



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ  
ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ & ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΩΝ & ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

**HOPE**  
genesis

Ελπίδα για την  
υπογεννητικότητα

[www.hopegenesis.org](http://www.hopegenesis.org)

## - ΕΡΕΥΝΑ -

**Διερεύνηση των παραγόντων  
που δημιουργούν το πρόβλημα  
της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα**

Με την υποστήριξη

**Eurolife** **ERB**  
INSURANCE GROUP

A FAIRFAX Company

Πειραιάς, Οκτώβριος 2019

## **Ομάδα Έργου**

### **Αθανάσιος Κυριαζής**

Καθηγητής Χρηματοοικονομικών Μαθηματικών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

### **Μιλτιάδης Νεκτάριος**

Καθηγητής Ασφαλιστικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

### **Παναγιώτης Ξένος**

Διδάσκων Πανεπιστημίου Πειραιώς

### **Νικόλαος Υφαντόπουλος**

Ερευνητής Οικονομικών της Υγείας

### **Μιχάλης Χουζούρης**

Υπ. Διδάκτορας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## Πίνακας Περιεχομένων

Πρόλογος.....	σελ.	6
Περίληψη.....	σελ.	8
Εισαγωγή.....	σελ.	10
Θεωρητικό Πλαίσιο.....	σελ.	14
Σχετικές Έρευνες .....	σελ.	17
Ο Παράγοντας της Κουλτούρας .....	σελ.	20
Το Κοινωνικό-οικονομικό Κλίμα στην Ελλάδα της Κρίσης .....	σελ.	21
Δειγματοληψία και Δόμηση Ερωτηματολογίων, 2019 .....	σελ.	27
Διενέργεια Δειγματοληψίας, 2019 .....	σελ.	30
Ανάλυση Δεδομένων .....	σελ.	31
Περιγραφική Ανάλυση.....	σελ.	31
Ανάλυση Πρώτων Παραγόντων .....	σελ.	60
Συμπεράσματα.....	σελ.	61
Προτάσεις για την Γονιμότητα και το Δημογραφικό Πρόβλημα.....	σελ.	63
Βιβλιογραφία .....	σελ.	66

## Πίνακες

Πίνακας 1: Εκπαιδευτικό Επίπεδο.....	σελ.	34
Πίνακας 2: Παράγοντες που επηρεάζουν ένα ζευγάρι στην διαδικασία απόκτησης τέκνου.....	σελ.	37
Πίνακας 3: Παράγοντες που επηρεάζουν ένα ζευγάρι στην διαδικασία απόκτησης τέκνου ανά τόπο διαμονής .....	σελ.	38
Πίνακας 4: Παράγοντες που επηρεάζουν ένα ζευγάρι στην διαδικασία απόκτησης τέκνου ανά οικογενειακό εισόδημα.....	σελ.	39
Πίνακας 5: Δυσκολία στην εξασφάλιση άδειας μητρότητας .....	σελ.	41
Πίνακας 6: Πιθανότητα απόλυσης από τη θέση εργασίας .....	σελ.	41
Πίνακας 7: Υφιστάμενη κατάσταση της ανεργίας.....	σελ.	42
Πίνακας 8: Ποσοστά ανά παράγοντα για την διάσταση δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες Υγείας .....	σελ.	44
Πίνακας 9: Υψηλό κόστος τοκετού.....	σελ.	48

Πίνακας 10: Υψηλό κόστος ελέγχου κήσης.....	σελ.	48
Πίνακας 11: Υψηλό κόστος προγεννητικού ελέγχου.....	σελ.	49
Πίνακας 12: Δυσκολία πρόσβασης σε βρεφονηπιακό σταθμό.....	σελ.	49
Πίνακας 13: Χρόνος Απόκτησης τέκνου.....	σελ.	52
Πίνακας 14: Θα προχωρούσατε άμεσα στην διαδικασία γέννησης ενός τέκνου εφόσον σας προσφέρονταν τα έξοδα τοκετού ανά εισοδηματική ομάδα.....	σελ.	55
Πίνακας 15: Θα προχωρούσατε άμεσα στην διαδικασία γέννησης ενός τέκνου εφόσον σας προσφέρονταν η κάλυψη βρεφονηπιακού σταθμού; .....	σελ.	56
Πίνακας 16: Παράμετροι αξιολόγησης παροχών υψηλής ποιότητας γυναικολογικής, ιατρικής και μαιευτικής περίθαλψης .....	σελ.	57
Πίνακας 17: Παράμετροι αξιολόγησης παροχών υψηλής ποιότητας γυναικολογικής, ιατρικής και μαιευτικής περίθαλψης ανά τόπο διαμονής .....	σελ.	58
Πίνακας 18: Παράμετροι αξιολόγησης παροχών υψηλής ποιότητας γυναικολογικής, ιατρικής και μαιευτικής περίθαλψης ανά εισοδηματική ομάδα	σελ.	59
Πίνακας 19: Παράγοντες από την ανάλυση πρώτων παραγόντων των παραμέτρων αξιολόγησης παροχών υψηλής ποιότητας γυναικολογικής, ιατρικής και μαιευτικής περίθαλψης (N=122).....	σελ.	60

## Γραφήματα

Γράφημα 1: Ετήσιος ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ της Ελλάδας και της Ε. Ε. των 28.....	σελ.	10
Γράφημα 2: Αριθμός Γεννήσεων ανά Γυναίκα για τα έτη 1970-2017.....	σελ.	21
Γράφημα 3: Κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε \$.....	σελ.	22
Γράφημα 4: Μισθός ανάλογα με τις ώρες εργασίας για τα έτη 2000-2018.....	σελ.	23
Γράφημα 5: ΑΕΠ ανά ώρα εργασίας για τα έτη 2001-2018.....	σελ.	24
Γράφημα 6: Συνολικό ποσοστό ανεργίας στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	σελ.	25
Γράφημα 7: Ποσοστό ανεργίας για πάνω από 12 μήνες για το έτος 2018.....	σελ.	25
Γράφημα 8: Συνολικό εισόδημα ανά νοικοκυριό πλην φόρων.....	σελ.	26
Γράφημα 9: Συνολικό κόστος ανατροφής παιδιών, αφαιρώντας κυβερνητικές πριμοδοτήσεις.....	σελ.	28

Γράφημα 10: Συνολικό ποσοστό του πληθυσμού που εργάζεται στις χώρες του ΟΟΣΑ το δεύτερο τρίμηνο του 2019.....	σελ.	29
Γράφημα 11: Μέσος Ετήσιος Μισθός στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2018.....	σελ.	29
Γράφημα 12: Ηλικία.....	σελ.	32
Γράφημα 13: Τόπος διαμονής.....	σελ.	33
Γράφημα 14: Επαγγελματική δραστηριότητα.....	σελ.	35
Γράφημα 15: Οικογενειακό εισόδημα.....	σελ.	36
Γράφημα 16: Διαστάσεις του παράγοντα προβλήματα εργασιακών σχέσεων ...	σελ.	40
Γράφημα 17: Διαστάσεις του παράγοντα δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.....	σελ.	43
Γράφημα 18: Διαστάσεις του παράγοντα δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ανά τόπο διαμονής.....	σελ.	45
Γράφημα 19: Διαστάσεις του παράγοντα δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ανά οικογενειακό εισόδημα.....	σελ.	46
Γράφημα 20: Διαστάσεις του παράγοντα συνολικό οικονομικό κόστος.....	σελ.	47
Γράφημα 21: Διαστάσεις του παράγοντα συνολικό οικονομικό κόστος ανά κατηγορίες οικογενειακού εισοδήματος.....	σελ.	50
Γράφημα 22: Επιθυμητός αριθμός τέκνων.....	σελ.	51
Γράφημα 23: Επιθυμητός αριθμός τέκνων ανά κατηγορία εισοδήματος.....	σελ.	53
Γράφημα 24: Επίδραση μέτρων οικονομικής στήριξης στην επιτάχυνση του χρόνου απόκτησης τέκνου.....	σελ.	54

## Πρόλογος

Στα μέσα του 20ου αι., στην Ευρώπη ζούσαν 550 εκατομμύρια άνθρωποι ή αλλιώς το 22% του παγκόσμιου πληθυσμού. Σήμερα τα 740 περίπου εκατομμύρια των κατοίκων της αντιστοιχούν σε λιγότερο από το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού.

Με ελάχιστες εξαιρέσεις, στις περισσότερες χώρες το φυσικό ισοζύγιο (η διαφορά δηλαδή των θανάτων από τις γεννήσεις) είναι αρνητικό ή μηδενικό. Στην χώρα μας, η πληθυσμιακή συρρίκνωση είναι ήδη γεγονός, αφού οι θάνατοι υπερτερούν αριθμητικά των γεννήσεων και οι μεταναστευτικές ροές άλλοτε δεν επαρκούν για να αντισταθμίσουν τη μείωση του πληθυσμού, άλλοτε την επιτείνουν μέσω του brain drain. Στην Ελλάδα, οι γεννήσεις βρίσκονται σε σταθερά πτωτική πορεία από το 2008 φθάνοντας, σύμφωνα με τα πρόσφατα δημοσιευμένα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, σε ιστορικό χαμηλό το 2018 κάτω από τις 86.500. Το φυσικό ισοζύγιο (γεννήσεις-θάνατοι) είναι αρνητικό από το 2011, ενώ η εκτίμηση του μόνιμου πληθυσμού για το 2018 ήταν κατά 0,25% χαμηλότερη σε σχέση με το προηγούμενο έτος.

Η μείωση του πληθυσμού δεν είναι η μοναδική δημογραφική πρόκληση που καλείται να διαχειριστεί η Ελλάδα. Εκτός από το μέγεθος αλλάζει η **δομή** και **σύνθεση** του πληθυσμού της. Σήμερα οι μισοί κάτοικοι της Ελλάδας είναι άνω των 43 ετών, ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 65 ετών ξεπερνά εκείνον των παιδιών κάτω των 15 ετών, ενώ οι άνω των 80 ετών αποτελούν την ταχύτερα αυξανόμενη ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού. Η γήρανση του πληθυσμού έχει δημιουργήσει μια νέα μη αναστρέψιμη πραγματικότητα. Μπροστά στον κίνδυνο της μείωσης της στρατηγικής και ανταγωνιστικής δύναμης τόσο της Ευρώπης στο σύνολό της όσο και των επί μέρους κρατών, η ενίσχυση των γεννήσεων και η στήριξη της οικογένειας αναδεικνύονται σε πρωταρχικό στόχο ακόμα και εκείνων των χωρών που μέχρι πρόσφατα δεν διέθεταν καν δημογραφική πολιτική.

Οι πολιτικές αυτές συχνά γίνονται αντικείμενο κριτικής ως προς το κόστος και την αποτελεσματικότητά τους. Ωστόσο υπάρχει πλέον ευρύτερη πολιτική και κοινωνική συναίνεση γύρω από την ανάγκη δημιουργίας νέων δημογραφικών προτύπων. Στη χώρα μας, η Κυβέρνηση έθεσε την ενίσχυση των γεννήσεων υψηλά στις προτεραιότητές της και ήδη προωθεί κάποια πρώτα μέτρα. Η επιλογή όμως της κατάλληλης δημογραφικής πολιτικής είναι πιο πολύπλοκη υπόθεση, στόχος δεν είναι απλά η συγκυριακή βελτίωση των δεικτών αλλά η αναζήτηση του σημείου ισορροπίας μεταξύ απαιτήσεων της οικονομίας, αναγκών της κοινωνίας και μεταβολών του πληθυσμού.

Τα οικονομικά κίνητρα αποτελούν μια σπουδαία βάση αλλά τα όποια μέτρα ενίσχυσης των γεννήσεων και στήριξης του θεσμού της οικογένειας πρέπει να είναι έτσι σχεδιασμένα ώστε να αποφύγουν την αναπαραγωγή του παλαιού συντηρητικού μοντέλου της μη εργαζόμενης μητέρας. Με δεδομένη τη μείωση του διαθέσιμου εργατικού δυναμικού, η αύξηση των ιδιαίτερα χαμηλών ποσοστών απασχόλησης των γυναικών αποτελεί ένα από τα εργαλεία αντιμετώπισης των συνεπειών της γήρανσης.

Όμως, οι επιδοματικές πολιτικές δεν θα έχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα αν δεν συνδυαστούν με ουσιαστικά μέτρα φροντίδας των παιδιών βρεφικής και προσχολικής ηλικίας, με μέτρα συμφιλίωσης της επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής, με κίνητρα βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και κατοικίας. Η ευρωπαϊκή εμπειρία δείχνει ότι οι φιλικές προς την οικογένεια συνθήκες εργασίας –όχι μόνο για τις γυναίκες αλλά και για τους άνδρες – αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την απόκτηση περισσότερων του ενός παιδιών.

Η ενίσχυση των γεννήσεων δεν μπορεί να συμβεί παράμέσα από τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού στην οικογένεια εργασιακού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Ουσιαστική υποστήριξη των εργαζόμενων μητέρων πριν και μετά τον τοκετό, πραγματική ισότητα στα δικαιώματα αδειών και επιδομάτων ανατροφής και για τους δύο γονείς αλλά και ενεργή συμμετοχή των ανδρών στις οικογενειακές δραστηριότητες φαίνεται ότι είναι μερικά από τα σημεία κλειδιά που καθιστούν κάποιες χώρες περισσότερο αποτελεσματικές στην προσπάθεια στήριξης των γεννήσεων.

Το δημογραφικό ζήτημα που αντιμετωπίζουμε σήμερα είναι **πολύπλευρο**, δεν συνοψίζεται **στη χαμηλή γεννητικότητα και δεν αρκεί η αύξηση των γεννήσεων για να αντιμετωπιστούν οι συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού**. Οι δημογραφικές εξελίξεις αν δεν αναστραφούν θα θέσουν σε κίνδυνο την αναπτυξιακή προοπτική και την κοινωνική συνοχή της χώρας, χωρίς την άμεση εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων. Μέτρα που προϋποθέτουν ευρεία συνεργασία και συντονισμό μεταξύ διαφορετικών τομέων πολιτικής.

## Περίληψη

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στον προσδιορισμό των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα. Το θεωρητικό πλαίσιο που έχει αναπτυχθεί αναφορικά με την μελέτη της τάσης των ζευγαριών να αποκτούν τέκνα δανείζεται στοιχεία και εργαλεία από ένα σύνολο διαφορετικών επιστημονικών πεδίων. Σύμφωνα με την οικονομική επιστήμη, η αξία του χρόνου και το άμεσο κόστος των παιδιών αποτελούν παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την διάθεση των ζευγαριών στην Ελλάδα να αποκτήσουν τέκνα ενώ εργαλεία της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας έδειξαν πως οι κοινωνικές αντιλήψεις για τις αναπαραγωγικές συνήθειες έχουν οδηγήσει την γεννητικότητα σε μια αδράνεια.

Προκειμένου να εξεταστούν τα στοιχεία που προκύπτουν από το υπάρχον θεωρητικό πλαίσιο στο ελληνικό περιβάλλον σχεδιάστηκε μια δειγματοληπτική διαδικασία που είχε ως στόχο την διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την γονιμότητα του πληθυσμού. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε την περίοδο Ιανουαρίου-Μαρτίου 2019 σε δείγμα 121 ενήλικων ατόμων από ακριτικές νησιωτικές και ηπειρωτικές καθώς και ημιαστικές περιοχές προερχόμενα από το αρχείο της αστικής μη κερδοσκοπικής οργάνωσης HOPEgenesis, το οποίο αποτελούνταν από ζευγάρια τα οποία συμμετείχαν σε προγράμματα επιδότησης της διαδικασίας γεννήσεως τέκνου ή ζευγάρια που ενδιαφέρονται για να ενταχθούν μελλοντικά στα εν λόγω προγράμματα.

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε μια έντονη διαφοροποίηση της στάσης του δείγματος **ανάλογα με τον τόπο μόνιμης κατοικίας**. Οι διαφορές στην στάση του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω:

- Συνολικά παρατηρείται πως **ακριτικές ηπειρωτικές και νησιωτικές περιοχές** εμφανίζουν παρόμοια συμπεριφορά στις απαντήσεις τους, στοιχείο που θα αξιοποιηθεί για την περαιτέρω ανάλυση.
- Όμως οι κάτοικοι των νησιωτικών περιοχών φαίνεται να δίνουν την υψηλότερη μέση βαθμολογία σε κάθε ερώτηση για τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας σε αντίθεση με τους κατοίκους των ημιαστικών περιοχών που αξιολογούν όλους τους παράγοντες ως λίγο σημαντικούς ή μέτρια σημαντικούς.
- Οι περισσότερες περιοχές παρουσιάζουν παρόμοια συμπεριφορά στην αξιολόγηση με την ελάχιστη ανά παράγοντα να διαμορφώνεται στο 4, δηλαδή μεγάλη σημαντικότητα, ενώ η μέγιστη τιμή που έχει καταγραφεί είναι κοντά στο 5 υποδηλώνοντας την απόλυτη σημαντικότητα. Ωστόσο, οι κάτοικοι των ημιαστικών περιοχών φαίνεται να έχουν



βαθμολογήσει όλους τους παράγοντες χαμηλότερα σε σχέση με τις υπόλοιπες τρεις περιοχές. Ειδικότερα η ελάχιστη μέση βαθμολογία που έδωσαν ήταν το 3, μέτρια σημαντικότητα, με την υψηλότερη βαθμολογία να καταγράφεται για τον ιατρικό εξοπλισμό και το ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον.

Εκτός από τις παραπάνω διαφοροποιήσεις, το δείγμα συνολικά παρουσίασε κοινή στάση χωρίς να καταγράφονται εμφανείς διαφορές. Στα παρακάτω:

- Αναφορικά με τον χρόνο απόκτησης του τέκνου, 6 στους 10 ερωτώμενους επιθυμούν να αποκτήσουν το τέκνο τους εντός διετίας, το 22.2% σε τρία ή τέσσερα χρόνια και το 13.1% σε μία πενταετία.
- Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 80%, επιθυμεί το πολύ μέχρι 3 παιδιά ενώ το 17.6% θα ήθελε 4 παιδιά. Ο κύριος όγκος των ερωτηθέντων ιδεατά θα ήθελε να αποκτήσει 2 ή 3 παιδιά σε ποσοστό 37.8% και 38.7%.
- Οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 89.7% δήλωσαν πως θα προχωρούσαν άμεσα στην διαδικασία απόκτησης τέκνου εφόσον τους προσφέρονταν τα έξοδα του τοκετού, και σε ποσοστό 86.3% πως θα προχωρούσαν άμεσα στην διαδικασία απόκτησης τέκνου εφόσον τους προσφέρονταν η κάλυψη του βρεφονηπιακού σταθμού.

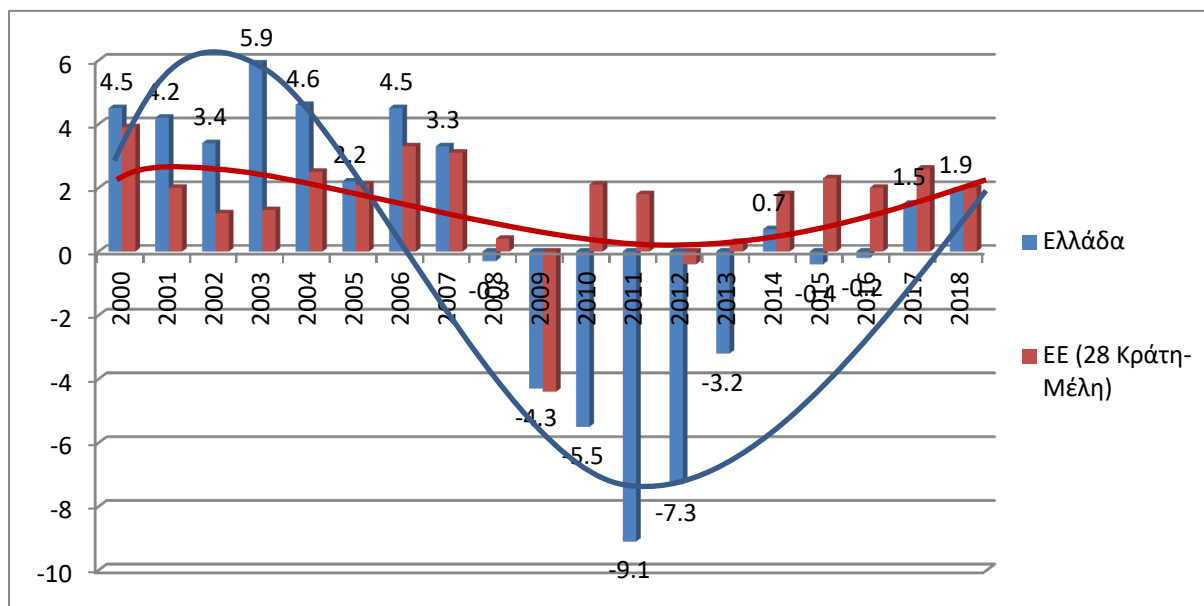
Τα τελικά συμπεράσματα δείχνουν ότι δεν υπάρχουν γενικές λύσεις για όλες τις περιπτώσεις σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό, αλλά θα ήταν προτιμότερο να σχεδιαστούν επιμέρους πολιτικές για την βελτίωση του δείκτη γεννήσεων του γηγενούς πληθυσμού ανάλογα με το επίπεδο οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης των περιφερειών της χώρας και ανάλογα με τις γεωπολιτικές δυσκολίες της κάθε περιοχής (πρόσβαση σε δομές υγείας, πρόσβαση σε δομές εκπαίδευσης, συνθήκες διαβίωσης).

## Εισαγωγή

Η οικονομική κατάσταση της κάθε χώρας συνδέεται άμεσα με την κατάσταση υγείας των πολιτών της και τους δείκτες γονιμότητας. Όταν επέλθει μια οικονομική κρίση έχει αποδειχθεί ότι οι δείκτες γονιμότητας μειώνονται (Lee, 1990). Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι οικονομικές κρίσεις στο παρελθόν είχαν ένα σημαντικό, αλλά σχετικά βραχύ αντίκτυπο. Η περίπτωση της Ελλάδας αποτελεί ένα πρωτογενές παράδειγμα, καθώς το βάθος και η διάρκεια της μεταπολιτικής οικονομικής κρίσης της είναι αξιοσημείωτα.

Όπως παρατηρούμε στο παρακάτω γράφημα, ο ετήσιος ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ για την Ευρώπη των 28 κρατών μελών σε σύγκριση με τον αντίστοιχο της Ελλάδας παρουσιάζει διαχρονικές διακυμάνσεις από το 2000 μέχρι σήμερα. Συγκεκριμένα, κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης από το έτος 2008 και εντεύθεν, η Ευρωπαϊκή Ένωση ανακάμπτει άμεσα και παρουσιάζει θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης μετά το 2009. Σε αντίθεση η Ελλάδα συνεχίζει την αρνητική πορεία μέχρι το έτος 2016, με εξαίρεση το έτος 2014.

Γράφημα 1. Ετήσιος ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ της Ελλάδας και της Ε. Ε. των 28.



Πηγή: Eurostat Database (2019)

Ο ερευνητής Neels (2010), υπογραμμίζει πως οι κύκλοι των οικονομικών κρίσεων, οδηγούν σε αναβολή πιθανών σχεδίων για τεκνοποίηση, ιδιαίτερα του πρώτου παιδιού. Επίσης,

σημειώνει πως οι συνθήκες ευνοϊκής οικονομικής ανάπτυξης συνδέονται με αύξηση της επιθυμίας για γονιμοποίηση των ζευγαριών. Τα ζευγάρια περιμένουν να σιγουρευτούν πως επικρατεί ένα καθεστώς οικονομικά ευνοϊκού κλίματος, προκειμένου να φέρουν ένα παιδί σε έναν κόσμο που μπορεί να βρει την ευτυχία και την οικονομική και ψυχική ευμάρεια (Rindfuss et al, 1988).

Η αναδρομική πτώση στους δείκτες γονιμότητας ακολουθείται συνεπώς από μια αύξηση στους ίδιους δείκτες μετά τις περιόδους κρίσης. Αυτή η αύξηση παρατηρείται για τους προαναφερθέντες λόγους σε διάστημα ενός έως τριών ετών αφότου εξισορροπηθεί και αρχίσει να αναπτύσσεται η οικονομία μιας χώρας. **Παρ’ όλα αυτά, η Ελλάδα αποτελεί μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα περίπτωση για το χρονικό διάστημα 2008-2018, καθώς οι αντιδράσεις των νέων ζευγαριών στις καταστάσεις οικονομικής ένδειας έχουν μακρά διάρκεια. Έτσι, υπάρχει αμφιβολία για το αν τα ζευγάρια που σκέφτονταν να κυφορήσουν, ανέβαλαν την επιλογή τους για τέτοιο χρονικό διάστημα, και εν τέλει οδηγούνται στο κλείσιμο του πιθανού γεννητικού τους κύκλου.**

Επιπρόσθετα, είναι αποδεδειγμένο πως σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης επικρατεί το φαινόμενο της διαφυγής εγκεφάλων (**Brain Drain**). Συγκεκριμένα, υπάρχει μια εκροή ανθρώπων υψηλού πνευματικού κεφαλαίου σε χώρες του εξωτερικού. Έτσι, όχι μόνο μειώνεται το εργατικό δυναμικό της χώρας, αλλά χάνονται και πολίτες από την χώρα που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην ανάπτυξη της οικονομίας. Επίσης είναι αποδεδειγμένο ότι τα άτομα που αποφασίζουν να φύγουν από την Ελλάδα βρίσκονται κατά μεγάλο ποσοστό στην ηλικία τεκνοποίησης και δημιουργίας οικογένειας.

Σε πρόσφατη ελληνική έρευνα, διαπιστώθηκε ότι περισσότεροι από τους μισούς πολίτες πιστεύουν ότι επηρεάστηκε σε κάποιο βαθμό η κατάσταση υγείας τους από την κρίση. Άξιο αναφοράς, επίσης, είναι ότι ένας στους τέσσερις δήλωσε ότι επιδεινώθηκε η πρόσβαση του σε υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, το 23% δήλωσε την δυσκολία πρόσβασης στην φαρμακευτική περίθαλψη εξαιτίας της αύξησης της συμμετοχής των πολιτών στην αντίστοιχη δαπάνη (Διανέοσις, 2016).

Στην Ελλάδα ο γηγενής πληθυσμός το 2000 ήταν 10 εκατομμύρια, ενώ σύμφωνα με τις προβλέψεις το 2050 θα είναι μεταξύ 7 και 8 εκατομμυρίων με δραματική αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων (Διανέοσις, 2016).

**Το φαινόμενο της ραγδαίας γήρανσης του πληθυσμού βρίσκεται πλέον σε πλήρη εξέλιξη και οφείλεται στην δραματική μείωση του ρυθμού αναπαραγωγής (ποσοστό 1,3 αντί του 2,3 που διατηρεί τον πληθυσμό σταθερό), καθώς και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής στην ηλικία των 65 ετών (ήταν 5-6 χρόνια στις αρχές του 20ου αιώνα και τώρα έχει ξεπεράσει τα 20 χρόνια). Οι εξελίξεις αυτές συμβαίνουν για πρώτη φορά στην μακραίωνη ιστορία του ελληνικού έθνους και θα διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της χώρας στις επόμενες δεκαετίες και τελικά θα προδιαγράψουν τις συνθήκες επιβίωσης της χώρας μακροπρόθεσμα.**

Οι συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού είναι πολυεπίπεδες και πολύπλοκες, αλλά αρκεί να επικεντρωθούμε εδώ στις οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες. Όσον αφορά στις προοπτικές ανάπτυξης της χώρας, ο δυνητικός ρυθμός αύξησης του Εθνικού Εισοδήματος είναι το άθροισμα του ρυθμού αύξησης του εργατικού δυναμικού και της αύξησης της παραγωγικότητας (Νεκτάριος, 2007).

Μετά το 2010, το εργατικό δυναμικό της χώρας μειώνεται συνεχώς (παρά την ταυτόχρονη ύπαρξη 1 εκατομμυρίου ανέργων), ενώ η ετήσια αύξηση της παραγωγικότητας ποτέ δεν ξεπέρασε το 1%. Για αυτόν τον λόγο, όλα τα οικονομετρικά μοντέλα των διεθνών οργανισμών προβλέπουν ότι η μακροχρόνια αύξηση του ΑΕΠ θα κινείται μεταξύ 1 και 1,5% (Διανέοσις, 2018). Σε ένα τέτοιο περιβάλλον μόνιμης οικονομικής στασιμότητας, οι δυνατότητες άσκησης κοινωνικής πολιτικής θα είναι εξαιρετικά περιορισμένες, ιδιαίτερα για τις δαπάνες συντάξεων, υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας για τους υπερήλικες.

Η μείωση της γονιμότητας στην Ευρώπη που άρχισε την δεκαετία του 1960, αμέσως μετά την περίοδο της «εκρήξεως» του αριθμού των γεννήσεων (baby-boom), θα έχει ως έμμεσο επακόλουθο την «έκρηξη» του αριθμού των συνταξιούχων (pensioners-boom) τα ερχόμενα έτη.

Η γονιμότητα στην Ελλάδα έχει αποτελέσει, εδώ και καιρό, ερευνητικό αντικείμενο για τα Πανεπιστήμια και τα Ερευνητικά Κέντρα. Από τη δεκαετία του 1970, έρευνες που είχαν γίνει σε αστικά κέντρα είχαν αποτυπώσει την ανασταλτική επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης καθώς και του εργασιακού καθεστώτος των γονέων σε σχέση με την γονιμότητα (Safilios-Rothchild, 1969). Το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών σε σειρά μελετών που διεξαγάγει, αποτυπώνει τις αντιλήψεις του πληθυσμού για το θέμα της γονιμότητας στα πλαίσια σκιαγράφησης του κοινωνικού πορτραίτου της χώρας (ΕΚΚΕ, 2002; ΕΚΚΕ 2010). Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι το μοντέλο της πρόνοιας, ενώ βασίζεται στην αλληλεγγύη των

γενεών, στον παραδοσιακό ρόλο των δύο φύλων και στη σταθερότητα της οικογένειας, βρίσκεται σε αντίθεση με τις κοινωνικό-δημογραφικές μεταβολές που συντελούνται με γρήγορο ρυθμό (μείωση γονιμότητας, μείωση γάμων, αύξηση διαζυγίων, αύξηση μονογονεϊκών νοικοκυριών, χειραφέτηση της γυναίκας, εργασία των ζευγαριών).

Η αύξηση της απασχόλησης γενικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες, οφείλεται στην αύξηση της συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία. Ωστόσο, στις χώρες της Ν. Ευρώπης, η συμμετοχή των παντρεμένων γυναικών είναι κατά πολύ χαμηλότερη από τη συμμετοχή των ανύπαντρων και το ίδιο συμβαίνει με τις γυναίκες που έχουν μικρά παιδιά, όπου φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο η απουσία επαρκούς υποδομής για τη φύλαξη των παιδιών εκτός της ευρύτερης οικογένειας (Συμεωνίδου, Μαγδαληνός, 2007).

Σύμφωνα με την μελέτη των Kotzamanis et al (2017), η πρόσφατη πτώση του ολικού δείκτη γονιμότητας οφείλεται στην πτώση των ποσοστών γονιμότητας των γυναικών ηλικίας κάτω των 30 ετών. Φαίνεται λοιπόν ότι η κρίση διέκοψε την ανάκαμψη των γεννήσεων που άρχισε στις αρχές της δεκαετίας του 2000. Οι πρόσφατες αλλαγές στη γονιμότητα είναι ενδεικτικές μιας επιταχυνόμενης μείωσης της πλήρους γονιμότητας των γυναικών που γεννήθηκαν μετά το 1980, κυρίως επειδή η ύφεση ξεκίνησε σε μια εποχή όπου η μέση ηλικία αναπαραγωγής ήταν πολύ υψηλή (30 χρόνια για το πρώτο παιδί).

Δεδομένων των παραπάνω γεγονότων οι ερευνητές δεν αισιοδοξούν για την αντιστροφή των ποσοστών γονιμότητας των νεότερων γενεών οι οποίες είναι πιθανό να περάσουν σημαντικό μέρος της αναπαραγωγικής τους ζωής υπό συνθήκες κρίσης και γι' αυτό κρίνεται αναγκαίο να υποστηριχτούν ειδικά και να τους δοθούν νέα κίνητρα.

Ο στόχος της παρούσας μελέτης έχει επικεντρωθεί στη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την γονιμότητα των νέων ζευγαριών. Αφού αναλύσουμε το γενικότερο θεωρητικό πλαίσιο στις επόμενες ενότητες, στην συνέχεια θα περιγράψουμε τα ποσοτικά αποτελέσματα που προκύπτουν από την δειγματοληψία. Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί την πρώτη προσπάθεια στοχευμένης μελέτης σε υποσύνολο του πληθυσμού, με εκπεφρασμένο ενδιαφέρον για την έναρξη της διαδικασίας τεκνοποίησης που εστιάζει στη γεωπολιτική διαφορά του δείγματος.

## Θεωρητικό Πλαίσιο

Η οικονομική θεωρία του Gary Becker (1960) υποθέτει ότι ο αριθμός των παιδιών που μια οικογένεια επιλέγει να κάνει εξαρτάται α) από το εισόδημα της, β) τις τιμές στην αγορά, γ) την δυνατότητα τους να τεκνοποιήσουν, δ) το κόστος των παιδιών και ε) τις προτιμήσεις του ζεύγους. Εφόσον η δημιουργία και η διαδικασία της ανατροφής ενός παιδιού είναι δραστηριότητες που συμβαίνουν εκτός αγοράς και τα παιδιά μεγαλώνουν κυρίως εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος στο σπίτι, οι γονείς είναι αυτοί που προσφέρουν (καμπύλη προσφοράς) και που ζητούν (καμπύλη ζήτησης) στην δημιουργία της οικογένειας. Η παραγωγή παιδιών ωστόσο απαιτεί χρόνο και χρήματα από τους γονείς.

Ως αντάλλαγμα οι γονείς λαμβάνουν άμεση και έμμεση ευχαρίστηση από τα παιδιά τους (Willis, 1973). Οι οικογένειες προσπαθούν να μεγιστοποιήσουν την συνάρτηση της ωφελιμότητάς τους (utility function) η οποία εμπεριέχει τις εξής παραμέτρους: τον αριθμό των παιδιών, τις δαπάνες ανά παιδί και τον αριθμό των υπηρεσιών που χρησιμοποιούν (χρόνος κτλ). Η συνάρτηση της ωφελιμότητας μεγιστοποιείται κάτω από τον περιορισμό του εισοδήματος της οικογένειας (Becker, 1991).

Η ανατροφή των παιδιών απαιτεί πολύ χρόνο από τους γονείς. Συνεπώς ο χρόνος που έχουν διαθέσιμο και θα αφιερώσουν οι γονείς είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες. Όσο μεγαλώνουν τα παιδιά, η ποιότητα τους εξαρτάται περισσότερο από την επένδυση σε αγαθά όπως η εκπαίδευση και η υγεία, παρά τον χρόνο των γονιών τους που γίνεται λιγότερο σημαντικός (Hoffman and Averett, 2010).

Ο πιο σημαντικός παράγοντας είναι τα άμεσα (ρούχα, διατροφή) και τα έμμεσα κόστη (χρόνος, εμπειρία). Τα έμμεσα κόστη είναι τα κόστη ευκαιρίας (opportunity cost των γονιών ή οι χαμένες ευκαιρίες που θυσίασαν για να κάνουν ένα παιδί (Willis, 1973). Ιδιαίτερη σημασία στα κόστη ευκαιρίας έχει ο χρόνος των γονιών και συγκεκριμένα της μητέρας, ο οποίος φαίνεται να φέρει ιδιαίτερη βαρύτητα. Όπως θα αναφερθεί παρακάτω, η συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας και η δυνατότητα τους για αυξημένες οικονομικές απολαβές είναι οι κύριοι παράγοντες που έχουν συμβάλει στην μείωση της γεννητικότητας.

Οι πατεράδες συνήθως περνούν λιγότερο χρόνο με τα παιδιά τους και ως εκ τούτου το κόστος ευκαιρίας του χρόνου τους είναι αισθητά μικρότερο (Becker, 1991). Αυτό συνέβαινε κατά κόρον επειδή οι πατεράδες ήταν οι κύριοι υπεύθυνοι για την εξασφάλιση των οικονομικών

πόρων. Έτσι, το τίμημα του χρόνου τους ήταν πιο υψηλό, γιατί το σκιάδεις κόστος ευκαιρίας του χρόνου εξαρτάται από τον μισθό ανά ώρα του εργαζόμενου (Willis, 1973).

Όπως προαναφέρθηκε, οι οικογένειες αυξάνουν την συνάρτηση της ωφελιμότητάς τους κάτω από τον περιορισμό των οικονομικών απολαβών του ζεύγους. Έτσι, η αξία του χρόνου του ζευγαριού αυξάνεται και επηρεάζεται αρνητικά ο αριθμός των παιδιών που μια οικογένεια αποφασίζει να δημιουργήσει (λόγω του περιορισμού του χρόνου και της αυξημένης αξίας του χρόνου του ζεύγους). Ωστόσο, η αύξηση στις απολαβές της οικογένειας επηρεάζει θετικά τον αριθμό παιδιών που μια οικογένεια θέλει να δημιουργήσει εξαιτίας του μεγαλύτερου εισοδήματός τους. Έτσι, παρατηρούμε δυο αντικρουόμενες επιδράσεις, από την μια πλευρά οι γονείς θα μπορούν να αυξήσουν την επένδυση σε υλικά αγαθά, αλλά ο χρόνος που θα μπορούν να αφιερώσουν στα παιδιά τους είναι λιγότερος (με την αύξηση του εισοδήματος τους). Η δομή της οικογένειας και οι προτιμήσεις των γονιών είναι αυτές που θα καθορίσουν ποια από τις δύο επιδράσεις είναι η πιο σημαντική (Hoffman and Averett, 2010).

Μια ενδεικτική έρευνα των Joshi and Schultz (2007), ανέδειξε τα αποτελέσματα της αύξησης της συμμετοχής των γυναικών σε εργασιακά περιβάλλοντα και την βελτίωση της δυνατότητας που είχαν για να συμβάλουν στο οικογενειακό εισόδημα. Το πρόγραμμα εστιάζει στις απολαβές που προκύπτουν από τους κοινωνικούς και οικονομικούς (που έμμεσα επηρεάζουν τους υγειονομικούς) παράγοντες στις μη αστικές περιοχές της Νότιας Ασίας. Μέσα σε δύο δεκαετίες πολλαπλές παράμετροι που επηρεάζουν σημαντικά την ευημερία των γυναικών και των παιδιών τους έχουν δείξει αισθητή βελτίωση. Συγκεκριμένα, η υγεία της μητέρας, τα οικογενειακά έσοδα καθώς και η υγεία και η εκπαίδευση των παιδιών είναι κάποιοι από τους εν λόγω παράγοντες.

Συνοψίζοντας, η οικονομική θεωρία της γεννητικότητας επικεντρώνεται στο κόστος που συνεπάγεται η αφιέρωση πολύτιμου χρόνου από πλευράς των γονέων και πως αυτός ο παράγοντας επηρεάζει την γεννητικότητα. Η αύξηση της αξίας του χρόνου των γονέων, ειδικά για τις μητέρες (μέσω της αυξημένης εκπαίδευσης) οδηγεί στην μείωση της γεννητικότητας, καθώς αυξάνεται το κόστος ευκαιρίας των παιδιών για τις γυναίκες. Παρά ταύτα, αυξάνεται η ποιότητά τους όπως παρατηρήθηκε και στην έρευνα των Joshi και Schultz (2007). Εν κατακλείδι, η αξία του χρόνου και το άμεσο κόστος των παιδιών αποτελούν παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την διάθεση των ζευγαριών να κυφορήσουν. Οι κυβερνήσεις από την μεριά τους μπορούν να εφαρμόσουν μέτρα που να αυξάνουν την διαθεσιμότητα χρόνου είτε οικονομικών πόρων για τα ζευγάρια για να αυξήσουν την γεννητικότητα.



Ο Bongaarts (1993) χρησιμοποίησε δεδομένα από 18 αναπτυσσόμενες χώρες εφαρμόζοντας την θεωρία του Easterlin (1973). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν πως οι χαμηλοί δείκτες γεννητικότητας συνδέονταν με την επιθυμία των ζευγαριών να αποκτήσουν λιγότερα παιδιά ενώ με την πρόοδο της τεχνολογίας τα χαμηλά επίπεδα βρεφικής θνησιμότητας οδήγησαν σε μικρότερο αριθμό γεννήσεων ενώ παράλληλα η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων οδήγησε στον περιορισμό των ανεπιθύμητων γεννήσεων.

Ο Easterlin (1975) συσχετίζει το πιθανό εισόδημα με την γεννητικότητα. Οι αποφάσεις του ζεύγους για να προχωρήσουν στην διαδικασία της τεκνοποίησης, εξαρτώνται από το αναμενόμενο εισόδημα τους και το κοινωνικό-οικονομικό τους επίπεδο, που συσχετίζεται με το τωρινό τους εισόδημα και τις προβλέψεις του ζεύγους για το μέλλον (Pampel, 1993). Η γεννητικότητα είναι ψηλότερη σε ένα ευνοϊκό οικονομικό περιβάλλον επειδή το μελλοντικό εισόδημα αναμένεται να είναι ψηλότερο και το κόστος που επέρχεται με μια γέννα, θα είναι ευκολότερα διαχειρίσιμο από τους γονείς.

Ο τρόπος που δημιουργούνται αυτές οι επιθυμίες και οι προβλέψεις για το μέλλον εξαρτάται από το σχετικό μέγεθος του πληθυσμού στην χώρα. Συνεπώς, όταν ο πληθυσμός της χώρας είναι υψηλός υπάρχουν λιγότεροι πόροι και αυξημένος ανταγωνισμός στην αγορά εργασίας, έτσι η γεννητικότητα θα είναι χαμηλότερη, εξαιτίας των χαμηλότερων μισθών και του χαμηλότερου επιπέδου επιβίωσης (Easterlin, 1987).

Οι πολιτικές υγείας και οικογενειακού προγραμματισμού οφείλουν να στοχεύουν στο να αυξάνουν το σχετικό εισόδημα, το οποίο αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της γεννητικότητας. Οι πολιτικές προσαρμογές οφείλουν να στοχεύουν στην αύξηση του σχετικού εισοδήματος ώστε να μειώσουν το οικονομικό φορτίο των νοικοκυριών. Οι φοροαπαλλαγές και οι άμεσες χρηματικές πριμοδοτήσεις αποτελούν παραδείγματα κινήτρων τα οποία αυξάνουν το σχετικό εισόδημα των νοικοκυριών, δίνοντας τους την δυνατότητα να έχουν οικογένεια και το επιθυμητό κοινωνικό-οικονομικό προφίλ.

Παράλληλα πρέπει να δημιουργηθεί μια ομπρέλα ασφαλείας και να βοηθηθούν τα ζευγάρια σε όλα τα στάδια της δημιουργίας μιας οικογένειας.



## Σχετικές Έρευνες

Ιδιαίτερη σημασία για την παρούσα εργασία έχει η θεωρία του Becker (1991) που συμπληρώνει και ολοκληρώνει το θεωρητικό πλαίσιο του χώρου της γεννητικότητας, διότι δείχνει έμπρακτα και εξηγεί τα παρακάτω ζητήματα που δεν καλύπτονταν από τις προαναφερόμενες αναλύσεις.

Κατ’ αρχήν, η γεννητικότητα στις **μη-αστικές περιοχές** ήταν και είναι υψηλότερη από αυτή στις αστικές περιοχές. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό, είναι επειδή τα αναλυθέντα δεδομένα αναφέρονται σε αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ τα κόστη της στέγασης και ανατροφής ενός παιδιού σε μια φάρμα ήταν μικρότερα.

Δεύτερον, παρατηρείται ότι όσο αυξάνονται οι οικονομικές απολαβές μιας γυναίκας, μειώνεται ο αριθμός των βρεφών που γεννάει. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και στις δυτικές χώρες με την αύξηση των εργασιακών επιλογών των γυναικών (Chabé-Ferret, 2019).

Οι κυβερνήσεις έχουν την δυνατότητα να επηρεάσουν την γεννητικότητα του έθνους, για παράδειγμα, με μέτρα οικονομικής υποστήριξης στις μητέρες (Reibstein, 2017; Pitchett, 1994). Οι έχοντες υψηλό οικονομικό επίπεδο τον 19ο αιώνα έκαναν περισσότερα παιδιά. Η σχέση αυτή αντιστράφηκε στην διάρκεια του 20ου αιώνα και οι γονείς επικεντρώθηκαν περισσότερο στην ποιότητα του επιπέδου ζωής των παιδιών. Ο αριθμός των παιδιών που αποκτά ένα ζευγάρι επηρεάζει την σχέση ποιότητας - ποσότητας. Συνοπτικά, η ποσότητα των παιδιών σε μια οικογένεια περιορίζει την επένδυση στο κάθε παιδί, συνεπώς επηρεάζει την ποιότητα ζωής του κάθε παιδιού.

Η σχέση ανταλλαγής μεταξύ της καριέρας και της δημιουργίας οικογένειας λαμβάνεται υπόψη, καθώς ο χρόνος στον οποίο μια γυναίκα έχει τη δυνατότητα να δημιουργήσει οικογένεια είναι περιορισμένος και προϋποθέτει ότι ο κατάλληλος σύζυγος έχει βρεθεί. Επιπλέον, σύμφωνα με την βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ για το έτος 2017 τα δεδομένα δείχνουν ότι στις χώρες του ΟΟΣΑ το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας είναι τα 2 παιδιά, ενώ το πραγματικό μέσο μέγεθος οικογένειας συμπεριλαμβάνει 1.3 παιδιά (OECD Family Data Base, 2017). Ως εκ τούτου, το συμπέρασμα είναι ότι παρουσιάζονται εμπόδια για την επίτευξη του επιθυμητού μεγέθους οικογένειας. Παρακάτω στην έρευνά μας θα αναφερθούν κάποια μέτρα τα οποία μπορούν πιθανώς να βοηθήσουν στο να μειωθεί αυτή η διαφορά.

Βλέπουμε ότι η αυξημένη συμμετοχή του γυναικείου φύλου στην αγορά εργασίας, παράλληλα με την αβεβαιότητα που επέρχεται στην άκρως ανταγωνιστική αγορά εργασίας τον 21ο αιώνα αποτελούν σημαντικές συνιστώσες της υπογεννητικότητας (Reibstein, 2017).

Κάποιοι ακόμα παράγοντες που έχουν βρεθεί να επηρεάζουν την υπογεννητικότητα είναι η αργοπορημένη ηλικία γάμου και γέννας του πρώτου βρέφους, εξαιτίας του υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου της κοινωνία (όσο αφορά τις γυναίκες ιδιαίτερα), συγκριτικά με το παρελθόν (Kohler et al., 2002). Οι Goldin et al. (2014) συμπληρώνουν σε αυτό το σημείο πως τον τελευταίο αιώνα η δυναμική και ταχύρρυθμη κοινωνική αλλαγή έχει σμιλεύσει και αναπροσαρμόσει τις προτιμήσεις και τις προτεραιότητες των γυναικών. Ως αποτέλεσμα η επαγγελματική καριέρα και η επαγγελματική ανέλιξη έχει αποκτήσει περισσότερη σημασία σε σύγκριση με την δημιουργία μιας οικογένειας (για το γυναικείο φύλο).

Στις Νότιο-Ευρωπαϊκές χώρες (Ελλάδα) στις ηλικίες 20-24 παρατηρείται η μεγαλύτερη πτώση στην γεννητικότητα σε σχέση με τις ομάδες των άλλων χωρών (Reibstein, 2017). Αξιοσημείωτο είναι ότι το 1980 οι Νότιο-Ευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζουν τον υψηλότερο ρυθμό γεννήσεων και το 2010 καταλήγουν με τον χαμηλότερο αριθμό γεννήσεων (σε σύγκριση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες). Περαιτέρω μειώσεις παρουσιάζονται και στο γκρουπ ηλικίας 25-29 για τις Νότιο-Ευρωπαϊκές χώρες. Στις ηλικίες 30-34 παρατηρούνται οι υψηλότερες αυξήσεις στην ηλικιακά προσαρμοσμένη γεννητικότητα για όλες τις ομάδες χωρών, ενώ αύξηση παρουσιάζεται και στο γκρουπ ηλικιών 35-39. Ως εκ τούτου είναι ξεκάθαρο ότι από το 1980 έως το 2010, οι προτιμήσεις στις κοινωνίες άλλαξαν, με την συχνότητα των γεννήσεων να έχει μετακινηθεί από την ηλικιακή ομάδα των 20-24 ετών στην ηλικιακή ομάδα των 30-34 ετών, ενώ αυξήσεις σημειώνονται και στην ηλικιακή ομάδα 35-39, που υποσημειώνει την τάση για αναβολή της δημιουργίας οικογένειας για τα ζευγάρια σε μια μεγαλύτερη ηλικία (Gautier, 2012; Reibstein, 2017).

Η αναβολή μιας γέννας οδηγεί σε χαμηλότερα ετήσια στατιστικά, αλλά η συνολική τάση παραμένει αμετάβλητη. Δηλαδή, ο ρυθμός αποκατάστασης του πληθυσμού θα είναι παραπλήσιος ακόμα και αν παρουσιαστεί μια χαμηλή πτώση στις γεννήσεις για ένα βραχύ χρονικό διάστημα. Ωστόσο, όταν αυτό το διάστημα δεν είναι μικρής διάρκειας, το πρόβλημα αυτό εξαπλώνεται και οδηγεί σε μακροχρόνιες επιπτώσεις (όπως βλέπουμε με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα). **Όταν η συνολική γεννητικότητα, παραμένει χαμηλή, υπονοείται ότι οι γυναίκες δεν ανέβαλαν απλά την γέννα αλλά μετά δεν κατάφεραν να την αποκαταστήσουν.** Έτσι, συνολικά οι οικογένειες μικραίνουν σε μέγεθος και ο ρυθμός αποκατάστασης του πληθυσμού είναι προβληματικός.

Επιπλέον, η παραγωγή περαιτέρω παιδιών μετά την πρώτη γέννα υπόκειται στην αρχή της οικονομίας κλίμακας. Ως εκ τούτου, στις επόμενες γέννες οι γονείς έχουν πόρους από τα προηγούμενα παιδιά τους, οι οποίοι μπορούν να επαναχρησιμοποιηθούν καθώς και πολύτιμη εμπειρία για να διαχειριστούν πιο κατάλληλα πιθανές δυσκολίες (Chabé-Ferret, 2019).

Οι γέννες σε μικρή ηλικία, μπορούν να σταθούν εμπόδιο ή να διακόψουν την καριέρα ή τις σπουδές μιας γυναίκας. Οι μικρότερες ηλικίες δίνουν την δυνατότητα της καλύτερης απορρόφησης γνώσεων, εκμάθησης και συγκέντρωσης ανθρώπινου κεφαλαίου, το οποίο αποφέρει καρπούς όχι μόνο την προκειμένη στιγμή αλλά και σε βάθος χρόνου. (Grossman, 1960). Επιπρόσθετα, η δημιουργία οικογένειας σε μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερα παιδιά, που συνδέεται με καλύτερες επαγγελματικές προοπτικές. Ο Goldin (2006) αναφέρει στην έρευνα του ότι η σύντομη απουσία από τον εργασιακό χώρο για την άδεια γέννας, οδηγεί σε αρνητικές επιπτώσεις στην επαγγελματική καριέρα γυναικών. Έτσι, οι γυναίκες στις σύγχρονες κοινωνίες αναγκάζονται είτε να αναβάλουν τις γέννες για μια αργότερη ηλικία που θα έχουν πετύχει ένα επίπεδο επαγγελματικής εδραίωσης, είτε εναλλακτικά να πάρουν μια απόφαση μεταξύ της δημιουργίας μιας οικογένειας και της επαγγελματικής τους καριέρας.

Κατόπιν των προαναφερθέντων, η ηλικία που μια γυναίκα θα κυφορήσει έχει εξαιρετική σημασία για συνιστώσες όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατάσταση, και οι συνολικές απολαβές μιας μητέρας. Λόγου χάρη, ο Miller έδειξε στην έρευνα του για τον εργασιακό τομέα της Αμερικής, ότι η καθυστέρηση της γέννησης ενός παιδιού για ένα έτος (κρατώντας τον συνολικό αριθμό γεννήσεων της μητέρας σταθερό), οδηγεί σε 9% αύξηση των απολαβών της μητέρας (Miller, 2011). Μια αντίστοιχη έρευνα τρία χρόνια αργότερα, υπολόγισε την αύξηση του μισθού στην Αμερική να είναι της τάξεως του 5% (Herr, 2014). Άλλοι ερευνητές με την ίδια μεθοδολογία βρήκαν ότι ο μισθός των γυναικών θα αυξανόταν κατά 7% στην Γερμανία (Kind & Kleibrink, 2012).

## Ο Παράγοντας της Κουλτούρας

Ο Hinde (2003) παρατήρησε σε μια κατάσταση οικονομικής κρίσης για την μεσαία τάξη στο τέλος του 19ου αιώνα στην Αγγλία, μια μείωση στο ρυθμό γεννήσεων σε όσους εργάζονταν σε τομείς άμεσα εξαρτώμενους από την οικονομική κατάσταση της μεσαίας τάξης, όπως τα μεσιτικά γραφεία. Οι επιπτώσεις που μπορεί να παρατηρηθούν στην γεννητικότητα σε μια περίοδο κρίσης είναι σημαντικές και μπορεί να αποδειχθούν μακροχρόνιες. Ωστόσο, η κουλτούρα φαίνεται να έχει μεγάλη σημασία στις αντιλήψεις που επηρεάζουν την γεννητικότητα. Όμως πως διαμορφώνεται η κουλτούρα μας;

Οι Doerke και Zilibotti (2008), αναφέρουν ότι οι γονείς επιλέγουν να μεταφέρουν τις αντιλήψεις και πεποιθήσεις που θα βοηθήσουν τα παιδιά τους να αυξήσουν τις οικονομικές τους απολαβές. Σύμφωνα με την πεποίθηση της Mehlini Ghidi (2012), οι γονείς μπορεί να επιλέξουν να μην μεταφέρουν κάποιες νόρμες και συμπεριφορές, άμα πιστεύουν ότι θα επηρεάσουν αρνητικά τα παιδιά τους.

Επιπροσθέτως οι Munshi & Myaux (2006) διατύπωσαν την άποψη πως οι κοινωνικές αντιλήψεις για τις αναπαραγωγικές συνήθειες, έχουν οδηγήσει σε μια αδράνεια την γεννητικότητα, με την χρήση αντισυλληπτικών στις μη-αστικές περιοχές του Μπαγκλαντές.

Επιπλέον, η σημασία της κουλτούρας και των κοινωνικών προτύπων επηρεάζει τις διαδικασίες αναπαραγωγής, όπως δείχνει η έρευνα La Ferrara et al. (2012), όπου σημειώνεται ότι επήλθε πτώση της γεννητικότητας στην Βραζιλία κατόπιν της προβολής τηλεοπτικών δραματικών σειρών (σαπουνόπερες) στην τηλεόραση. Οι ερευνητές σημειώνουν επίσης ότι οι πιο ευπαθείς και επηρεασμένες ομάδες ήταν οι γυναίκες που είχαν αντίστοιχη ηλικία με τις πρωταγωνίστριες.

Συμπληρωματικά στην σημασία των κοινωνικών προτύπων οι Balbo και Barban (2014) βρήκαν ότι η εγκυμοσύνη ενός φιλικού προσώπου, αυξάνει την πιθανότητα να γίνει κάποιος γονέας, μέχρι και δύο χρόνια μετά την γέννηση στο φιλικό περιβάλλον.

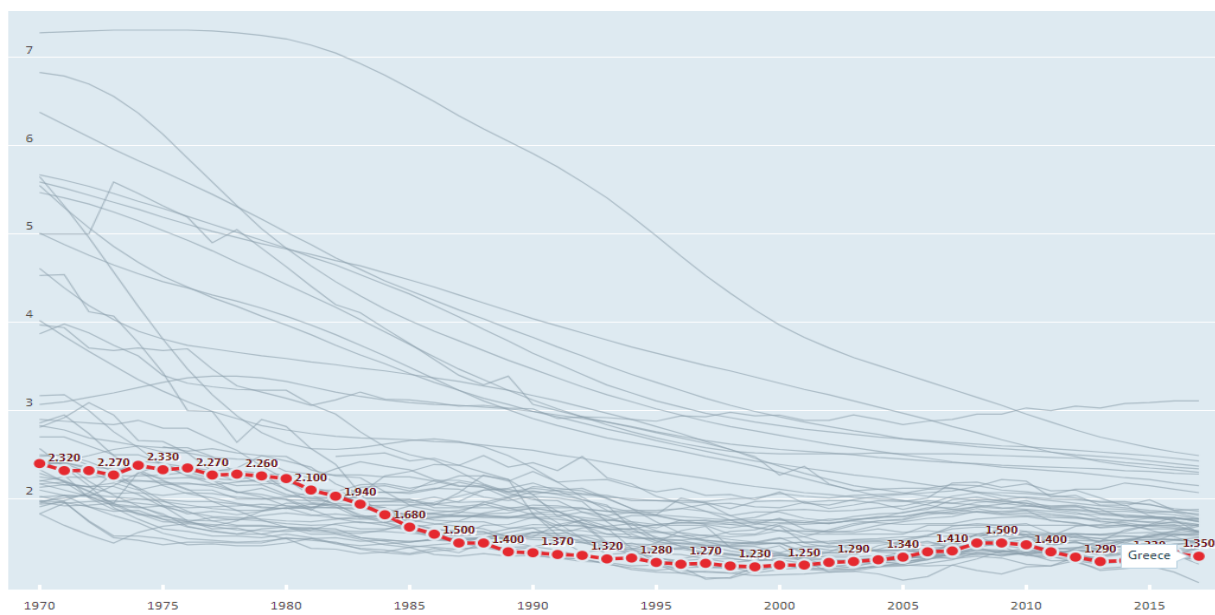
Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι περισσότερο και από τα ανακουφιστικά κίνητρα και από οποιεσδήποτε πολιτικές είναι ανάγκη για την Ελλάδα η δημιουργία μιας κουλτούρας αυξημένης γεννητικότητας (όπως υπήρχε παλαιότερα).

## Το Κοινωνικό-οικονομικό Κλίμα στην Ελλάδα της Κρίσης

Στην Ελλάδα η γεννητικότητα άρχισε να γίνεται υπογεννητικότητα αρκετά απότομα και ξαφνικά. Στο παρακάτω γράφημα (γράφημα 2) μπορούμε να παρατηρήσουμε την σταθερή μείωση των γεννήσεων, που ακολούθησε την αυξημένη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Επιπρόσθετα, βλέπουμε ότι τα έτη 2008-2009 που εκδηλώθηκε η οικονομική κρίση και τα αποτελέσματα της δεν ήταν άμεσα αντιληπτά από τα νοικοκυριά, η γεννητικότητα έδειχνε μια αύξηση και είχε φτάσει τον ρυθμό του 1.5 παιδιού ανά γυναίκα. Ήδη έπειτα, παρατηρείται μια μακροχρόνια μείωση μέχρι το 2017, οπότε οι γεννήσεις φθάνουν μέχρι τον μέσο όρο των 1.35 παιδιών ανά γυναίκα.

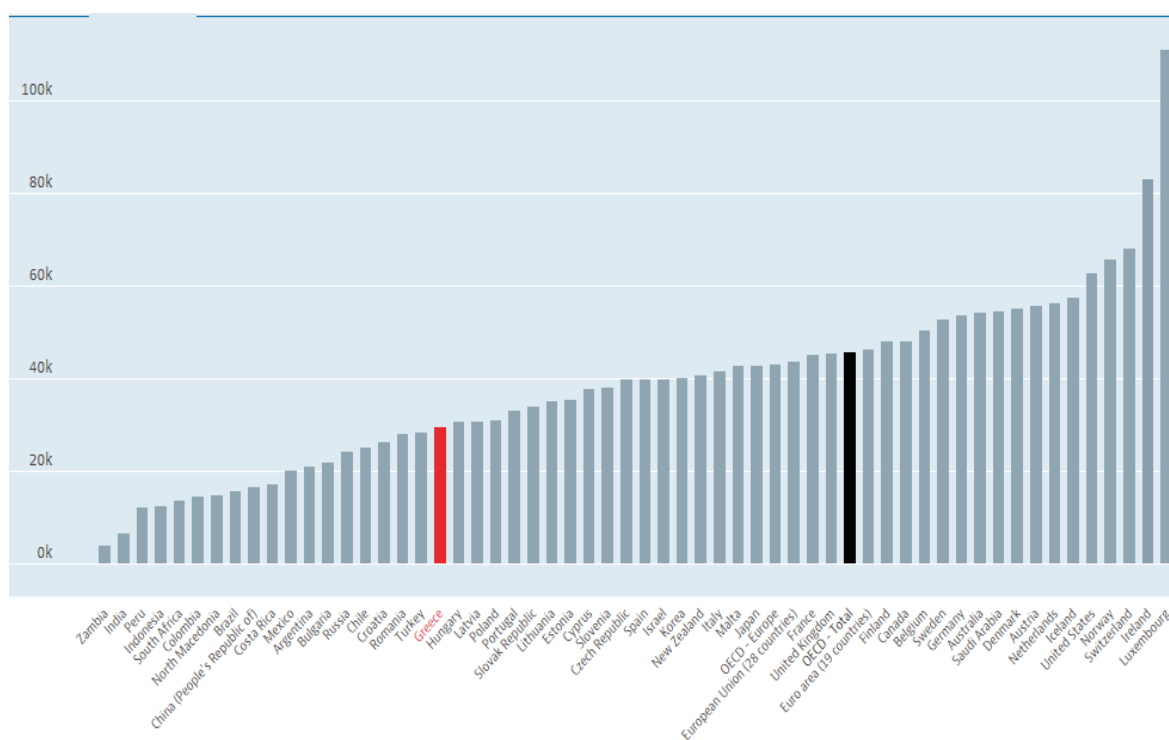
Γράφημα 2: Αριθμός Γεννήσεων ανά Γυναίκα για τα έτη 1970-2017



Πηγή: OECD database, 2019

Στο γράφημα 3 με την κατανομή του κατά κεφαλήν ΑΕΠ (ακαθάριστο εγχώριο προϊόν παρατηρούμε ότι η Ελλάδα ανήκει στην υποομάδα με τις χώρες που έχουν χαμηλό ΑΕΠ. Επιπρόσθετα, η Ελλάδα βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ, με το κατά κεφαλήν εισόδημα να μην ξεπερνάει τα 27,000\$.

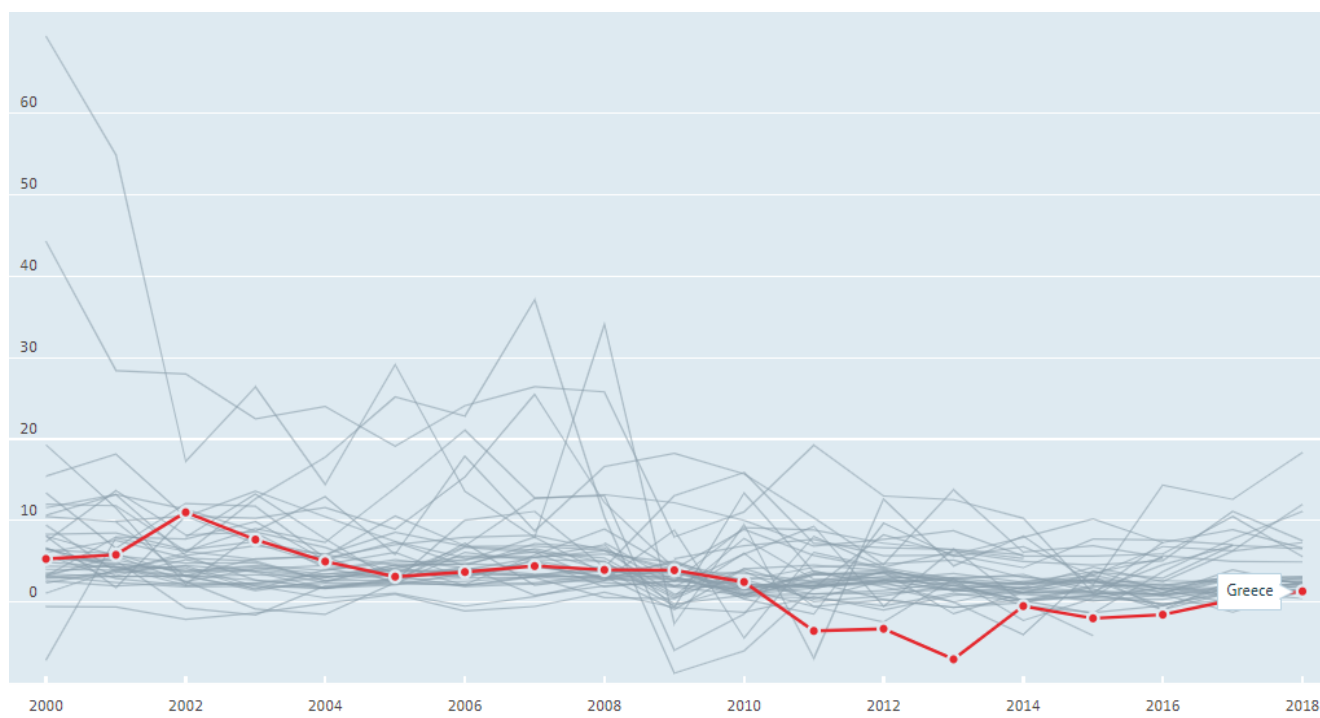
Γράφημα 3: Κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε \$



Πηγή: OECD database, 2019

Στο γράφημα 4, το ύψος του μισθού ανά ώρα εργασίας για την Ελλάδα, εμφανίζεται κοντά στη διάμεσο των χωρών του ΟΟΣΑ για το έτος 2000. Το 2013 παρατηρούμε ότι η Ελλάδα έχει την κατώτερη τιμή ανάμεσα σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ παρουσιάζοντας μεγάλη διαφορά. Το έτος 2018 συνεχίζει να βρίσκεται ανάμεσα στις χώρες με τους χαμηλότερους μισθούς, αναλογικά με τις αυξημένες ώρες που περνάνε οι Έλληνες στην δουλειά τους.

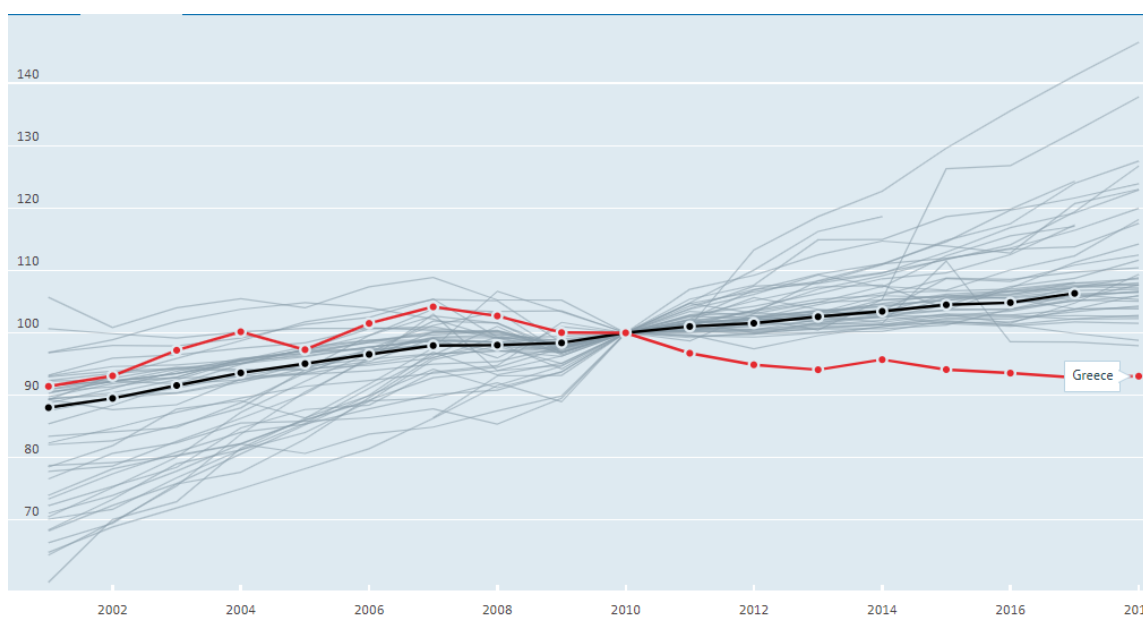
Γράφημα 4: Μισθός ανάλογα με τις ώρες εργασίας για τα έτη 2000-2018



Πηγή: OECD database, 2019

Στο Γράφημα 5, που παρατηρούμε το ΑΕΠ σε σχέση με τις ώρες εργασίας, η Ελλάδα εμφανίζει την χαμηλότερη αναλογία από το έτος 2010 μέχρι και το 2018. Επίσης, η χώρα μας επιδεικνύει αρνητική διακύμανση και απομακρύνεται περισσότερο από την 2<sup>η</sup> χαμηλότερη χώρα του ΟΟΣΑ, την Νότια Αφρική. Συνεπώς η Ελλάδα έχει χαμηλό κατά κεφαλήν ΑΕΠ και οι Έλληνες δουλεύουν εμφανώς περισσότερες ώρες σε σύγκριση με τις υπόλοιπες εικονιζόμενες χώρες.

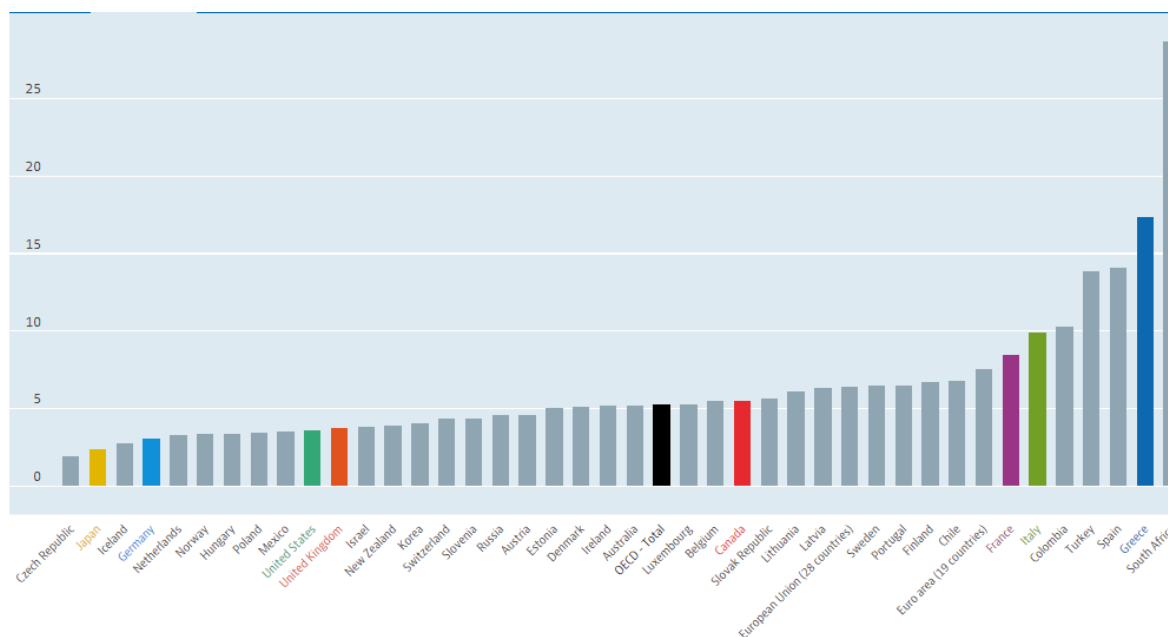
Γράφημα 5: ΑΕΠ ανά ώρα εργασίας για τα έτη 2001-2018



Πηγή: OECD database, 2019

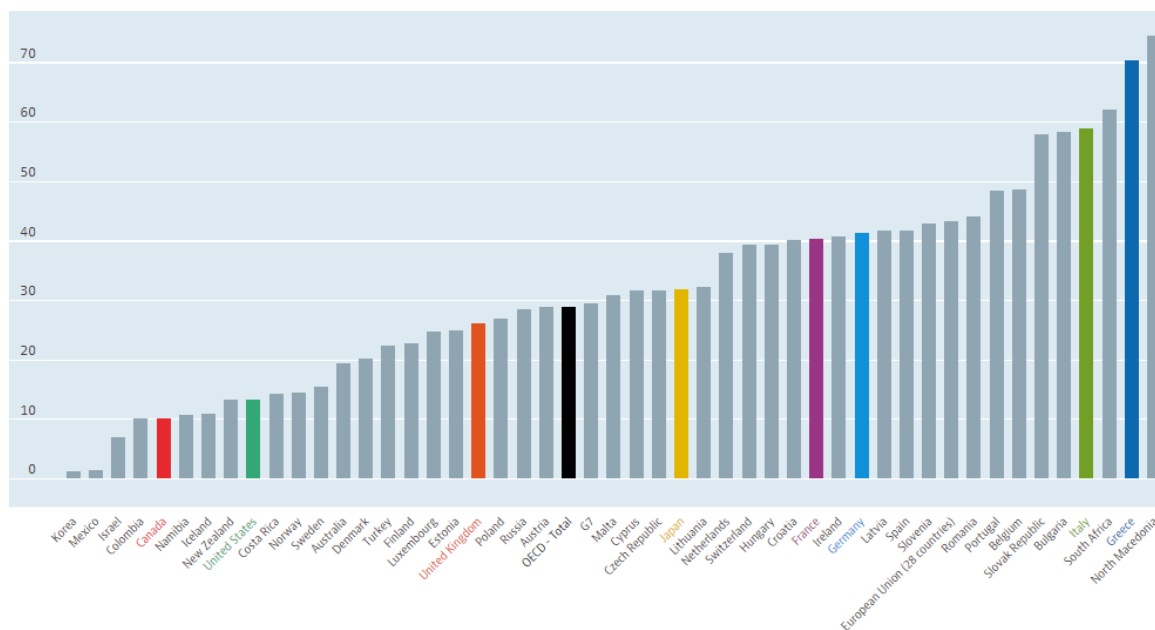


Γράφημα 6: Συνολικό ποσοστό ανεργίας στις χώρες του ΟΟΣΑ



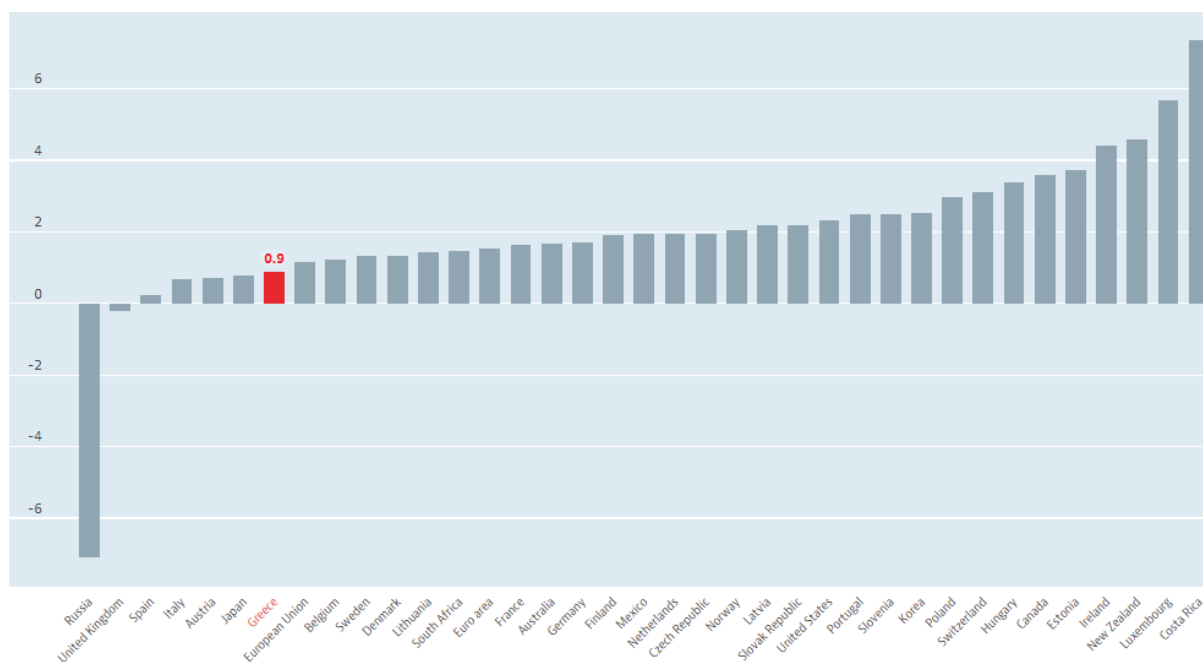
Πηγή: OECD database, 2019

Γράφημα 7: Ποσοστό ανεργίας για πάνω από 12 μήνες για το έτος 2018



Πηγή: OECD database, 2019

Γράφημα 8: Συνολικό εισόδημα ανά νοικοκυριό πλην φόρων



Πηγή: OECD database, 2019

Στην Ελλάδα αναζητά εργασία το 58% του εργατικού δυναμικού. Το ποσοστό ανεργίας στους νέους αγγίζει το 40% και είναι το δεύτερο ψηλότερο ποσοστό στον ΟΟΣΑ, ενώ η συνολική ανεργία είναι η δεύτερη ψηλότερη στον ΟΟΣΑ. Τέλος, η Ελλάδα παρουσιάζει το δεύτερο μεγαλύτερο ρυθμό μακροπρόθεσμης ανεργίας, στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ., ενώ το συνολικό εισόδημα που έχουν τα νοικοκυριά πλην φόρων και εισφορών, είναι εξαιρετικά χαμηλό.

## Δειγματοληψία και Δόμηση Ερωτηματολογίων, 2019

Προκειμένου να διερευνηθούν τα παραπάνω θεωρητικά ευρήματα στο ελληνικό περιβάλλον σχεδιάστηκε μια δειγματοληψία που είχε ως στόχο την διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την γονιμότητα του πληθυσμού, της Ελληνικής επικράτειας.

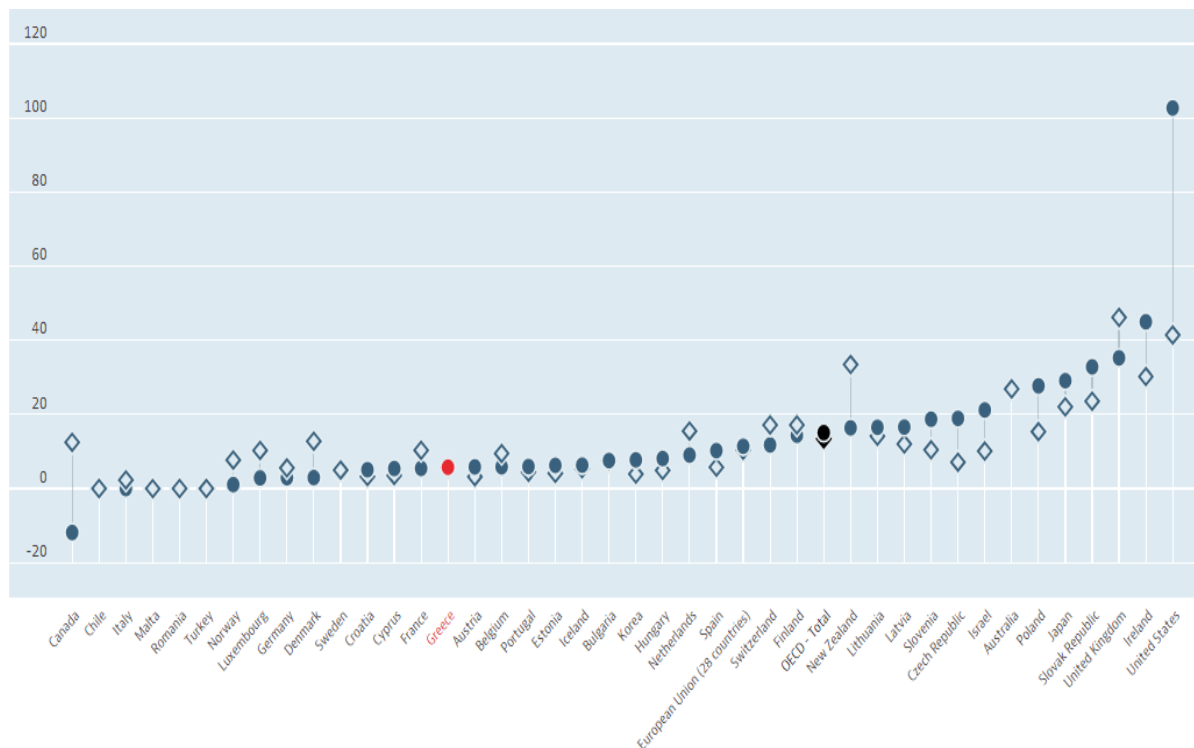
Η διαδικασία της δειγματοληψίας βασίστηκε κατά 80% σε άνδρες και γυναίκες από μη-αστικές περιοχές της χώρας και είναι στην ηλικιακή ομάδα 18-50 ετών, ενώ το 20% του δείγματος ήταν από αστικές περιοχές, για την ίδια ηλικιακή ομάδα. Περαιτέρω, τα μέλη της δειγματοληψίας χωρίζονται σε δύο ομάδες : (α) ηλικίες 18-44 ετών, και (β) ηλικίες 45-50 ετών.

Ο λόγος για αυτήν την διαφοροποίηση βασίζεται στην οικονομική κρίση της περιόδου 2008-2018. Όσοι/όσες ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 45-50 ετών είναι πιθανόν να έχουν δημιουργήσει οικογένεια πριν την περίοδο της κρίσης. Έτσι, οι προτιμήσεις τους πιθανώς να είναι ετερογενείς σε σχέση με τις νεότερες ηλικίες που τώρα βρίσκονται στην ηλικία που σκέφτονται να δημιουργήσουν οικογένεια. Επιπλέον, ένα μέρος του δείγματος, που είναι μικρότερο από 20%, έχει ληφθεί από αστικές περιοχές για να εντοπίσουμε κατά πόσο οι παράγοντες που επηρεάζουν την γεννητικότητα διαφέρουν στις δύο αυτές κατηγορίες.

Για την επιλογή των ερωτήσεων οι ερευνητές βασίστηκαν στις θεωρίες του Becker και του Earlstein, προκειμένου να εντοπίσουν τους λόγους για την μειωμένη γεννητικότητα στην Ελλάδα. Έπειτα, οι ερευνητές εφάρμοσαν την διαδικασία του βιβλιογραφικού ελέγχου, προκειμένου να εντοπίσουν άλλους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την γεννητικότητα.

Ο πρώτος αποτελεί τον παράγοντα της **αβεβαιότητας, στο εργασιακό χώρο**. Όπως προαναφέρθηκε, σε ένα καθεστώς οικονομικής αβεβαιότητας, οι γονείς φοβούνται πως δεν θα μπορούν να καλύψουν το κόστος των οικονομικών απαιτήσεων ενός νέου μέλους στην οικογένεια, έτσι αναβάλλεται η απόφασή τους να γεννήσουν. Το γράφημα 9 δείχνει την σχετική θέση της Ελλάδας στα κόστη ανατροφής παιδιών, σε σχέση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ.

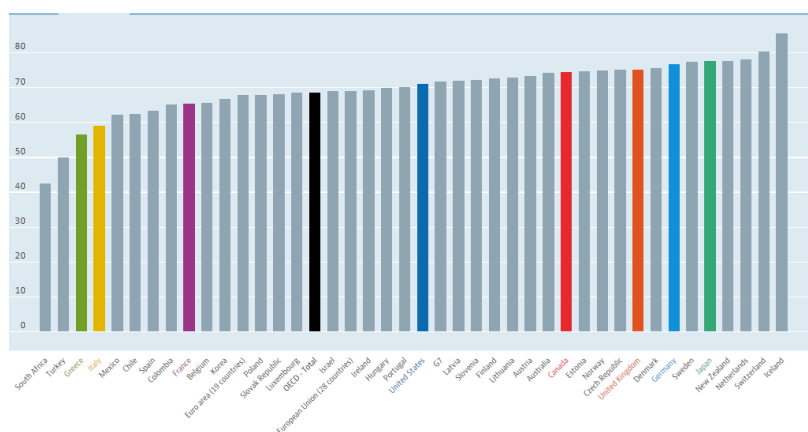
Γράφημα 9: Συνολικό κόστος ανατροφής παιδιών, αφαιρώντας κυβερνητικές πριμοδοτήσεις



Πηγή: OECD database, 2019

Ο δεύτερος παράγοντας έχει τρεις διαστάσεις: **την διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας**, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με την μελέτη της Διανέοσις (2016), οι τρεις παράγοντες που εξετάζονται παρουσιάζουν αρνητική εικόνα στις **μη αστικές περιοχές** (νησιωτικές και ηπειρωτικές). Έτσι, οι ερευνητές στοχεύουν να παρατηρήσουν αν κάποια μέτρα που θα βελτίωναν την ποιότητα και την παροχή υπηρεσιών στις παραπάνω περιοχές θα βελτίωνε την πιθανότητα ένα ζευγάρι να τεκνοποιήσει. Είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί αν θα υπάρχει διαφορά μεταξύ των ζευγαριών που ζουν σε αστικές και μη-αστικές περιοχές για αυτήν την υποκατηγορία. Επίσης παρατηρούμε ότι το κόστος κύησης, σε σύγκριση με τους άλλους δείκτες που παρουσιάστηκαν είναι υψηλό, καθώς η Ελλάδα είναι κοντά στη διάμεσο για το κόστος ανατροφής παιδιών και ανάμεσα στις χώρες με τους χαμηλότερους οικονομικούς δείκτες και άλλους δείκτες που αφορούν την αγορά εργασίας (βλ. γραφήματα 10 και 11).

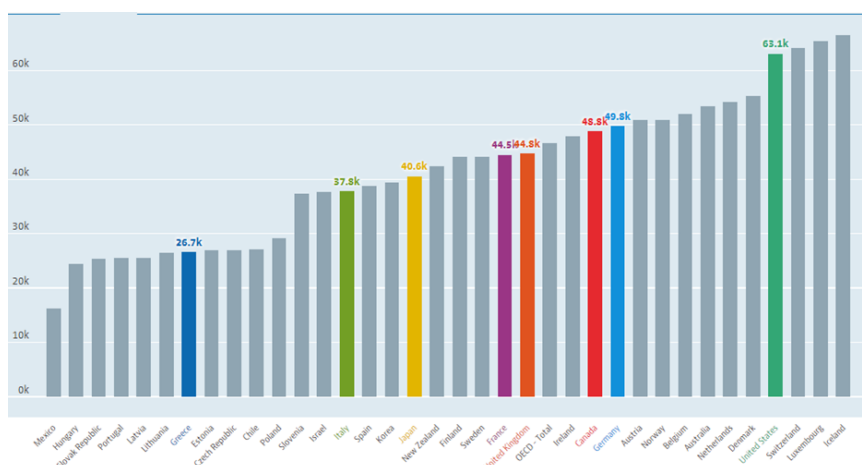
Γράφημα 10: Συνολικό ποσοστό του πληθυσμού που εργάζεται στις χώρες του ΟΟΣΑ το δεύτερο τρίμηνο του 2019



Πηγή: OECD database, 2019

Ο τρίτος και κυριότερος παράγοντας είναι ο οικονομικός, αφενός μεν λόγω της οικονομικής κρίσης, αφετέρου δε λόγω της μεγάλης σημασίας που παίζει το οικογενειακό εισόδημα κατά τη διάρκεια της ζωής ενός παιδιού όπως και ο παράγοντας του διαθέσιμου χρόνου ο οποίος αποτελεί έναν περιορισμό κυρίως στα πρώτα χρόνια ζωής των τέκνων. Συνεπώς, η επίπτωση του εισοδήματος έχει έναν πιο μακροχρόνιο ορίζοντα. Επιπρόσθετα, η οικονομική κρίση που έχει επιδράσει αρνητικά την γεννητικότητα επηρεάζει άμεσα το εισόδημα των νοικοκυριών και έμμεσα τον χρόνο εργασίας, καθώς παρατηρούμε από τα ευρωπαϊκά δεδομένα ότι οι Έλληνες είναι ανάμεσα στους λαούς που δουλεύουν τις περισσότερες ώρες ανά εβδομάδα, ενώ παράλληλα 4 στους 10 Έλληνες που ανήκουν στον εργασιακά ενεργό πληθυσμό δεν εργάζονται.

Γράφημα 11: Μέσος Ετήσιος Μισθός στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2018



Πηγή: OECD database, 2019

## Διενέργεια Δειγματοληψίας, 2019

Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε την περίοδο Ιανουαρίου-Μαρτίου 2019 σε δείγμα 121 ενήλικων ατόμων προερχόμενα από το αρχείο της αστικής μη κερδοσκοπικής οργάνωσης HOPEgenesis, το οποίο αποτελούνταν από ζευγάρια τα οποία συμμετείχαν σε προγράμματα επιδότησης της διαδικασίας γεννήσεως τέκνου ή ζευγάρια που ενδιαφέρονται για να ενταχθούν μελλοντικά στα εν λόγω προγράμματα και προέρχονται από περιοχές ακριτικές νησιωτικές και ηπειρωτικές. Η επιλογή των ερωτώμενων έγινε με την χρήση του δείγματος ευκολίας (convenience sampling), μιας μη-πιθανοτικής (non – probability) και μη τυχαιοποιημένης δειγματοληψίας, όπου τα μέλη του πληθυσμού πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια για τους σκοπούς της μελέτης, όπως η εύκολη ή μη πρόσβαση, η γεωγραφική εγγύτητα, η διαθεσιμότητα τους κατά την δεδομένη χρονική στιγμή και η προθυμία συμμετοχής (Dörnyei, 2007). Αρχικά η δειγματοληπτική διαδικασία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 20 ατόμων προκειμένου να ελεγχθεί ο βαθμός κατανόησης, να εντοπιστούν λάθη, παραλήψεις και τυχόν ασάφειες ως προς την διατύπωση των ερωτήσεων και τελικά να βελτιωθεί η δομή του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε αποτελείται από τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων αναφορικά α) με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, β) την επίδραση ορισμένων παραγόντων στην διαδικασία απόκτησης τέκνου, γ) καθώς και στον χρονικό ορίζοντα για την απόκτηση του τέκνου. Για το σύνολο των παραπάνω κατηγοριών έγινε χρήση της κλίμακας Likert για την διατύπωση του βαθμού συμφωνίας/διαφωνίας και την ιεράρχηση των παραγόντων. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν δημογραφικές ερωτήσεις σχετικές με την ηλικία, τον τόπο διαμονής, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το οικογενειακό εισόδημα. Οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια αναλύθηκαν με βάση τον τόπο διαμονής, καθώς και το οικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος.

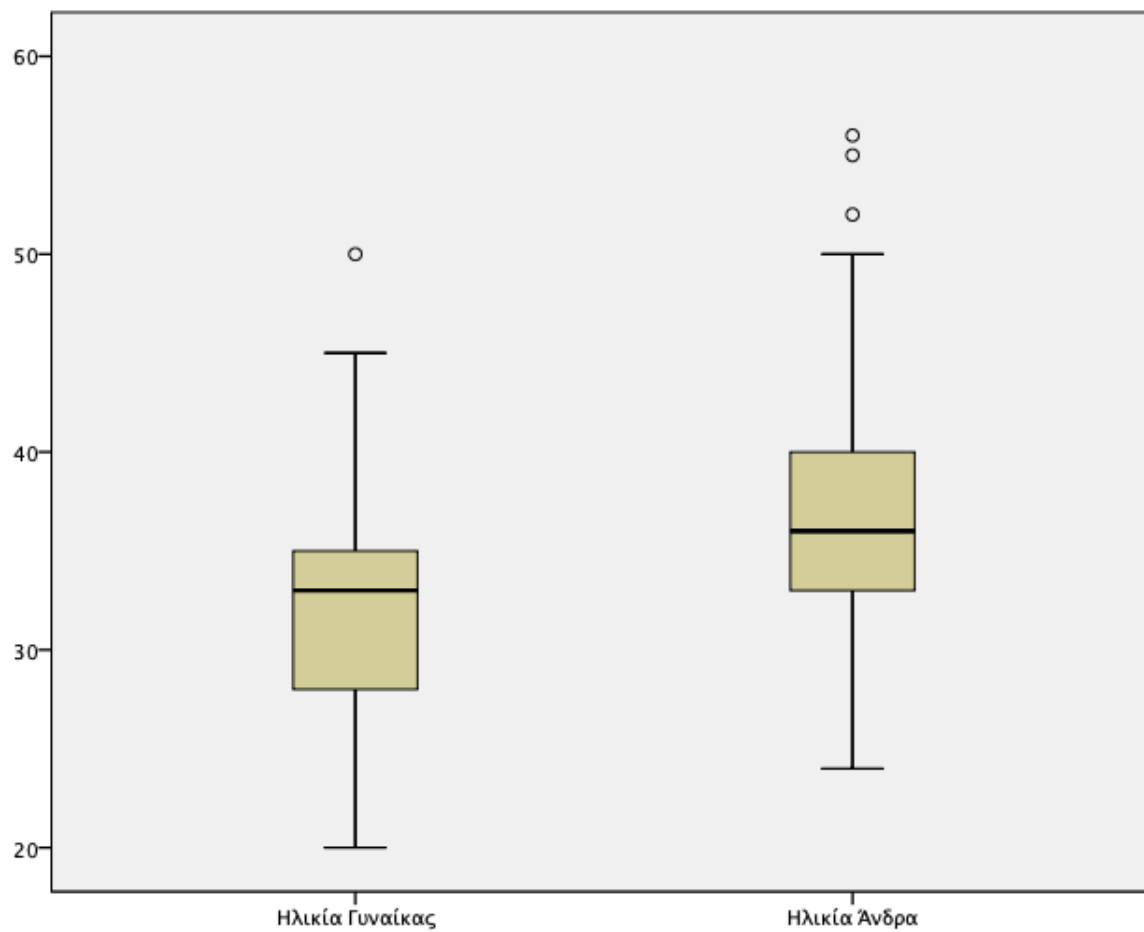
## Ανάλυση Δεδομένων

### Περιγραφική ανάλυση

Βασικός σκοπός της περιγραφικής ανάλυσης των δεδομένων είναι η παρουσίαση των βασικών μεγεθών του δείγματος όπως και οι τάσεις που καταγράφονται. Μέσω της διαδικασίας κατασκευής του ερωτηματολογίου έγινε προσπάθεια να συλλεχθεί όσο κατά το δυνατόν περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με τις προτιμήσεις των ερωτώμενων απέναντι στα προβλήματα και τις προοπτικές τεκνοποίησης ώστε να καταστεί δυνατή η κατασκευή του προφίλ του «μέσου» ερωτώμενου. Η παράθεση των αποτελεσμάτων της περιγραφικής ανάλυσης ξεκινάει με τη διερεύνηση των γενικών χαρακτηριστικών του δείγματος, δηλαδή των δημογραφικών χαρακτηριστικών που έχουν συλλεχθεί, δηλαδή των μεταβλητών εκείνων που θα δώσουν πληροφορίες σχετικά με τα εξής χαρακτηριστικά των ερωτώμενων: (α) ηλικία, (β) τόπος διαμονής, (γ) εκπαιδευτικό επίπεδο, (δ) επαγγελματική δραστηριότητα, και (ε) οικογενειακό εισόδημα.

Μετά την παρουσίαση των δημογραφικών μεγεθών του δείγματος όπως παρουσιάζονται παραπάνω θα ακολουθήσει η διαγραμματική απεικόνιση των βασικών περιγραφικών μέτρων του δείγματος. Το πρώτο δημογραφικό χαρακτηριστικό που εξετάστηκε είναι η ηλικιακή κατανομή του δείγματος. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν την ηλικία τους αλλά και την ηλικία του συντρόφου τους. Σύμφωνα με το γράφημα 12, η ηλικία των γυναικών βρίσκεται σε ένα εύρος τιμών από 20 έτη μέχρι και 50 έτη με την μέση ηλικία να είναι τα 32 έτη, ενώ για τους άνδρες το ηλικιακό εύρος είναι ελαφρώς αυξημένο με τις τιμές να βρίσκονται στο κλειστό διάστημα από 24 έτη μέχρι και 54 έτη με την μέση ηλικία να διαμορφώνεται στα 36 έτη.

Γράφημα 12: Ηλικία

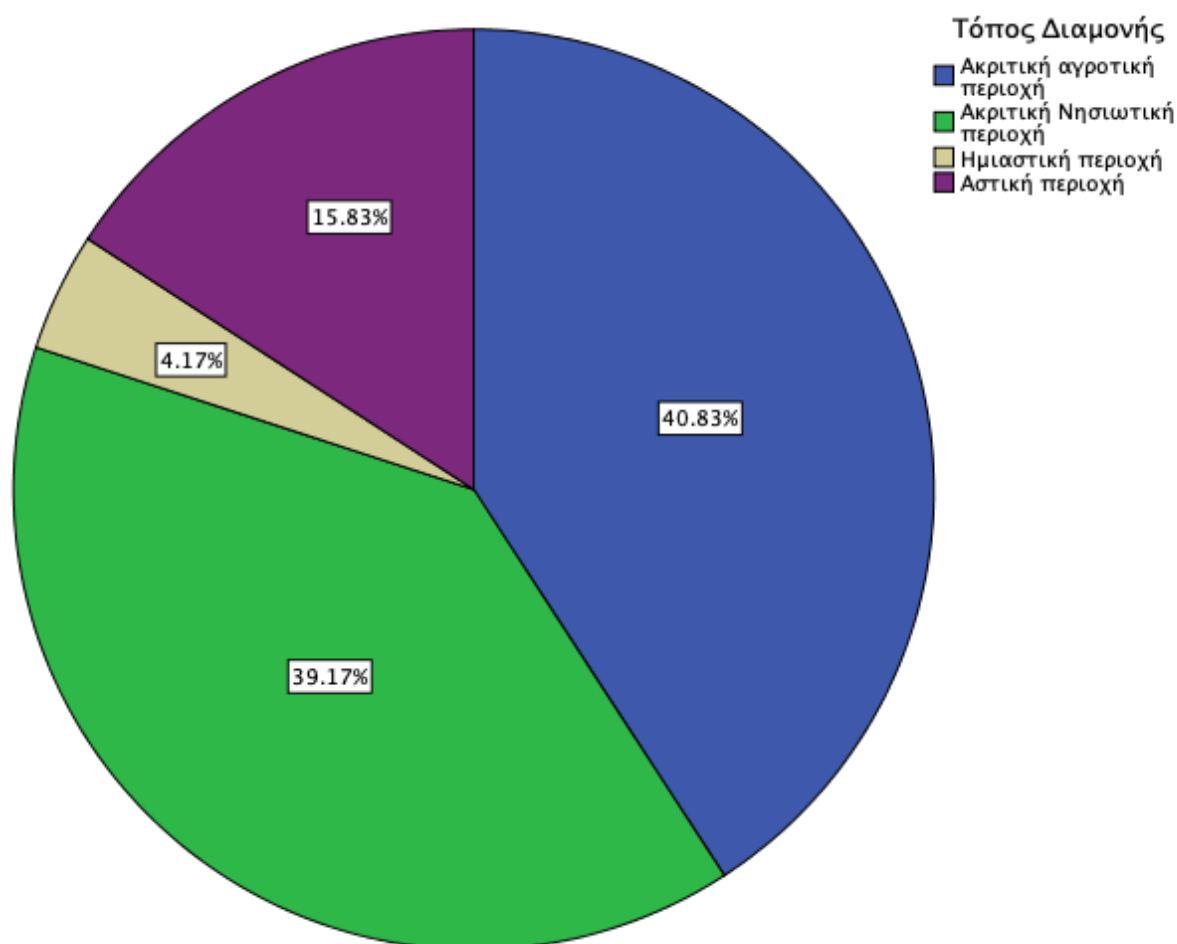


© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019



Το επόμενο δημογραφικό στοιχείο που κλήθηκαν να απαντήσουν οι ερωτώμενοι είναι ο τόπος μόνιμης διαμονής τους επιλέγοντας ανάμεσα σε τέσσερις δυνατές επιλογές, ακριτική ηπειρωτική περιοχή, αστική περιοχή, ακριτική νησιωτική περιοχή και ημιαστική περιοχή.

Γράφημα 13: Τόπος διαμονής



© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων προέρχεται από ακριτική ηπειρωτική περιοχή, σε ποσοστό 40.83%, ακολουθούν οι κάτοικοι νησιωτικών περιοχών με ποσοστό 39.17% ενώ στην τρίτη θέση βρίσκονται οι κάτοικοι αστικών περιοχών. Την τελευταία θέση με ποσοστό 4.2% καταλαμβάνουν οι κάτοικοι από τις ημιαστικές περιοχές.

Σε συνέχεια της μελέτης της σύνθεσης του δείγματος με βάση τον τόπο διαμονής, εξετάστηκε το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτώμενων. Πιο συγκεκριμένα, περίπου οι μισοί άνδρες είναι απόφοιτοι λυκείου (54.5%) ενώ το ποσοστό των αποφοίτων Γυμνασίου και των κατόχων τίτλων πανεπιστημιακής εκπαίδευσης συγκλίνουν (21.8% και 19.1% αντίστοιχα). Μόλις το

2.7% δήλωσαν πως είναι απόφοιτοι δημοτικής εκπαίδευσης και το 1.8% δήλωσαν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου. Ωστόσο στις γυναίκες μπορεί να παρατηρηθεί μια διαφορά στην κατανομή με το μεγαλύτερο ποσοστό να είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου (41.7%) και να ακολουθούν οι απόφοιτοι λυκείου με ποσοστό 38.3%. Στην τρίτη θέση βρίσκονται με ποσοστό 8.7% οι απόφοιτοι γυμνασίου ενώ ακολουθούν οι γυναίκες που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (7.8%) και οι απόφοιτοι δημοτικής εκπαίδευσης με ποσοστό 3.5%.

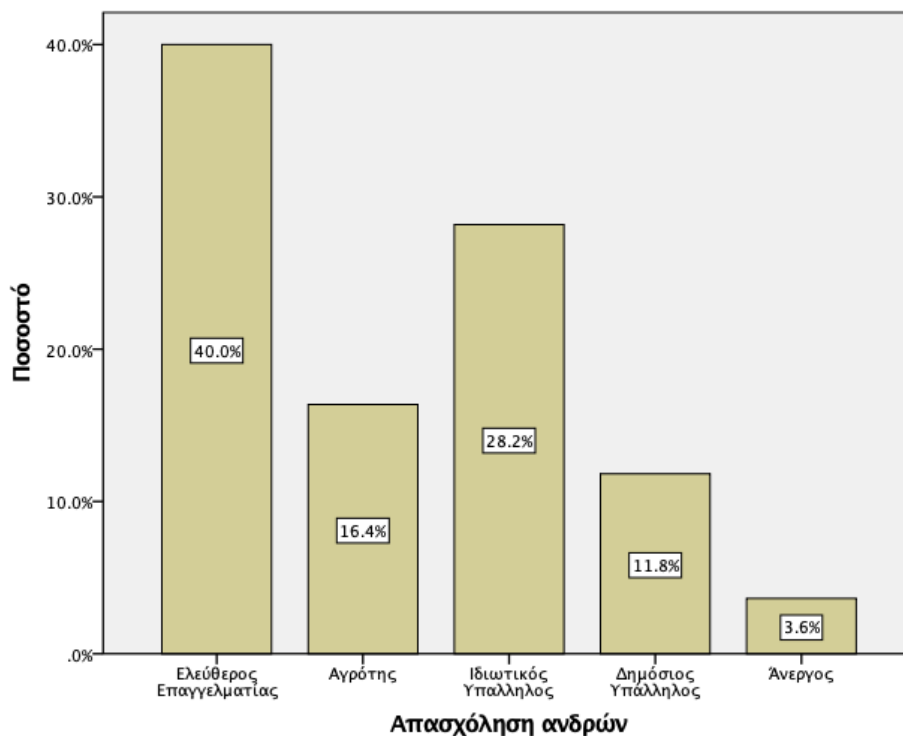
Πίνακας 1: Εκπαιδευτικό Επίπεδο

<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο</i>	<i>Άνδρας</i>	<i>Γυναίκα</i>
	Συχνότητα (ποσοστό)	Συχνότητα (ποσοστό)
<i>Δημοτικό</i>	3 (2.7%)	4 (3.5%)
<i>Γυμνάσιο</i>	24 (21.8%)	10 (8.7%)
<i>Λύκειο</i>	60 (54.5%)	44 (38.3%)
<i>Πανεπιστήμιο</i>	21 (19.1%)	48 (41.7%)
<i>Μεταπτυχιακό</i>	2 (1.8%)	9 (7.8%)
<i>Σύνολο</i>	110 (100%)	115 (100%)

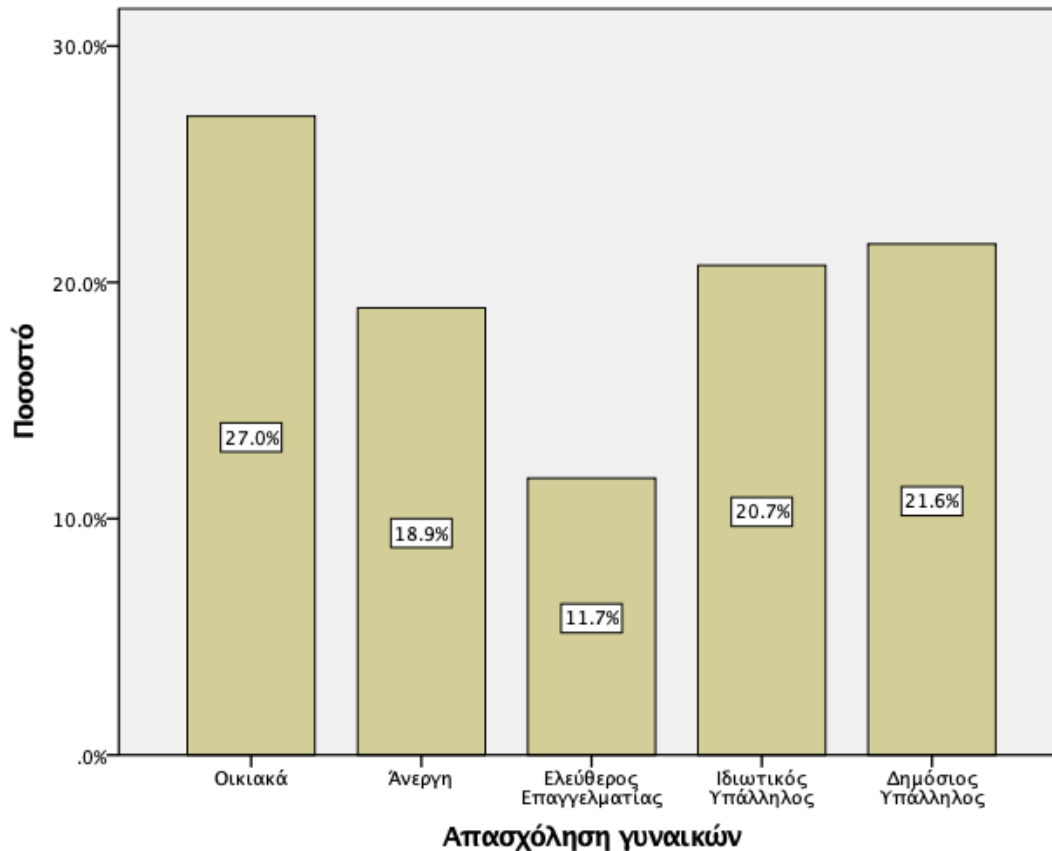
© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Το επόμενο στοιχείο που εξετάστηκε σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος είναι η εργασιακή τους κατάσταση. Το 40% των ανδρών είναι ελεύθεροι επαγγελματίες ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις γυναίκες είναι μόλις 11.7%, το 28.2% απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα και το 11.8% στον δημόσιο, με τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες να διαμορφώνονται σε 20.7% και 21.6%. Σε ότι αφορά το ποσοστό των ανέργων, για τους άνδρες ανέρχεται σε 3.6% ενώ για τις γυναίκες σε 18.9%. Τέλος, το 16.4% των ερωτηθέντων δήλωσε πως ασχολείται με τον αγροτικό τομέα και το 27% των γυναικών με τα οικιακά.

Γράφημα 14: Επαγγελματική δραστηριότητα



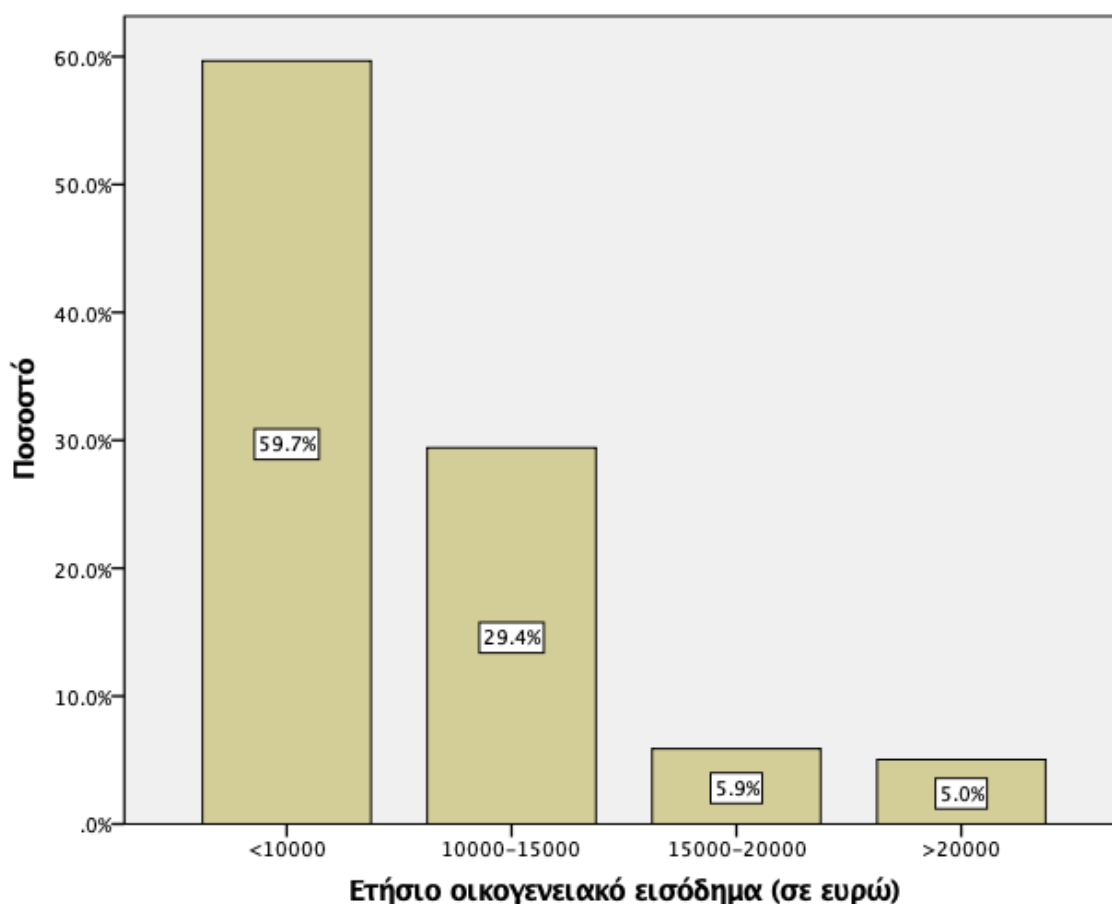
© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019



© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Το τελευταίο δημογραφικό στοιχείο που συλλέχθηκε αφορά το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των ερωτηθέντων. Σύμφωνα με το γράφημα 15, έξι στους δέκα δήλωσαν πως το οικογενειακό τους εισόδημα δεν υπερβαίνει τις 10.000 ευρώ ετησίως, το 29.4% δήλωσε εισοδήματα από 10.000 ευρώ μέχρι 15.000 ευρώ ενώ το 5.9% των ερωτηθέντων έχουν ετήσιο εισόδημα από 15.000 ευρώ μέχρι 20.000 ευρώ. Τέλος, το 5% του δείγματος συγκεντρώνει άνω των 20.000 ευρώ σε ετήσια βάση.

Γράφημα 15: Οικογενειακό εισόδημα



© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η στάση των ερωτηθέντων σε σχέση με τους παράγοντες που επηρεάζουν ένα ζευγάρι στην διαδικασία απόκτησης τέκνου (πίνακας 2). Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης το δείγμα κλήθηκε να αξιολογήσει τους παρακάτω παράγοντες από τον πιο σημαντικό έως τον λιγότερο σημαντικό: (α) ενδεχόμενα προβλήματα λόγω των εργασιακών

σχέσεων, (β) δύσκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, και (γ) απαγορευτικό συνολικό οικονομικό κόστος γέννησης τέκνου.

Ο πρώτος παράγοντας, «τα προβλήματα λόγω των εργασιακών σχέσεων» κρίθηκε από το 20.7% ως πολύ σημαντικός στην διαδικασία απόκτησης τέκνου, το 33.8% έκρινε πως είναι μέτριας σημαντικότητας ενώ το υπολειπόμενο 45.5% δήλωσε πως δεν είναι καθόλου σημαντικό. Ο δεύτερος παράγοντας, «η δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας», αξιολογήθηκε ως πολύ σημαντικός από το 27.2% του δείγματος ενώ το υπόλοιπο 72.8% μοιράστηκε εξίσου μεταξύ των επιλογών «μέτρια σημαντικότητα» και «καθόλου σημαντικό». Το απαγορευτικά υψηλό συνολικό οικονομικό κόστος της γέννησης αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα για πάνω από τους μισούς ερωτώμενους (52.9%) ενώ ένας στους τρεις περίπου (29.8%) το θεωρεί μέτριας σημαντικότητας και μόλις το 17.3% θεωρεί πως δεν είναι καθόλου σημαντικός παράγοντας.

Πίνακας 2: Παράγοντες που επηρεάζουν ένα ζευγάρι στην διαδικασία απόκτησης τέκνου

<i>Παράγοντες</i>	<i>Πολύ σημαντικό</i>	<i>Μέτρια σημαντικό</i>	<i>Καθόλου σημαντικό</i>
<i>Προβλήματα λόγω των εργασιακών σχέσεων</i>	25 (20.7%)	41 (33.8%)	<b>55 (45.5%)</b>
<i>Δύσκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας</i>	33 (27.2%)	<b>44 (36.4%)</b>	<b>44 (36.4%)</b>
<i>Απαγορευτικό συνολικό οικονομικό κόστος γέννησης τέκνου</i>	<b>64 (52.9%)</b>	36 (29.8%)	21 (17.3%)

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Η κατανομή των απαντήσεων στο παραπάνω ερώτημα θα αξιολογηθεί στην συνέχεια με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων ώστε να διαπιστωθεί εάν το οικογενειακό εισόδημα ή ο τύπος διαμονής επιδρούν στην αξιολόγηση της σημαντικότητας των προαναφερθέντων παραγόντων. Αρχικά, θα εξεταστεί η κατανομή των απαντήσεων ελέγχοντας τον **τόπο διαμονής του δείγματος**.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η αξιολόγηση των τριών παραγόντων με βάση τον τόπο διαμονής του ερωτώμενου. Μπορεί να παρατηρηθεί πως υπάρχει μεγάλη διακύμανση στις απαντήσεις με βάση τον τόπο διαμονής καθώς τα ποσοστά ποικίλουν για ορισμένους παράγοντες ενώ για άλλους παρατηρείται μια σταθερότητα. Για παράδειγμα, από τα άτομα που αξιολόγησαν τα

προβλήματα των εργασιακών σχέσεων ως πολύ σημαντικά το 33.3% προέρχεται από ακριτική ηπειρωτική περιοχή, το 29.2% από ακριτική νησιωτική και το 33.3% από αστική ενώ η ίδια τάση καταγράφεται και στην περίπτωση του δεύτερου παράγοντα αξιολόγησης. Αντίθετα, εξετάζοντας το οικονομικό κόστος παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις στις απαντήσεις με το 80% του δείγματος που δήλωσε πως είναι πολύ σημαντικός παράγοντας να προέρχεται από ακριτικές νησιωτικές και ακριτικές ηπειρωτικές περιοχές. Συνολικά παρατηρείτε πως οι ακριτικές ηπειρωτικές και οι ακριτικές νησιωτικές περιοχές εμφανίζουν παρόμοια συμπεριφορά στις απαντήσεις τους, στοιχείο που θα αξιοποιηθεί για την περαιτέρω ανάλυση (ειδικά όταν αφορά τα σχετικά με την εγκυμοσύνη κόστη).

Πίνακας 3: Παράγοντες που επηρεάζουν ένα ζευγάρι στην διαδικασία απόκτησης τέκνου ανά τόπο διαμονής

		Τόπος Διαμονής							
		Ακριτική ηπειρωτική		Ακριτική νησιωτική		Ημιαστική		Αστική	
Προβλήματα εργασιακών σχέσεων	Πολύ σημαντικό	8	33.3%	7	29.2%	1	4.2%	8	33.3%
	Μέτριας σημαντικότητας	18	45.0%	14	35.0%	2	5.0%	6	15.0%
	Καθόλου σημαντικό	22	40.0%	26	47.3%	2	3.6%	5	9.1%
Δύσκολη πρόσβαση υπηρεσίες υγείας	Πολύ σημαντικό	15	46.9%	14	43.8%	2	6.3%	1	3.1%
	Μέτριας σημαντικότητας	17	38.6%	19	43.2%	1	2.3%	7	15.9%
	Καθόλου σημαντικό	16	37.2%	14	32.6%	2	4.7%	11	25.6%
Οικονομικό κόστος	Πολύ σημαντικό	25	40.3%	26	41.9%	2	3.2%	9	14.5%
	Μέτριας σημαντικότητας	15	41.7%	14	38.9%	2	5.6%	5	13.9%
	Καθόλου σημαντικό	8	38.1%	7	33.3%	1	4.8%	5	23.8%

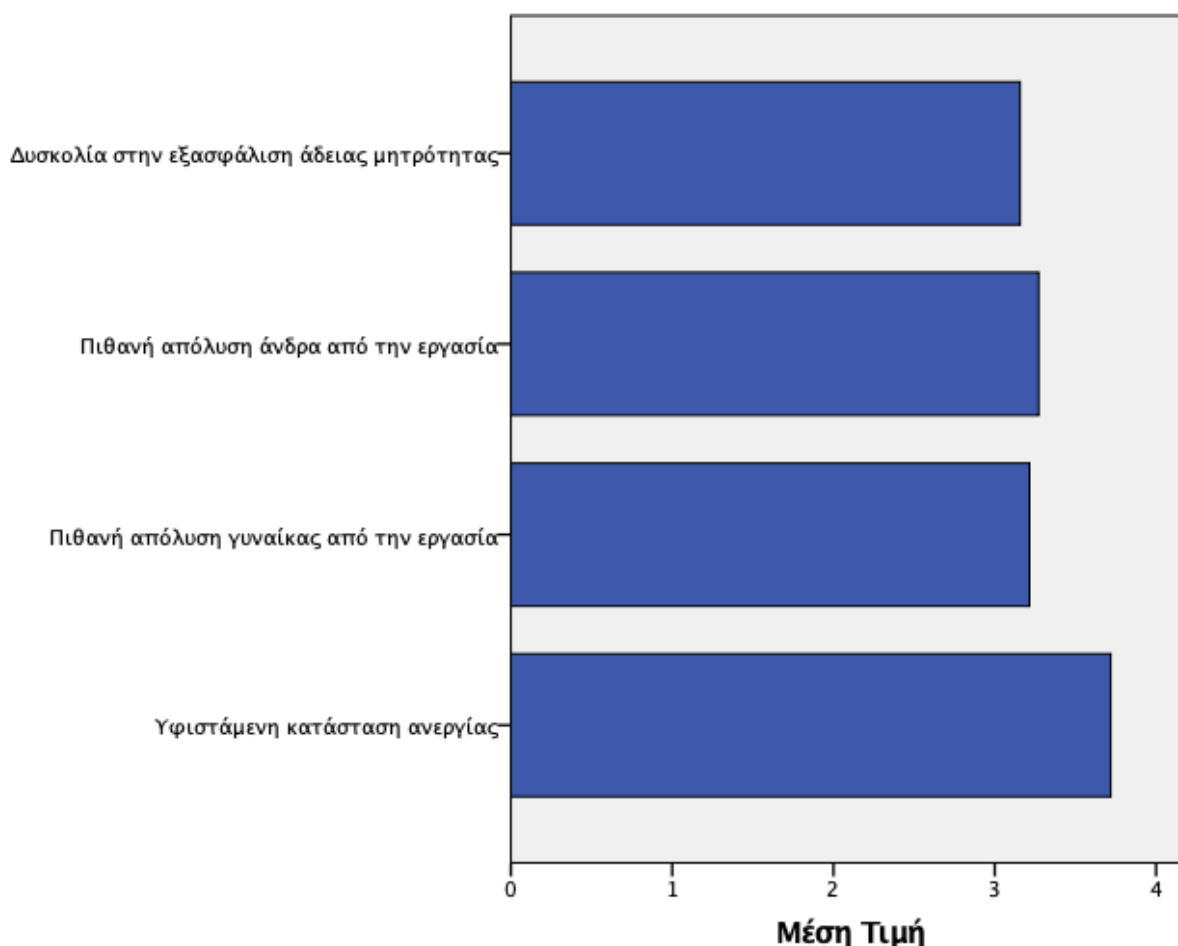
Το επόμενο στοιχείο που θα εξεταστεί είναι η κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το οικογενειακό εισόδημα του δείγματος. Εξετάζοντας τον πίνακα 4 φαίνεται πως τα άτομα με χαμηλό εισόδημα (<10000) αξιολογούν το κόστος γέννησης ως το πιο σημαντικό με πολύ μεγάλη διαφορά, 38 άτομα σε σύνολο 71 έναντι 19 που δήλωσαν πως είναι μέτριας σημαντικότητας και 14 που δήλωσαν πως είναι χαμηλής σημαντικότητας. Η ίδια συμπεριφορά καταγράφεται και στην επόμενη εισοδηματική ομάδα με τους περισσότερους ερωτώμενους να δηλώνουν πως το οικονομικό κόστος είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας (18 σε σύνολο 34 ατόμων) ενώ αποτελούν το 29% των ερωτηθέντων που αξιολόγησαν το οικονομικό κόστος ως πολύ σημαντικό παράγοντα. Θα πρέπει να σημειωθεί πως η επόμενη ομάδα, άτομα με οικογενειακό εισόδημα από 15000 μέχρι 20000, συγκεντρώνουν τις περισσότερες αξιολογήσεις ως πολύ σημαντικό παράγοντα.

Πίνακας 4: Παράγοντες που επηρεάζουν ένα ζευγάρι στην διαδικασία απόκτησης τέκνου ανά οικογενειακό εισόδημα

		Οικογενειακό εισόδημα							
		<10000		10000-15000		15000-20000		>20000	
<i>Προβλήματα εργασιακών σχέσεων</i>	<i>Πολύ σημαντικό</i>	14	56.0%	7	28.0%	4	16.0%	0	0.0%
	<i>Μέτριας σημαντικότητας</i>	24	63.2%	11	28.9%	2	5.3%	1	2.6%
	<i>Καθόλου σημαντικό</i>	33	60.0%	16	29.1%	1	1.8%	5	9.1%
<i>Δύσκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας</i>	<i>Πολύ σημαντικό</i>	20	62.5%	9	28.1%	1	3.1%	2	6.3%
	<i>Μέτριας σημαντικότητας</i>	29	65.9%	9	20.5%	3	6.8%	3	6.8%
	<i>Καθόλου σημαντικό</i>	22	52.4%	16	38.1%	3	7.1%	1	2.4%
<i>Οικονομικό κόστος</i>	<i>Πολύ σημαντικό</i>	38	61.3%	18	29.0%	2	3.2%	4	6.5%
	<i>Μέτριας σημαντικότητας</i>	19	52.8%	13	36.1%	2	5.6%	2	5.6%
	<i>Καθόλου σημαντικό</i>	14	70.0%	3	15.0%	3	15.0%	0	0.0%

Έχοντας παρουσιάσει την γενική στάση του δείγματος σε σχέση με την ιεράρχηση των παραγόντων που επιδρούν στην απόκτηση παιδιού, στο σύνολο αλλά και κατά οικογενειακό εισόδημα και τόπο διαμονής, η ανάλυση συνεχίζει εστιάζοντας σε ειδικούς παράγοντες που αποτελούν τις παραπάνω τρεις διαστάσεις. Για κάθε διάσταση (προβλήματα εργασιακών σχέσεων, δύσκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, οικονομικό κόστος) το δείγμα κλήθηκε να αξιολογήσει με μια πεντάβαθμη κλίμακα την σημαντικότητα του κάθε παράγοντα που επιδρά στην διαδικασία απόκτησης τέκνου. Ειδικότερα, για την πρώτη διάσταση το δείγμα αξιολόγησε ως μέτριας σημαντικότητας τους παράγοντες «δυσκολία στην εξασφάλιση άδειας μητρότητας», «πιθανή απόλυση από την εργασία» ενώ ως πολύ σημαντική χαρακτήρισε την υφιστάμενη κατάσταση της ανεργίας.

Γράφημα 16: Διαστάσεις του παράγοντα “προβλήματα εργασιακών σχέσεων”





Για την δυσκολία στην εξασφάλιση άδειας μητρότητας ένας στους τρεις (33.1%) ερωτώμενους δήλωσε πως είναι μηδενικής ή λίγης σημαντικότητας σε ποσοστά 20.7% και 12.4% αντίστοιχα. Το 23.1% θεώρησε πως είναι μέτριας σημαντικότητας ενώ το συνολικό ποσοστό των ερωτηθέντων που θεωρεί ότι είναι πολύ ή εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας ανέρχεται σε 43,8%.

Πίνακας 5: Δυσκολία στην εξασφάλιση άδειας μητρότητας

<i>Παράγοντες</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό ποσοστό</i>
<i>Καθόλου σημαντικό</i>	25	20.7	20.7
<i>Λίγο σημαντικό</i>	15	12.4	33.1
<i>Μέτρια σημαντικό</i>	28	23.1	56.2
<i>Πολύ σημαντικό</i>	22	18.2	74.4
<i>Εξαιρετικά σημαντικό</i>	31	25.6	100
<i>Σύνολο</i>	121	100	

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Αναφορικά με την πιθανότητα απόλυσης από την θέση εργασίας για κάθε φύλο, στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις του δείγματος. Το 51% του δείγματος θεωρεί την πιθανότητα απόλυσης του άνδρα ως πολύ ή εξαιρετικά σημαντικό παράγοντα, με το αντίστοιχο ποσοστό για τις γυναίκες να διαμορφώνεται σε 48.8%.

Πίνακας 6: Πιθανότητα απόλυσης από τη θέση εργασίας

<i>Παράγοντες</i>	<i>Άνδρες</i>		<i>Γυναίκες</i>	
	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
<i>Καθόλου σημαντικό</i>	34	28.1	25	20.7
<i>Λίγο σημαντικό</i>	9	7.4	13	10.7
<i>Μέτρια σημαντικό</i>	15	12.4	24	19.8
<i>Πολύ σημαντικό</i>	16	13.2	29	24.0
<i>Εξαιρετικά σημαντικό</i>	47	38.8	30	24.8
<i>Σύνολο</i>	121	100	121	100

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Το τελευταίο στοιχείο σε σχέση με τα προβλήματα στις εργασιακές σχέσεις που ζητήθηκε να αξιολογηθεί είναι η υφιστάμενη κατάσταση της ανεργίας. Το 40.5% δήλωσε πως είναι εξαιρετικά σημαντικό στοιχείο και το 21.5% το χαρακτήρισε ως πολύ σημαντικό διαμορφώνοντας το συνολικό ποσοστό του δείγματος που δείχνει μεγάλο βαθμό συμφωνίας σε 62%.

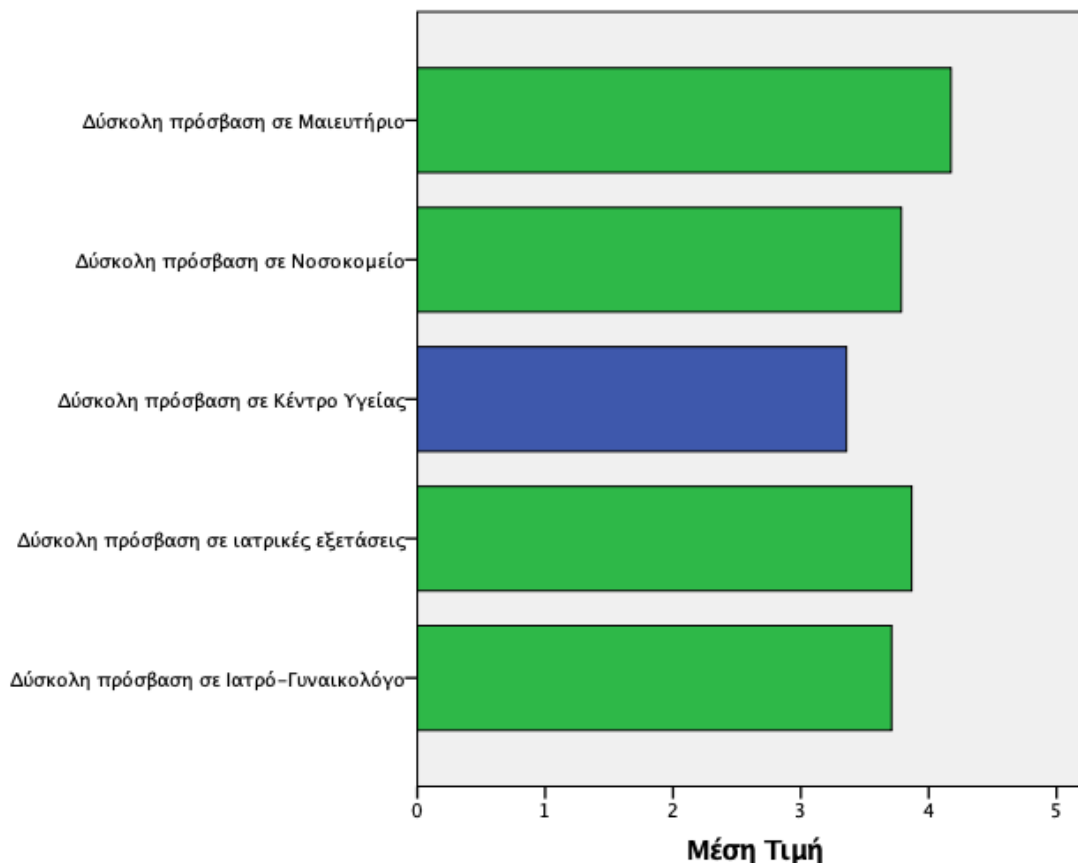
Πίνακας 7: Υφιστάμενη κατάσταση της ανεργίας

<i>Παράγοντες</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό ποσοστό</i>
<i>Καθόλου σημαντικό</i>	13	10.7	10.7
<i>Λίγο σημαντικό</i>	11	9.1	19.8
<i>Μέτρια σημαντικό</i>	22	18.2	38.0
<i>Πολύ σημαντικό</i>	26	21.5	59.5
<i>Εξαιρετικά σημαντικό</i>	49	40.5	100
<i>Σύνολο</i>	121	100	

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Η δεύτερη διάσταση αφορά τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και αποτελείται από πέντε ερωτήσεις. Στο γράφημα 17 παρουσιάζεται ο μέσος όρος για κάθε ένα από τους πέντε παράγοντες που συνθέτουν την δεύτερη διάσταση. Ο μέσος όρος για τους τέσσερις από τους πέντε παράγοντες είναι κοντά στο τέσσερα υποδηλώνοντας μεγάλη σημαντικότητα, ενώ ο παράγοντας «δυσκολία πρόσβασης στο κέντρο υγείας» αξιολογήθηκε ως μέτριας σημαντικότητας.

Γράφημα 17: Διαστάσεις του παράγοντα “δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας”



© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Στη συνέχεια θα εξεταστεί η κατανομή των απαντήσεων για κάθε έναν από τους προαναφερθέντες παράγοντες. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων, η δυσκολία πρόσβασης σε μαιευτήριο αξιολογήθηκε σε ποσοστό 59.8% ως εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας σημειώνοντας το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας σε σχέση με τους υπόλοιπους παράγοντες. Ακολουθούν με ποσοστό 44.6% η δυσκολία πρόσβασης σε νοσοκομείο, με 43.8% σε ιατρικές εξετάσεις ενώ ακολουθούν η δυσκολία πρόσβασης σε γυναικολόγο και σε κέντρο υγείας με ποσοστά 41.3% και 30.6% αντίστοιχα. Εάν στα παραπάνω αθροιστεί και η αξιολόγηση ως πολύ σημαντικό, τότε τα τελικά ποσοστά κυμαίνονται από 51.3 (δυσκολία πρόσβασης σε κέντρο υγείας) μέχρι 78.9% (δυσκολία πρόσβασης σε μαιευτήριο).

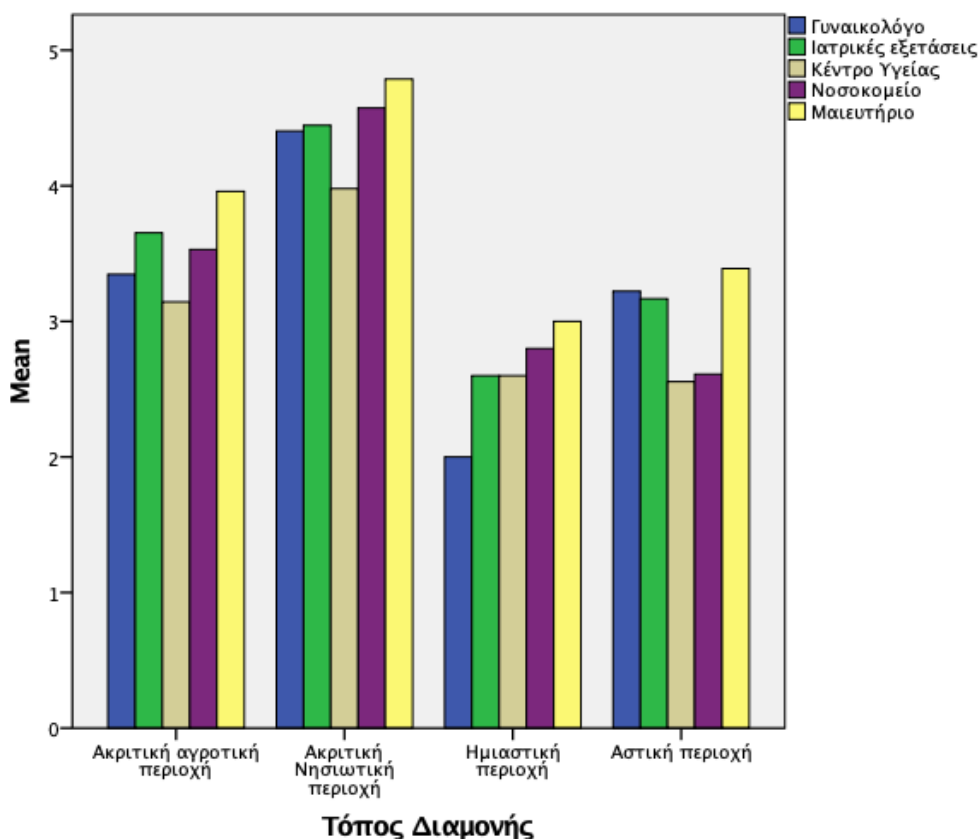
Πίνακας 8: Ποσοστά ανά παράγοντα για την διάσταση “δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες Υγείας”

<i>Παράγοντες</i>	<i>Μαιευτήριο</i>	<i>Νοσοκομείο</i>	<i>Κέντρο Υγείας</i>	<i>Ιατρικές εξετάσεις</i>	<i>Γυναικολόγο</i>
	<b>Ποσοστό</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Ποσοστό</b>
<i>Καθόλου σημαντικό</i>	8.2	14.9	18.2	9.1	12.4
<i>Λίγο σημαντικό</i>	4.1	4.1	9.9	4.1	8.3
<i>Μέτρια σημαντικό</i>	9.0	13.2	20.7	21.5	16.5
<i>Πολύ σημαντικό</i>	18.9	23.1	20.7	21.5	21.5
<i>Εξαιρετικά σημαντικό</i>	59.8	44.6	30.6	43.8	41.3
<i>Σύνολο</i>	100	100	100	100	100

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

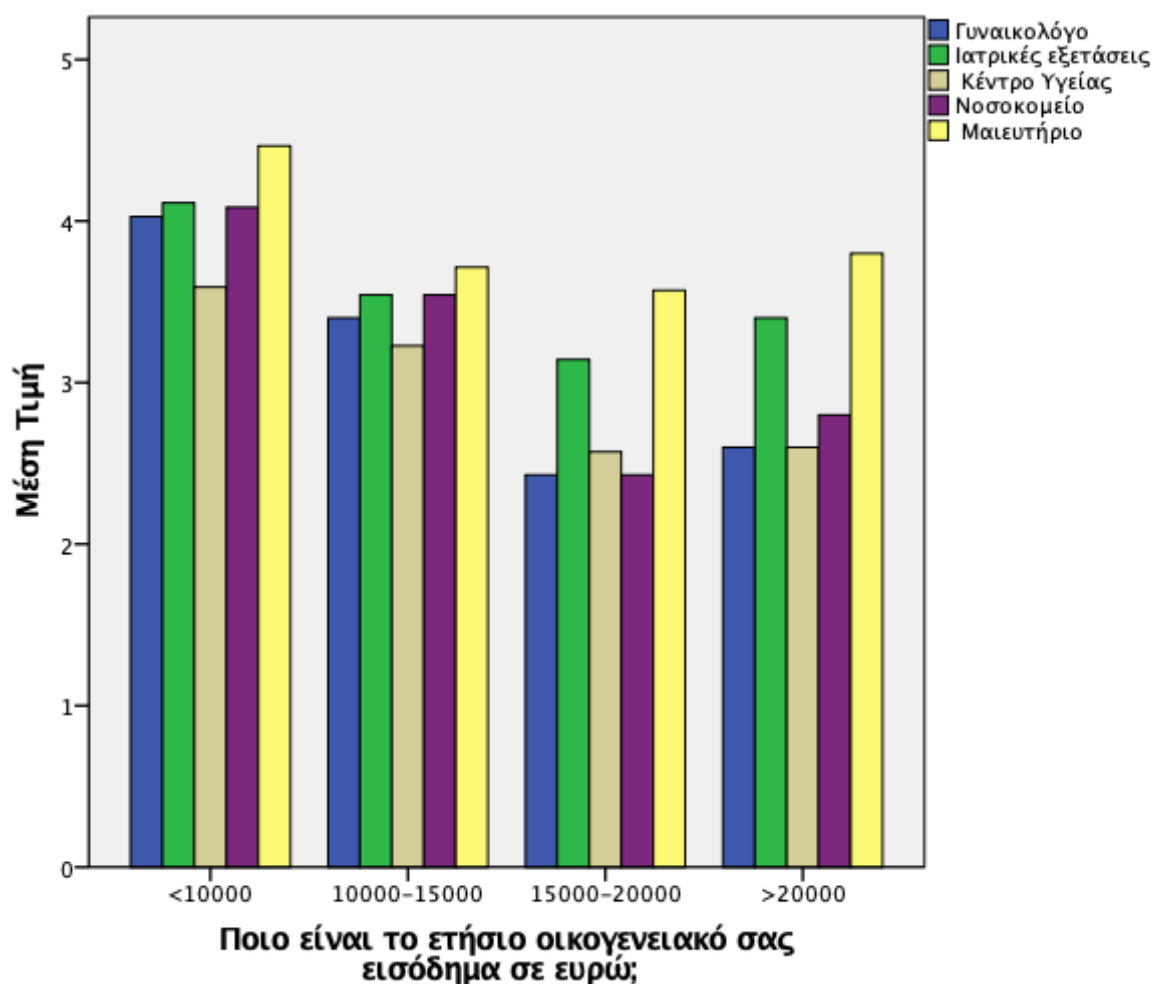
Η γενική εικόνα για την κατανομή των απαντήσεων του δείγματος για τους παραπάνω παράγοντες μπορεί να εξειδικευτεί περαιτέρω εξετάζοντας την κατανομή των απαντήσεων με βάση τον τόπο διαμονής του ερωτώμενων (βλέπε γράφημα 18). Η κατηγοριοποίηση αυτή θα επιτρέψει την καλύτερη κατανόηση των διαφορετικών προτεραιοτήτων και αναγκών ανάλογα με τον τόπο μόνιμης κατοικίας. Οι κάτοικοι των νησιωτικών περιοχών φαίνεται να δίνουν την υψηλότερη μέση βαθμολογία σε κάθε ερώτηση σε αντίθεση με τους κατοίκους των ημιαστικών περιοχών που αξιολογούν όλους τους παράγοντες ως λίγο σημαντικούς ή μέτρια σημαντικούς, ενώ για τις ακριτικές ηπειρωτικές και τις αστικές περιοχές η μέση αξιολόγηση κυμαίνεται από μέτρια μέχρι πολύ σημαντική. Ανεξάρτητα από τον τόπο διαμονής των ερωτώμενων, η δυσκολία πρόσβασης σε μαιευτήριο αξιολογείται ως η πλέον σημαντική ενώ υπάρχουν διαφοροποιήσεις για τις υπόλοιπες παραμέτρους. Στις ακριτικές νησιωτικές και τις ημιαστικές περιοχές η δυσκολία πρόσβασης σε νοσοκομείο καταλαμβάνει την δεύτερη θέση ενώ στις ακριτικές ηπειρωτικές και τις αστικές η δυσκολία πρόσβασης σε γυναικολόγο ή ιατρικές εξετάσεις αξιολογείται υψηλότερα.

Γράφημα 18: Διαστάσεις του παράγοντα “δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ανά τόπο διαμονής”



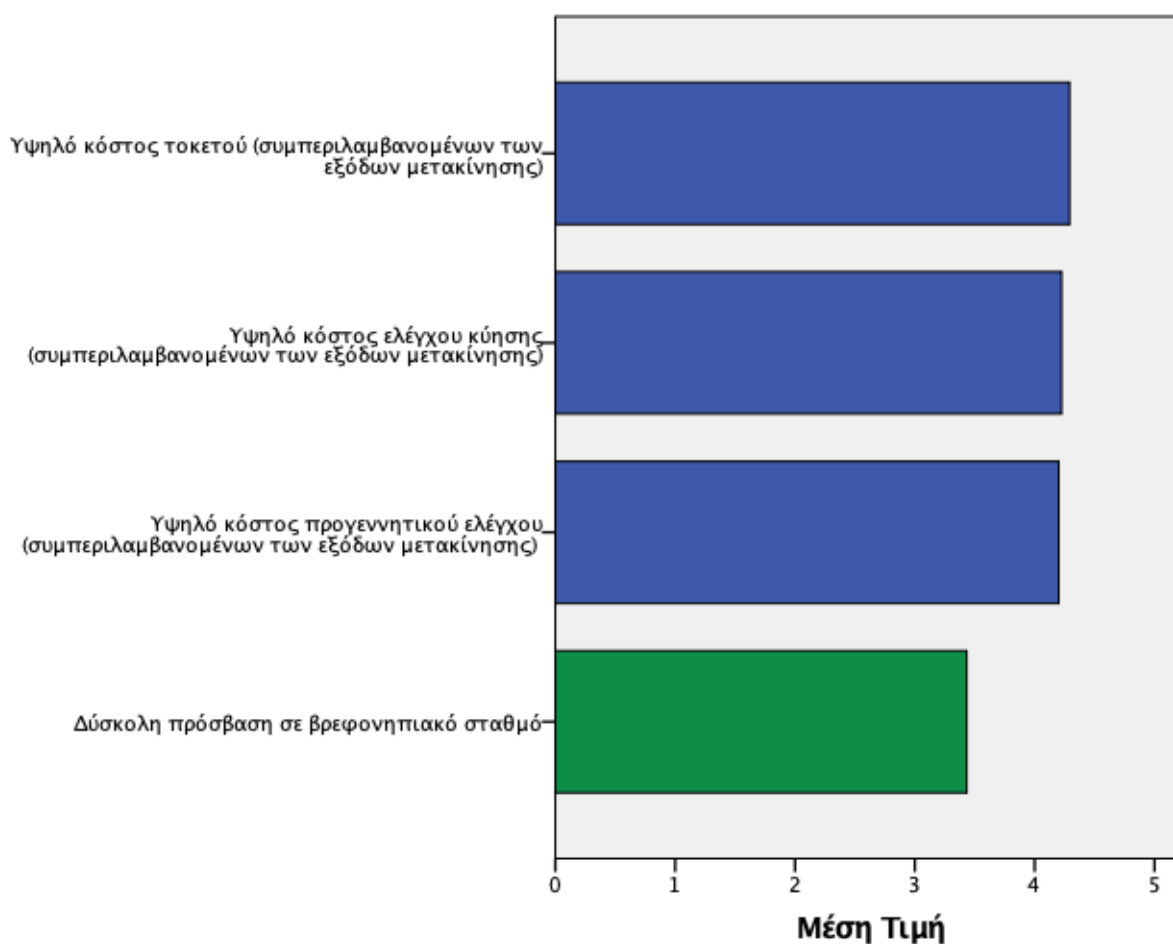
Στο γράφημα 19 παρουσιάζονται οι απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι με βάση το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα που δήλωσαν. Το πρώτο στοιχείο είναι η κοινή τάση που παρουσιάζουν οι πρώτες δύο εισοδηματικές ομάδες σε σχέση με τις δύο υψηλότερες. Στην πρώτη περίπτωση η δυσκολία πρόσβασης σε νοσοκομείο έρχεται δεύτερη στην αξιολόγηση των ερωτώμενων και έπονται οι ιατρικές εξετάσεις και ο γυναικολόγος, σε αντίθεση με τις ανώτερες εισοδηματικές ομάδες που αξιολόγησαν ως σημαντικότερο παράγοντα την έλλειψη ιατρικών εξετάσεων σε σχέση με την δυσκολία πρόσβασης σε νοσοκομείο.

Γράφημα 19: Διαστάσεις του παράγοντα “δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ανά οικογενειακό εισόδημα”



Η τρίτη και τελευταία διάσταση αφορά το συνολικό οικονομικό κόστος και αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις. Στο γράφημα 20 παρουσιάζεται ο μέσος όρος για κάθε ένα από τους τέσσερις παράγοντες που συνθέτουν την τρίτη διάσταση. Ο μέσος όρος για τους τρεις από τους τέσσερις παράγοντες είναι κοντά στο τέσσερα υποδηλώνοντας μεγάλη σημαντικότητα ενώ ο παράγοντας «δυσκολία πρόσβασης σε βρεφονηπιακό σταθμό» αξιολογήθηκε ως μέτριας σημαντικότητας.

Γράφημα 20: Διαστάσεις του παράγοντα “συνολικό οικονομικό κόστος”



Από τον πίνακα 9 διαπιστώνουμε ότι για το υψηλό κόστος του τοκετού, το 60% δήλωσε πως είναι εξαιρετικά σημαντικό και το 21.7% το χαρακτήρισε ως πολύ σημαντικό παράγοντα, ενώ μόλις το 7.5% θεώρησε πως είναι λίγο ή καθόλου σημαντικό (2.5% και 5% αντίστοιχα).

Πίνακας 9: Υψηλό κόστος τοκετού

<i>Παράγοντες</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό ποσοστό</i>
<i>Καθόλου σημαντικό</i>	6	5.0	5.0
<i>Λίγο σημαντικό</i>	3	2.5	7.5
<i>Μέτρια σημαντικό</i>	13	10.8	18.3
<i>Πολύ σημαντικό</i>	26	21.7	40.0
<i>Εξαιρετικά σημαντικό</i>	72	60.0	100
<i>Σύνολο</i>	120	100	

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Αναφορικά με το υψηλό κόστος ελέγχου κύησης, περίπου το 10% θεωρεί ότι είναι λίγο ή καθόλου σημαντικό, το 9.9% ότι είναι μέτριας σημαντικότητας και το υπόλοιπο 80.1% πως είναι πολύ ή εξαιρετικά σημαντικό με ποσοστά 21.5% και 58.7% αντίστοιχα (βλέπε πίνακα 10).

Πίνακας 10: Υψηλό κόστος ελέγχου κύησης

<i>Παράγοντες</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό ποσοστό</i>
<i>Καθόλου σημαντικό</i>	7	5.8	5.8
<i>Λίγο σημαντικό</i>	5	4.1	9.9
<i>Μέτρια σημαντικό</i>	12	9.9	19.8
<i>Πολύ σημαντικό</i>	26	21.5	41.3
<i>Εξαιρετικά σημαντικό</i>	71	58.7	100
<i>Σύνολο</i>	121	100	

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019



Το τρίτο στοιχείο της διάστασης που εξετάζεται είναι το κόστους του προγεννητικού ελέγχου με το δείγμα σε ποσοστό 55.8% να θεωρεί πως είναι εξαιρετικά σημαντικό στοιχείο και σε ποσοστό 13.3% να το αξιολογεί ως πολύ σημαντικό. Αντίθετα το 5.8% το αξιολόγησε ως καθόλου σημαντικό και το 2.5% ως λίγο σημαντικό (βλέπε πίνακα 11).

Πίνακας 11: Υψηλό κόστος προγεννητικού ελέγχου

<i>Παράγοντες</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό ποσοστό</i>
<i>Καθόλου σημαντικό</i>	7	5.8	5.8
<i>Λίγο σημαντικό</i>	3	2.5	8.3
<i>Μέτρια σημαντικό</i>	16	13.3	21.7
<i>Πολύ σημαντικό</i>	27	22.5	44.2
<i>Εξαιρετικά σημαντικό</i>	67	55.8	100
<i>Σύνολο</i>	120	100	

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Το τελευταίο στοιχείο της τρίτης διάστασης αποτελεί την δυσκολία πρόσβασης σε βρεφονηπιακό σταθμό. Ένας στους πέντε ερωτώμενους δήλωσε πως η δυσκολία πρόσβασης σε βρεφονηπιακό σταθμό είναι μικρής σημαντικότητας ή δεν είναι καθόλου σημαντικός παράγοντας. Αντίθετα το 41.3% δήλωσε πως είναι εξαιρετικά σημαντικό και το 14.0% πως είναι πολύ σημαντικός παράγοντας (βλέπε πίνακα 12).

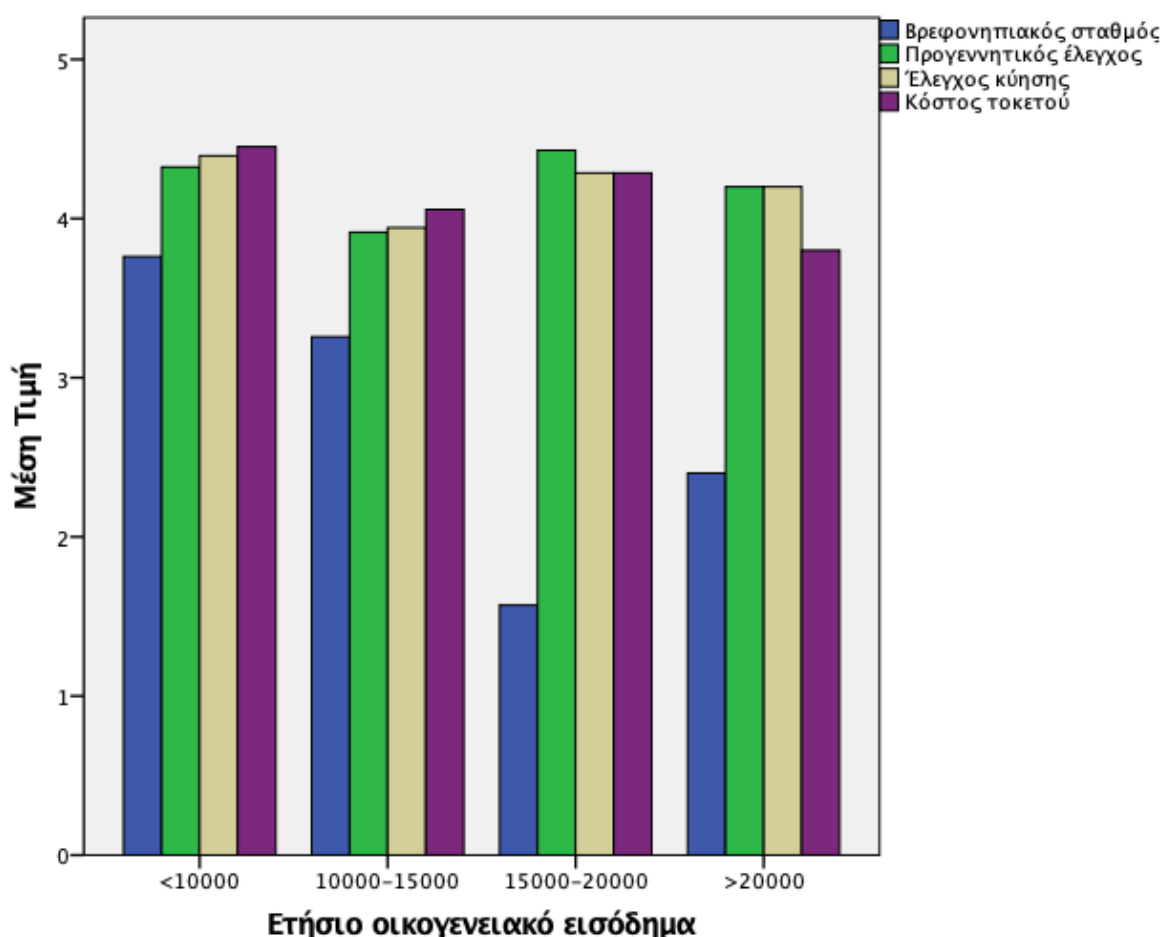
Πίνακας 12: Δυσκολία πρόσβασης σε βρεφονηπιακό σταθμό

<i>Παράγοντες</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό ποσοστό</i>
<i>Καθόλου σημαντικό</i>	25	20.6	20.6
<i>Λίγο σημαντικό</i>	14	11.6	32.2
<i>Μέτρια σημαντικό</i>	15	12.4	44.6
<i>Πολύ σημαντικό</i>	17	14.0	58.7
<i>Εξαιρετικά σημαντικό</i>	50	41.3	100
<i>Σύνολο</i>	121	100	

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Οι παραπάνω παράγοντες φαίνεται να εξαρτώνται από το οικογενειακό εισόδημα του δείγματος και να διαφοροποιούνται με βάση αυτό. Στο γράφημα 21 παρουσιάζεται η αξιολόγηση των τεσσάρων παραμέτρων της τρίτης διάστασης ανά ομάδα οικογενειακού εισοδήματος. Οι δύο χαμηλότερες εισοδηματικές ομάδες καταγράφουν παρόμοια συμπεριφορά με το κόστος του τοκετού να αξιολογείται ως πολύ σημαντικό και να ακολουθούν το κόστος του προγεννητικού ελέγχου και ο έλεγχος της κύησης. Για τις υπολειπόμενες εισοδηματικές ομάδες ο προγεννητικός έλεγχος και ο έλεγχος κύησης φαίνεται να αποτελούν παραμέτρους μεγάλης σημαντικότητας και έπεται το κόστος τοκετού.

Γράφημα 21: Διαστάσεις του παράγοντα “συνολικό οικονομικό κόστος ανά κατηγορίες οικογενειακού εισοδήματος”

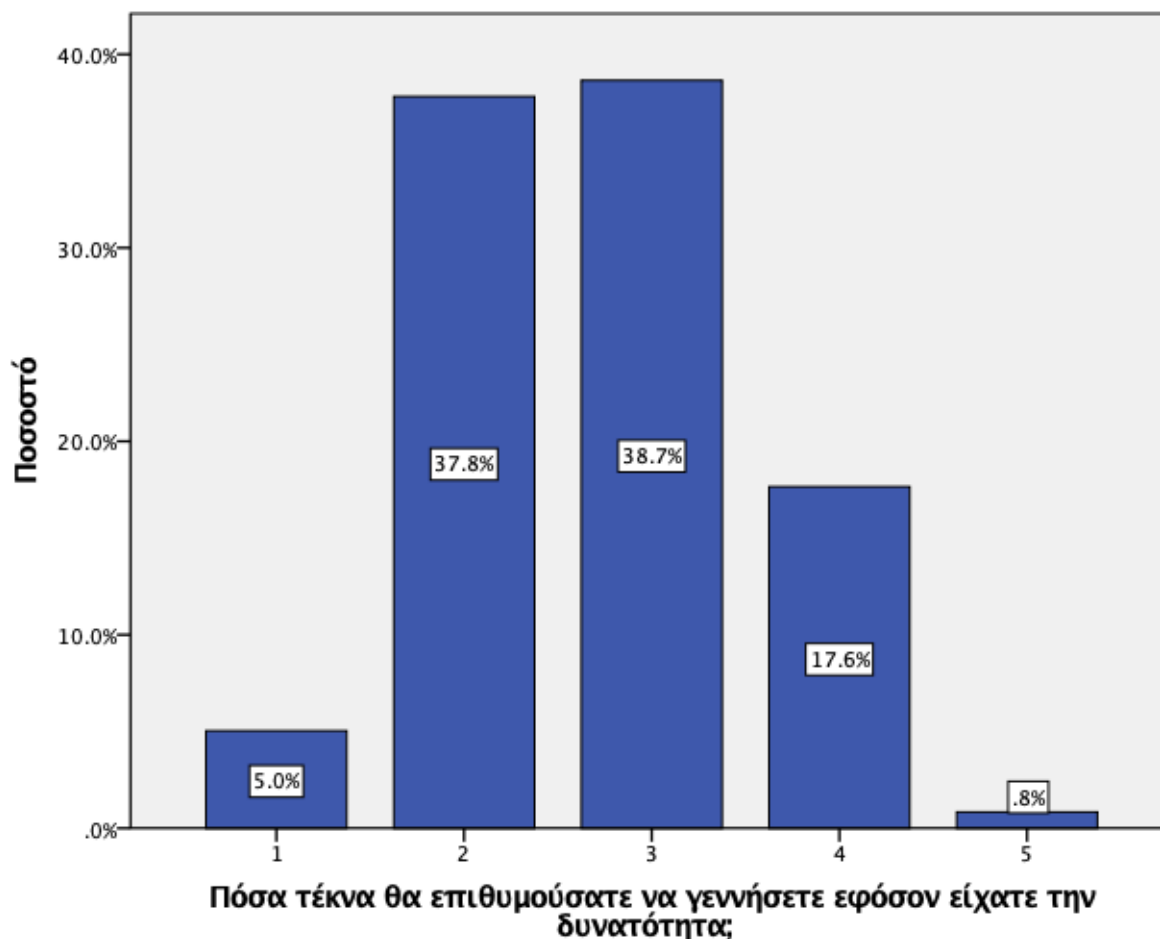


© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Η επόμενη ομάδα ερωτήσεων εξετάζει την στάση του δείγματος σχετικά με τον χρόνο απόκτησης τέκνου καθώς και τον επιθυμητό αριθμό. Πιο συγκεκριμένα εξετάζεται ο χρόνος απόκτησης τέκνου, η επίδραση μέτρων οικονομικής στήριξης στην επιτάχυνση του χρόνου

απόκτησης τέκνου και ο ιδανικός αριθμός τέκνων που επιθυμεί το δείγμα. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 80%, επιθυμεί το πολύ μέχρι 3 παιδιά ενώ το 17.6% θα ήθελε 4 παιδιά. Ο κύριος όγκος των ερωτηθέντων ιδεατά θα ήθελε να αποκτήσει 2 ή 3 παιδιά σε ποσοστό 37.8% και 38.7% αντίστοιχα (βλέπε γράφημα 22).

Γράφημα 22: Επιθυμητός αριθμός τέκνων



Αναφορικά με τον χρόνο απόκτησης του τέκνου, από τον πίνακα 13 διαπιστώνουμε ότι 6 στους 10 ερωτώμενους επιθυμούν να αποκτήσουν το τέκνο τους εντός διετίας, το 22.2% σε τρία ή τέσσερα χρόνια και το 13.1% σε μία πενταετία.

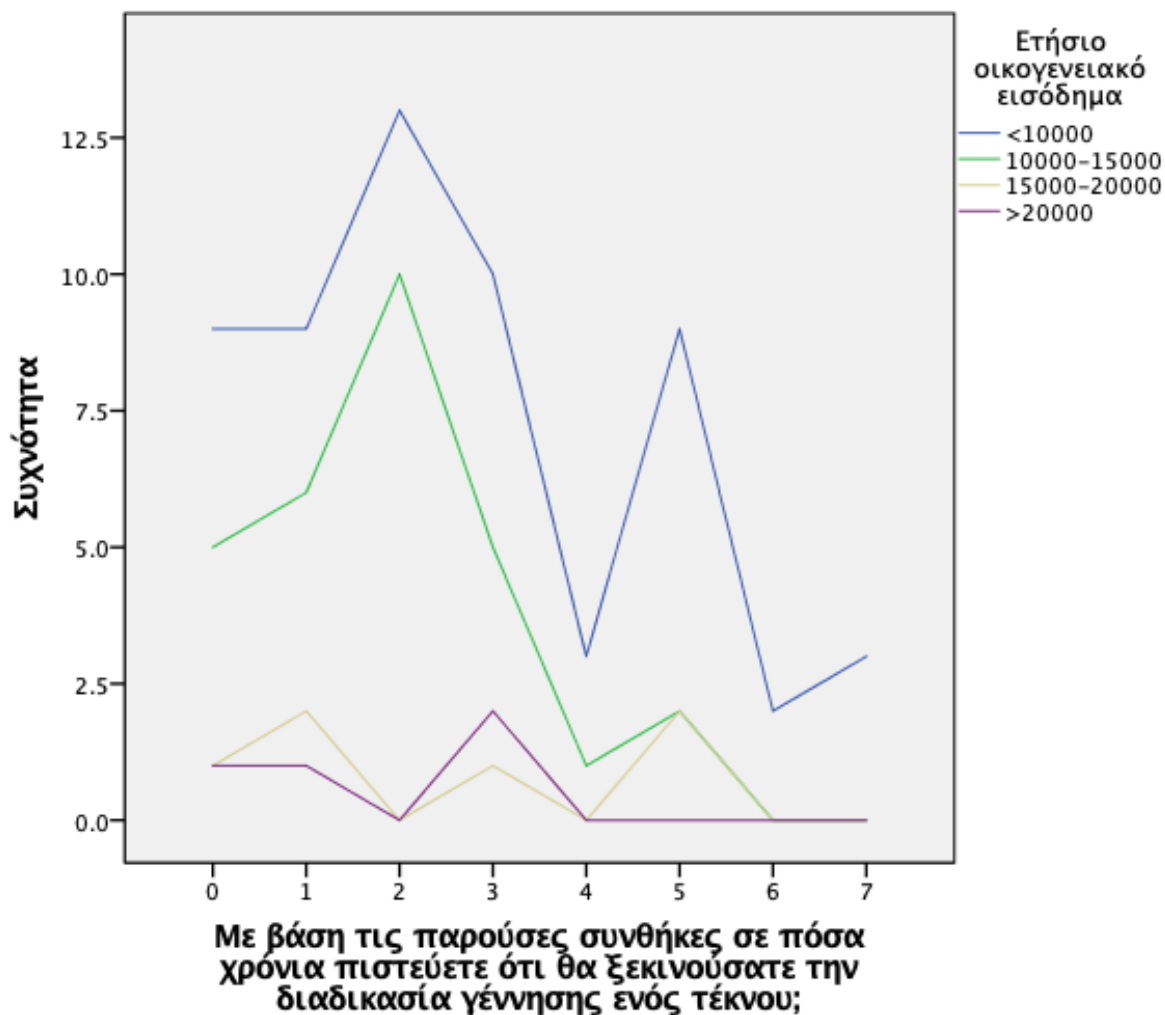
Πίνακας 13: Χρόνος απόκτησης τέκνου

<i>Έτος</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό ποσοστό</i>
<i>0</i>	17	17.2	17.2
<i>1</i>	18	18.2	35.4
<i>2</i>	24	24.2	59.6
<i>3</i>	18	18.2	77.8
<i>4</i>	4	4.0	81.8
<i>5</i>	13	13.1	94.9
<i>Πάνω από 6</i>	5	5	100
<i>Σύνολο</i>	99		

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Εξετάζοντας τις απαντήσεις του δείγματος με βάση το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα που δήλωσαν φαίνεται ότι οι πρώτες δύο εισοδηματικές ομάδες (<10000, 10000-15000) να ακολουθούν την ίδια τάση, με την μεγαλύτερη συγκέντρωση στα δύο έτη σε αντίθεση με τις άλλες δύο εισοδηματικές ομάδες που παρουσιάζουν διαφορετική συμπεριφορά. Ειδικότερα τα άτομα με εισόδημα μεταξύ 15000 και 20000 ευρώ δήλωσαν κατά πλειοψηφία πως επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνα είτε σε ένα έτος είτε σε πέντε έτη ενώ τα άτομα με εισόδημα άνω των 20000 ευρώ δήλωσαν κατά πλειοψηφία πως επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο σε τρία χρόνια (βλέπε γράφημα 23) .

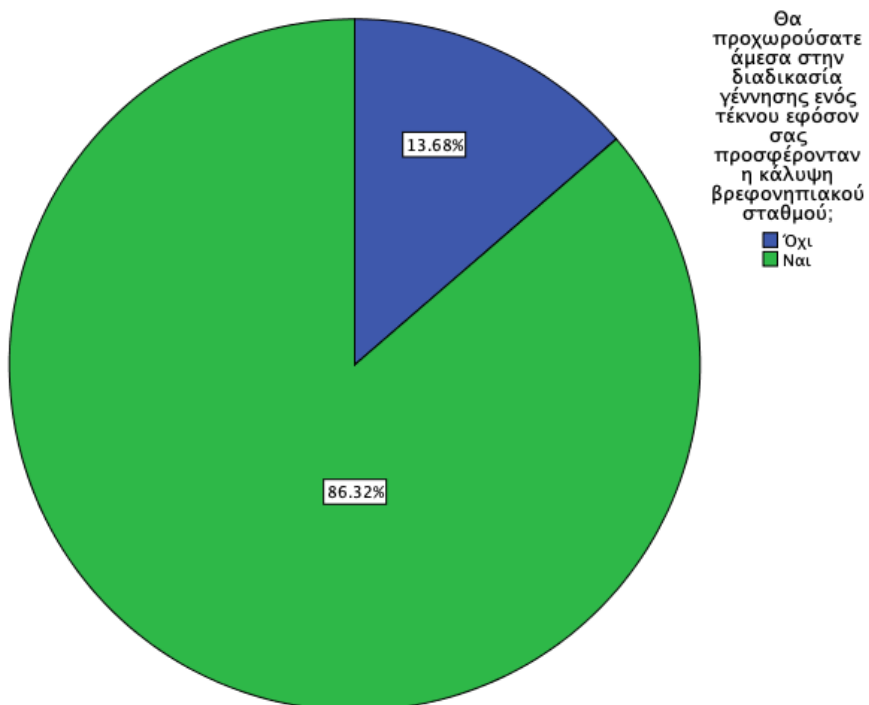
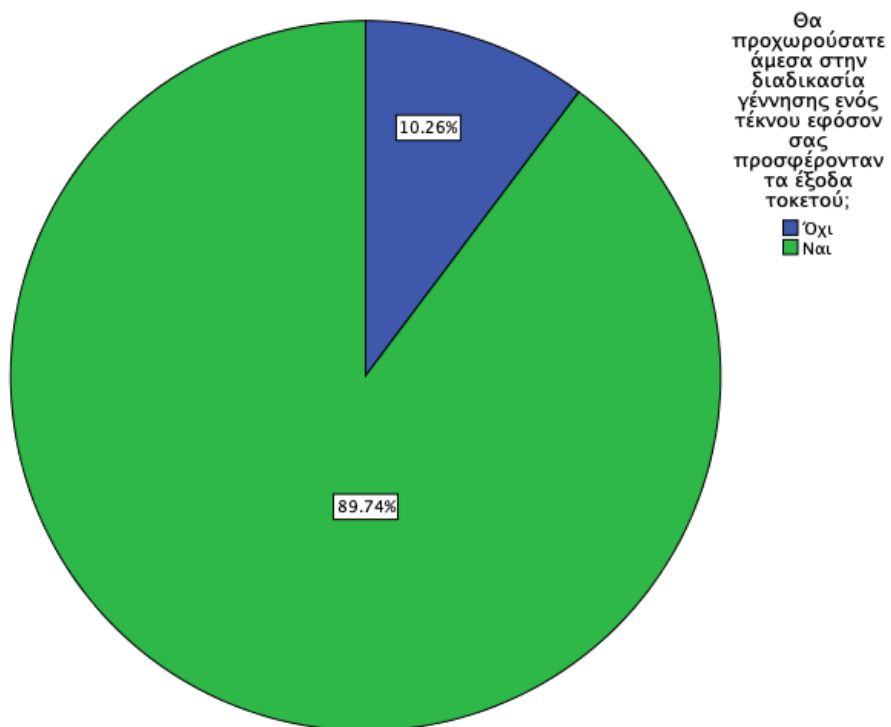
Γράφημα 23: Επιθυμητός αριθμός τέκνων ανά κατηγορία εισοδήματος



© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις αφορούν την επίδραση μέτρων οικονομικής στήριξης στην επιτάχυνση του χρόνου απόκτησης τέκνου. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (γράφημα 24) σε ποσοστό 89.7% δήλωσε πως θα προχωρούσε άμεσα στην διαδικασία απόκτησης τέκνου εφόσον της προσφέρονταν τα έξοδα του τοκετού, και σε ποσοστό 86.3% πως θα προχωρούσε άμεσα στην διαδικασία απόκτησης τέκνου εφόσον της προσφέρονταν η κάλυψη του βρεφονηπιακού σταθμού.

Γράφημα 24: Επίδραση μέτρων οικονομικής στήριξης στην επιτάχυνση του χρόνου απόκτησης τέκνου



Στην συνέχεια εξετάζονται οι απαντήσεις του δείγματος αναφορικά με την διάθεση των ερωτώμενων να αποκτήσουν τέκνα εάν τους προσφέρονταν τα έξοδα τοκετού ή τα έξοδα του βρεφονηπιακού σταθμού ανά οικογενειακό εισόδημα. Το 88.4% του δείγματος με εισόδημα κάτω το 10.000 ευρώ δήλωσε πως θα προχωρούσε άμεσα στην διαδικασία γέννησης ενός τέκνου εφόσον προσφέρονταν τα έξοδα τοκετού ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την εισοδηματική ομάδα από 10.000 ευρώ μέχρι 15.000 ευρώ ανέρχεται σε 90.6%. Από τα επτά άτομα που δήλωσαν πως το ετήσιο εισόδημά τους είναι από 15.000 ευρώ μέχρι 20.000 ευρώ, οι έξι (ποσοστό 85.7%) απάντησαν θετικά ενώ στην τελευταία ομάδα όλοι απάντησαν καταφατικά (βλέπε πίνακα 14).

Πίνακας 14: Θα προχωρούσατε άμεσα στην διαδικασία γέννησης ενός τέκνου εφόσον σας προσφέρονταν τα έξοδα τοκετού ανά εισοδηματική ομάδα;

<b>Οικογενειακό εισόδημα</b>	<b>Όχι</b>		<b>Ναι</b>	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
<10000	8	11.6%	61	88.4%
10000-15000	3	9.4%	29	90.6%
15000-20000	1	14.3%	6	85.7%
>20000	0	0.0%	6	100.0%

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Αναφορικά με την στάση του δείγματος απέναντι στην τεκνοποίηση στην περίπτωση που τους καλύπτονταν το κόστος του βρεφονηπιακού σταθμού, το 87.0% του δείγματος με εισόδημα κάτω το 10000 ευρώ δήλωσε πως θα προχωρούσε άμεσα στην διαδικασία γέννησης ενός τέκνου ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την εισοδηματική ομάδα από 10000 ευρώ μέχρι 15000 ευρώ ανέρχεται σε 87.5%. Από τα επτά άτομα που δήλωσαν πως το ετήσιο εισόδημά τους είναι από 15000 ευρώ μέχρι 20000 ευρώ, οι τέσσερις (ποσοστό 57.1%) απάντησαν θετικά ενώ στην τελευταία ομάδα όλοι απάντησαν καταφατικά (βλέπε πίνακα 15).

Πίνακας 15: Θα προχωρούσατε άμεσα στην διαδικασία γέννησης ενός τέκνου εφόσον σας προσφέρονταν η κάλυψη βρεφονηπιακού σταθμού;

<b>Οικογενειακό εισόδημα</b>	<b>Όχι</b>		<b>Ναι</b>	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
<10000	9	13.0%	60	87.0%
10000-15000	4	12.5%	28	87.5%
15000-20000	3	42.9%	4	57.1%
>20000	0	0.0%	6	100.0%

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Η τελευταία κατηγορία ερωτήσεων αφορά την αξιολόγηση 10 παραμέτρων που σχετίζονται με την παροχή υψηλής ποιότητας γυναικολογικής, ιατρικής και μαιευτικής περίθαλψης. Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να αξιολογήσουν σε μία 5-βαθμη κλίμακα, από την ελάχιστη σημαντικότητα της παραμέτρου μέχρι την απόλυτη σημαντικότητα, αυτές τις 10 παραμέτρους που εξετάζουν, από διαφορετική οπτική τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Στον πίνακα 16 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα κύρια μέτρα για κάθε μία από τις παραμέτρους που εξετάστηκαν, με κύριο χαρακτηριστικό την υψηλή μέση βαθμολογία που συγκεντρώνουν. Ειδικότερα, για το σύνολο των παραμέτρων, η μέση τιμή βρέθηκε από 4.29 μέχρι 4.57 υποδηλώνοντας την μεγάλη ή απόλυτη σημαντικότητα του εκάστοτε παράγοντα. Οι τιμές των διακυμάνσεων ποικίλουν καθώς συνδέονται με την συγκέντρωση των απαντήσεων κοντά στην μέση τιμή, με την πλειονότητα αυτών να χαρακτηρίζονται από μικρές αποκλίσεις από την μέση τιμή.



Πίνακας 16: Παράμετροι αξιολόγησης παροχών υψηλής ποιότητας γυναικολογικής, ιατρικής και μαιευτικής περίθαλψης

<i>Μεταβλητή</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>Διακύμανση</i>
<i>Καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό</i>	121	4.57	0.614
<i>Αποτελεσματική ιατρική φροντίδα</i>	121	4.52	0.618
<i>Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός</i>	121	4.54	0.701
<i>Σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή</i>	119	4.46	0.674
<i>Γεινίαση με νοσοκομείο και γιατρό</i>	120	4.28	0.857
<i>Καθαριότητα στις εγκαταστάσεις ιατρικής περίθαλψης</i>	121	4.56	0.598
<i>Όχι λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία</i>	121	4.44	0.998
<i>Ελεύθερη επιλογή ιατρού</i>	120	4.29	1.217
<i>Ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου</i>	120	4.39	0.913
<i>Ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον</i>	120	4.53	0.705

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Στην συνέχεια παρουσιάζεται η μέση βαθμολογία για κάθε παράγοντα με βάση τον τόπο διαμονής (βλέπε πίνακα 17). Οι περισσότερες περιοχές παρουσιάζουν παρόμοια συμπεριφορά στην αξιολόγηση με την ελάχιστη ανά παράγοντα να διαμορφώνεται στο 4, δηλαδή μεγάλη σημαντικότητα, ενώ η μέγιστη τιμή που έχει καταγραφεί είναι κοντά στο 5 υποδηλώνοντας την απόλυτη σημαντικότητα. Ωστόσο, οι κάτοικοι των ημιαστικών περιοχών φαίνεται να έχουν βαθμολογήσει όλους τους παράγοντες χαμηλότερα σε σχέση με τις υπόλοιπες τρεις περιοχές. Ειδικότερα η ελάχιστη μέση βαθμολογία που έδωσαν ήταν το 3, μέτρια σημαντικότητα, με την υψηλότερη βαθμολογία να καταγράφεται για τον ιατρικό εξοπλισμό και το ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον.

Πίνακας 17: Παράμετροι αξιολόγησης παροχών υψηλής ποιότητας γυναικολογικής, ιατρικής και μαιευτικής περίθαλψης ανά τόπο διαμονής

<i>Μεταβλητή</i>	<i>Τόπος διαμονής</i>			
	<i>Μέση Τιμή</i>			
	<i>Ακριτική ηπειρωτική</i>	<i>Ακριτική νησιωτική</i>	<i>Ημιαστικές</i>	<i>Αστική</i>
<i>Καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό</i>	4.47	4.62	4.00	4.83
<i>Αποτελεσματική ιατρική φροντίδα</i>	4.47	4.53	3.60	4.83
<i>Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός</i>	4.53	4.51	4.20	4.67
<i>Σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή</i>	4.39	4.49	3.20	4.89
<i>Γεινίαση με νοσοκομείο και γιατρό</i>	4.29	4.32	3.00	4.50
<i>Καθαριότητα στις εγκαταστάσεις ιατρικής περίθαλψης</i>	4.61	4.49	4.00	4.78
<i>Όχι λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία</i>	4.49	4.43	3.80	4.50
<i>Ελεύθερη επιλογή ιατρού</i>	4.57	4.04	3.60	4.44
<i>Ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου</i>	4.57	4.19	3.80	4.61
<i>Ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον</i>	4.63	4.51	4.20	4.39

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

Η κατανομή των παραπάνω παραγόντων εξετάστηκε και με βάση το δηλωθέν οικογενειακό εισόδημα του δείγματος ώστε να φανούν τυχόν διαφοροποιήσεις στην αξιολόγηση των παραγόντων από άτομα με διαφορετικό εισόδημα (βλέπε πίνακα 18). Εξετάζοντας το σύνολο των παραγόντων ανά εισοδηματική ομάδα δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις καθώς οι μέσες τιμές κυμαίνονται από 4 μέχρι και 5.

Πίνακας 18: Παράμετροι αξιολόγησης παροχών υψηλής ποιότητας γυναικολογικής, ιατρικής και μαιευτικής περίθαλψης ανά εισοδηματική ομάδα

<b>Μεταβλητή</b>	<b>Οικογενειακό Εισόδημα</b>			
	<b>Μέση Τιμή</b>			
	<b>&lt;10000</b>	<b>1000-15000</b>	<b>15000-20000</b>	<b>&gt;20000</b>
<i>Καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό</i>	4.59	4.50	5.00	4.33
<i>Αποτελεσματική ιατρική φροντίδα</i>	4.56	4.44	4.86	4.00
<i>Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός</i>	4.59	4.35	4.86	4.33
<i>Σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή</i>	4.51	4.35	4.71	4.17
<i>Γειτνίαση με νοσοκομείο και γιατρό</i>	4.38	4.12	3.00	3.83
<i>Καθαριότητα στις εγκαταστάσεις ιατρικής περίθαλψης</i>	4.62	4.41	4.43	4.33
<i>Όχι λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία</i>	4.52	4.32	4.86	4.17
<i>Ελεύθερη επιλογή ιατρού</i>	4.20	4.38	4.29	4.33
<i>Ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου</i>	4.42	4.21	5.00	4.33
<i>Ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον</i>	4.58	4.47	4.43	4.33

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

## Ανάλυση Πρώτων Παραγόντων (PCA)

Στο σύνολο των 10 παραγόντων που εξετάστηκαν παραπάνω εφαρμόστηκε ανάλυση πρώτων παραγόντων (PCA) με σκοπό την καλύτερη κατανόηση των πιθανών σχέσεων μεταξύ των παραγόντων και την ομαδοποίησή τους σε ευρύτερες ομάδες. Από την ανάλυση προέκυψαν δύο παράγοντες, στην βάση της κατανομής των μεταβλητών σε δύο μεγάλες ομάδες: (α) ποιότητα παροχών και (β) δυνατότητα προσωπικής επιλογής. Ο πρώτος παράγοντας εξηγεί το 40.4% της συνολικής διακύμανσης και ο δεύτερος το 28.9%.

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται οι 10 παράγοντες με τις αντίστοιχες συσχετίσεις για κάθε ένα από τους νέους παράγοντες στους οποίους ομαδοποιήθηκαν.

Πίνακας 19: Παράγοντες από την ανάλυση πρώτων παραγόντων των παραμέτρων αξιολόγησης παροχών υψηλής ποιότητας γυναικολογικής, ιατρικής και μαιευτικής περίθαλψης (N=122)

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Παράγοντες</i>		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>Communality</b>
<i>Αποτελεσματική ιατρική φροντίδα</i>	.891		.680
<i>Σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή</i>	.818		.818
<i>Καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό</i>	.811		.737
<i>Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός</i>	.782		.751
<i>Γειτνίαση με νοσοκομείο και γιατρό</i>	.753		.681
<i>Καθαριότητα στις εγκαταστάσεις ιατρικής περίθαλψης</i>	.674	.539	.745
<i>Ελεύθερη επιλογή ιατρού</i>		.831	.383
<i>Ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου</i>		.813	.698
<i>Ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον</i>	.421	.738	.722
<i>Όχι λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία</i>		.584	.722
<i>Eigenvalues</i>	4.04	2.88	
<i>% της διακύμανσης</i>	40.4	28.9	

© “Διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα”, 2019

## Συμπεράσματα

Τα τελικά συμπεράσματα δείχνουν ότι δεν υπάρχουν γενικές λύσεις για όλες τις περιπτώσεις σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό, αλλά θα ήταν προτιμότερο να σχεδιαστούν επιμέρους πολιτικές για την βελτίωση του δείκτη γεννήσεων της Ελλάδος ανάλογα με το επίπεδο οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης των περιφερειών της χώρας.

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε μια έντονη διαφοροποίηση της στάσης του δείγματος ανάλογα με τον τόπο μόνιμης κατοικίας. Οι διαφορές στην στάση του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω:

- Οι κάτοικοι των νησιωτικών περιοχών φαίνεται να δίνουν την υψηλότερη μέση βαθμολογία σε κάθε ερώτηση για τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας σε αντίθεση με τους κατοίκους των ημιαστικών περιοχών που αξιολογούν όλους τους παράγοντες ως λιγότερο σημαντικούς ή μέτρια σημαντικούς.
- Οι περισσότερες περιοχές παρουσιάζουν παρόμοια συμπεριφορά στην αξιολόγηση με την ελάχιστη ανά παράγοντα να διαμορφώνεται στο 4, δηλαδή μεγάλη σημαντικότητα, ενώ η μέγιστη τιμή που έχει καταγραφεί είναι κοντά στο 5 υποδηλώνοντας την απόλυτη σημαντικότητα. Ωστόσο, οι κάτοικοι των ημιαστικών περιοχών φαίνεται να έχουν βαθμολογήσει όλους τους παράγοντες χαμηλότερα σε σχέση με τις υπόλοιπες τρεις περιοχές. Ειδικότερα η ελάχιστη μέση βαθμολογία που έδωσαν ήταν το 3, μέτρια σημαντικότητα, με την υψηλότερη βαθμολογία να καταγράφεται για τον ιατρικό εξοπλισμό και το ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον.

Εκτός από τις παραπάνω διαφοροποιήσεις, το δείγμα παρουσίασε κοινή στάση χωρίς να καταγράφονται εμφανείς διαφορές. Ειδικότερα :

- Αναφορικά με τον χρόνο απόκτησης του τέκνου, 6 στους 10 ερωτώμενους επιθυμούν να αποκτήσουν το τέκνο τους εντός διετίας, το 22.2% σε τρία ή τέσσερα χρόνια και το 13.1% σε μία πενταετία.
- Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 80%, επιθυμεί το πολύ μέχρι 3 παιδιά ενώ το 17.6% θα ήθελε 4 παιδιά. Ο κύριος όγκος των ερωτηθέντων ιδεατά θα ήθελε να αποκτήσει 2 ή 3 παιδιά σε ποσοστό 37.8% και 38.7%.
- Οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 89.7% δήλωσαν πως θα προχωρούσαν άμεσα στην διαδικασία απόκτησης τέκνου εφόσον τους προσφέρονταν τα έξοδα του τοκετού, και

σε ποσοστό 86.3% πως θα προχωρούσαν άμεσα στην διαδικασία απόκτησης τέκνου εφόσον τους προσφέρονταν η κάλυψη του βρεφονηπιακού σταθμού.

Συμπερασματικά διαφαίνεται ότι κάθε ευρύτερη περιοχή της Ελλάδος θα χρειαστεί επιμέρους πολιτική προσέγγιση. Παρόλο που το δείγμα συμφωνεί σε σχέση με την σημαντικότητα της οικονομικής ενίσχυσης, είναι σαφές ότι θα χρειαστεί επιμέρους εμβάθυνση και εστίαση σε κάθε μια από αυτές.

Κλείνοντας αξίζει να αναφερθεί ότι θα ήταν προτιμότερο να σχεδιαστούν επιμέρους πολιτικές για την βελτίωση του δείκτη ανάλογα με το επίπεδο οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης των περιφερειών της χώρας.

## Προτάσεις για την Γονιμότητα και το Δημογραφικό Πρόβλημα

Η μεγαλύτερη προτεραιότητα για την αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος της χώρας έγκειται στην προσπάθεια άμεσης αναστροφής των πτωτικών τάσεων στη γονιμότητα του γηγενούς πληθυσμού.

Για να επιτευχθεί αυτό, σημαντική προϋπόθεση είναι η βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη της χώρας, σε μακροχρόνια βάση, ούτως ώστε να αποκατασταθεί η εμπιστοσύνη των πολιτών στις προοπτικές των ιδίων και των οικογενειών τους.

Στη συνέχεια, πρέπει να εκπονηθεί μια εθνική πολιτική οικονομικής ενίσχυσης των οικογενειών για τις δαπάνες εγκυμοσύνης και κυρίως τοκετού, καθώς και των δαπανών για βρεφονηπιακούς σταθμούς αλλά και κινήτρων -ελαφρύνσεων .

Ο στόχος της παρούσας μελέτης έχει επικεντρωθεί στη **διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την γονιμότητα των νέων ζευγαριών στην Ελλάδα** του σήμερα. Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί την πρώτη προσπάθεια στοχευμένης μελέτης σε υποσύνολο του πληθυσμού, με εκπεφρασμένο ενδιαφέρον για την έναρξη της διαδικασίας τεκνοποίησης. Ένα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ότι το 86% των ενδιαφερομένων θα προχωρούσε άμεσα σε διαδικασία τεκνοποίησης, εφόσον καλύπτονταν οι προαναφερόμενες ιατρικές δαπάνες κύησης και τοκετού.

Η πολιτική αυτή πρέπει να κλιμακωθεί σε τρεις γεωγραφικές περιοχές: (α) στις ακριτικές, ηπειρωτικές και νησιωτικές περιοχές, (β) στις ημιαστικές περιοχές, και (γ) στις αστικές περιοχές. Όπως έδειξε η παρούσα έρευνα, η κάθε περιοχή έχει τις δικές της ανάγκες και προτεραιότητες.

Οι περιοχές με μικρό πληθυσμό, **ακριτικές ηπειρωτικές** με δύσκολη πρόσβαση σε δομές υγείας και **ακριτικά νησιά**, αλλά και ορεινές ημιαστικές περιοχές παρουσιάζουν το μεγαλύτερο πρόβλημα υπογεννητικότητας. Και αυτό γιατί οι κεντρικές δομές υγείας, λόγω της γεωγραφικής τους ιδιαιτερότητας, αδυνατούν να προσφέρουν ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας σε αυτές τις περιοχές. Η τοπική παρουσία γυναικολόγου ή μαιάς, ακόμα και υποτυπώδους κέντρου υγείας είναι αδύνατη, ενώ η παρουσία του αγροτικού ιατρού δεν δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και ηρεμίας στις γυναίκες, προκειμένου να πάρουν τη δύσκολη απόφαση για εγκυμοσύνη. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι υπάρχει μια τελείως διαφορετική προσέγγιση στις γυναίκες αυτές, οι οποίες στην πλειοψηφία τους είναι νέες και υγιείς γυναίκες, τη στιγμή που παίρνουν την απόφαση να κάνουν ένα παιδί. Υπάρχει ένα έντονο συναίσθημα

ανασφάλειας που δημιουργεί η έλλειψη δομών υγείας, με δυσκολία ακόμα και στις επείγουσες υπηρεσίες υγείας, που έχει να κάνει τόσο με τη δυνατότητα του κεντρικού κράτους, όσο και με την ιδιαιτερότητα η οποία χαρακτηρίζει τις περιοχές αυτές.

Το συγκεκριμένο πρόβλημα δεν αφορά τις γυναίκες κατοίκους **ημιαστικών και αστικών** περιοχών, όπου οι δομές υγείας είναι καλύτερες όσον αφορά τόσο στην απόσταση, όσο και στην ποιότητα της υπηρεσίας. Τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν είναι διαφορετικά, οικονομικού περιεχομένου, αλλά και κυρίως στοιχείων που έχουν να κάνουν με τη σύνδεση της μητρότητας με τις συνθήκες και το κανονιστικό πλαίσιο της εργασίας, κάτι που φαίνεται και από τη συγκεκριμένη μελέτη.

Στις ακριτικές, ηπειρωτικές και ακριτικές νησιωτικές περιοχές υπάρχει πρόβλημα επάρκειας ιατρικών υπηρεσιών κατά την φάση της εγκυμοσύνης καθώς και του τοκετού. Σε αυτές τις περιοχές χρειάζεται σαφέστατη ενίσχυση των ιατρικών υπηρεσιών, είτε μέσω κεντρικών δομών υγείας, είτε μέσω οργανισμών-φορέων που υποστηρίζουν ιατρικά τις περιοχές αυτές. Απαιτείται οικονομική υποστήριξη για τα σχετικά ιατρικά έξοδα κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, αλλά δεν είναι έντονο το πρόβλημα της έλλειψης βρεφονηπιακών σταθμών.

Στις **ημιαστικές περιοχές** υπάρχει διαθεσιμότητα κατάλληλων ιατρικών υποδομών, αλλά επιζητείται οικονομική ενίσχυση για ιατρικές δαπάνες κύησης και τοκετού, και, κατά περίπτωση, για δαπάνες βρεφονηπιακών σταθμών, προκειμένου να πάρουν τη δύσκολη απόφαση να δημιουργήσουν οικογένεια καθώς και οικονομικά κίνητρα.

Στις αστικές περιοχές το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι τα πολύ υψηλά ποσοστά ανεργίας καθώς και οι περιορισμοί που επιβάλλει το εργασιακό περιβάλλον στις γυναίκες που θα επιθυμούσαν να τεκνοποιήσουν. Απαραίτητη προϋπόθεση για τεκνοποίηση είναι η κάλυψη των ιατρικών δαπανών κύησης και τοκετού καθώς και οι δαπάνες βρεφονηπιακών σταθμών όπως και κάθε είδους ελάφρυνση. Επίσης, πρέπει να επανεξεταστεί το πλαίσιο που διασυνδέει την μητρότητα με την εργασία στις ημιαστικές και αστικές περιοχές, ακολουθώντας διαδικασίες και δομές δοκιμασμένες από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, προκειμένου να υποστηριχτεί η μητρότητα παράλληλα με την εργασία. Στον τομέα αυτόν, η χώρα μας υστερεί σημαντικά σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.



Το τελικό συμπέρασμα είναι ότι για την αναστροφή της φθίνουσας τάσης γονιμότητας του πληθυσμού στη χώρα, πρέπει να εκπονηθεί μια συνολική αλλά όχι ομοιόμορφη στρατηγική. Το πρόβλημα θα πρέπει άμεσα να αντιμετωπιστεί για ολόκληρο τον γηγενή πληθυσμό αλλά με σεβασμό και προσοχή στις επιμέρους ιδιομορφίες που παρουσιάζει η κάθε περιοχή της Ελλάδος.

Οι συνολικές πολιτικές περιλαμβάνουν ενίσχυση του γηγενούς πληθυσμού με τους τρόπους που αναφέρθηκαν καθώς και στοχευμένες παρεμβάσεις με σκοπό την αντιστροφή του προσήμου.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

Διανέοσις (2016). Η Πληθυσμιακή εξέλιξη της Ελλάδας (2015-2050). Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Διανέοσις (2018). Ασφαλιστικό, Φορολογικό, Χρέος: Μια Συνολική Πρόταση. Χριστοδουλάκης Ν, Νεκτάριος Μ, Θεοχάρης Χ.

ΕΚΚΕ (2010). Το κοινωνικό πορτρέτο της Ελλάδας: Αθήνα 2010.

Νεκτάριος Μ. (2007). Επενδύσεις αποθεματικών ασφαλιστικών ταμείων στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης. Σπουδαί 57 (1) σελ. 80-97.

### Ξενόγλωσση

Bailey, M.J., Hershbein, B. and Miller, A.R., (2012). The opt-in revolution? Contraception and the gender gap in wages. *American Economic Journal: Applied Economics*, 4(3), pp.225-54.

Becker, G. (1960). Demographic Change in Developed Countries, chap. An Economic Analysis of Fertility, pp. 209-230. New York: Columbia University Press: Universities-National Bureau Committee for Economic Research, National Bureau of Economic Research

Becker, G. (1991). A Treatise of the Family, chap. 5: The Demand of Children, pp. 135-155. Cambridge, Massachusetts, London, England: Harvard University Press

Bongaarts, J., (1993). The supply-demand framework for the determinants of fertility: An alternative implementation. *Population studies*, 47(3), pp.437-456.

Chabé-Ferret, B.,(2019). Adherence to cultural norms and economic incentives: evidence from fertility timing decisions. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 162, pp.24-48

Claessens S, Kosse MA. (2010). "What is a recession?," *Finance and Development* 46(1)

Doepke, M. and Zilibotti, F., (2008). Occupational choice and the spirit of capitalism. *The Quarterly Journal of Economics*, 123(2), pp.747-793.

Dornyei, Z. (2007). Research methods in Applied Linguistics. Quantitative, Qualitative, and Mixed methodologies. Oxford University Press

- Easterlin, R. (1975). *An Economic Framework for Fertility Analysis*. vol. 6, no. 3, pp.54-63
- Easterlin, R. (1987). *Birth and Fortune. The Impact of Numbers on Personal Welfare*. Chicago: University of Chicago Press, 2nd edn.
- EKKE (2002). *Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region: Standard Country Report: Greece*. By Haris Symeonidou for National Center for Social Research.
- Gauthier, A. (2002). *Family Policies in industrialized countries: Is there convergence?* *Population*, vol. 57, pp. 447-474
- Gauthier, A. (2011). *Comparative Family Policy Database, Version 3* [computer file]. Retrieved from: [www.demogr.mpg.de](http://www.demogr.mpg.de)
- Ghidi, P.M., (2012). *A model of ideological transmission with endogenous parental preferences*. *International Journal of Economic Theory*, 8(4), pp. 381-403.
- Goldin, C., (2006). *The quiet revolution that transformed women's employment, education, and family*. *American economic review*, 96(2), pp.1-21.
- Grossman, M. (1972). *On the concept of health capital and the demand for health*. *J. Polit. Econ.* 80(2), 223–255
- Herr, K. and Anderson, G.L., (2014). *The action research dissertation: A guide for students and faculty*. Sage publications
- Hinde, A., (2003). *England's population: a history since the domesday survey*. Hodder Arnold
- Hoffman, S. and Averett, S. (2010). *Women and the Economy. Family, Work, and Pay*. 2nd Edition. Boston, MA : Pearson/Addison-Wesley
- Human Fertility Data Base (2017). Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria).
- Kotzamanis B, Baltas P, Kostaki A. (2017). *The Trend of Period Fertility in Greece and Its Changes During the Current Economic Recession*. *Population Review*. 56 (2).
- Willis, R. (1973). *A new approach to the Economic Theory of Fertility*. *Journal of Political Economy*, vol. 81, no. 2, part 2, pp. S14-S64

Kind, M. and Kleibrink, J., (2012). Time is money—the influence of parenthood timing on wages.

Kohler, H.P., Billari, F.C. and Ortega, J.A., (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. *Population and development review*, 28(4), pp.641-680.

La Ferrara, E., Chong, A. and Duryea, S., (2012). Soap operas and fertility: Evidence from Brazil. *American Economic Journal: Applied Economics*, 4(4), pp.1-31.

Lee, R. (1990). "The demographic response to economic crisis in historical and contemporary populations," *Population Bulletin of the United Nations* 1990 (29): 1-15.

Munshi, K. and Myaux, J., (2006). Social norms and the fertility transition. *Journal of development Economics*, 80(1), pp.1-38.

Neels, Karel. (2010). "Temporal variation in unemployment rates and their association with tempo and quantum of fertility: Some evidence for Belgium, France and the Netherlands," paper presented at the Annual meeting of the Population Association of America, Dallas, 17 April.

OECD Family Data Base (2017). Public policies for families and children.

OECD Country Profile Greece (2019)

Pampel, F. (1993). Relative Cohort Size and Fertility: The Socio-Political Context of the Easterlin Effect. *American Sociological Review*, vol. 58, no. 4, pp. 496-514

Pampel, F.C., (1993). Relative cohort size and fertility: The socio-political context of the Easterlin effect. *American Sociological Review*, pp.496-514.

Pritchett, L. and Summers, L.H., (1994). Desired fertility and the impact of population policies (Vol. 1273). World Bank Publications.

Pulugurtha, S. R., Bhat, D. G., Gordon, M. H., Shultz, J., Staia, M., Joshi, S. V., & Govindarajan, S. (2007). Mechanical and tribological properties of compositionally graded CrAlN films deposited by AC reactive magnetron sputtering. *Surface and Coatings Technology*, 202(4-7), 1160-1166

Ray, R. (2008). A Detailed Look at Parental Leave Policies in 21 OECD Countries. Center for Economic and Policy Research

Reibstein, L., (2017). The Impact of Public Policy on Fertility Rates in OECD Countries: A Comparative Study.

Rindfuss, R., Morgan P, Swicegood G. (1988). First Births in America: Changes in the Timing of Parenthood. Berkeley: University of California Press.

Safilios-Rothchild C. (1969). Sociopsychological Factors Affecting Fertility in Urban Greece: A Preliminary Report. Journal of Marriage and Family, Vol. 31, No. 3 pp. 595-606

Πηγές από το Διαδίκτυο

Eurostat Database (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>)

**Euro**life ERB  
INSURANCE GROUP

A FAIRFAX Company

Ευχαριστούμε για την υποστήριξη στην εκπόνηση της έρευνας.