτώση αυτή δεν δικαιολογείται από το δείκτη βρεφικής θνησιμότητας ο οποίος ακολούθησε αντίστροφη πορεία, εμφανίζοντας πτώση του αριθμού των παιδιών που πέθαιναν. Η αλλαγή στους ρυθμούς γονιμότητας συνδέεται κυρίως με τις κοινωνικο- οικονομικές αλλαγές. Αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρήθηκε μια αύξηση στην μέση ηλικία που η γυναίκα γίνεται για πρώτη φορά μητέρα, καθώς από τα 25.5 έτη που ήταν κατά το 1975- 1980, η μέση ηλικία έφτασε στα 31 έτη το 2010. Οι γυναίκες δίνοντας προτεραιότητα στη μόρφωση και την επαγγελματική τους αποκατάσταση καθυστερούν να παντρευτούν και να τεκνοποιήσουν, με αποτέλεσμα να είναι λιγότερα τα χρόνια της αναπαραγωγικής τους ζωής.

Η δεκαετία 1980- 1990 σηματοδοτείται από σημαντικές κοινωνικές εξελίξεις, με την είσοδο της γυναίκας στην αγορά εργασίας, σε μεγαλύτερα ποσοστά σε σύγκριση με το παρελθόν, καθώς και σε αλλαγές στη δομή της οικογένειας, όπου παρατηρείται μια έντονη στροφή προς την πυρηνική οικογένεια. Πρόκειται για μια μεταβατική περίοδο που προμηνύει και την εξέλιξη της κατάστασης.

Μέσα από την παρουσίαση των πινάκων του προηγούμενου κεφαλαίου γίνεται εμφανής η εξέλιξη του δείκτη γονιμότητας από το 1940 μέχρι και σήμερα. Πρόκειται για μια πτωτική πορεία, που συμβαδίζει με τις μειώσεις του ολικού δείκτη γεννητικότητας σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Μέσα από τη σύγκριση των δεικτών γονιμότητας με το

πέραςμα του χρόνου διακρίνεται η πτώση του δείκτη, με αποτέλεσμα να γίνεται εμφανές το δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας.

Ο δείκτης γονιμότητας συνεχίζει να έχει μια πτώση και κατά τη διάρκεια του 1990-2001, χωρίς όμως να εμφανίζει μεγάλες διακυμάνσεις καθώς η πτώση είναι μικρότερης τάξης, ενώ από το 2001 μέχρι και το 2011 παρουσιάζεται μια μικρή αύξηση στον δείκτη της γονιμότητας, που μπορεί να οφείλεται περισσότερο στην αύξηση των μεταναστών στην Ελλάδα και κυρίως στην μετανάστευση ολόκληρων οικογενειών. Οι αλλοδαπές γυναίκες, εξαιτίας κοινωνικών, πολιτισμικών ή θρησκευτικών λόγων, φαίνεται πως διατηρούν πιο υψηλά επίπεδα γεννητικότητας από τις Ελληνίδες γυναίκες. Επιπλέον, η φυσική αύξηση του πληθυσμού (γεννήσεις μείον θάνατοι) είναι πολύ μικρή για τους Έλληνες σε σύγκριση με τους αλλοδαπούς, λόγω της υπογεννητικότητας των Ελλήνων⁹⁵.

Τα χαμηλά ποσοστά γεννητικότητας στην Ελλάδα, τα οποία παρατηρούνται σε βάθος χρόνου οδήγησαν και στη σημερινή κατάσταση, όπου το δημογραφικό ζήτημα είναι ιδιαίτερα σοβαρό και έντονο. Η Ελλάδα ήδη από την δεκαετία του 1980 διατηρεί χαμηλά επίπεδα του δείκτη γονιμότητας, με αποτέλεσμα να αυξάνεται διαρκώς ο πληθυσμός των ηλικιωμένων και να μην ανανεώνεται με πληθυσμό νέων ατόμων. Τα τελευταία χρόνια η σχετική αύξηση του δείκτη γονιμότητας μπορεί να αποδοθεί περισσότερο στον αυξανόμενο αριθμό των αλλοδαπών οικογενειών στην Ελλάδα παρά στους Έλληνες.

Ένας ακόμη λόγος που οδήγησε στη μείωση των γεννήσεων ήταν η εισοδηματική και οικονομική πολιτική που εφαρμόστηκε από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 κι έπειτα στην Ελλάδα. Δεν δίνεται καμία σημασία στα μέτρα υπέρ των πολυτέκνων, τα οποία περνούν τα χρόνια και παραμένουν τα ίδια, χωρίς να ακολουθούν τις κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές και απαιτήσεις που υπάρχουν. Η οικονομική πολιτική που εφαρμόστηκε κατά την εξαετία 1995- 2000 φαίνεται πως έπληξε περισσότερο τα χαμηλά και μεσαία εισοδηματικά στρώματα, με αποτέλεσμα να αρχίσουν να μειώνονται και οι γεννήσεις παιδιών στα στρώματα αυτά⁹⁶.

Η μετανάστευση, η εισοδηματική και οικονομική πολιτική, καθώς και οι αλλαγές στα χαρακτηριστικά του πληθυσμού έχουν συμβάλει σημαντικά στη διαμόρφωση της σημερινής κατάστασης. Η αλλαγή ως προς την κατάσταση του πληθυσμού (γήρανση του πληθυσμού) οφείλεται στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση, ενώ το δημογραφικό πρόβλημα οφείλεται στην αύξηση της μέσης ηλικίας τεκνοποίησης και οι αλλαγές στις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες.

⁹⁵ Δρεπτάκης, ό.π., σσ. 189- 191

⁹⁶ Ό.π., σσ. 207- 215.

4.2 Τρόποι- Προτάσεις για Καταπολέμηση του Προβλήματος

Στο πλαίσιο της δημογραφικής πολιτικής απαιτείται η λήψη μέτρων που δεν αφορούν μόνο το ζήτημα της γεννητικότητας αλλά γενικότερα τη βελτίωση των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών των ατόμων. Η φτώχεια φαίνεται πως αποτελεί έναν ανασταλτικό παράγοντα για την βελτίωση του δείκτη γονιμότητας. Απαιτείται ο σχεδιασμός μιας σειράς μέτρων υπέρ της γέννησης παιδιών, που θα εξασφαλίζει ορισμένα ευνοϊκά κριτήρια για τους νέους γονείς. Η μείωση των πιστώσεων για τους πολύτεκνους δεν βοηθά στη γεννητικότητα, για αυτό θα πρέπει να επανεξεταστεί το θέμα του πολυτεκνικού επιδόματος, καθώς και των ευνοϊκών όρων που υπάρχουν ή θα πρέπει να υπάρχουν για τους πολύτεκνους. Για τα πολυτεκνικά αλλά και τα οικογενειακά επιδόματα που βρίσκονται σε μια συνεχή κατάσταση περικοπών θα πρέπει να ληφθούν μέτρα που θα επιτρέπουν τη βελτίωσή τους. Μόνο αν το επίδομα καλύπτει κάποιες βασικές ανάγκες των παιδιών και των γονέων θα μπορέσει να αποτελέσει κίνητρο για αύξηση της γεννητικότητας. Ωστόσο, πρόκειται για μέτρα που απαιτούν την ύπαρξη πόρων και πηγών χρηματοδότησης, κάτι που δεν είναι εύκολο σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως είναι η τρέχουσα περίοδος.

Τα μέτρα που θεσπίστηκαν το 1990 για τους πολύτεκνους και εφαρμόστηκαν από το 1991 μπορεί να στόχευαν στην αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος και μπορεί προσωρινά να είχαν μια θετική επίδραση, όμως έπρεπε να υπάρχει διαρκής επαναξιολόγηση και αναθεώρηση των μέτρων, καθώς ήταν διαφορετικές οι ανάγκες και η αγοραστική δύναμη το 1990 και διαφορετικές σήμερα⁹⁷. Οι κοινωνικές πολιτικές για τους πολύτεκνους θα μπορούσαν να είναι βοηθητικές μόνο αν ανταποκρίνονται στις πραγματικές, σημερινές, ανάγκες μιας πολύτεκνης οικογένειας.

Εκτός από τα οικονομικά κίνητρα που μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση των γεννήσεων, σημαντικό ρόλο παίζει η θέσπιση μέτρων στο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής. Η κοινωνική πρόνοια για τις νέες οικογένειες και η κοινωνική ασφάλιση είναι σημαντικές και μπορούν να παίξουν εν μέρει καθοριστικό ρόλο στη βελτίωση του δείκτη γονιμότητας. Σήμερα, η αναπόφευκτη γήρανση του πληθυσμού οδηγεί σε αυξημένες ανάγκες για κοινωνική ασφάλιση. Το ασφαλιστικό πρόβλημα συνδέεται άμεσα με την υπογεννητικότητα και τη μετανάστευση, για αυτό θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην επίλυσή του.

⁹⁷ Δρεπτάκης, ό.π., σσ. 24- 25.

Σχετικά με τη μετανάστευση θα πρέπει να υπάρχει έλεγχος της εισόδου στη χώρα, μείωση της λαθρομετανάστευσης και το κράτος να γνωρίζει τον αριθμό των μεταναστών στην Ελλάδα και τον αριθμό των γεννήσεων που πραγματοποιούνται κάθε χρόνο, ενώ θα πρέπει να λάβει υπόψη ότι και ο πληθυσμός των μεταναστών θα αρχίσει να γερνάει, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι απαιτήσεις για συντάξεις και για κοινωνική ασφάλιση⁹⁸.

Έμφαση θα πρέπει να δοθεί στα προγράμματα για την προστασία της οικογένειας, της μητρότητας και του παιδιού. Πρόκειται για προγράμματα που αφορούν την ανάπτυξη των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού, για δημιουργία περισσότερων συμβουλευτικών σταθμών μητρότητας, βρεφονηπιακών σταθμών, καθώς και για επίλυση των οικονομικών προγραμμάτων μέσα από την οικονομική ενίσχυση και την ενίσχυση σε είδος, το πιστοποιητικό κοινωνικής προστασίας και τα κοινωνικά επιδόματα⁹⁹. Ακόμη, με βάση το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία προβλέπεται η μείωση του αριθμού των αμβλώσεων, η ενημέρωση σε ζητήματα του οικογενειακού προγραμματισμού και η βελτίωση της διαθεσιμότητας των δομών όσον αφορά υπηρεσίες αντιμετώπισης της υπογονιμότητας. Πρόκειται για σημαντικά βήματα που πρέπει να πραγματοποιηθούν¹⁰⁰.

Ωστόσο, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι θα πρέπει να γίνουν καλά μελετημένα και ταυτόχρονα βήματα σε διαφορετικούς τομείς ώστε να εξασφαλιστεί μια συντονισμένη προσπάθεια που θα οδηγήσει σε βελτίωση του δείκτη γονιμότητας και σε αύξηση του αριθμού των γεννήσεων. Οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν τα τελευταία χρόνια είναι ιδιαίτερα αποθαρρυντικοί σε τέτοιου είδους προσπάθειες.

4.3 Προβλέψεις για το Μέλλον

Τα οικονομικά κίνητρα μπορούν να δώσουν μια ώθηση στον αριθμό των γεννήσεων. Τα επιδόματα συνδέονται με τον καθορισμό των γεννήσεων, καθώς το επίδομα τέκνων ενδέχεται πως μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση των γεννήσεων. Όταν το κράτος προσφέρει οικονομικά κίνητρα στις οικογένειες, τότε θα μπορούν να αυξηθούν και οι γεννήσεις. Ωστόσο, με βάση τα σημερινά οικονομικά δεδομένα είναι δύσκολο να δοθούν

⁹⁸ Ρομπόλης, Σ., Μπάγκαβος, Χ., & Ρωμανιάς, Γ. (2009). Δημογραφικές εξελίξεις και κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα. Στους Δ. Βενιέρη & Χ. Παπαθεοδώρου (Επιμ.), *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα: Προκλήσεις και προοπτικές* (σσ. 169- 214). Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, σσ. 170- 171.

⁹⁹ Σταθοπούλου, ό.π., σσ. 320- 321.

¹⁰⁰ Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008- 2012)*. Αθήνα.

επιδόματα τέκνου και οικογένειας με αποτέλεσμα ο δείκτης γονιμότητας να ακολουθεί μια πτωτική τάση. Η φτώχεια φαίνεται πως φέρνει μείωση των γεννήσεων, με βασικές αιτίες την ανεργία, την μείωση των εισοδημάτων των εργαζομένων, την αύξηση του κόστους για απόκτηση ή ενοικίαση κατοικίας και γενικότερα την αύξηση του κόστους της ζωής¹⁰¹. Για την αύξηση του δείκτη γονιμότητας απαιτείται η μείωση της φτώχειας, η οποία είναι μια δύσκολη διαδικασία σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης.

Η μετανάστευση από χώρες εκτός Ευρώπης φαίνεται πως θα συνεχίσει να συμβάλλει ως αντισταθμιστικός παράγοντας στη μείωση του πληθυσμού μέχρι το 2025. Ωστόσο, από μόνη της δεν μπορεί να επιλύσει το δημογραφικό πρόβλημα, καθώς και ο πληθυσμός των μεταναστών θα αρχίσει να γερνάει, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται επιπλέον προβλήματα από τη γήρανση του πληθυσμού. Για αυτό το λόγο θα πρέπει να εξασφαλιστεί αποτελεσματική και διαφανής διαχείριση των μηχανισμών υποδοχής υπηκόων τρίτων χωρών, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να εξασφαλιστεί μια σειρά μέτρων που θα προβλέπουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των μεταναστών και των κοινωνιών υποδοχής¹⁰².

¹⁰¹ Δρεπτάκης, ό.π., σσ. 18- 19.

¹⁰² Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. *Πράσινη Βίβλος: 'Μπροστά στις δημογραφικές αλλαγές, μια νέα αλληλεγγύη μεταξύ γενεών'*. Βρυξέλλες, σσ. 5-7.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Αντωνοπούλου, Χ. (1999). *Κοινωνικοί ρόλοι των δύο φύλων*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Διαμαντούρος, Ν. (2004). *Η Ελλάδα της Μετανάστευσης*. (Επιμ. Μ. Παύλου & Δ. Χριστόπουλος). Κέντρο Ερευνών Μειονοτικών Ομάδων. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Δρετιάκης, Μ.Γ. (2002). *Εισροή μεταναστών και υπογεννητικότητα 1991- 2000*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. (2009). *Φυσική κίνηση του πληθυσμού της Ελλάδος*. Πειραιάς, Στατιστικές Πληθυσμού & Αγοράς Εργασίας.

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (1975- 2010). *Δείκτες Γονιμότητας* (Ετών 1990- 2010). http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A0514&r_param=DKT75&y_param=2010_00&mytabs=0.

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (1975- 2010). *Μέση ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση* (Ετών 1975- 2010). http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A0514&r_param=DKT78&y_param=2010_00&mytabs=0.

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (1985- 2010). *Προσδοκώμενη ζωή κατά τη Γέννηση* (Ετών 1985- 2010). http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A0514&r_param=DKT86&y_param=2010_00&mytabs=0.

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (1990- 2010). *Δείκτες Θνησιμότητας* (Ετών 1990- 2010). http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A0514&r_param=DKT85&y_param=2010_00&mytabs=0.

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2011). Δελτίο Τύπου. http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1605/PressReleases/A1605_SPO03_DT_AN_00_2009_01_F_GR.pdf.

ΕΜΑΣ- Εταιρία Μελέτης Ανθρώπινης Σεξουαλικότητας. (2012). *Γυναικεία Σεξουαλική Υγεία*. Ανακτήθηκε από [http://www.emas.gr/ClientFiles/PressReleases/1%20Δελτίο%20Τύπου%20-%20Γυναικεία%20Σεξουαλική%20Υγεία .pdf](http://www.emas.gr/ClientFiles/PressReleases/1%20Δελτίο%20Τύπου%20-%20Γυναικεία%20Σεξουαλική%20Υγεία.pdf).

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. *Πράσινη Βίβλος: 'Μπροστά στις δημογραφικές αλλαγές, μια νέα αλληλεγγύη μεταξύ γενεών'*. Βρυξέλλες.

ΕΣΥΕ. www.statistics.gr.

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (2002). *Έκθεση σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα*. Επιτροπή Δικαιωμάτων των Γυναικών και Ίσων Ευκαιριών, 6 Ιουνίου 2002.

Ιωαννίδη, Ε., & Μάντη, Π. (1999). Υγεία και Περίθαλψη. Στο βιβλίο των Ε. Ιωαννίδη, Α. Λοπατατζίδης & Π. Μάντη (Εκδ.), *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις* (Τόμ. Α', σσ. 15- 58). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Κοτζαμάνης, Β. (2012). *Δημογραφικές εξελίξεις και προοπτικές. Οι πρόσφατοι προβληματισμοί για την πορεία της γονιμότητας στην χώρα μας, λόγος και αντίλογος. Δημογραφικές ανησυχίες και δημογραφική πολιτική*. Ανακτήθηκε από <http://www.demography-lab.prd.uth.gr/DDAoG/edu/tutor/3-6.pdf>.

Κοτζαμάνη, Β., & Σοφianoπούλου, Κ. (2008). Η συμβολή των αλλοδαπών στη γεννητικότητα και τη γονιμότητα του πληθυσμού της Ελλάδας. *Δημογραφικά Νέα, Σεπτέμβριος- Οκτώβριος, 1*, 1-4, Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων ΕΔΚΑ, Βόλος.

Κοτζαμάνης, Β., & Σοφianoπούλου, Κ. (2009). Γονιμότητα και αναπαραγωγή στη Μεταπολεμική Ελλάδα. Συγχρονική και διαγενεακή προσέγγιση. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 128 Α'*, 3- 38.

Κωστάκη, Α. (2003). *Τεχνικές Δημογραφικής Ανάλυσης*. Ανακτήθηκε από <http://stat-athens.aueb.gr/~akostaki/gr/courses/kefalaio1.pdf>.

Λοπατατζίδης, Α. (1999). Δημόσια Υγεία- Επιδημιολογία (θέματα και στοιχεία). Στο βιβλίο των Ε. Ιωαννίδη, Α. Λοπατατζίδης & Π. Μάντη (Εκδ.), *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις* (Τόμ. Α', σσ. 59- 134). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Μαρτζούκου (2012). *Δημογραφικό και μετανάστευση: Το εκρηκτικό μίγμα που απειλεί το μέλλον της Ευρώπης και την επιβίωση της Ελλάδος*. Ανακτήθηκε από <http://www.hellasontheweb.org/2010-04-05-22-20-08/2010-04-05-22-26-00/12413-2012-06-30-15-26-06>.

Μπαγκαβός, Χ. (2005). Δημογραφικές διαστάσεις των μεταβολών της οικογένειας και των νοικοκυριών στην Ελλάδα- Μια πρώτη προσέγγιση. Στους Α.Μ. Μουσούρου & Μ. Στρατηγάκη (Επιμ.), *Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής: Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις* (σσ. 31-72). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Μπάγκαβος, Χ., & Παπαδοπούλου, Δ. (2003). *Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική*. Αθήνα: ΙΝΕ/ ΓΣΕΕ- ΑΔΕΔΥ.

Μπαλούρδος, Δ. (2002). Γήρανση του πληθυσμού. Στους Α. Μουρίκη, Μ. Ναούμη & Γ. Παπαπέτρου (Επιμ.), *Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδος, 2001*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Μουσούρου, Α.Μ. (2005). *Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Ραβαγιόλι, Κ. (1979). *Το γυναικείο ζήτημα*. (Μτφρ. Τ. Δρακοπούλου). Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.

Ρομπόλης, Σ., Μπάγκαβος, Χ., & Ρωμανιάς, Γ. (2009). Δημογραφικές εξελίξεις και κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα. Στους Δ. Βενιέρη & Χ. Παπαθεοδώρου (Επιμ.), *Η*

κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα: Προκλήσεις και προοπτικές (σσ. 169- 214). Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Ρωμανός, Κ.Π. (2008). *Υπογεννητικότητα, πολυπολιτισμός και η στροφή του Κράτους κατά του Έθνους*. Ανακτήθηκε από <http://www.e-grammes.gr/print.php?id=3323>.

Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Σταθόπουλος, Π.Α. (2005). *Κοινωνική Πρόνοια: Ιστορική εξέλιξη- Νέες κατευθύνσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Τούντας, Γ., Τριανταφύλλου, Δ., & Φρισήρας, Σ. (2000). Δείκτες Υγείας στην Ευρώπη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 17 (1), 89- 100.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία 2008- 2012*. Ανακτήθηκε από http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/ANAPARAGOGIKI_TELIKO.pdf.

Φακιολάς, Ρ. (2005). *Η επιδίωξη κοινής πολιτικής μετανάστευσης στην Ε.Ε. Τάσεις: Ετήσια Οικονομική Επισκόπηση*. Αθήνα.

Ξενόγλωσση

Alan Guttmacher Institute. (1999). *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York.

Anagnostakis, D., & Anagnostakis, L. (2005). Thoughts on the demographic problem of our country. *Annals of Clinical Pediatrics*, 52 (4), 365- 369.

Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning: The unfinished agenda. *The Lancet Sexual and Reproductive Health Series*,

October,

Retrieved

by

http://cdrwww.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_3.pdf.

Cousineau, T.M., & Domar, A.D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 293–308.

Cwikel, J., Gidron, Y., & Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 117, 126- 131.

Eurostat. (2005). *Europe in figures*. Eurostat yearbook 2005.

Eurostat. (2012). *Population*.
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde220&plugin=1>.

Giddens, A. (2009). *Κοινωνιολογία*. (Μτφρ.- Επιμ. Δ.Γ. Τσαούσης). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

<http://www.aretaiio-obgyn.com/el/departments/family-planning.html>. Τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο.

Hughes, M., & Kroehler, C.J. (2007). *Κοινωνιολογία. Οι βασικές έννοιες*. (Επιμ. Θ. Ιωσηφίδης). Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Ioannidi- Kaporou, E. (2004). Use of Contraception and Abortion in Greece: A Review. *Reproductive Health Matters*, 12 (24), 174- 183.

Kelly, G.F. (2008). *Sexuality today* (9th ed.). New York: McGraw-Hill Higher Education.

Landy, U. (2005). Is family planning a subspecialty of obstetrics and gynecology? *Contraception*, 72, 399- 401.

Lawn, J.E., Cousend, S., & Zupan, J. (2005). For the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet*, 365, 891- 900.

Mant, J., Painter, R., & Vessey, M. (1997). Epidemiology of genital prolapse: Observations from the Oxford Family Planning association study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 579- 585.

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.

Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*. (Μτφρ. Α. Βακάκη). Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω- Γιώργος Δάρδανος.

Shaffer, D.R. (2004). *Εξελικτική ψυχολογία: Παιδική ηλικία και εφηβεία*. (Επιμ. Ε. Μακρή-Μπότσαρη). Αθήνα: Εκδόσεις Ίων.

Singh, S., Darroch, J.E., Ashford, L.S., & Vlassoff, M. (2010). *Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health*. Guttmacher Institute, UNFPA.

Smith, R., Ashford, L., Gribble, J., & Clifton, D. (2009). *Family planning saves lives*. USA: Population Reference Bureau.

UNAIDS. (2005). *AIDS, epidemic update*. Retrieved by http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_en/epi-update2005_en.pdf.

WHO. (2000). *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva World Health Organization.

WHO. (2001). *Sexually transmitted Infections: Briefing Kit for Teachers*. Retrieved by http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HSI/docs/STI_Briefing_Kit_for_Teachers_2001.pdf.

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.