

**ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΡΑΚΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Β. ΛΥΜΠΕΡΗΣ**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΤΟΣ 2007 - 2008

**ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ ΠΡΩΤΗΣ
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 10
ΧΡΟΝΙΑ**

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΑΡΑΜΑΝΙΔΗΣ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 2007

ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΠΟΥΡΙΚΑΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Β. ΛΥΜΠΕΡΗΣ, Αν. Καθηγητής (επιβλέπων)
Γ. ΓΑΛΑΖΙΟΣ, Αν. Καθηγητής
Χ. ΑΝΤΩΝΟΓΛΟΥ, Επίκ. Καθηγητής

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Β. ΛΥΜΠΕΡΗΣ, Αν. Καθηγητής
Γ. ΓΑΛΑΖΙΟΣ, Αν. Καθηγητής
Χ. ΑΝΤΩΝΟΓΛΟΥ, Επίκ. Καθηγητής
Ν. ΝΙΚΟΛΕΤΤΟΣ, Καθηγητής
Ε. ΣΙΒΡΙΔΗΣ, Καθηγητής
Κ. ΤΣΑΤΑΛΑΣ, Καθηγητής
Ν. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Αν. Καθηγητής

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του ΔΠΘ δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα (ν. 5343/32 άρθρο 202, παρ.2)

Στη μνήμη του Πατέρα μου
Κοσμά

Στη Μητέρα μου
Μαρία

Στη σύζυγό μου Δήμητρα

Στα Παιδιά μου
Σμαράγδα, Μαρία και Κοσμά

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	13
Α΄ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	18
1. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ - ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	19
1.1. Περιγραφή της κατάστασης σήμερα στην Ελλάδα και τον κόσμο.....	19
1.2. Θράκη και Υπογεννητικότητα.....	29
2. ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΑΙΤΙΕΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ..	32
2.1. Ιατρικοί Λόγοι.....	33
2.1.1. Υπογονιμότητα	33
2.1.2. Εκτρώσεις	41
2.2. Δημογραφικοί Λόγοι.....	43
2.2.1. Μείωση της βρεφικής θνησιμότητας	43
2.2.2 Μετανάστευση.....	44
2.2.3. Αστικοποίηση	44
2.3. Οικονομικοί και Κοινωνικοί Λόγοι.....	45
2.4. Τροχαία ατυχήματα.....	53
3. ΓΑΜΗΛΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΣΥΖΥΓΩΝ	54
Β΄ ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	66
1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	68
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	70
2.1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	86

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	87
3.1. Σύνολο των γυναικών	87
3.2. Πρωτοτόκες γυναίκες	94
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	117
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	142
5.1. Για το σύνολο των γυναικών ανεξάρτητα του αριθμού των τοκετών.....	142
5.2. Για τις πρωτοτόκες γυναίκες	143
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	146
SUMMARY	148
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	150

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο οικογενειακός προγραμματισμός βασίζεται στην αναγνωρισμένη σε παγκόσμια κλίμακα αρχή της ελεύθερης τεκνοποίησης, η οποία ανάγεται ήδη σε θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι το άτομο ή το ζεύγος έχει το δικαίωμα να αποφασίζει αυτόβουλα και υπεύθυνα πόσα παιδιά θα αποκτήσει και πότε.

Η Πολιτεία, ενστερνιζόμενη την ιδέα του Οικογενειακού Προγραμματισμού, δημιούργησε Μονάδες Οικογενειακού Προγραμματισμού οι οποίες εντάχθηκαν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και στελεχώθηκαν από Μαίες και Μαιευτήρες – Γυναικολόγους.

Βασικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού είναι να δώσει τα μέσα σε κάθε ζευγάρι να ρυθμίζει την ανάπτυξη και το μέγεθος της οικογένειάς του ελεύθερα, αλλά μετά από σωστή και υπεύθυνη ενημέρωσή του. Θεμελιώδης προϋπόθεση για την εκπλήρωση του σκοπού αυτού είναι η διάδοση και ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας, αλλά και η γνώση μέτρων με τα οποία αντιμετωπίζεται η υπογονιμότητα, προλαμβάνονται τα αφροδίσια νοσήματα, συμβουλές σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης κλπ. Δυστυχώς ο οικογενειακός προγραμματισμός ταυτίστηκε με τον έλεγχο των γεννήσεων που εφαρμόζεται σε ορισμένες υπό ανάπτυξη χώρες, που μαστίζονται από το πρόβλημα του υπερπληθυσμού. Πρέπει να τονιστεί ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός στην αρχική του μορφή είχε σκοπό την ενίσχυση των γεννήσεων.

Σε παγκόσμια κλίμακα ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί στην:

- Μείωση των εκτρώσεων
- Προαγωγή της υγείας της μητέρας
- Προαγωγή της υγείας των παιδιών
- Αντιμετώπιση της υπογονιμότητας
- Πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων
- Επίλυση δημογραφικών προβλημάτων

Σπάνια συμβαίνει στην ιστορία ο αριθμός των γεννήσεων να πέφτει χαμηλότερα από τον αριθμό των θανάτων, προκαλώντας έτσι μείωση του πληθυσμού. Το φαινόμενο αυτό παρατηρήθηκε στη Γερμανία και στη Γαλλία κατά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και στην Καμπότζη τις προηγούμενες δεκαετίες λόγω των γνωστών γεγονότων.

Παρόλα αυτά σήμερα, σε περίοδο ειρήνης, πολλές χώρες της Ευρώπης παρουσιάζουν δείκτη γεννήσεων πολύ κάτω του δείκτη διαιώνισης των γενεών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση σοβαρών δημογραφικών προβλημάτων.

Τα στοιχεία που δημοσιεύονται τα τελευταία χρόνια είναι απογοητευτικά: Ο μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα στην Ε.Ε. είναι μόλις 1,53 ενώ το όριο για την αναπλήρωση των γενεών είναι 2,1 παιδιά!

Μεγαλύτερο πρόβλημα φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν οι χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου. Το αρνητικό ρεκόρ κατέχει η Ισπανία, όπου το 1998 ο δείκτης γονιμότητας ήταν μόλις 1,16. Παρόμοια η κατάσταση και στη γειτονική μας Ιταλία, όπου ο δείκτης γονιμότητας είναι 1,19. Το 1996 η Ιταλία υπήρξε η μοναδική χώρα στον κόσμο όπου ο αριθμός των ηλικιωμένων ξεπέρασε εκείνον των νέων.

Η Ελλάδα είναι τρίτη από το τέλος ως προς τη γεννητικότητα μετά την Ισπανία και την Ιταλία. Ο ολικός δείκτης γονιμότητας μειώθηκε από 2,1 το 1981 στο 1,3 το 1998, δηλαδή κατά 38%. Σε σχέση με τις άλλες Βαλκανικές χώρες διαθέτει τον χαμηλότερο δείκτη γεννήσεων. Μάλιστα υπολογίζεται ότι το 2050 ο πληθυσμός της Ελλάδας θα μειωθεί κατά 345.000 περίπου.

Το έθνος μας κατά τη μακρόχρονη ιστορία του όχι μόνο αντιμετώπισε αλλά και πλήρωσε ακριβά την υπογεννητικότητα. Ο ιστορικός Πολύβιος αναφέρει ότι «η υποδούλωση της χώρας μας στους Ρωμαίους οφείλετο στην υπογεννητικότητα», αλλά και η Ρώμη αργότερα αυτοκτόνησε λόγω της εκούσιας ατεκνίας.

Η ανάπτυξη του θέματος της δημογραφίας, του σημαντικότερου όλων των προβλημάτων που αντιμετωπίζει σήμερα η χώρα μας, είναι δύσκολη και πολύπλοκη.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν δημοσιευτεί αξιόλογα βιβλία και άρθρα που αναφέρονται στις διάφορες πτυχές του προβλήματος αυτού. Ακόμη οι Ιατρικές Εταιρείες περιλαμβάνουν στις εργασίες των συνεδρίων τους ειδικές ομιλίες και στρογγυλές τράπεζες για το δημογραφικό και τον οικογενειακό προγραμματισμό, ακολουθώντας το παράδειγμα του αείμνηστου Καθηγητή Νικόλαου Λούρου, ο οποίος έλεγε ότι οι γιατροί που επωμίζονται επίσημες αποστολές της πολιτείας και ευθύνες σχετικές με τη μητέρα και το παιδί, οι μαιευτήρες δηλαδή και οι παιδίατροι, είναι αυτόματα υποχρεωμένοι να ασχολούνται με τη δημογραφία της χώρας.

Οι πηγές, οι οποίες παρέχουν στατιστικά δημογραφικά στοιχεία, διακρίνονται στις απογραφές του πληθυσμού, στις δειγματοληπτικές έρευνες, στις ληξιαρχικές καταγραφές των γάμων, γεννήσεων, θανάτων και στις συνοριακές καταγραφές (εξωτερικής μετανάστευσης). Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (ΕΣΥΕ) δημοσιεύει αυτά τα στοιχεία σε

ειδικούς τόμους και τεύχη. Για τη ευαίσθητη (εθνικά, γεωγραφικά, οικονομικά, κοινωνικά) περιοχή της Θράκης τα στοιχεία είναι γενικά και δεν περιλαμβάνουν παραμέτρους όπως το θρήσκευμα. Η υπογεννητικότητα στην Ελλάδα και ειδικότερα στην περιοχή μας, οι δυσοίωνες προβλέψεις για το μέλλον και η δυνατότητα του μαιευτήρα να συλλέξει στοιχεία από τηρούμενα βιβλία τοκετών και το ιστορικό των επιτόκων αποτέλεσαν το έναυσμα για την εκπόνηση της παρούσας διατριβής.

Η μελέτη χωρίζεται σε δύο μέρη, το Γενικό και το Ειδικό.

Στο Γενικό μέρος αναφέρονται στοιχεία δημογραφικά για την γεννητικότητα, γονιμότητα και γαμηλιότητα στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. Περιγράφονται τα αίτια της υπογεννητικότητας, η σημασία των δημογραφικών δεικτών για την ακριτική Θράκη και ειδικότερα η σημασία της ηλικίας της μητέρας κατά τον πρώτο τοκετό.

Στο Ειδικό μέρος αναφέρεται ο σκοπός της εργασίας και η μέθοδος και το υλικό που χρησιμοποιήθηκε. Ακολουθεί η παράθεση των αποτελεσμάτων, η στατιστική επεξεργασία και η συζήτηση. Στη συνέχεια αναγράφονται τα συμπεράσματα, η περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα και, τέλος, η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε.

Στο σημείο αυτό αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Ευχαριστώ θερμά τον Καθηγητή κ. Παναγιώτη Αναστασιάδη, επιβλέποντα της εργασίας, που μου εμπιστεύτηκε την ανάθεση του θέματος καθώς επίσης και τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Βασίλειο Λυμπέρη, επίσης επιβλέποντα της εργασίας, ο οποίος με την ευρεία κατάρτισή του και την πολύχρονη εμπειρία του με βοήθησε στη συνέχιση και εκπόνηση αυτής της εργασίας. Τον Αναπληρωτή Καθηγητή Γεώργιο Γαλάζιο που μου παρείχε αφειδώς κάθε βοήθεια όποτε τη χρειάστηκα σε όλα τα στάδια της εργασίας.

Τον Διευθυντή της Μαιευτικής – Γυναικολογικής Κλινικής του ΕΣΥ κ. Γεράσιμο Κουτσούγερα που μου παρείχε αμέριστη συμπαράσταση και ηθική υποστήριξη αλλά και συνέβαλλε στην επιστημονική μου διαμόρφωση, θέλω να ευχαριστήσω θερμά ως δάσκαλο. Τον Καθηγητή κ. Νικόλαο Νικολέττο για τις πολύτιμες συμβουλές και χρήσιμες υποδείξεις του. Τον Επίκουρο Καθηγητή κ. Χρήστο Αντώνογλου για την ανεκτίμητη βοήθειά του. Τους Καθηγητές κ. Ευθύμιο Σιβρίδη και κ. Κωνσταντίνο Τσαταλά θα ήθελα να ευχαριστήσω για την πολύτιμη επιστημονική τους βοήθεια όχι μόνο στην παρούσα εργασία αλλά και στην καθημερινή κλινική πράξη. Θα ήταν παράληψή μου εάν δεν ευχαριστήσω τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Νικόλαο Παπαδόπουλο για την συμπαράστασή του και το ειλικρινές ενδιαφέρον του.

Η στατιστική επεξεργασία έγινε με τη συνδρομή της μαθηματικού κ. Αγγελή Χρυσάνθης, την οποία ευχαριστώ.

Τέλος την φιλόλογο κα. Ζήκα Βάγια ευχαριστώ για την φιλολογική επιμέλεια του κειμένου της παρούσης εργασίας.

Α΄ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Γονιμότητα - Γεννητικότητα

1.1. Περιγραφή της κατάστασης σήμερα στην Ελλάδα και τον κόσμο

Η οικογένεια αποτελεί τουλάχιστον για τις μεσογειακές και βαλκανικές χώρες κυρίαρχη κοινωνική δομή, η οποία στηρίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στην απόκτηση τέκνων. Κοινή αντίληψη είναι ότι οικογένεια χωρίς απογόνους ουσιαστικά δεν υφίσταται ή ότι «η μητρότητα ολοκληρώνει τη γυναίκα και δίνει νέα κατεύθυνση στη ζωή του ζευγαριού». Είναι γεγονός ότι τα παιδιά, όταν είναι επιθυμητά, ικανοποιούν ποικίλες συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες των γονέων, οι οποίοι σαφέστατα έχουν από τη δική τους πλευρά την υποχρέωση να τους παράσχουν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για αξιοπρεπή διαβίωση και σωστή σωματική και ψυχοπνευματική ανάπτυξη. Η μητρότητα ωστόσο ως αυτόνομη αξία και τρόπος ηθικής αυτοεκπλήρωσης είναι κατά βάση μια σύγχρονη ιδέα που δεν ανήκε μάλλον στο βασικό σύστημα των αξιών των αρχαίων κοινωνιών, καθώς από τα χρόνια της ελληνικής και ρωμαϊκής αρχαιότητας η τεκνοποιία είχε στόχο την εξασφάλιση στρατιωτών για στρατηγούς και αυτοκράτορες αλλά και εργατικού δυναμικού τόσο για τις φτωχές αγροτικές οικογένειες όσο και για την οικονομική ζωή του Κράτους γενικότερα (Παπαγγελής Θ. «Η υπογεννητικότητα στην αρχαία Ρώμη», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, *Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας*, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ.1-8).

Κάποια στιγμή, στα χρόνια του Ρωμαίου αυτοκράτορα Αύγουστου, υπήρξε η ανάγκη για ελεγχόμενη κατά κάποιο τρόπο τεκνοποίηση, ένα είδος

πρώιμου οικογενειακού προγραμματισμού, με αιτία την προσπάθεια των οικονομικά εύπορων οικογενειών να αποφύγουν την υπερβολική κατάτμηση της οικογενειακής περιουσίας: το σχέδιο ήταν «λίγοι και εύποροι κληρονόμοι». Από την άλλη πλευρά τα λαϊκότερα στρώματα απέφευγαν την «πολυγονία» για οικονομικούς και πάλι λόγους. Η παραπάνω συμπεριφορά οδήγησε στην πρώτη διαπιστωμένη σε γραπτά κείμενα προσπάθεια να αντιμετωπιστεί νομοθετικά το δημογραφικό πρόβλημα της **υπογεννητικότητας**, η οποία άδειαζε τα στρατολογικά γραφεία και ανησύχησε τον αυτοκράτορα σε σημείο να θεσπίσει νόμους για να την αντιμετωπίσει (Lex Iulia) (Παπαγγελής Θ. «Η υπογεννητικότητα στην αρχαία Ρώμη», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ.1-8).

Το πολυπαραγοντικό αυτό φαινόμενο που ονομάζεται υπογεννητικότητα κρίνεται άκρως ανησυχητικό ιδίως στις μέρες μας, καθώς οι επιπτώσεις του γίνονται πια όχι μόνο μακροπρόθεσμες αλλά και άμεσα ορατές σε κοινωνικό, οικονομικό ακόμα και εθνικό επίπεδο. Δεν είναι δυνατό να μας αφήνει αδιάφορους το γεγονός ότι υπήρξε χρονιά (μιλάμε για το 1996) κατά την οποία οι θάνατοι ξεπέρασαν τις γεννήσεις ή ότι στη δεκαετία του 1990 ούτως ή άλλως η φυσική αύξηση του πληθυσμού ήταν μόλις 2%, δηλαδή για την ανάπτυξη του πληθυσμού της χώρας υπήρχαν μόνο 2 άνθρωποι στους χίλιους (Κατσουγιαννόπουλος Β. «Η διαχρονική εξέλιξη της γεννητικότητας στην Ελλάδα», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, *Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας*, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 9-13).

Οι γεννήσεις λοιπόν δεν επαρκούν, ώστε να αντικαταστήσουν τις γενιές που προηγήθηκαν. Αυτό δεν είναι μόνο ελληνικό φαινόμενο, αν ληφθεί υπόψη ότι ανάμεσα στις χώρες-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης οι μόνες χώρες που έχουν δείκτη πάνω από το όριο αναπλήρωσης των γενεών, το 2,1 δηλαδή παιδιά ανά γυναίκα, είναι η Αλβανία και η Τουρκία

(Πίνακας 1). Η Ιταλία δε το 1996 υπήρξε η μοναδική χώρα σε παγκόσμια κλίμακα, στην οποία ο αριθμός των ηλικιωμένων ξεπέρασε εκείνον των νέων, κατά τον G. Sgrita, στη Σουηδία του κοινωνικού κράτους ο δείκτης το 1998 έφτασε το 1,5, στην Αυστρία 1,34, στην Ισπανία 1,19 το 1999, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο 1 στις 5 γυναίκες υπολογίζεται ότι θα μείνει άτεκνη! Εξαιρέσεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο η Ιρλανδία, η Ολλανδία και η Γαλλία. Όσον αφορά την Ελλάδα, είναι η χώρα με το χαμηλότερο δείκτη γεννήσεων στα Βαλκάνια, με το ποσοστό των αγάμων φορολογούμενων να αυξάνεται κατά 34% στη δεκαετία 1981-1991, των εγγάμων χωρίς παιδιά κατά 45% και των εγγάμων με παιδιά να μειώνεται, ιδιαίτερα αυτό των εγγάμων με τρία παιδιά (μείωση κατά 25%) (Νεγκής Α. «Η Γηραιά Ήπειρος γηράσκει», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, *Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας*, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001, σ. 25-49). Ο ελληνικός χώρος ερημώνεται, με 94 από τις 148 επαρχίες της Ελλάδας να παραμένουν είτε δημογραφικά στάσιμες είτε καταρρέουσες, ενώ στα 100 έως 345 άτομα ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιστοιχεί το δικό μας πενιχρό νούμερο των 74 ατόμων (Μπουροδήμος Ε. «Η κοινωνική και οικονομική προβληματική των δημογραφικών εξελίξεων», στον τόμο του ιδίου, *Το δημογραφικό πρόβλημα*, Εταιρεία Ροδιακών Μελετών, Αθήνα, 1995, κεφ. 5). Χρησιμοποιώντας το δείκτη γήρανσης, τον αριθμό δηλαδή ηλικιωμένων 65 ετών και άνω ανά 100 παιδιά ηλικίας 0-14 ετών, βλέπουμε ότι από 19% το 1941 έφτασε σε 71% το 1986. Κατά την περίοδο 1994 – 2003, ο δείκτης γήρανσης ακολούθησε μία έντονα ανοδική πορεία φθάνοντας το 2005 στην αντιστοιχία των 127 ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, για κάθε 100 άτομα ηλικίας 0 – 14 ετών, έναντι των 83 ατόμων το 1994. Το 2020 το ποσοστό των ηλικιωμένων πιστεύεται ότι θα υπερβεί το 21% του συνολικού πληθυσμού (ΕΣΥΕ. *Στατιστικές φυσικής κίνησης πληθυσμού της Ελλάδος*. Δελτίο Τύπου ΕΣΥΕ, Πειραιάς 2-4-2007).

Βάσει ερευνών η μεγάλη μείωση της φυσικής αύξησης του ελληνικού πληθυσμού ξεκίνησε το 1981. Το 1980 φυσική αύξηση του πληθυσμού είχαν 40 νομοί, ενώ το 1998 μόλις 13. Με δεδομένο ότι η αύξηση της θνησιμότητας μεταξύ 1980 και 1998 υπήρξε μικρή, οφειλόμενη στην τότε γήρανση του πληθυσμού και με βάση την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των Ελλήνων, πράγμα που τους καθιστά από τους μακροβιότερους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το φαινόμενο της μείωσης του πληθυσμού εξηγείται από τη μεγάλη μείωση στη γεννητικότητα: από 15,36 ανά 1000 κατοίκους το 1980 σε 9,59 το 1998. Το 1998 η χώρα μας παρουσίασε μείωση του πληθυσμού κατά 3000 περίπου άτομα, ενώ μόνο η περιφέρεια της πρωτεύουσας έχει να επιδείξει ουσιαστική αύξηση του πληθυσμού της (*Δρεττάκης Μ. «Η μεγάλη μείωση των γεννήσεων από το 1981 και μετά κατέληξε σε φυσική μείωση του πληθυσμού το 1996 και το 1998», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 261-8*). Το *World Almanac του 1998* θεωρεί ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας το 2050 θα είναι 8.100.000 άτομα, εκτίμηση που ισοδυναμεί με αποδοχή πληθυσμιακής κατάρρευσης της Ελλάδας.

Το μέλλον λοιπόν φαντάζει δυσοίωνο. Η Ελλάδα σιγά-σιγά σβήνει. Τα άτομα αναπαραγωγικής ηλικίας συνεχώς μειώνονται σε ποσοστό και ακόμα και αυτά αποφασίζουν να αποκτήσουν λιγότερα παιδιά (Πίνακες 2 και 3). Αναμενόμενη με βάση τα παραπάνω είναι η ακόμα μεγαλύτερη δημογραφική ωρίμανση του Ελληνικού Κράτους, γεγονός που επιτείνεται και από την αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών. Το γεγονός έχει άμεση και ήδη ορατή επίπτωση στα σχολεία της χώρας. Κατά μέσο όρο την τελευταία εξαετία κλείνουν περίπου 100 σχολεία το χρόνο-το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα αισθητό στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση: έχει αυξηθεί κατά πολύ ο αριθμός των μονοθέσιων δημοτικών σχολείων, πολλά από τα οποία λειτουργούν με ελάχιστους μαθητές. Μέσα σε μια δεκαετία (από 1986 έως

1996) η Ελλάδα έχασε πάνω από 34.000 καινούργιους μαθητές, γεγονός που έχει οδηγήσει σε υποβιβασμούς σχολείων, κλείσιμο ή συγχωνεύσεις, ενώ αντίστοιχα μειώνεται και ο αριθμός του διδακτικού προσωπικού. Τα σχολεία μειώθηκαν κατά 1,7% και οι εκπαιδευτικοί κατά 2%. Το φαινόμενο παρατηρείται έντονο ακόμα και στην Πρωτεύουσα, παρόλο που εκεί καταλήγει το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων που εγκαταλείπουν την ύπαιθρο (Μαθιουδάκη Κ. «Οι επιπτώσεις της υπογεννητικότητας στα σχολεία», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 285-9).

Η πραγματικότητα αυτή οδηγεί σε μια ακόμα πιο ζοφερή κατάσταση: η έλλειψη νέων ανθρώπων ισοδυναμεί με απίστευτη απώλεια εργατικού δυναμικού και υποβάθμιση των παραγωγικών δυνάμεων της χώρας, με άμεση συνέπεια την οικονομική ύφεση λόγω μείωσης των ασφαλιστικών εισφορών και των φόρων που εισπράττονται από το κράτος. Τα ασφαλιστικά ταμεία υπάρχει κίνδυνος να καταρρεύσουν και οι νέες γενιές να μη συνταξιοδοτηθούν, ενώ η ίδια η οικονομική ύφεση είναι δημιουργός ανεργίας με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Η ανισορροπία ανάμεσα στον ενεργό και τον ανενεργό πληθυσμό θα οδηγήσει, όπως πιστεύεται, σε επιβάρυνση των προϋπολογισμών κοινωνικής ασφάλισης γενικότερα, σε μια κατάσταση δηλαδή κατά την οποία οι λίγοι νέοι θα εργάζονται και θα εισφέρουν φόρους για την περίθαλψη των πολύ περισσότερων και μη εργαζόμενων ηλικιωμένων. Όταν ήδη (1999) το 71,1% των παροχών κοινωνικής ασφάλισης της χώρας απορροφάται από τις δαπάνες για συντάξεις και η αναλογία συνταξιούχων προς ασφαλισμένους για κύρια σύνταξη από 1: 3,24 το 1973, μειώθηκε σε 1: 2,14 το 1999, δε φαίνεται καθόλου περίεργη η πρόβλεψη ότι η συνταξιοδοτική δαπάνη, λόγω της δημογραφικής επίδρασης, από 11,7% του ΑΕΠ το 1990, προβλέπεται να ανέλθει στο 15,9% το 2010, στο 18,4% το 2020 και στο 22,6% το 2030 (Λέανδρος Ν. Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης. Κατευθύνσεις για τη

μεταρρύθμιση του συστήματος, IOBE, Αθήνα, 1996). Οι δαπάνες για την υγεία των ηλικιωμένων αποτελούν άλλο ένα μείζον θέμα, καθώς προβλέπεται ότι (βάσει εκτιμήσεων του ΙΚΑ) από 37,1% το 2000 θα ανέλθουν σε 52,1% το 2050 (κατά εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ οι αριθμοί είναι 42,5 και 59,8 αντίστοιχα). Στη Γαλλία εκτιμάται ότι οι δαπάνες για τις συντάξεις και τις παροχές υγείας για έναν ηλικιωμένο είναι 2,5 φορές μεγαλύτερες από τις δαπάνες για το οικογενειακό επίδομα και την εκπαίδευση ενός παιδιού (Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ. «Επιπτώσεις της υπογεννητικότητας στο ασφαλιστικό σύστημα», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 304-11). Είναι δύσκολο να προεξοφλήσει κανείς τις μελλοντικές κοινωνικές επιπτώσεις αυτού του γεγονότος, που είναι δυνατόν να προκαλέσει και κοινωνικές εντάσεις, εφόσον διαταράσσεται το άτυπο κοινωνικό συμβόλαιο μεταξύ των γενεών, που έχει ως εγγυητή του το Κράτος Πρόνοιας. Ο φαύλος αυτός κύκλος θα κατασκευάσει μια κοινωνία ηλικιωμένων, με μηδαμινές δυνατότητες ανανέωσης στο χώρο της πολιτικής, της τέχνης και της επιστήμης, μια κοινωνία με καμία ελπίδα για πρόοδο. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ένα τέτοιο κοινωνικό πλαίσιο υποχωρούν το επιχειρηματικό πνεύμα και η διάθεση για νεωτερισμούς, η αγροτική παραγωγή μειώνεται λόγω μη καλλιέργειας όλων των εδαφών ή προτίμησης σε πρωτόγονες μορφές εκμετάλλευσης της γης, στο εκλογικό σώμα εκπροσωπούνται σε μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένοι, άρα υπαγορεύουν και πολιτικές. Το ερώτημα που εύλογα ανακύπτει είναι κατά πόσο είναι η ελληνική κοινωνία προετοιμασμένη για να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού της, καθώς αυτή τη στιγμή δεν υπάρχουν ούτε καν ειδικές υπηρεσίες υγείας στελεχωμένες με εξειδικευμένους γιατρούς στη γηριατρική ούτε οι αντίστοιχες κοινωνικές υπηρεσίες, με φωτεινή ίσως εξαίρεση το σχετικά πρόσφατο πρόγραμμα

«Βοήθεια στο σπίτι» (Νεγκής Α. «Ελλάδα: Η ... γηραιότερη χώρα του πλανήτη», *www.iatriki.gr*, 25/10/1998).

Αν η διατήρηση των δημοκρατικών δομών μιας χώρας σχετίζεται με τη σύνθεση του πληθυσμού και τη γενικότερη οικονομική της κατάσταση, αντιλαμβανόμαστε τους κινδύνους που προκύπτουν από τη δημιουργία μιας κοινωνίας ηλικιωμένων (Εικόνα 1). Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με την έκθεση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (1998), το έτος 2020 η Ελλάδα θα είναι μετά την Ιαπωνία η γηραιότερη χώρα του πλανήτη μαζί με την Ιταλία και την Ελβετία. Σε εθνικό επίπεδο η μείωση των γεννήσεων έχει ως άμεσο αποτέλεσμα και τη μείωση του αριθμού των στρατευσίμων, η οποία σε συνδυασμό με τη μείωση της στρατιωτικής θητείας θα διαμορφώσει τη δύναμη του στρατού ξηράς σε 86.178 το 2004, 78.888 το 2010 και 77.081 το 2015, έναντι των 108.000 που υπηρετούν σήμερα (Χασαπόπουλος Ν. «Το νέο στρατιωτικό δόγμα», *εφημερίδα ΤΟ ΒΗΜΑ*, 25/11/2001). Υπολογίζεται ότι το 2010 θα έχουμε περίπου τους μισούς στρατεύσιμους από αυτούς που είχαμε στα μέσα της δεκαετίας του '50 (Σαλμανίδης Α. «Η σημασία της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα», *Ιατρικό Βήμα*, Ιούλιος-Αύγουστος 1996, σ. 28-9). Με το δεδομένο της ύπαρξης εξωτερικών κινδύνων και την εθνική ασφάλεια να τελεί υπό απειλή ακόμα και σήμερα, είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι η γειτονική μας Τουρκία έχει συντελεστή γονιμότητας στο 3,7 και ότι το 1990 εμείς ήμασταν περίπου 10.000.000, ενώ οι Τούρκοι 62.000.000. Το 2025 ο τουρκικός πληθυσμός αναμένεται να φτάσει τα 98,7 εκατομμύρια (Παπαθεμελή Στ. «Αλλοίωση και αυτοκτονία του ελληνικού έθνους λόγω της αύξησης των μεταναστών (από γειτονικές χώρες)», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, *Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας*, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 317-324).

Πίνακας 1. Δείκτης ολικής γονιμότητας (TFR, αριθμός παιδιών ανά γυναίκα) στην ΕΕ-15 και ΕΕ-25 (1970 έως 2001).

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001
EU-25	2.34	2.02	1.88	1.70	1.64	1.44	1.48	1.46
EU-15	2.38	1.96	1.82	1.60	1.57	1.42	1.50	1.49
EUROZONE	2.41	1.98	1.79	1.55	1.51	1.36	1.46	1.45
Belgium	2.25	1.74	1.68	1.51	1.62	1.55	1.66	1.64
Czech Republic	1.91	2.43	2.10	1.96	1.89	1.28	1.14	1.14
Denmark	1.95	1.92	1.55	1.45	1.67	1.80	1.77	1.74
Germany	2.03	1.48	1.56	1.37	1.45	1.25	1.38	1.35
Estonia	2.16	2.04	2.02	2.12	2.04	1.32	1.34	1.34
Greece	2.39	2.32	2.21	1.67	1.39	1.32	1.29	1.25
Spain	2.90	2.79	2.20	1.64	1.36	1.18	1.24	1.26
France	2.47	1.93	1.95	1.81	1.78	1.70	1.88	1.89
Ireland	3.93	3.40	3.25	2.47	2.11	1.84	1.90	1.94
Italy	2.42	2.20	1.64	1.42	1.33	1.18	1.24	1.25
Cyprus	2.54	2.01	2.46	2.38	2.42	2.13	1.64	1.57
Latvia	2.01	1.96	1.90	2.09	2.01	1.26	1.24	1.21
Lithuania	2.40	2.20	2.00	2.10	2.03	1.55	1.39	1.30
Luxembourg	1.98	1.55	1.49	1.38	1.61	1.69	1.76	1.66
Hungary	1.98	2.35	1.92	1.85	1.87	1.58	1.32	1.31
Malta	2.02	2.27	1.99	1.96	2.05	1.83	1.72	1.72
Netherlands	2.57	1.66	1.60	1.51	1.62	1.53	1.72	1.71
Austria	2.29	1.83	1.65	1.47	1.46	1.42	1.36	1.33
Poland	2.20	2.27	2.28	2.33	2.04	1.61	1.34	1.29
Portugal	2.83	2.58	2.18	1.72	1.57	1.41	1.55	1.45
Slovenia	2.10	2.16	2.11	1.72	1.46	1.29	1.26	1.21
Slovak Republic	2.40	2.55	2.32	2.25	2.09	1.52	1.30	1.20
Finland	1.82	1.68	1.63	1.65	1.78	1.81	1.73	1.73
Sweden	1.92	1.77	1.68	1.74	2.13	1.73	1.54	1.57
United Kingdom	2.43	1.81	1.90	1.79	1.83	1.71	1.64	1.63
Iceland	2.81	2.65	2.48	1.93	2.30	2.08	2.08	1.95
Liechtenstein	:	:	1.75	:	:	:	1.58	1.53
Norway	2.50	1.98	1.72	1.68	1.93	1.87	1.85	1.78
EEA	2.34	2.02	1.88	1.70	1.64	1.44	1.48	1.46
Switzerland	2.10	1.61	1.55	1.52	1.59	1.48	1.50	1.41
Bulgaria	2.18	2.24	2.05	1.95	1.81	1.24	1.30	1.24
Romania	2.89	2.62	2.45	2.26	1.83	1.34	1.31	1.27
Albania	5.16	:	3.62	3.26	3.03	2.70	:	:
Bosnia and Herz.	:	:	1.90	1.91	:	:	1.28	1.23
Croatia	1.80	1.91	1.93	1.83	1.69	1.58	1.40	1.27
F.Y.R.O.M.	2.95	2.70	2.45	2.31	2.06	1.97	1.88	1.73
Serbia and Mont.	2.28	2.31	2.26	2.21	2.08	1.88	1.66	1.71

Πηγή: European Communities. Population Statistics 2004, Luxembourg: Official Publications of the European Communities, 2004.

Πίνακας 2. Δείκτης ολικής γονιμότητας (Ελλάδα, 1970-2005).

ΕΤΟΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ
1970	2,43
1975	2,28
1980	2,18
1985	1,67
1990	1,43
1994	1,36
1998	1,30
2002	1,25
2004	1,31
2005	1,34

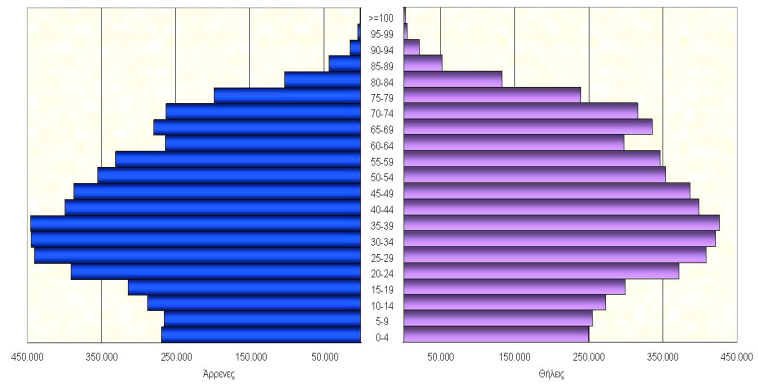
Πηγή: ΕΣΥΕ. Στατιστικές φυσικής κίνησης πληθυσμού της Ελλάδος. Δελτίο Τύπου ΕΣΥΕ, Πειραιάς 2-4-2007.

Πίνακας 3. Αδρός δείκτης γεννητικότητας (γεννήσεις ανά 1000 κατοίκους) 1960-2002.

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002
EU-25	18.5	18.1	16.2	14.4	13.8	12.7	12.3	10.8	10.6	10.4	10.3
EU-15	18.3	18.5	16.2	13.6	13.0	11.9	12.0	10.8	10.8	10.6	10.5
Eurozone	18.6	18.6	16.2	13.9	13.0	11.7	11.6	10.4	10.6	10.4	10.4
Greece	18.9	17.7	16.5	15.7	15.4	11.7	10.1	9.7	9.8	9.7	9.3

Πηγή: European Communities. Population Statistics 2004, Luxembourg: Official Publications of the European Communities, 2004.

Εικόνα 1. Πυραμίδα του πληθυσμού στο μέσο του έτους 2005.



Πηγή: Στατιστικές φυσικής κίνησης πληθυσμού της Ελλάδος. Δελτίο Τύπου ΕΣΥΕ, Πειραιάς 2-4-2007.

1.2. Θράκη και Υπογεννητικότητα

Σε μια περιοχή ακριτική όπως η Θράκη, προκαλεί έντονο προβληματισμό το γεγονός ότι κάποτε ο Τουργκούτ Οζάλ φέρεται να έχει δηλώσει ότι *«Για τη Θράκη δε χρειάζεται να γίνει πόλεμος, αφού μειώνεται συνέχεια ο ελληνικός πληθυσμός και κάποτε η περιοχή θα εγκαταλειφθεί»*. Ο Τούρκος ηγέτης στον οποίο αποδίδεται η παραπάνω φράση προφανώς δεν είχε στη διάθεσή του αντίστοιχα τουρκικά δημογραφικά δεδομένα που προβλέπουν ότι, λόγω του πολύ μεγαλύτερου δείκτη γεννήσεων των Κούρδων σε σχέση με εκείνον των Τούρκων, το 2025 πιστεύεται ότι το 44,4% του πληθυσμού της Τουρκίας θα είναι Κούρδοι! (Νεγκής Α. *«Η Γηραιά Ήπειρος γηράσκει»*, στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, *Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας*, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 25-49). Από τη στιγμή που ιστορικά η εθνολογική σύσταση δίνει το κίνητρο για εδαφικές διεκδικήσεις, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι ο κίνδυνος για τη Θράκη είναι υπαρκτός. Τα νούμερα είναι απογοητευτικά: Από 40.112 παιδιά που γεννήθηκαν τη δεκαετία 1961-1970, φτάσαμε σε 23.330 τη δεκαετία 1971-1980 και 12.000 στη δεκαετία 1981-1990. Οι μαθητές δημοτικού από 22.000 τη δεκαετία 1961-1970 έχουν πέσει σε 4.000 το 1995 (Μαστρογιάννης Χ. *«Το πληθυσμιακό πρόβλημα της Θράκης»*, στα *Πρακτικά του 3ου Παγκόσμιου Συνεδρίου Θρακών, Κομοτηνή, 1998*). Κρίνεται καταρχάς θετική η έλευση των παλιννοστούντων Ελληνοποντίων στη Θράκη, η οποία είναι τρίτη σε αριθμό νέων κατοίκων μετά τη Μακεδονία και τη Στερεά Ελλάδα. Ωστόσο αν η κατάσταση δε βελτιωθεί σύντομα υπάρχει κίνδυνος να συμβεί όχι μόνο στη Θράκη αλλά και στην Ελλάδα ολόκληρη ό,τι έχει συμβεί σε ανάλογες περιόδους με υπογεννητικότητα στο παρελθόν: όταν ο Αριστοτέλης ρωτήθηκε γιατί η ισχυρή Σπάρτη που πρώτη από όλες τις ελληνικές πολιτείες είχε συμβάλει στην απόκρουση των Περσών, δεν κατόρθωσε περί το 370 π.Χ. να αντισταθεί στους Θηβαίους,

δεν δίστασε να αποδώσει στο έργο του *Πολιτικά* την αποδυνάμωση της στην ολιγανθρωπία και στον αποπληθυσμό που δημιούργησε το πολιτικό της σύστημα. Το ίδιο αίτιο θα εξηγούσε αργότερα και την υποδούλωση ολόκληρης της Ελλάδας στους Ρωμαίους:

Ο ιστορικός Πολύβιος σημειώνει στο 36^ο βιβλίο (ΛΣΤ' 17, 5-8) ότι η *αρνησιπαιδία* και η *ολιγανθρωπία* εξηγούν την υποταγή της Ελλάδας στο Ρωμαϊκό κράτος: *«Την εποχή μας (2ος αι. π.Χ.) επικρατεί σ' όλη την Ελλάδα απαιδία και ολιγανθρωπία. Αυτά ήταν τα αίτια για να ερημωθούν οι πόλεις αφενός και αφετέρου να ελαττωθεί η παραγωγή στην ύπαιθρο, παρόλο που δε δοκιμαστήκαμε μόνο ούτε από συνεχείς πολέμους ούτε από ασθένειες... Οι άνθρωποι αποφεύγουν το γάμο από αλαζονεία, από φιλαργυρία και οκνηρία ή όσες φορές παντρεύονται αποφεύγουν να ανατρέφουν τα παιδιά που γεννιούνται, εκτός από ένα ή το πολύ δύο, για να τους αφήσουν μεγάλη περιουσία και για να μη δυσκολευτούν οι ίδιοι να τα μεγαλώσουν. Αυτή είναι όλη η αιτία των συμφορών μας, γιατί αν ο πόλεμος αρπάξει το ένα παιδί και η αρρώστια το άλλο, φανερό είναι ότι η οικογένεια μένει χωρίς κληρονόμους και η πόλη αποδυναμώνεται εξαιτίας της έλλειψης κατοίκων».*

Από τη στιγμή που η κατάσταση περιγράφεται με τόσο μελανά χρώματα κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση του θέματος. Δυστυχώς οι μελέτες που έχουν υλοποιηθεί σε σχέση με τη γεννητικότητα και τη γονιμότητα στην Ελλάδα και ειδικότερα στη Θράκη είναι ελάχιστες. Γι' αυτό το λόγω προς αναπλήρωση του υπάρχοντος κενού στην έρευνα και εξαιτίας της σοβαρότητας του ζητήματος, το οποίο έχει φτάσει σε σημείο να αποτελεί μείζον εθνικό πρόβλημα, προκρίθηκε ως αντικείμενο της παρούσας διατριβής μια πολύ σημαντική κατά τη γνώμη μας παράμετρος: αυτή της ηλικίας της γυναίκας κατά την πρώτη της εγκυμοσύνη ιδιαίτερα κατά τη δεκαετία 1987-1996, δεκαετία που σημαδεύτηκε, όπως προαναφέραμε, από

τη δραματική μείωση των γεννήσεων. Πριν όμως αναφέρουμε και αναλύσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε σχετικά με το πιο εξειδικευμένο αυτό θέμα, θεωρούμε απολύτως απαραίτητο να αναζητήσουμε αρχικά σε ευρύτερο πλαίσιο τα αίτια της υπογεννητικότητας, η οποία δυστυχώς μαστίζει τη χώρα μας τα τελευταία χρόνια.

2. Υπογεννητικότητα - Αιτίες του φαινομένου

Το απόσπασμα του Πολύβιου που προηγήθηκε αποτελεί και μία από τις πρώτες προσπάθειες για εξήγηση του φαινομένου της μείωσης των γεννήσεων. Η υπογεννητικότητα αποτελεί όμως και σύγχρονο φαινόμενο, εξαιρετικά σημαντικό και ανησυχητικό για τους μελετητές, επιστήμονες της δημογραφίας και μη. Συγκεκριμένα το 1996 η κατάσταση φτάνει πια στο απροχώρητο: οι θάνατοι είναι περισσότεροι από τις γεννήσεις. Βρισκόμαστε στην τέταρτη φάση εξέλιξης της σχέσης ανάμεσα σε γεννητικότητα και θνησιμότητα, στη φάση της δημογραφικής μετάβασης από την υψηλή γεννητικότητα και θνησιμότητα στη χαμηλή γεννητικότητα και θνησιμότητα, για να μιλήσουμε με όρους της δημογραφίας και εφόσον συνεχιστεί δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι θα εξασφαλίζεται από εδώ και πέρα η αντικατάσταση των γενεών (*Κατσουγιαννόπουλος Β. «Η διαχρονική εξέλιξη της γεννητικότητας στην Ελλάδα», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 9-13*). Το όριο αναπλήρωσης των γενεών (2,1 παιδιά για κάθε γυναίκα) για την Ελλάδα είναι πλέον άπιαστο όνειρο, αφού έχει πέσει από 1,43 το 1990 σε 1,3 το 1998. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 1,53. Με βάση τα δεδομένα της δεκαετίας 1990-2000 προβλεπόταν ότι μελλοντικά (2020) οι ηλικιωμένοι θα ξεπεράσουν το 20% του συνολικού πληθυσμού, ενώ ο παιδικός πληθυσμός θα πέσει στο 17,1 % αλλά και ο συνολικός ελληνικός πληθυσμός το 2015 θα είναι μειωμένος κατά 500.000 άτομα! (*Διακομματική Επιτροπή της Βουλής, «Μελλοντική πληθυσμιακή εξέλιξη της Ελλάδας» (εκτίμηση), στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 57-9*). Οι προβλέψεις αυτές με

τα σημερινά δεδομένα έχουν ήδη χειροτερέψει, αφού η αναλογία των παιδιών ηλικίας 0 – 14 ετών το 2000 ήταν 15,3% και θα μειωθεί σε 12,1% το 2050, ενώ η αναλογία της ομάδας ηλικιών 65 ετών και άνω θα αυξηθεί από 16,6% το 2000 σε 31,5% το 2050 (ΕΣΥΕ. Στατιστικές φυσικής κίνησης πληθυσμού της Ελλάδος. Δελτίο Τύπου ΕΣΥΕ, Πειραιάς 2-4-2007).

2. 1. Ιατρικοί Λόγοι

2.1.1. Υπογονιμότητα

Ως αιτίες για τη διαφαινόμενη ελληνική και όχι μόνο υπογεννητικότητα έχουν προταθεί αρκετές. Καταρχάς υπάρχουν ιατρικοί λόγοι που θα ήταν δυνατό να την εξηγήσουν, με σημαντικότερο αυτόν της υπογονιμότητας, ανδρικής και γυναικείας. Αν το ζεύγος μετά από ένα έτος ελεύθερων σεξουαλικών σχέσεων δεν φτάσει στην εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται, όπως είναι γνωστό, υπογόνιμο και αυτή η κατάσταση δύναται να οφείλεται στη γυναίκα, στον άνδρα, και στους δύο ή να είναι ανεξήγητη (Πίνακας 4).

Στην περίπτωση της γυναίκας, για να αναφερθούμε με αδρές γραμμές στο θέμα, κάνουμε λόγο για ανωοθυλακιορρηξία, παθήσεις των σαλπίγγων, ενδομητρίωση, φλεγμονές του γεννητικού συστήματος, παθολογικές καταστάσεις της μήτρας και των ωοθηκών όπως ινομυώματα και κύστες, παθολογική τραχηλική βλέννη, ενδομήτριες συμφύσεις κλπ, ενώ ο άνδρας πέρα από την κρυπορχία, την κίρσοκήλη, τον υπογοναδοτροφικό υπογοναδισμό, τις φλεγμονές των γεννητικών οργάνων, τις διαταραχές τις εκσπερμάτισης, την ολιγοζωοσπερμία, ασθενοσπερμία ή την αποφρακτική

αζωοσπερμία επηρεάζεται και από εξωτερικούς παράγοντες, όπως η έκθεση σε τοξικές ουσίες, το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος (*Hull et al. Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. BMJ 1985;291:1693-7*).

Ιδιαίτερης μνείας χρίζουν τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η πυελική φλεγμονώδης νόσος και οι ενδοπεριτοναϊκές συμφύσεις. Μια από τις σοβαρότερες επιπτώσεις της φλεγμονής των γεννητικών οργάνων είναι η επίδρασή της στην αναπαραγωγική δυνατότητα της γυναίκας (*Akande VA, et al. A cohort study of the prediction of Chlamydia infection causing subfertility, the value of treatment independent management and prognosis for pregnancy in 1119 women following laparoscopy. Presented at British Congress of Obstetrics and Gynaecology, Birmingham, 2001*). Βλάβες της σάλπιγγας από την φλεγμονώδη εξεργασία παρεμποδίζουν την παραλαβή του ωαρίου από τους κροσσούς, που μπορεί να μην είναι λειτουργικοί, εμποδίζουν την είσοδό του στο κωδωνικό στόμιο, αναστέλλουν την κινητικότητα της σάλπιγγας, ελαττώνουν την παραγωγή ενδοσαλπιγγικού υγρού και εμποδίζουν την αναγέννηση των κροσσωτών κυττάρων. Ο αυλός μπορεί να είναι αποφραγμένος ή να είναι ανοικτός, χωρίς όμως λειτουργικό βλεννογόνο. Σε απόφραξη του κωδωνικού στομίου δημιουργείται υδροσάλπιγγα (*Paavonen J., et al. Microbiological and histopathological findings in acute pelvic inflammatory disease. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1987;94:454 – 460*). Κάθε προσπάθεια προσέγγισης του θέματος της υπογεννητικότητας θα πρέπει να περιλαμβάνει και τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού και να αποσκοπεί στην εφαρμογή μέτρων αντισύλληψης, στην ενημέρωση των νέων γυναικών αλλά και στην έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία των γυναικών με πυελική φλεγμονή και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Οι ενδοπεριτοναϊκές συμφύσεις επιδρούν και αυτές στον σαλπγγικό παράγοντα και προκαλούν υπογονιμότητα. Η πιο συχνή αιτία ενδοπεριτοναϊκών συμφύσεων είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις, γυναικολογικές, μαιευτικές ή γενικά της κοιλιάς. Ο μηχανικός τραυματισμός, η ιστική ισχαιμία, η βακτηριδιακή ή χυμική περιτονίτιδα προκαλούν απώλεια μεσοθηλιακών κυττάρων από το περιτόναιο και τους ορογόνους των οργάνων, με αποτέλεσμα τον σχηματισμό συμφύσεων (*Drollette CM, Badawy SZ. Pathophysiology of pelvic adhesions. Modern trends in preventing infertility. J Reprod Med. 1992;37:107-122*). Απαιτείται λοιπόν προσεκτική επιλογή της χειρουργικής τομής, λεπτοί χειρισμοί και σεβασμός των οργάνων, στροφή προς την λαπαροσκοπική χειρουργική και χρήση υλικών που προλαμβάνουν τις συμφύσεις (*Holmdahl L, Risberg B, Beck DE, Burns JW, Chegini N, diZerega GS, Ellis H. Adhesions: pathogenesis and prevention-panel discussion and summary. Eur J Surg Suppl. 1997;577:56-62*).

Στα ιατρικά αίτια είναι δυνατό να εντάξουμε και την παχυσαρκία, καθώς έρευνες την έχουν συνδέσει με διαταραχές του γεννητικού κύκλου, υπογονιμότητα και στειρότητα αλλά και με την αποτυχία επίτευξης κύησης σε επιτυχή αρχικώς φυσιολογική ή τεχνητή γονιμοποίηση, με ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη ή υπέρτασης κατά την κύηση, συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου, πρόωρο τοκετό, καισαρική τομή και περιγεννητική θνησιμότητα (Εικόνα 2) (*Wang JX, Davies M, Norman RJ. Body mass and probability of pregnancy during assisted reproduction treatment: retrospective study. BMJ 2000;321:1320-1*). Και ο υποσιτισμός όμως κατηγορείται για πρόκληση υπογονιμότητας, επειδή αναστέλλει την ωοθηλακιορρηξία και οδηγεί στην εμφάνιση πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς αμηνόρροιας αλλά και σε αυξημένη μητρική και νεογνική θνησιμότητα.

Έμμεσοι παράγοντες (τροφή, περιβάλλον, νέφος, ναρκωτικά, τροχαία ατυχήματα) επηρεάζουν επίσης και απειλούν τη γεννητικότητα. Πέρα από την παχυσαρκία και τον υποσιτισμό τόσο η ανορεξία όσο και η ψυχογενής βουλιμία είναι δυνατό να οδηγήσουν σε αποβολές, ολιγομηνόρροια ή αμηνόρροια (Steward DE. *Infertility and eating disorders. Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1196-9). Η υπερβολική φυσική άσκηση, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οίνοπνεύματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σύμφωνα με κάποιους ακόμα και η πρόσληψη καφεΐνης, συνδέονται με δυσχέρειες στην απόκτηση τέκνων (Kinney A, et al. *Smoking, Alcohol and Caffeine in Relation to Ovarian Age during the Reproductive Years. Hum Reprod* 2007;22(4):1175-85). Το κάπνισμα ευθύνεται τόσο για υπογονιμότητα (κατά 60%) όσο και για μείωση των κυήσεων γυναικών που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση, αυξάνει τον κίνδυνο αυτόματων αποβολών και ενοχοποιείται για γέννηση νεογνών με χαμηλό βάρος και για πρόωρη εμμηνόπαυση (κατά 1,5 – 2 έτη), ενώ το αλκοόλ οδηγεί σε υπογονιμότητα αλλά και σε χαμηλό δείκτη νοημοσύνης των νεογνών, εφόσον η έγκυος καταναλώνει περισσότερα από 2 ποτά ημερησίως. Το κάπνισμα σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα FSH, τα οποία μπορεί να αντικατοπτρίζουν επιταχυνόμενη ατρησία των ωοθυλακίων, κακή ποιότητα των ωοθυλακίων (τα οποία δεν μπορούν να καταστείλουν την FSH) ή αλλαγή της ευαισθησία του υποθαλαμο-υποφυσιακού άξονα στις ωοθηκικές ορμόνες. Οι ψυχοτρόπες ουσίες, παρόλο που δε φαίνεται να έχουν τερατογόνο δράση, επηρεάζουν τη γονιμότητα προκαλώντας μέχρι και πλήρη ανικανότητα στους άνδρες και παρατεταμένη ανωοθυλακιορρηξία στις γυναίκες (Home G., Westhoff C., Vessey M. et al. *Effects of age, cigarette smoking and other factors on fertility: findings in a large prospective study. Br Med J* 1985;290:1967-1970).

Ηλικία της μητέρας. Καθώς η γυναίκα μεγαλώνει έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξει ενδομητρίωση, λειομνώματα, φλεγμονή των σαλπίγγων και να εκτεθεί στους βλαβερούς παράγοντες του περιβάλλοντος. Εκτός των παραπάνω όμως, η αναπαραγωγική ικανότητα είναι αντιστρόφως ανάλογη της ηλικίας της γυναίκας (Maroulis GB. *Effect of aging on fertility and pregnancy. Sem Reprod Endocrinol* 1991;9:165-175). Οι σχετικοί με την ηλικία της μητέρας στον τοκετό δείκτες γονιμότητας δείχνουν μία απότομη πτώση της γονιμότητας μετά τα 35 (Εικόνα 3). Επίσης μία γαλλική μελέτη το 1982, έδειξε ότι η πιθανότητα εγκυμοσύνης με χρήση σπέρματος δότη μειώθηκε από 74% στις νέες ≤ 30 στο 62% στις γυναίκες ηλικίας 30-34 και 54% στις μεγαλύτερες από 35 ετών (Schwartz D, Mayaux MJ. *Female fecundity as a function of age: results of artificial insemination in 2193 nulliparous women with azoospermic husbands. Federation CECOS. N Engl J Med.* 1982;306:404-6). Το ένα τρίτο των γυναικών που προγραμματίζουν εγκυμοσύνη μετά τα 30 θα έχουν ένα πρόβλημα υπογονιμότητας, ενώ οι μισές μετά τα 40 θα χρειαστούν ιατρική βοήθεια για να συλλάβουν (Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility.* 6th ed. Baltimore, Md: Lippincott Williams & Wilkins; 1999:1013-37).

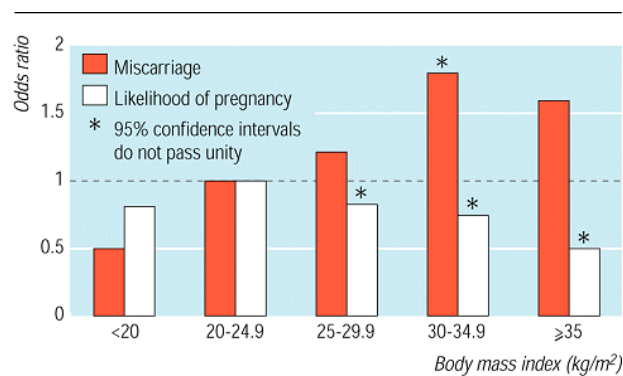
Οι δύο σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την γονιμότητα της γυναίκας είναι η υγεία των ωοθηκών και της μήτρας. Η ποιότητα των ωαρίων και η λειτουργία των ωοθηκών φθείρεται με την πάροδο των ετών. Ακόμη ο εμμηνορρυσιακός κύκλος σχετίζεται με το απόθεμα των ωοθυλακίων. Γυναίκες με φυσιολογικό κύκλο έχουν 10 φορές περισσότερα ωοθυλάκια από αυτές με παθολογικό (Richardson SJ, Senikas V, Nelson JF. *Follicular depletion during the menopausal transition: evidence for accelerated loss and ultimate exhaustion. J Clin Endocrinol Metab.* 1987;65:1231-7). Στις περισσότερες γυναίκες η γονιμότητα αρχίζει να μειώνεται στην ηλικία των 30 και να ελαττώνεται σημαντικά μετά τα 40. Η μείωση της

γονιμότητας συμπίπτει με μια μεγάλη αύξηση στην απώλεια ωοθυλακίων. Στην ηλικία των 37 ετών ο ρυθμός ατρησίας των ωοθυλακίων διπλασιάζεται (*Faddy MJ, et al. Accelerated disappearance of ovarian follicles in mid-life: implications for forecasting menopause. Hum Reprod 1992;7:1342-6*). Αλλά και η ικανότητα του γονιμοποιημένου ωαρίου να εμφυτεύεται στο ενδομήτριο επηρεάζεται από την ηλικία του ωαρίου. Η συχνότητα εμφύτευσης των εμβρύων μειώνεται από την ηλικία των 30 ετών για να φτάσει το μισό στην ηλικία των 40 ετών (*Van-Kooij RJ, et al. Age-dependent decrease in embryo implantation rate after in vitro fertilization. Fertil Steril 1996;66:769-775*). Ακόμη λοιπόν και εάν γίνει σύλληψη, η διαδικασία της γήρανσης επηρεάζει την βιωσιμότητα του εμβρύου. Αυξανόμενης της ηλικίας της μητέρας υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα αυτόματης αποβολής, αποτυχία εμφύτευσης ή διαίρεσης του ωαρίου (Εικόνα 4) (*Maroulis GB. Effect of aging on fertility and pregnancy. Sem Reprod Endocrinol 1991;9:165-175*). Λόγω διαταραχής στην μειωτική διεργασία αλλά και ωοπλασματικών παραγόντων, οι οποίοι καθοδηγούν την ανάπτυξη του εμβρύου στο στάδιο των τεσσάρων κυττάρων, αυξάνεται η πιθανότητα γέννησης ανευπλοϊδιών στα έμβρυα. Ακόμη το ενδομήτριο των γυναικών προχωρημένης αναπαραγωγικής ηλικίας μπορεί να είναι λιγότερο δεκτικό στην εμφύτευση. Αυτό φαίνεται και από τις περιπτώσεις εξωσωματικής γονιμοποίησης σε γυναίκες >40 ετών στις οποίες απαιτείται η χορήγηση υψηλών δόσεων προγεστερόνης (*Van Rooij IA., et al. Women older than 40 years of age and those with elevated FSH levels differ in poor response rate and embryo quality in IVF. Fertil Steril 2003;79(3):482-8*).

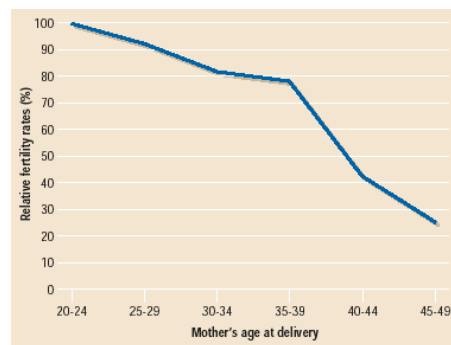
Πίνακας 4. Αιτίες της υπογονιμότητας και η συχνότητά τους (Hull et al 1985)

Αιτία	Συχνότητα (%)
Ανωμαλίες ή δυσλειτουργία του σπέρματος	30
Αποτυχία ωοθυλακιορρηξίας	25
Φλεγμονές των σαλπίγγων	20
Ανεξήγητη υπογονιμότητα	25
Ενδομητρίωση	5
Διαταραχές στη συνουσία	5
Δυσλειτουργία της τραχηλικής βλέννης	3
Ανωμαλίες της μήτρας (ινομώματα, ενδομητρικές συμφύσεις, συγγενείς)	<1
Το σύνολο ξεπερνά το 100% καθώς μερικά ζευγάρια έχουν περισσότερες από μία αιτίες	

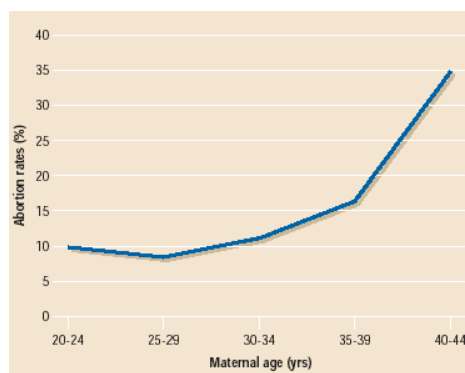
Εικόνα 2. Αυτόματες αποβολές και εγκυμοσύνη μετά από θεραπεία υπογονιμότητας σε σχέση με τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) (Wang et al)



Εικόνα 3. Γονιμότητα της γυναίκας σε σχέση με την ηλικία της (Maroulis et al).



Εικόνα 4. Αυτόματες εκτρώσεις σε σχέση με την ηλικία της μητέρας (Maroulis et al).



2.1.2. Εκτρώσεις

Η επίδραση των εκτρώσεων στην υπογεννητικότητα είναι διπλή: αφενός η άμεση επίπτωση από τη μη γέννηση των εμβρύων, αφετέρου οι επιπτώσεις από τη δευτεροπαθή υπογονιμότητα που προσβάλλει ένα ποσοστό γυναικών μετά την έκτρωση. Το ποσοστό αυτό, κατά το χρονικό διάστημα κατά το οποίο οι εκτρώσεις στη χώρα μας ήταν παράνομες, ήταν αυξημένο, επειδή αυτές δεν γινόταν πάντοτε από γυναικολόγους και όχι πάντοτε με τις καλύτερες συνθήκες ασηψίας και αντιμετώπισης των επιπλοκών (Trichopoulos D., Handanos N., Danezis J., Calandidi A., Calapothaki V. *Induced abortion and secondary infertility BJOG* 1976; 83:645–650). Σήμερα βέβαια οι επιπλοκές από τις εκτρώσεις έχουν περιοριστεί σημαντικά. Παρόλα αυτά όμως οι εκτρώσεις αποτελούν απαράδεκτη επιστημονικά μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων (Σαλμανίδης Α. *Ιατρική δημογραφία σε σχέση με τις εκτρώσεις στην Ελλάδα, Ιατρικό Βήμα, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1998, σ. 56-61*).

Οι επιπλοκές των εκτρώσεων διακρίνονται σε άμεσες και απότερες. Στις άμεσες περιλαμβάνονται η διάτρηση της μήτρας, οι φλεγμονές των σαλπίγγων, οι ενδομητρικές συμφύσεις (Zhou W, Nielsen GL, Møller M, Olsen J. *Short-term complications after surgically induced abortions: a register-based study of 56 117 abortions. Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002 Apr;81(4):331-6). Στις απότερες περιλαμβάνονται η ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου, οι αυτόματες εκτρώσεις, οι αιμορραγίες της κύησης, ο προδρομικός πλακούντας, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, η προωρότητα, οι ανωμαλίες της υστεροτοκίας, οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία της μητέρας (Zhou W, Olsen J. *Are complications after an induced abortion associated with reproductive*

failures in a subsequent pregnancy? Acta Obstet Gynecol Scand. 2003

Feb;82(2):177-81). Όλες οι παραπάνω επιπλοκές, άμεσες και απότερες, μπορεί να προκαλέσουν υπογονιμότητα, στέρωση και υπογεννητικότητα.

2.2. Δημογραφικοί Λόγοι

Μια δεύτερη κατηγορία αιτίων που εξηγούν εν μέρει την υπογεννητικότητα είναι τα λεγόμενα δημογραφικά, αυτά δηλαδή που σχετίζονται με δημογραφικά φαινόμενα.

2.2.1. Μείωση της βρεφικής θνησιμότητας

Η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας μετά από ορισμένη χρονική περίοδο ακολουθείται από υπογεννητικότητα σύμφωνα με δημογραφικές μελέτες (Πίνακας 5). Αυτό έχει μια πολύ λογική εξήγηση: η αυξημένη παιδική θνησιμότητα οδηγεί αυτομάτως στην επιθυμία για απόκτηση και άλλων παιδιών ίσως και περισσότερων από όσα αρχικά επιθυμούσε η οικογένεια, λόγω της συνειδητοποίησης του κινδύνου της απώλειας αλλά και λόγω της διακοπής του μητρικού θηλασμού, που συνεπάγεται την επιστροφή της ωοθυλακιορρηξίας και της γονιμότητας. Από τη στιγμή όμως που στην εποχή μας έχει ελαττωθεί κατά πολύ η θνησιμότητα των βρεφών, η οικογένεια δεν αισθάνεται πια αυτή την επιτακτική σχεδόν ανάγκη για πολλούς απογόνους, ώστε να εξασφαλίσει τη συνέχειά της, καθώς είναι βέβαιη ότι ακόμα και τα λίγα παιδιά θα κατορθώσουν να επιβιώσουν (Ανδρονίκου Στ. «Η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ως αίτιο υπογεννητικότητας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, *Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας*, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001, σ. 63-7).

2.2.2 Μετανάστευση

Άλλο δημογραφικό αίτιο είναι η μετανάστευση. Μεταξύ 1955 και 1977 μετανάστευσαν σύμφωνα με επίσημα στοιχεία 1.236.290 άτομα και αναγκαστικά πολλά ζευγάρια απομακρύνθηκαν μεταξύ τους λόγω της απόστασης αλλά και της πολιτικής των χωρών υποδοχής, η οποία αρχικά τουλάχιστον δεν επέτρεπε την ταυτόχρονη μετανάστευση ολόκληρης της οικογένειας. Αντιλαμβάνεται λοιπόν κανείς ότι ήταν πολύ δύσκολη η απόκτηση τέκνων. Αν λάβει κανείς υπόψη και το γεγονός ότι συνήθως άνδρες έφευγαν στο εξωτερικό, κάποτε και ανύπανδροι, γίνεται εμφανές ότι υπήρξε ανισορροπία όσον αφορά τον αριθμό ανδρών-γυναικών που παρέμεναν σε κάποιες περιοχές της χώρας μας. Ακόμα και η επιστροφή των μεταναστών θεωρείται γενικά ότι δεν επέδρασε ευνοϊκά στη γεννητικότητα, γιατί είτε οι γυναίκες που επέστρεφαν είχαν υπερβεί κατά πολύ την κυρίως αναπαραγωγική ηλικία είτε είχαν επηρεαστεί από τη νοοτροπία των βιομηχανικά ανεπτυγμένων χωρών υποδοχής και επιθυμούσαν λίγα παιδιά, ενημερώνοντας παράλληλα για αντισυλληπτικές μεθόδους τον ντόπιο πληθυσμό της χώρας εκκίνησης, της Ελλάδας στην περίπτωση μας (Πουλοπούλου-Έμκε Η. «Επιπτώσεις της μεταναστευτικής κίνησης στη γεννητικότητα της Ελλάδας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, *Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας*, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001, σ. 69-79).

2.2.3. Αστικοποίηση

Τέλος η αστικοποίηση ως δημογραφικό αλλά και κοινωνικό φαινόμενο πέρα από την ερήμωση της υπαίθρου επέφερε και μεταβολή στις αντιλήψεις των πρώην αγροτών σχετικά με την απόκτηση τέκνων, καθώς

αυτές ταυτίστηκαν με τις αντίστοιχες των αστών, από τη στιγμή μάλιστα που δεν υπάρχει πια η αναγκαιότητα για εργατικά χέρια. Η μείωση της γονιμότητας στις αγροτικές περιοχές οφείλεται στην ελάττωση του πληθυσμού σε αναπαραγωγική ηλικία. Οι αγροτικές λοιπόν περιοχές δεν αποτελούν αυτή τη στιγμή εστίες υπεργεννητικότητας, ενώ τα διαμερίσματα των πολυκατοικιών δεν ευνοούν την ανάπτυξη πολυμελών οικογενειών. Είναι πάντως γεγονός ότι μείωση πληθυσμού δεν υπάρχει σε περιοχές στις οποίες βρέθηκε νέου τύπου απασχόληση (Σαλμανίδης Α. «Η σημασία της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα», *Ιατρικό Βήμα*, Ιούλιος-Αύγουστος 1996, σ. 28-9).

2.3. Οικονομικοί και Κοινωνικοί Λόγοι

Γεγονός πάντως είναι ότι σε κάθε περίπτωση αποτελεί προσωπική επιλογή του ζευγαριού η απόκτηση ή μη απογόνων και ο αριθμός τους στο πλαίσιο ενός ευρύτερου οικογενειακού προγραμματισμού. Το ζεύγος έχει το διεθνώς αναγνωρισμένο δικαίωμα να αποφασίζει αν θα αποκτήσει παιδιά, πόσα και πότε και σε τι χρονικές αποστάσεις. Διαφορετικά, αν η έλευση ενός παιδιού δεν είναι επιθυμητή αυτό ίσως οδηγήσει σε κακή υποδοχή και ίσως και μεταχείριση του παιδιού αυτού, κάτι βέβαια απευκταίο. Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες στις οποίες και ανιχνεύεται το φαινόμενο της υπογεννητικότητας θεωρείται καταπάτηση θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων η επιβολή απόκτησης ή μη παιδιών (Δανέζη Ι. *Οικογενειακός Προγραμματισμός. Οικογενειακός Προγραμματισμός 2000*; (16):1-2).

Θεωρούμε λοιπόν ότι και η υπογεννητικότητα οφείλεται, σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν, σε λόγους που έχουν να κάνουν με το σχεδιασμό της ζωής του ζευγαριού και

κατά κύριο λόγο με τους στόχους και τις επιλογές της γυναίκας, του μέλους δηλαδή που φέρει σε αρκετά μεγαλύτερο βαθμό την ευθύνη αλλά και το βάρος για τη γέννηση και την ανατροφή των τέκνων. Οι αιτίες που εξηγούν την επιλογή του ζεύγους να μην κάνει περισσότερα από 1 ή 2 παιδιά είναι κυρίως οικονομικού και κοινωνικού περιεχομένου, ανάγονται δηλαδή άμεσα ή έμμεσα στις σύγχρονες κοινωνικές συνθήκες που καλείται να αντιμετωπίσει μια οικογένεια.

Θα ήταν λογικό και αναμενόμενο η υπογεννητικότητα να αφορά κυρίως χώρες φτωχές. Αυτό όμως δε συμβαίνει. Αντίθετα η οικονομική ευπορία φαίνεται να συνοδεύεται από υπογεννητικότητα. Στη σημερινή κοινωνία της αφθονίας του Πρώτου Κόσμου στον οποίο εντάσσεται και η Ελλάδα φαντάζει παράξενη η διαπίστωση πολλών ζευγαριών ότι αδυνατούν να αναθρέψουν πολλά παιδιά. Στο πλαίσιο ενός γενικότερου άγχους για εξασφάλιση όλο και περισσότερων υλικών αγαθών οι μέλλοντες γονείς θεωρούν ότι οφείλουν να φέρουν στον κόσμο μόνο όσα παιδιά θα είναι δυνατό να μεγαλώσουν με τις καλύτερες δυνατές συνθήκες και ανέσεις. Γίνεται λοιπόν εύκολα κατανοητό για ποιους λόγους η ανεργία των ανθρώπων σε αναπαραγωγική ηλικία, ανδρών και γυναικών, φαινόμενο κοινωνικής παθογένειας που αντιμετωπίζει ένα ανησυχητικά μεγάλο ποσοστό, αποτρέπει από τη δημιουργία οικογένειας. Ακόμα όμως και ζευγάρια που δεν έχουν πρόβλημα απασχόλησης δεν αποκτούν συνήθως περισσότερα από 2 παιδιά, καθώς δεν υπάρχουν επαρκή κίνητρα από την πλευρά της ελληνικής πολιτείας που να ενισχύουν δραστικά και αποτελεσματικά το θεσμό της πολύτεκνης οικογένειας. Από την άλλη πλευρά η ζωή των μελών της οικογένειας δυσχεραίνεται από την έλλειψη υποστήριξης από το Κράτος με τη μορφή όχι μόνο επιδομάτων αλλά και βρεφονηπιακών σταθμών για τη φύλαξη των νηπίων, γονικών αδειών, ιατρικής και ψυχολογικής στήριξης. Από τη στιγμή λοιπόν που δεν υπάρχει

η κατάλληλη πλαισίωση τα ζευγάρια καθυστερούν να αποκτήσουν παιδιά ή δεν αποκτούν όσα χρειάζονται για να εξασφαλιστεί η ανανέωση των γενεών (Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου Α. «Η υπογεννητικότητα στα πλαίσια του παγκόσμιου πληθυσμιακού προβλήματος», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, *Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας*, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001, σ. 101-7).

Ακόμα όμως και πλούσιες οικογένειες αρνιούνται να τεκνοποιήσουν, οπότε τα αίτια δεν είναι μόνο οικονομικά. Έχει επισημανθεί ότι ο άκρατος ατομικισμός και ευδαιμονισμός που επικρατεί στην κοινωνία μας συνεπάγεται και άρνηση για τεκνοποιία. Το ζευγάρι προτιμά κάποτε να προβεί στην αγορά ενός ακριβού αυτοκινήτου ή σπιτιού και γενικά να ζει με τρόπο που να μην περιορίζει τις ανέσεις του και την ελευθερία κινήσεών του παρά να δεσμευτεί στην ανατροφή παιδιών και να επωμιστεί όλες τις ευθύνες που αυτή προϋποθέτει. Αυτού του είδους ο εγωισμός δεν έχει καμία σχέση με τη λίγο πολύ ψυχολογικά αιτιολογημένη ναρκισσιστική επιθυμία των γονιών για επιβεβαίωση του εαυτού τους μέσα από την τεκνοποιία. Αυτή η αποποίηση των ευθυνών οδηγεί πολλούς να αποφασίζουν να μεγαλώσουν κατοικίδια παρά παιδιά! Είναι εξάλλου γεγονός ότι έχει αυξηθεί ανησυχητικά και το ποσοστό των θεληματικά άτεκνων ζευγαριών.

Η παραπάνω απόφαση δε συνεπάγεται και αποχή από τη σεξουαλική δραστηριότητα, οπότε χρησιμοποιείται ευρέως η αντισύλληψη. Δυστυχώς όμως εξακολουθεί να θεωρείται μέσο αντισύλληψης η άμβλωση, ιατρική πρακτική που θεωρείται αιτία υπογονιμότητας αλλά και υπογεννητικότητας. Το ζήτημα δεν είναι τόσο ιατρικό όσο κοινωνικό και ο λόγος είναι ότι η απόφαση για τερματισμό της κύησης χωρίς να συντρέχει ιατρικός λόγος, είναι απόρροια κοινωνικών παραγόντων, όπως είναι η οικονομική δυσπραγία ή η μη σύναψη γάμου. Όταν φτάνουμε στο σημείο να διαπιστώνουμε τουλάχιστον διπλάσιο αριθμό εκτρώσεων σε σχέση με τις

γεννήσεις που καταγράφονται κάθε χρόνο, αντιλαμβανόμαστε τις ανυπολόγιστες επιπτώσεις αυτής της επιλογής στο δημογραφικό πρόβλημα (Σαλμανίδης Α. *Ιατρική δημογραφία σε σχέση με τις εκτρώσεις στην Ελλάδα, Ιατρικό Βήμα, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1998, σ. 56-61*). Στη χώρα μας, σύμφωνα με στοιχεία του ιδρύματος Guttmacher, οι εκτρώσεις είναι περίπου 20 φορές περισσότερες από αυτές στη Γερμανία, περίπου 10 φορές περισσότερες από αυτές στη Γαλλία και περίπου 5 φορές μεγαλύτερες από αυτές στις ΗΠΑ, χώρες με ιδιαίτερα φιλελεύθερη προσέγγιση στο θέμα των εκτρώσεων (Κουτσόπουλος Κ. «Οι διαστάσεις του δημογραφικού προβλήματος της Ελλάδας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, *Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001, σ. 291-302*). Παρόλο που ο πραγματικός αριθμός των αμβλώσεων δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί για ευνόητους λόγους, υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να εξαχθεί το πόρισμα ότι στον τόπο μας αντιστοιχούν περίπου 95 αμβλώσεις σε 1000 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, πολύ πιο πάνω μάλιστα από χώρες όπως η Κίνα, στις οποίες η τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης αποτελεί επίσημη πρακτική ελέγχου των γεννήσεων για την αντιμετώπιση του επίσης δημογραφικού προβλήματος του υπερπληθυσμού (Τζαφέττας Ι. «Η επίπτωση των νομοθετικών μέτρων στη συχνότητα των αμβλώσεων», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, *ό.π., σ. 235-249*). Το ζήτημα είναι ότι πέρα από τα χιλιάδες παιδιά που χάνονται με αυτό τον τρόπο πριν γεννηθούν, οι επιπλοκές από την ίδια τη διαδικασία δεν είναι δυνατό να αγνοηθούν και εντάσσονται σαφώς και στην ιατρική παράμετρο του θέματος της υπογεννητικότητας, όπως ήδη αναφέρθηκε. Το 3% εμφανίζει φλεγμονές μετά από μια άμβλωση, ενώ 35 γυναίκες στις χίλιες προσβάλλονται από σαλπιγγίτιδα που θα οδηγήσει σε στειρότητα. Σε εκτρώσεις προβαίνουν και παντρεμένες γυναίκες, ιδιαίτερα μετά το 2^ο ή 3^ο παιδί, δυσκολότερα όμως είναι τα πράγματα στην περίπτωση γυναικών που υπεβλήθησαν σε άμβλωση

κάποια στιγμή της ζωής τους και όταν αργότερα επιθυμούσαν να τεκνοποιήσουν αυτό κατέστη δυσχερές ή και αδύνατο των επιπλοκών που προαναφέρθηκαν.

Τα παραπάνω σχετίζονται με την τεκνοποιία ή μη σε επίπεδο απόφασης οικογένειας. Το δεδομένο της κατά 50% μείωσης του συντελεστή γεννητικότητας, δηλαδή του αριθμού γεννήσεων ανά 1000 κατοίκους δεν εξηγείται μόνο με βάση τους παράγοντες αυτούς. Υπάρχουν και πολύ συγκεκριμένοι «δρόμοι» που οδηγούν στην υπογεννητικότητα με έμμεσο τρόπο. Στην Ελλάδα εξακολουθεί να υπερισχύει το μοντέλο της οικογένειας με δύο γονείς, τάση που τείνει να αντικατασταθεί σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες από άλλα είδη οικογένειας, όπως είναι για παράδειγμα η μονογονεϊκή. Από τη στιγμή που θα αποφασίσει ένα ζευγάρι, παρά τις αντίξοες οικονομικές και γενικότερα κοινωνικές συνθήκες που αναφέρθηκαν στα προηγούμενα, να τελέσει γάμο δεν είναι πια τόσο βέβαιο ότι θα παραμείνει παντρεμένο σε όλη τη διάρκεια της ζωής των δύο συζύγων. Ο θεσμός του γάμου έχει γενικότερα υποβαθμιστεί, ενώ τα διαζύγια σε ορισμένες χώρες της Δύσης τείνουν να γίνουν ο κανόνας και όχι η εξαίρεση. Αξίζει να σημειωθεί το παράδειγμα των ΗΠΑ, χώρας όπου η διάλυση του γάμου αγγίζει σε ποσοστό ένα 60% των γάμων που τελούνται, τη στιγμή που μάλιστα μόνο το 1/3 των νοικοκυριών είναι παραδοσιακές οικογένειες. Στην Ελλάδα η κατάσταση παρουσιάζεται σημαντικά διαφοροποιημένη, παρόλα αυτά τα διαζύγια έχουν αυξηθεί από 5 στους 100 γάμους κατά τη δεκαετία του 1960 σε 15 κατά τη δεκαετία του 1990 (*Κουτσόπουλος Κ. «Οι διαστάσεις του δημογραφικού προβλήματος της Ελλάδας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 291-302*). Σήμερα παρατηρείται λοιπόν το φαινόμενο να υφίστανται και αρκετές μονογονεϊκές οικογένειες, γεγονός που προέκυψε από την αλλαγή των αντιλήψεων σχετικά με το γάμο. Μάλιστα ο αριθμός των διαζευγμένων μητέρων είναι πολύ μεγαλύτερος από αυτόν των ανύπαντρων

μητέρων. Συνέπεια αυτού είναι οι γυναίκες να είναι ακόμα πιο δύσκολο να αποκτήσουν άλλο ή άλλα παιδιά μετά από ένα διαζύγιο αλλά και οι άνδρες να μην το αποφασίζουν τόσο εύκολα. Τα ίδια τα παιδιά των οποίων οι γονείς οδηγήθηκαν σε διαζύγιο είναι δυνατόν να μην αποφασίσουν να αποκτήσουν τέκνα από φόβο επανάληψης της ίδιας κατάστασης που βίωσαν με το χωρισμό των γονιών τους (*Κομνηνού Ν. «Οι μονογονεϊκές οικογένειες ως αίτιο υπογεννητικότητας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 113-7*).

Παράλληλα όλο και περισσότερες γυναίκες αποφασίζουν να μεγαλώσουν παιδιά εκτός γάμου, καθώς η ευρωπαϊκή κοινωνία είναι πλέον πιο ανεκτική και επιδεικνύει μεγαλύτερη κατανόηση σε σχέση με τις ανύπανδρες μητέρες. Όλα αυτά οδηγούν όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό και πάλι, αν και μέσω διαφορετικών διαδρομών, σε υπογεννητικότητα. Αν λάβει κανείς υπόψη ότι περίπου 10% του πληθυσμού στην Ευρωπαϊκή Ένωση ζει σε μονογονεϊκή οικογένεια, αντιλαμβάνεται τι επιπτώσεις μπορεί να έχει η διάλυση ή μη σύναψη γάμου στην απόφαση για τεκνοποιία ή μη.

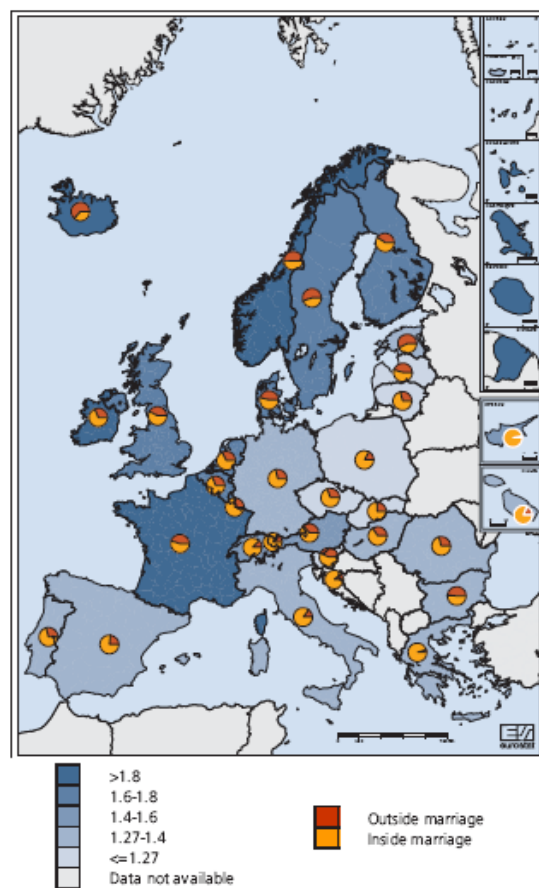
Αξίζει όμως εδώ να σημειωθεί και το γεγονός ότι στην Ελλάδα, παρά την μεταβολή στάσεων και νοοτροπίας σχετικά με τις ανύπανδρες μητέρες ιδίως σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια, οι γυναίκες που επιλέγουν να τεκνοποιήσουν εκτός γάμου παραμένουν ελάχιστες και το σύνολο σχεδόν των γεννήσεων (97%) συμβαίνει μέσα στο γάμο (Εικόνα 5) (*ΕΣΥΕ. Στατιστικές φυσικής κίνησης πληθυσμού της Ελλάδος. Δελτίο Τύπου ΕΣΥΕ, Πειραιάς 2-4-2007*). Στην παρούσα λοιπόν έρευνα δε θα μας απασχολήσει ιδιαίτερα αυτή η μορφή οικογένειας, εφόσον αφορά μόνο σε ένα 3% των γεννήσεων πανελλαδικά, θα ασχοληθούμε ωστόσο εκτενέστερα με την απόφαση για απόκτηση παιδιών στο πλαίσιο του γάμου, γεγονός που αποτελεί και την κυρίαρχη τάση αυτή τη στιγμή στην ελληνική κοινωνία, παρόλο που και αυτή επηρεάζεται από τις διεθνείς εξελίξεις.

Πίνακας 5. Νεογνική θνησιμότητα (θάνατοι σε 1000 γεννήσεις ζώντων) στην ΕΕ-15 και ΕΕ-25, 1960-2004, Eurostat.

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2004
ΕΕ-25	:	27.8	23.9	19.7	14.8	11.9	9.2	6.7	5.2	4.6
ΕΕ-15	33.3	26.5	22.5	18.5	12.7	9.8	7.6	5.6	4.7	4.3
Euro area	35.9	28.4	23.7	18.8	12.7	9.6	7.6	5.6	4.5	4.1
Belgium	23.9	23.7	21.1	16.1	12.1	9.8	6.5	5.9	4.8	4.7
Czech Republic	20.0	23.7	20.2	19.4	16.9	12.5	10.8	7.7	4.1	3.7
Denmark	21.5	18.7	14.2	10.3	8.4	8.0	7.5	5.1	5.3	4.4
Germany	35.0	24.1	22.5	18.9	12.4	9.1	7.0	5.3	4.4	4.1
Estonia	31.1	20.3	17.6	18.1	17.1	14.1	12.3	14.9	8.4	6.3
Greece	40.1	34.3	29.6	24.0	17.9	14.1	9.7	8.1	5.9	3.9
Spain	35.4	29.3	20.7	18.9	12.3	8.9	7.6	5.5	3.9	3.5
France	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Ireland	29.3	25.3	19.5	17.5	11.1	8.8	8.2	6.4	6.2	4.9
Italy	43.3	35.0	29.0	20.8	14.6	10.5	8.2	6.2	4.5	4.1
Cyprus	:	32.0	26.0	18.3	14.4	14.3	12.9	9.7	5.6	3.5
Latvia	26.9	18.9	17.8	20.3	15.4	13.0	13.7	18.8	10.4	9.4
Lithuania	38.0	24.7	19.3	19.6	14.5	14.2	10.2	12.5	8.6	7.9
Luxembourg	31.6	24.0	25.0	14.8	11.4	9.0	7.3	5.6	5.1	3.9
Hungary	47.6	38.8	35.9	32.9	23.2	20.4	14.8	10.7	9.2	6.6
Malta	38.1	35.0	27.9	18.4	15.2	14.6	9.1	8.9	6.0	5.9
Netherlands	16.5	14.4	12.7	10.6	8.6	8.0	7.1	5.5	5.1	4.1
Austria	37.5	28.3	25.9	20.5	14.3	11.2	7.8	5.4	4.8	4.5
Poland	56.1	41.6	36.4	24.8	25.4	22.1	19.4	13.6	8.1	6.8
Portugal	77.5	64.9	55.5	38.9	24.2	17.8	11.07	5	5.5	4.0
Slovenia	35.1	29.6	24.6	17.2	15.3	13.1	8.3	5.5	4.9	3.7
Slovakia	28.6	28.5	25.7	23.7	20.9	16.3	12.0	11.0	8.6	6.8
Finland	21.0	17.6	13.2	9.6	7.6	6.3	5.6	3.9	3.8	3.3
Sweden	16.6	13.3	11.08	6	6.9	6.8	6.04	1	3.4	3.1
United Kingdom	22.5	19.6	18.5	18.9	13.9	11.1	7.9	6.2	5.6	5.1
Bulgaria	45.1	30.8	27.3	23.0	20.2	15.4	14.8	14.8	13.3	11.6
Croatia	70.4	49.5	34.2	23.0	20.6	16.6	10.7	8.9	7.4	6.1
Romania	75.8	44.1	49.4	34.7	29.3	25.6	26.9	21.2	18.6	16.8
Turkey	:	:	:	:	:	:	:	:	:	21.5
Iceland	13.1	15.1	13.3	12.5	7.8	5.6	5.8	6.03	02.	8
Liechtenstein	20.0	22.5	12.5	6.7	7.5	10.0	0.0	0.0	:	2.7
Norway	15.9	14.6	11.3	9.5	8.1	8.5	6.9	4.0	3.8	3.2
Switzerland	21.1	17.9	15.1	10.7	9.1	6.9	6.8	5.0	4.9	4.2

Πηγή: European Communities. Population Statistics 2004, Luxembourg: Official Publications of the European Communities, 2004.

Εικόνα 5. Δείκτης γονιμότητας και αναλογία ζωντανών γεννήσεων εντός/εκτός γάμου στην Ευρωπαϊκή Ένωση, 2004



Πηγή: Eurostat, Key Figures in Europe: Statistical Pocketbook 2006

2.4. Τροχαία ατυχήματα

Σύμφωνα με στοιχεία της *Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας*, ο αριθμός των νεκρών από τροχαία ατυχήματα αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια και σταθεροποιήθηκε περίπου στους 2000 ετησίως. Μάλιστα αξίζει να σημειωθεί ότι το 55% αυτών ανήκει στις ηλικίες 15-39 ετών. Δεν είναι όμως μόνο οι νεκροί που χάνονται κάθε χρόνο από τα τροχαία ατυχήματα. Οι βαρέως τραυματισμένοι ανέρχονται περίπου στους 5500 κάθε χρόνο σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ. Η επίδραση αυτών στην μείωση του πληθυσμού της Ελλάδας είναι έμμεση. Πέρα από τις ψυχολογικές συνέπειες ενός βαρέως τραυματισμού και την διαταραχή της κοινωνικής ζωής του πάσχοντα, πρέπει να αναλογιστούμε ποιες είναι οι δυνατότητες αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξής του. Τελικά μόνο ελάχιστοι από αυτούς προχωρούν στη δημιουργία οικογενειών και στην απόκτηση παιδιών (Zouboulis PE., Papastefanou SL., Lambiris E. *Employment and resocialization of spine injured patients in Greece. Proceedings of the 36th Annual Scientific Meeting of the International Medical Society of Paraplegia (IMSOP), 1997 Innsbruck*). Και πάλι, πρέπει να τονιστεί ότι οι νεαρές ηλικίες έχουν το θλιβερό προνόμιο της μεγαλύτερης επιβάρυνσης από βαρέα τραύματα στα τροχαία ατυχήματα. Κάθε χρόνο δηλαδή, θανατώνεται ή τραυματίζεται, σβήνει από το χάρτη μία πόλη όπως το Διδυμότειχο, μόνο από τα τροχαία ατυχήματα!

3. Γαμηλιότητα και ο παράγοντας της ηλικίας των δύο συζύγων

Η γαμηλιότητα στην Ελλάδα συνδέεται ευθέως με την απόκτηση τέκνων. Καθορίζει μάλιστα σε ένα ποσοστό 97% τη γονιμότητα των μητέρων (Νεστορίδου Α, Ρουμελιώτου Αικ. «Μελλοντικές επιπτώσεις στη δομή του πληθυσμού (δομή της οικογένειας) εξαιτίας της υπογεννητικότητας στη χώρα μας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001, σ. 275-283). Διαθέσιμα στοιχεία από το 1950 δείχνουν ότι τόσο ο αριθμός (55.792 γάμοι το 1988) όσο και ο δείκτης γαμηλιότητας (5,3) έχουν ελαττωθεί επικίνδυνα, σε σύγκριση μάλιστα με τους 72,1 χιλιάδες γάμους (8,4 δείκτης γαμηλιότητας) της δεκαετίας 1961-1970. Διαπιστώνεται ότι συνεχώς μειώνονται τα άτομα που τελούν γάμο, ενώ παράλληλα αυξάνει η ηλικία τόσο της γυναίκας όσο και του άντρα που συνάπτει γάμο (Πίνακας 6 & Εικόνα 6). Βάσει στοιχείων το 1994 η μέση ηλικία γάμου των ανδρών ήταν 29,3 έτη και των γυναικών 25,6, με τάση περαιτέρω αύξησης. Αυτή η αύξηση στην ηλικία εύλογα είχε ως συνέπεια την αύξηση της μέσης ηλικίας της μητέρας κατά τη γέννηση του πρώτου παιδιού, η οποία από μόνη της αλλά και σε συνδυασμό με τη συνεχή μείωση της αναλογίας των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας ερμηνεύει σε μεγάλο βαθμό τη μείωση της γεννητικότητας στη χώρα μας (Πίνακας 7), (ΕΣΥΕ. Στατιστικές φυσικής κίνησης πληθυσμού της Ελλάδος. Δελτίο Τύπου ΕΣΥΕ, Πειραιάς 2-4-2007). Το ζήτημα είναι ότι η γονιμότητα αρχίζει να εκπίπτει αρκετά χρόνια πριν την εμμηνόπαυση και γίνεται πιο έκδηλη μετά τα 35, ενώ και ο κίνδυνος αυτόματων αποβολών αυξάνει με την ηλικία της γυναίκας, όπως βέβαια και οι παθολογικές καταστάσεις της μήτρας (ινομτώματα, ενδομητρικοί

πολύποδες), οι οποίες ωστόσο δε θεωρείται βέβαιο ότι συμβάλλουν στην υπογονιμότητα της γυναίκας.

Η ελάττωση της γαμηλιότητας είναι πολύ σημαντική και θεωρείται γενικά ότι οφείλεται σε μεταβολή του συστήματος κανόνων και αξιών, που έχει οδηγήσει σε πολύ πιο «ελεύθερη» σεξουαλική δραστηριότητα σε σχέση με παλαιότερα αλλά και στη μεταβολή της αντίληψης για την οικογένεια, άποψη η οποία θα αναλυθεί εκτενώς παρακάτω. Υποστηρίζεται από πολλούς ότι ο σημαντικότερος λόγος εξαιτίας του οποίου οι γυναίκες αποκτούν το πρώτο τους παιδί σε μεγάλη σχετικά ηλικία είναι η είσοδος της γυναίκας στον εργασιακό χώρο. Θεωρούν μάλιστα την επαγγελματική εργασία της γυναίκας ως τη γενεσιουργό αιτία της υπογεννητικότητας (*Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου Α. «Η υπογεννητικότητα στα πλαίσια του παγκόσμιου πληθυσμιακού προβλήματος», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001, σ. 101-7*). Παλαιότερα το μοντέλο που κυριαρχούσε ήταν αυτό της μητέρας-νοικοκυράς, η οποία γεννούσε παιδιά και παρέμενε στο σπίτι με αποκλειστική της σχεδόν φροντίδα την ανατροφή τους. Επρόκειτο για μια γυναίκα που συνήθως δεν ήταν μορφωμένη σε ανώτατο επίπεδο ή δεν είχε ποτέ επιδιώξει να απασχοληθεί εκτός της οικογενειακής οικίας. Εύλογη συνέπεια αυτής της επιλογής ήταν το γεγονός ότι η γυναίκα παντρευόταν και τεκνοποιούσε σε νεαρή ηλικία. Στην εποχή μας όμως στην οποία οι αντιλήψεις της κοινωνίας για το ρόλο της γυναίκας έχουν σαφώς μεταβληθεί η γυναίκα διεκδικεί την είσοδό της στον επαγγελματικό στίβο και για να αυξήσει την ανταγωνιστικότητά της μορφώνεται και εξειδικεύεται. Αποτέλεσμα αυτού είναι να «καταναλώνει» τα κυρίως αναπαραγωγικά της χρόνια (τη δεκαετία δηλαδή ανάμεσα στα 20 και τα 30 χρόνια σε αδρές γραμμές) στον αγώνα για επαγγελματική καταξίωση. Γενικά επιδιώκει στόχους διαφορετικούς από τη μητρότητα και τη

δημιουργία οικογένειας. Αποφασίζει δε να συνάψει γάμο ή να τεκνοποιήσει σε πολύ μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με τις προηγούμενες γενιές. Γεγονός είναι ότι οι γυναίκες που καθυστερούν να κάνουν παιδιά έχουν καλύτερες οικονομικές απολαβές κατά την ηλικία της απόφασής τους αυτής, άρα είναι θεωρητικά σε θέση να πληρώσουν υπηρεσίες για τη φύλαξη και τη φροντίδα του παιδιού και να εξακολουθήσουν να εργάζονται. Αν επιθυμούσαν να συλλάβουν νωρίτερα, το πιθανότερο είναι ότι η απόφασή τους αυτή θα προσέκρουε μαζί με όλα τα άλλα και στην έλλειψη επαρκούς αριθμού βρεφονηπιακών σταθμών και γενικότερα κρατικών υπηρεσιών που θα αναλάμβαναν να τις διευκολύνουν στη φύλαξη των παιδιών ώστε να μην αναγκάζονται να πληρώνουν ιδιωτικές υπηρεσίες. Έχει διαπιστωθεί από έρευνες στο εξωτερικό (όπως του Bloom) ότι οι γυναίκες που γέννησαν για πρώτη φορά μετά τα 27 τους αμείβονται την ώρα κατά 18% περισσότερο σε σύγκριση με τις γυναίκες που έγιναν μητέρες μεταξύ 22 και 27 και κατά 36% σε σχέση με τις γυναίκες που τεκνοποίησαν πριν τα 22. Αν όλοι οι άλλοι παράγοντες είναι ίδιοι και παραμείνει μόνο το ζήτημα της ηλικίας κατά την πρώτη γέννα να μας απασχολεί ως αντικείμενο έρευνας, οι γυναίκες άνω των 26 γενικά πληρώνονται κατά 9,4% περισσότερο από αυτές που τεκνοποιούν νωρίτερα (*Bloom D.E. Fertility timing, labor supply disruptions, and the wage profiles of American women. Proceedings of the American Statistical Association, Social and Economic Statistics Section, 1987, 49–63*). Επίσης είναι αυτές οι γυναίκες που έχουν στενότερους δεσμούς με την αγορά εργασίας και δεν αποχωρούν από τη δουλειά πρόωρα (*Pienta A. Early childbearing patterns and women's labour force behaviour in later life. J Women Aging, 1999;11(1):69-84*).

Στοιχεία δείχνουν ότι η μέση ηλικία της νύφης-μητέρας για την Ελλάδα το 1979 ήταν 23,4, ενώ το 1999 27, τη στιγμή που οι γάμοι των γυναικών ηλικίας 30 ετών και άνω το 1979 ήταν 12,7% και το 1999 18,6%.

Σε έρευνα του Ford που έγινε στον Καναδά διαπιστώθηκε ότι περισσότερο από το ένα τέταρτο των γυναικών πάνω από 30 που τεκνοποιούν γίνονται μητέρες για πρώτη φορά, τουλάχιστον για μητέρες ηλικιών 35-39 το ποσοστό που αφορά πρώτη εγκυμοσύνη είναι το 1994 25 %, ενώ το 1974 13%, ενώ η μέση ηλικία τεκνοποίησης αυξήθηκε από τα 26 στα 28,7 έτη (Ford D., Nault F. *Changing fertility patterns, 1974 to 1994. Health Rep 1996;8(3):39-46*). Μάλιστα το 40% όλων των γεννήσεων του 1994 αφορούσαν μητέρες που διάνυναν την τρίτη δεκαετία της ζωής τους (δύο δεκαετίες νωρίτερα το ποσοστό ήταν μόλις 19%). Οι αριθμοί αποκαλύπτουν και μια άλλη πραγματικότητα: οι γυναίκες που έφεραν στον κόσμο παιδιά και ήταν μεταξύ 20 και 30 αντιπροσώπευαν πια το 53% και όχι το 69% όπως το 1974.

Η τάση για καθυστέρηση της τεκνοποίησης έχει καταγραφεί και στις ΗΠΑ. Η ηλικία της πρώτης γέννας θεωρείται εξαιρετικά σημαντική εδώ και χρόνια από τους δημογράφους. Ο λόγος είναι ότι σηματοδοτεί την είσοδο της γυναίκας στη μητρότητα αλλά και έχει κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η σύνδεση με τη γαμηλιότητα φαντάζει προφανής. Ήδη το από το 1972 οι Coale και McNeil είχαν κατασκευάσει ένα μοντέλο που σε γενικές γραμμές περιγράφει την κατανομή των πρώτων γάμων (Coale A., McNeil D. *The distribution by age at first marriage in female cohort. JASA 1972;67(340):743-9*). Το ίδιο μοντέλο πιστεύεται ότι εφαρμόζεται και στις πρώτες γεννήσεις σε σχέση πάντοτε με την ηλικία της γυναίκας (Bloom DE. *Age patterns of women at first birth. Genus 1982b;101-128*). Μεταξύ 1970 και 1984 παρατηρείται μείωση των πρώτων γεννήσεων κατά 20%, ενώ παράλληλα έχει αυξηθεί το ποσοστό γυναικών που παραμένουν άτεκνες. Παρόλα αυτά έχει αυξηθεί κατά πολύ το ποσοστό πρώτων γεννήσεων στις ηλικιακές ομάδες από 25-39 ετών (μιλάμε για ποσοστό 122% στην ομάδα 30-34!), όπως και η μέση ηλικία από 22,1 σε

23,4 (Bloom D.E. *Fertility timing, labor supply disruptions, and the wage profiles of American women. Proceedings of the American Statistical Association, Social and Economic Statistics Section, 1987, 49–63*). Αξίζει ωστόσο να επισημανθεί ότι τουλάχιστον με βάση την έρευνα του Bloom φαίνεται ότι τα παραπάνω αφορούν μόνο τις λευκές γυναίκες και όχι τις αфроαμερικανές. Αυτό εξηγείται βάσει του χαμηλότερου επιπέδου μόρφωσης των αфроαμερικανών, ιδιαίτερα αν ληφθεί υπόψη η απόκτηση πτυχίου ανώτατης σχολής ως παράγοντας που καθυστερεί την τεκνοποίηση. Οι απόφοιτοι κολλεγίων όλο και περισσότερο τεκνοποιούν μετά τα 30, ως μια προσπάθεια συνδυασμού τεκνοποίησης και εργασίας (Rindfuss RR., Morgan SP., Offutt K. *Education and the changing age pattern of American fertility: 1963-1989. Demography 1996;33(3):277-90*).

Η απόφαση για καθυστερημένη απόκτηση παιδιών συνδέεται άμεσα με την επιλογή της καισαρικής τη στιγμή της γέννας. Η αλήθεια είναι ότι πρόσφατες έρευνες αποδεικνύουν ελάχιστο ή μηδενικό κίνδυνο για μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες που κάνουν παιδί, παρόλα αυτά οι μαιευτήρες προτιμούν την καισαρική, καθώς θεωρούν ούτως ή άλλως την ηλικία της μητέρας ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου, ασχέτως αν υπάρχει ή όχι ένδειξη συγκεκριμένη που να επιβάλλει την απόφασή τους αυτή (Peipert J., Bracken M. *Maternal age: An independent risk factor for cesarean delivery. Obstet Gynecol 1993;81:200-5*). Ενώ το ποσοστό των καισαρικών επί των γεννήσεων είναι για την Αμερική 16,8% στην ηλικιακή ομάδα 20-29, ανεβαίνει στο 26,8% μεταξύ 30-34 και στο 32,4% στις ηλικίες άνω των 34. Αν συγκρίνει κανείς γυναίκες χωρίς επιπλοκές διαπιστώνει ότι οι γυναίκες άνω των 35 που γεννούν για πρώτη φορά έχουν υπερδιπλάσιο κίνδυνο για καισαρική. Αυτό εξηγείται από το μεγαλύτερο φόβο του γιατρού για εγκυμοσύνες σε πιο προχωρημένη ηλικία, ωστόσο δεν επικυρώνεται από έρευνες και τελικά από μόνη της μια τέτοια μη στοιχειοθετημένη επιλογή

αποτελεί ένα μη αναγκαίο ρίσκο με αυξημένη πιθανότητα θνησιμότητας (Gordon D, Milberg J., Daling J., Hickok D. *Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery. Obstet Gynecol* 1991;77:493-7).

Από τη στιγμή που κατά κύριο λόγο η γυναίκα είναι αυτή που θα υποστεί τις συνέπειες μιας μη προγραμματισμένης εγκυμοσύνης είναι λογικό να είναι ιδιαίτερα επιφυλακτική ως προς την επιλογή του σωστού χρόνου για την απόκτηση τέκνου. Ας μην θέτουμε στο περιθώριο της έρευνάς μας την ανάγκη της γυναίκας όχι μόνο για επαγγελματική καταξίωση αλλά και για οικονομική ανεξαρτησία και προσφορά στο κοινωνικό σύνολο πέραν της γέννησης παιδιών. «Χωρίς την ενεργό συμμετοχή των γυναικών και την πλήρη αξιοποίησή τους σε όλα τα σχετικά προγράμματα, δεν πρόκειται να υπάρξει λύση κανενός από αυτά τα μεγάλα προβλήματα των σύγχρονων κοινωνιών, εθνικών και διεθνών» τονίζουν όλες οι Παγκόσμιες Διασκέψεις για προβλήματα που μαστίζουν την κοινωνία μας και την εποχή μας (Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου Α. «Η υπογεννητικότητα στα πλαίσια του παγκόσμιου πληθυσμιακού προβλήματος», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, *Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας*, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001, σ. 101-7). Σύμφωνα με τον Ι. Δανέζη ένα από τα καλύτερα στηρίγματα που διαθέτει η γυναίκα για να διεκδικήσει και να ασκήσει τα δικαιώματά της ή ακόμη να βελτιώσει την κοινωνική και επαγγελματική της θέση είναι η ελευθερία να προγραμματίζει και να ελέγχει τη γονιμότητά της (Δανέζη Ι. *Οικογενειακός Προγραμματισμός. Οικογενειακός Προγραμματισμός 2000*; (16):1-2). Το δικαίωμα του ζεύγους γενικότερα να ρυθμίζει με υπευθυνότητα τη γονιμότητά του ονομάστηκε «Πέμπτη ελευθερία του ατόμου». Από την άλλη πλευρά ωστόσο παρόμοιοι είναι οι λόγοι που εμποδίζουν και τους άντρες να κάνουν παιδιά σε σχετικά μικρή ηλικία: μόρφωση σε μεταπτυχιακό επίπεδο, επιμόρφωση και ειδίκευση, εύρεση εργασίας ανάλογης των τυπικών προσόντων καθυστερούν

την απόφαση για γάμο και παιδιά. Η μέση ηλικία του γαμπρού αυξήθηκε μεταξύ 1979 και 1999 από 28,8 σε 31,9 έτη. Η αύξηση αγγίζει το 3,1% και ενώ οι γάμοι των ανδρών ηλικίας 30 ετών και άνω ήταν 32,1% το 1979, ήταν 54,5% το 1999 (*Δανέζη Ι. Δημογραφικές ερμηνείες στην Ελλάδα. Οικογενειακός Προγραμματισμός 2002*; (25):4). Γενικότερα όμως η γονιμότητα συνδέεται με την ηλικία της γυναίκας και όχι του άνδρα, καθώς παρόλο που μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες παντρεύονται συνήθως μεγαλύτερους σε ηλικία άνδρες, οπότε θα ήταν ίσως αναμενόμενο να έχει μειωθεί η αναπαραγωγική ικανότητα των μεγαλύτερων αυτών ανδρών, έρευνες αποδεικνύουν ότι η πυκνότητα των σπερματοζωαρίων παραμένει φυσιολογική ακόμα και σε ηλικίες άνω των 50, άρα δεν υπάρχει βάσει μελετών καθορισμένη ηλικία στην οποία ο άνδρας δεν μπορεί να αποκτήσει παιδί.

Η ηλικία της γυναίκας λοιπόν αποδεικνύεται άμεσα σχετιζόμενη με τη γεννητικότητα. Έχει μάλιστα στατιστικά υπολογισθεί ότι η γυναίκα των 20 χρόνων έχει πιθανότητα 20% να μείνει έγκυος κάθε μήνα, ενώ για τη γυναίκα των 40 ετών η πιθανότητα πέφτει στο 9%. Ωστόσο πρέπει να ληφθεί υπόψη και ένας πιο «ποσοτικός» παράγοντας που σχετίζεται με την ηλικία: το γεγονός ότι μειώνεται και γηράσκει ο αναπαραγωγικός πληθυσμός γενικότερα, καθώς το ποσοστό των γυναικών 20-34 ετών από τις οποίες προέρχεται το μεγαλύτερο μέρος των γεννήσεων μειώθηκε ούτως ή άλλως από 48,1% το 1951 σε 20,3% το 1984 (*Αραβαντινού Δ. «Το δημογραφικό πρόβλημα της χώρας μας», Εναρκτήριο ομιλία στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παιδικής-Εφηβικής Γυναικολογίας και Ενδοκρινολογίας, Αθήνα 6-9 Δεκεμβρίου 1995*). Αυτή η διαπίστωση σχετικά με τη γήρανση του πληθυσμού γενικά αποτελεί δημογραφικό φαινόμενο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς πιστεύεται ότι από το 2005 και μετά οι «νέοι ενήλικες» (25-39 ετών) θα αρχίσουν να μειώνονται και η τάση αυτή θα

επιταχυνθεί σε μεγάλο βαθμό μετά το 2010, περίπου -16% μεταξύ 2010 και 2030 (*Ανακοίνωση της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Πράσινη Βίβλος «Μπροστά στις δημογραφικές αλλαγές, μία νέα αλληλεγγύη μεταξύ γενεών, Βρυξέλλες, 16.3.2005*). Το πράγμα γίνεται λοιπόν αρκετά σοβαρό, επειδή από τη μια πλευρά είναι πολύ λιγότεροι οι άνθρωποι που εντάσσονται στην κυρίως αναπαραγωγική ηλικία, γυναίκες και άντρες, ενώ από την άλλη και αυτοί ακόμη δε σπεύδουν να αποκτήσουν τέκνα λόγω των αιτίων που σημειώθηκαν παραπάνω.

Έχει καταστεί λοιπόν σαφές ότι η ηλικία της γυναίκας κατά το γάμο καθορίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό πότε θα επιλέξει να κάνει παιδί και ακολούθως πόσα τέκνα θα αποκτήσει συνολικά, με δεδομένο ότι με τα χρόνια μειώνεται η αναπαραγωγική της ικανότητα. Για αυτό το λόγο θεωρήσαμε σκόπιμο να επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον της έρευνάς μας στη μελέτη των μεταβολών της ηλικίας πρώτης εγκυμοσύνης κυρίως μάλιστα τα τελευταία 10 χρόνια (1987-1996), ορμώμενοι από την ανησυχητική διαπίστωση που ήδη αναφέρθηκε στα προηγούμενα, ότι στο καταληκτικό έτος της έρευνας, το 1996, για πρώτη φορά στην Ελλάδα οι θάνατοι υπερέβησαν τις γεννήσεις. Ο τοπικός της εντοπισμός στον ευαίσθητο γεωγραφικό χώρο της Θράκης καθιστά τη συγκεκριμένη διατριβή ιδιαίτερα καίρια, τοποθετώντας την στην ευρύτερη προσπάθεια της ανίχνευσης των αιτίων που οδηγούν σε υπογεννητικότητα στην περιοχή, προσπάθεια που θα ήταν σκόπιμο να μην παραμείνει στην περιγραφή μόνο του φαινομένου αλλά και να επεκταθεί στη λήψη πολύ συγκεκριμένων μέτρων για την αντιμετώπισή του σε επίπεδο πολιτείας. Μια πολύ σημαντική παράμετρος η οποία χρήζει πιο εξειδικευμένης προσέγγισης είναι αυτή του διαχωρισμού των μητέρων με βάση το θρήσκευμα. Πιστεύεται γενικά ότι οι Μουσουλμάνοι γεννούν πολύ περισσότερα τέκνα σε σχέση με τους Χριστιανούς, σε μια περιοχή λοιπόν όπως η Θράκη, στην οποία επικρατεί

συνύπαρξη των δύο αυτών «κόσμων» θα ήταν εξαιρετικού ενδιαφέροντος η μελέτη του αριθμού των γεννήσεων ανά μητέρα σε σχέση όχι μόνο με την ηλικία της αλλά και το θρησκευτικό δόγμα το οποίο ασπάζεται.

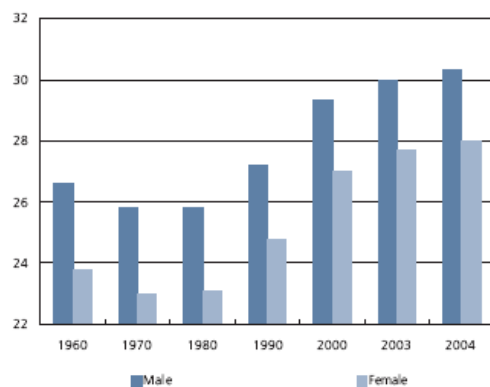
Ακολουθεί η παράθεση και ανάλυση των επιστημονικών δεδομένων με βάση στοιχεία που συλλέγησαν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης κατά το διάστημα μεταξύ 1987 και 1996.

Πίνακας 6. Δείκτες γαμηλιότητας και διαζυγίων στην ΕΕ-25

	Marriages (‰)			Divorces (‰)			Divorces per 100 marriages	Mean duration of marriage at divorce (years)
	1995	2000	2004	1995	2000	2004	2003	2003
EU-25	5.2	5.2	4.8	:	:	2.1	40.5	12.3
Euro area	5.1	5.1	4.6	:	:	1.9	37.7	12.8
Belgium	5.1	4.4	4.1	3.5	2.6	3.0	75.0	12.9
Czech Republic	5.3	5.4	5.0	3.0	2.9	3.2	67.1	11.3
Denmark	6.6	7.2	7.0	2.5	2.7	2.9	45.0	11.0
Germany	5.3	5.1	4.8	2.1	2.4	2.6	52.1	:
Estonia	4.9	4.0	4.5	5.2	3.1	3.1	69.6	10.1
Greece	6.0	4.5	4.2	1.0	1.0	1.1	19.6	:
Spain	5.1	5.4	5.0	0.8	1.0	2.1	20.1	:
France	4.4	5.1	4.3	2.1	:	2.1	45.7	13.2
Ireland	4.3	5.0	5.1	:	0.7	0.7	12.9	:
Italy	5.1	5.0	4.3	0.5	0.7	0.8	15.4	15.8
Cyprus	10.3	14.1	7.2	1.2	1.7	2.2	12.8	13.4
Latvia	4.5	3.9	4.5	3.1	2.6	2.3	48.3	10.2
Lithuania	6.1	4.8	5.6	2.8	3.1	3.2	62.4	:
Luxembourg	5.1	4.9	4.4	1.8	2.4	2.3	51.3	12.6
Hungary	5.2	4.7	4.3	2.4	2.3	2.4	55.2	10.9
Malta	6.3	6.6	6.0	0.0	0.0	:	:	:
Netherlands	5.3	5.5	4.7	2.2	2.2	1.9	39.7	12.8
Austria	5.4	4.9	4.7	2.3	2.4	2.3	50.5	11.1
Poland	5.4	5.5	5.0	1.0	1.1	1.5	24.9	12.3
Portugal	6.6	6.2	4.7	1.2	1.9	2.2	41.3	12.7
Slovenia	4.1	3.6	3.3	0.8	1.1	1.2	33.6	12.8
Slovakia	5.1	4.8	5.2	1.7	1.7	2.0	41.2	12.0
Finland	4.7	5.1	5.6	2.7	2.7	2.5	52.2	12.5
Sweden	3.8	4.5	4.8	2.6	2.4	2.2	54.1	11.8
United Kingdom	5.5	5.1	5.1	2.9	2.6	2.8	:	:
Bulgaria	4.4	4.4	4.0	1.3	1.3	1.9	39.2	10.5
Croatia	:	:	:	:	:	:	:	:
Romania	6.8	6.1	6.6	1.5	1.4	1.6	24.7	10.4
Turkey	:	:	6.8	:	:	0.7	:	:
Iceland	4.6	6.3	5.0	1.8	1.9	1.9	36.0	12.6
Norway	5.0	5.7	4.9	2.4	2.2	2.4	43.4	13.2
Switzerland	5.8	5.5	5.3	2.2	1.5	2.4	42.0	13.3

Πηγή: Eurostat, Key Figures in Europe: Statistical Pocketbook 2006.

Εικόνα 6. Μέση ηλικία γάμου ανδρών και γυναικών στην ΕΕ-25



Πηγή: Eurostat, Key Figures in Europe: Statistical Pocketbook 2006.

Πίνακας 7. Μέση ηλικία της συζύγου και της μητέρας στην Ελλάδα (1991-2005)

Έτος	Μέση ηλικία			
	Της συζύγου	Της συζύγου στο πρώτο γάμο	Της μητέρας	Της μητέρας στο πρώτο παιδί
1991	24,5	24,1	26,9	25,0
1992	24,9	24,4	27,1	25,4
1993	25,2	24,7	27,4	25,9
1994	25,6	25,1	27,6	26,0
1995	25,9	25,3	27,8	26,4
1996	26,3	25,7	28,1	26,6
1997	26,6	26,1	28,4	26,8
1998	26,9	26,3	28,6	27,1
1999	27,1	26,5	28,8	27,3
2000	27,4	26,8	29,5	27,9
2001	27,6	27,0	29,3	27,7
2002	27,9	27,3	29,5	28,0
2003	28,1	27,6	29,7	28,2
2004	28,4	27,8	30,0	28,5
2005	28,7	28,1	30,3	28,8

Πηγή: Στατιστικές φυσικής κίνησης πληθυσμού της Ελλάδος. Δελτίο Τύπου ΕΣΥΕ, Πειραιάς 2-4-2007.

Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ενδεδεχής μελέτη των ηλικιακών προτύπων των δημογραφικών συμβάντων είναι από τις περισσότερο χρονοβόρες δραστηριότητες των ερευνητών. Συχνά, όμως, όταν μέσα από τέτοιες έρευνες ταυτοποιούνται εμπειρικά διαπιστωμένα γεγονότα, δίνεται η βάση πάνω στην οποία μπορεί να στηριχθεί κάποιος για να εξηγήσει τους φυσιολογικούς και ηθολογικούς μηχανισμούς οι οποίοι γεννούν τα γεγονότα αυτά. Επίσης τέτοιες έρευνες μπορούν να βοηθήσουν στο να εξαχθούν πληροφορίες από δημογραφικά δεδομένα τα οποία είναι από άλλες πηγές ατελή ή ελλιπή.

Τις τελευταίες δεκαετίες, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, υπάρχει σταδιακή μείωση των γεννήσεων στην Ελλάδα. Επίσης υπάρχει δραματική μείωση του αριθμού των παιδιών που πρόκειται να αποκτήσει μια γυναίκα κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής της ηλικίας. Η Θράκη, ως ακριτική περιοχή, δεν έμεινε ανεπηρέαστη από τις εξελίξεις στο δημογραφικό ακολουθώντας τα πρότυπα της Ελλάδος και της Ευρώπης γενικότερα. Την δεκαετία 1987 – 1996 υπάρχει μείωση των γεννήσεων ζώντων παιδιών στη Θράκη κατά 14,5% περίπου.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να ερευνήσει και μελετήσει τα πρότυπα της ηλικίας των γυναικών κατά την πρώτη εγκυμοσύνη και τον τοκετό στην ευρύτερη περιοχή μας, καθώς η καθυστερημένη τεκνοποιία οδηγεί σε οικογένειες μικρότερου μεγέθους. Ο πρώτος τοκετός, σε κάθε περίπτωση μία σημαντικότερη συνιστώσα της ολικής γονιμότητας, είναι ειδικά σημαντικός γιατί σηματοδοτεί την είσοδο της γυναίκας στην κατάσταση της μητρότητας. Αυτή η αλλαγή με τη σειρά της επηρεάζει άλλα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά φαινόμενα και καθιστά την πρώτη

εγκυμοσύνη και γέννα ζωντανού παιδιού ένα γεγονός το οποίο χρειάζεται προσεκτική μελέτη.

Ακόμη σκοπός μας είναι να περιγράψουμε και να συγκρίνουμε την μεταβολή στην ηλικία της μητέρας στην πρώτη εγκυμοσύνη σύμφωνα με το θρήσκευμα.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τον σκοπό της εργασίας αυτής χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία που μας παρείχε το αρχείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, καθόσον στο νοσοκομείο αυτό συμβαίνει το 26% περίπου των τοκετών της Θράκης. Μελετήθηκαν τα βιβλία τοκετών και οι ιατρικοί φάκελοι των γυναικών που γέννησαν στο νοσοκομείο αυτό από 1/1/1987 έως 31/12/1996. Η δεκαετία αυτή σημαδεύτηκε από σημαντική μείωση της φυσικής αύξησης του πληθυσμού της Ελλάδας, η οποία ξεκίνησε ήδη από το 1981. Με δεδομένο ότι η αύξηση της θνησιμότητας υπήρξε μικρή, το φαινόμενο της μείωσης του πληθυσμού εξηγείται από τη δραματική μείωση της γεννητικότητας στην περίοδο αυτή.

Διαβλέποντας ότι η ίδια κατάσταση επικρατεί και στη Θράκη, συλλέχτηκαν και αναλύθηκαν στοιχεία σχετικά με την ηλικία, το θρήσκευμα, τον αριθμό του τόκου και τον τόπο διαμονής 8911 γυναικών που γέννησαν την δεκαετία 1987-1996. Από αυτές οι 6513 είναι χριστιανές (73,1%) και 2398 είναι μουσουλμάνες (26,9%). Από το σύνολο των γυναικών ποσοστό 46,7% είναι πρωτοτόκες, με τις οποίες θα ασχοληθούμε ειδικότερα, καθώς όπως αναφέρθηκε στο σκοπό η γέννηση του πρώτου παιδιού σηματοδοτεί την είσοδο στην μητρότητα και η ηλικία της μητέρας κατά τον πρώτο τοκετό παίζει ρόλο στο συνολικό αριθμό των παιδιών που θα αποκτήσει. Από την μελέτη αποκλείστηκαν οι γυναίκες που γέννησαν νεκρά παιδιά και αυτές στις οποίες είναι άγνωστη η ηλικία ή το θρήσκευμα.

Στους παρακάτω Πίνακες και Διαγράμματα παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών που μελετήθηκαν, ενώ σε μερικές περιπτώσεις έγινε πρόωρη στατιστική

ανάλυση ώστε να γίνουν περισσότερο κατανοητά τα δεδομένα και τα αποτελέσματα αργότερα.

Η κατανομή των γυναικών ως προς το πλήθος του τόκου και το θρήσκευμα δίνεται αναλυτικότερα στον Πίνακα 8.

Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτόν στις ομάδες γυναικών με 1, 2 και 3 τοκετούς, οι χριστιανές καταλαμβάνουν μεγαλύτερο ποσοστό στην κατανομή των γυναικών, το οποίο κυμαίνεται από 72% έως 78% , ενώ στις επόμενες ομάδες με 4, 5, 6 και 7 τοκετούς η κατανομή των χριστιανών και μουσουλμάνων γυναικών κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα.

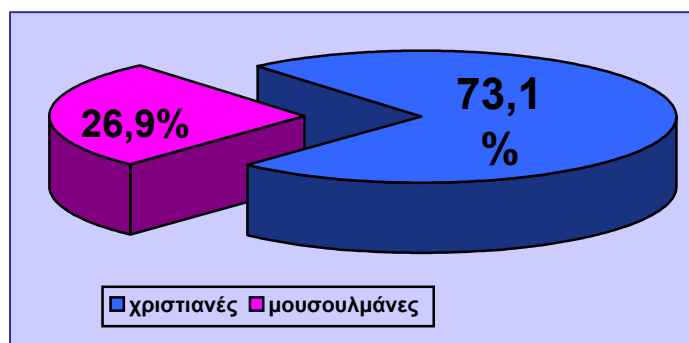
Πίνακας 8. Σύνολο των γυναικών - κατανομή ως προς το πλήθος του τόκου και το θρήσκευμα.

Τόκος		Θρήσκευμα		Σύνολο
		X ^(*)	M ^(*)	
1ος	N ^(*)	2979	1182	4161
	% του τόκου	71,6%	28,4%	100,0%
	% του θρησκεύματος	45,7%	49,3%	46,7%
2ος	N	2573	743	3316
	% του τόκου	77,6%	22,4%	100,0%
	% του θρησκεύματος	39,5%	31,0%	37,2%
3ος	N	737	278	1015
	% του τόκου	72,6%	27,4%	100,0%
	% του θρησκεύματος	11,3%	11,6%	11,4%
4ος	N	162	132	294
	% του τόκου	55,1%	44,9%	100,0%
	% του θρησκεύματος	2,5%	5,5%	3,3%
5ος	N	40	43	83
	% του τόκου	48,2%	51,8%	100,0%
	% του θρησκεύματος	0,6%	1,8%	0,9%
6ος	N	12	12	24
	% του τόκου	50,0%	50,0%	100,0%
	% του θρησκεύματος	0,2%	0,5%	0,3%
7ος	N	4	3	7
	% του τόκου	57,1%	42,9%	100,0%
	% του θρησκεύματος	0,1%	0,1%	0,1%
8ος	N	3	1	4
	% του τόκου	75,0%	25,0%	100,0%
	% του θρησκεύματος	0,0%	0,0%	0,0%
9ος	N	1	2	3
	% του τόκου	33,3%	66,7%	100,0%
	% του θρησκεύματος	0,0%	0,1%	0,0%
10ος	N	0	2	2
	% του τόκου	0,0%	100,0%	100,0%
	% του θρησκεύματος	0,0%	0,1%	0,0%
11ος	N	1	0	1
	% του τόκου	100,0%	0,0%	100,0%
	% του θρησκεύματος	0,0%	0,0%	0,0%
12ος	N	1	0	1
	% του τόκου	100,0%	0,0%	100,0%
	% του θρησκεύματος	0,0%	0,0%	0,0%
Σύνολο	N	6513	2398	8911
	% του τόκου	73,1%	26,9%	100,0%
	% του θρησκεύματος	100,0%	100,0%	100,0%

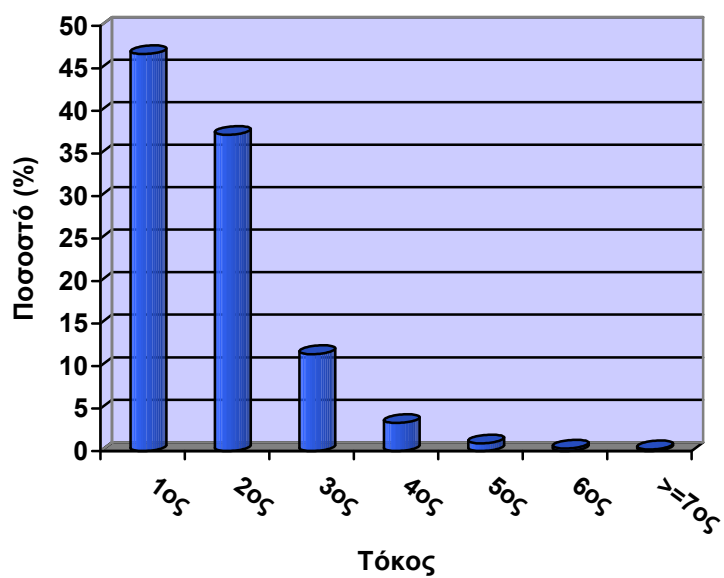
(*) X: Χριστιανές, M: Μουσουλμάνες, N: Αριθμός γυναικών

Η κατανομή των γυναικών ως προς το θρήσκευμα και το πλήθος των τοκετών παρουσιάζεται γραφικά στα Διαγράμματα 1 και 2.

Διάγραμμα 1. Κατανομή γυναικών ως προς το θρήσκευμα



Διάγραμμα 2. Κατανομή γυναικών ως προς το πλήθος των τοκετών.



Η μέση ηλικία των γυναικών είναι ίση με 25,8 έτη. Οι αντίστοιχες τιμές για τις χριστιανές και τις μουσουλμάνες είναι 26,6 έτη και 23,7 έτη. Η εφαρμογή του t-test έδωσε στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της ηλικίας μεταξύ των χριστιανών και των μουσουλμάνων γυναικών ($p=0,000$).

Οι Πίνακες 9, 10 και 11 περιέχουν στατιστικές παραμέτρους για την ηλικία του συνόλου των γυναικών, των χριστιανών και των μουσουλμάνων γυναικών αντίστοιχα. Όπως είναι αναμενόμενο, η ηλικία των γυναικών αυξάνεται όσο μεγαλώνει το πλήθος των τοκετών.

Πίνακας 9. Στατιστικές παράμετροι της ηλικίας του συνόλου των γυναικών.

Τόκος	Αριθμός γυναικών	Μέση Τιμή (Ετη)	Διάμεση Τιμή (Ετη)	Τυπική Απόκλιση	95% Δ. Ε.
1 ^{ος}	4142	23,6	23	4,79	(23,4 , 23,7)
2 ^{ος}	3273	26,7	26	4,54	(26,5 , 26,8)
3 ^{ος}	1008	29,4	29	5,04	(29,1 , 29,7)
4 ^{ος}	293	31	31	5,02	(30,5 , 31,6)
5 ^{ος}	82	32,4	32	5,79	(31,2 , 33,7)
6 ^{ος}	24	32,5	32	5,48	(30,2 , 34,9)
7 ^{ος}	7	35,7	36	4,82	(31,3 , 40,2)
8 ^{ος}	4	37,8	38	0,5	(36,9 , 38,6)
9 ^{ος}	3	37,7	39	5,13	
10 ^{ος}	2	35	35	7,07	
11 ^{ος}	1	43			
12 ^{ος}	1	38			

Πίνακας 10. Στατιστικές παράμετροι της ηλικίας των χριστιανών γυναικών.

Τόκος	Αριθμός γυναικών	Μέση Τιμή (Ετη)	Διάμεση Τιμή (Ετη)	Τυπική Απόκλιση	95% Δ.Ε.
1 ^{ος}	2961	24,7	24	4,7	(24,5 , 24,8)
2 ^{ος}	2534	27,1	27	4,4	(26,9 , 27,3)
3 ^{ος}	732	30,2	30	4,6	(29,8 , 30,5)
4 ^{ος}	161	32,3	33	4,6	(31,6 , 32,9)
5 ^{ος}	40	33,5	33,5	4,6	(32,1 , 34,9)
6 ^{ος}	12	34	36	4,7	(30,1 , 37,9)
7 ^{ος}	4	36,3	37	5,6	(27,3 , 45,2)
8 ^{ος}	3	37,7	38	0,6	
9 ^{ος}	1	42			
11 ^{ος}	1	43			
12 ^{ος}	1	38			

Πίνακας 11. Στατιστικές παράμετροι της ηλικίας των μουσουλμάνων γυναικών.

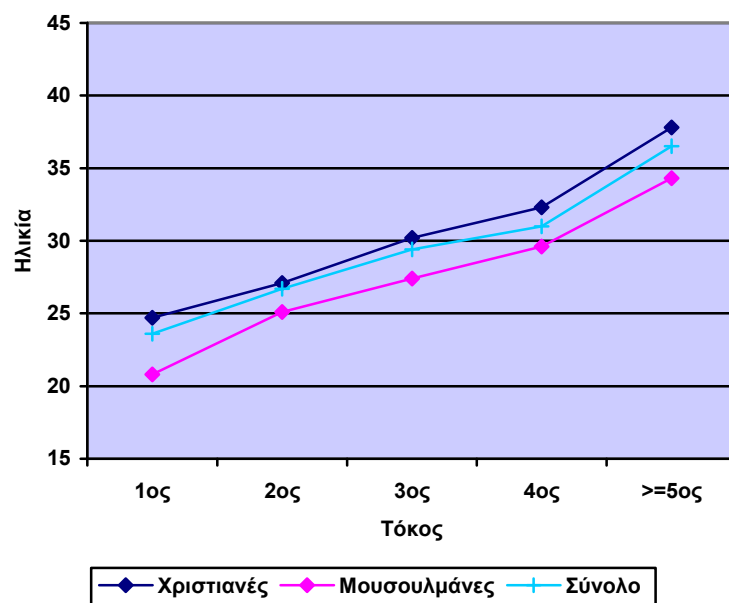
Τόκος	Αριθμός γυναικών	Μέση Τιμή (Ετη)	Διάμεση Τιμή (Ετη)	Τυπική Απόκλιση	95% Δ.Ε.
1 ^{ος}	1178	20,8	20	4,79	(20,5 , 20,9)
2 ^{ος}	738	25,1	25	4,54	(24,8 , 25,5)
3 ^{ος}	276	27,4	27	5,04	(26,7 , 28,1)
4 ^{ος}	132	29,6	29,5	5,02	(28,7 , 30,4)
5 ^{ος}	42	31,4	30,5	5,79	(29,3 , 33,5)
6 ^{ος}	12	31,1	30	5,48	(28,2 , 33,9)
7 ^{ος}	3	35	36	4,82	
8 ^{ος}	1	38			
9 ^{ος}	2	35,5			
10 ^{ος}	2	35			

Προκειμένου να συγκρίνουμε την ηλικία στις διάφορες ομάδες τόκου, σε χριστιανές και μουσουλμάνες ξεχωριστά, θεωρούμε σαν μία κατηγορία τις γυναίκες που γέννησαν πέντε ή περισσότερες φορές. Έτσι οι παραπάνω πίνακες συνοψίζονται στον Πίνακα 12, ενώ στο Διάγραμμα 3 παρουσιάζονται γραφικά οι μέσες τιμές των ηλικιών ως προς το πλήθος των τοκετών και το θρήσκευμα.

Πίνακας 12. Αριθμός των γυναικών, χριστιανών και μουσουλμάνων, και η μέση τιμή της ηλικίας τους σε σχέση με τον τόκο.

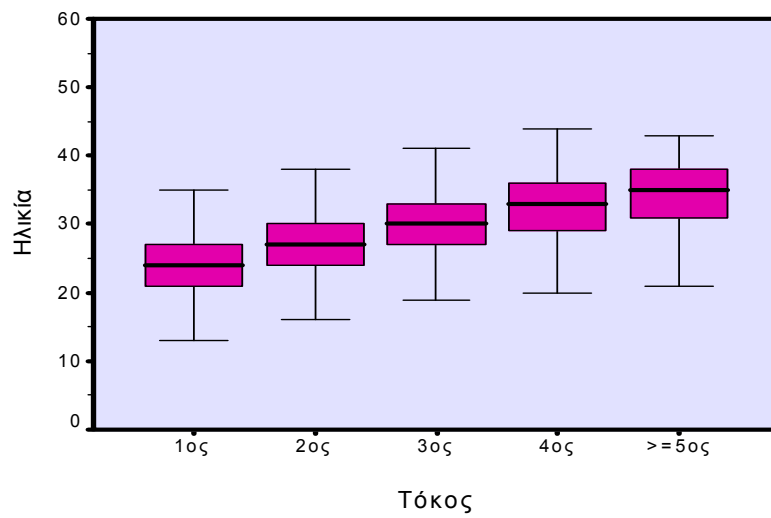
Τόκος	Χριστιανές		Μουσουλμάνες		Σύνολο	Μ.Τ. Συνόλου
	Αριθμός	Μ.Τ.	Αριθμός	Μ.Τ.		
1 ^{ος}	2961	24,7	1178	20,8	4142	23,6
2 ^{ος}	2534	27,1	738	25,1	3273	26,7
3 ^{ος}	732	30,2	276	27,4	1008	29,4
4 ^{ος}	161	32,3	132	29,6	293	31
≥5 ^{ος}	62	37,8	62	34,3	124	36,5

Διάγραμμα 3. Μέσες τιμές ηλικίας σε σχέση με το πλήθος των τοκετών

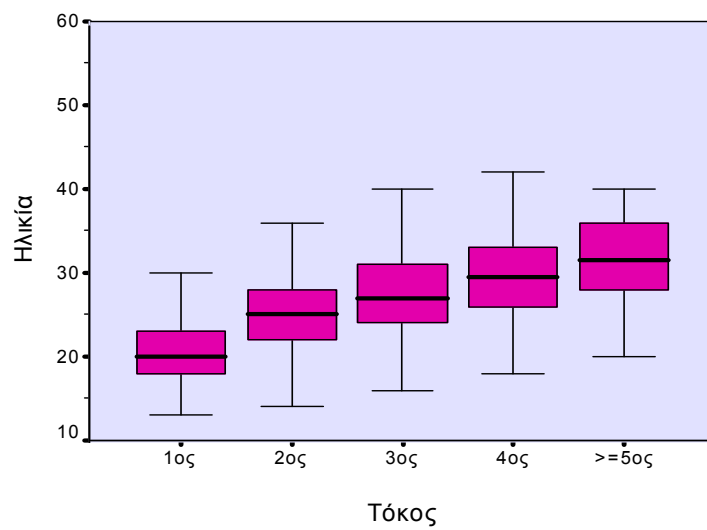


Στα Διαγράμματα 4 και 5 φαίνεται η μέση τιμή και η διακύμανση των τιμών της ηλικίας για τις χριστιανές και τις μουσουλμάνες αντίστοιχα, σε σχέση με το πλήθος των τοκετών.

Διάγραμμα 4. Μέσες τιμές και διακύμανση ηλικίας σε σχέση με το πλήθος των τοκετών (Χριστιανές).



Διάγραμμα 5. Μέσες τιμές και διακύμανση ηλικίας σε σχέση με το πλήθος των τοκετών (Μουσουλμάνες).



Στη συνέχεια η ηλικία των γυναικών χωρίστηκε στις εξής ομάδες: <15, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39 και ≥40 ετών.

Η κατανομή του συνόλου των γυναικών (χριστιανών και μουσουλμάνων), συγκεντρωτικά από το 1987 έως το 1996, ως προς το πλήθος των τόκου και τις παραπάνω ομάδες ηλικίας δίνεται στον Πίνακα 13. Αναλυτικότερα, στους Πίνακες 14 και 15 φαίνεται η κατανομή των χριστιανών και των μουσουλμάνων αντίστοιχα ως προς το πλήθος του τόκου και την ηλικία κατά ομάδες.

Οι Πίνακες 16, 17 και 18 περιέχουν τις κατανομές των γυναικών (σύνολο γυναικών, χριστιανών, μουσουλμάνων αντίστοιχα), ως προς το έτος μελέτης και την ηλικία κατά ομάδες.

Πίνακας 13. Κατανομή του συνόλου των γυναικών ως προς τον τόκο και την ηλικία κατά ομάδες.

		Ηλικία μητέρας							Σύνολο
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	
Τόκος	1ος Αριθμός	19	755	1876	1025	346	103	18	4142
	% του τόκου	,5%	18,2%	45,3%	24,7%	8,4%	2,5%	,4%	100,0%
	% της ηλικίας	86,4%	83,2%	62,3%	35,9%	23,6%	21,2%	19,8%	46,9%
	2ος Αριθμός	3	125	963	1374	638	152	18	3273
	% του τόκου	,1%	3,8%	29,4%	42,0%	19,5%	4,6%	,5%	100,0%
	% της ηλικίας	13,6%	13,8%	32,0%	48,1%	43,6%	31,3%	19,8%	37,0%
	3ος Αριθμός		23	139	355	332	128	31	1008
	% του τόκου		2,3%	13,8%	35,2%	32,9%	12,7%	3,1%	100,0%
	% της ηλικίας		2,5%	4,6%	12,4%	22,7%	26,3%	34,1%	11,4%
	4ος Αριθμός		4	25	83	107	62	12	293
	% του τόκου		1,4%	8,5%	28,3%	36,5%	21,2%	4,1%	100,0%
	% της ηλικίας		,4%	,8%	2,9%	7,3%	12,8%	13,2%	3,3%
	5ος Αριθμός			8	12	34	23	5	82
	% του τόκου			9,8%	14,6%	41,5%	28,0%	6,1%	100,0%
	% της ηλικίας			,3%	,4%	2,3%	4,7%	5,5%	,9%
	6ος Αριθμός			1	8	4	8	3	24
	% του τόκου			4,2%	33,3%	16,7%	33,3%	12,5%	100,0%
	% της ηλικίας			,0%	,3%	,3%	1,6%	3,3%	,3%
	7ος Αριθμός				1	1	4	1	7
	% του τόκου				14,3%	14,3%	57,1%	14,3%	100,0%
	% της ηλικίας				,0%	,1%	,8%	1,1%	,1%
	8ος Αριθμός						4		4
	% του τόκου						100%		100,0%
	% της ηλικίας						,8%		,0%
	9ος Αριθμός					1	1	1	3
	% του τόκου					33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	% της ηλικίας					,1%	,2%	1,1%	,0%
	10ος Αριθμός					1		1	2
	% του τόκου					50,0%		50,0%	100,0%
	% της ηλικίας					,1%		1,1%	,0%
	11ος Αριθμός							1	1
	% του τόκου							100%	100,0%
	% της ηλικίας							1,1%	,0%
	12ος Αριθμός						1		1
	% του τόκου						100%		100,0%
	% της ηλικίας						,2%		,0%
Σύνολο		22	907	3012	2858	1464	486	91	8840
		,2%	10,3%	34,1%	32,3%	16,6%	5,5%	1,0%	100,0%
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%

Πίνακας 14. Κατανομή των Χριστιανών γυναικών ως προς τον τόκο και την ηλικία κατά ομάδες.

			Ηλικία μητέρας							Total
			<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	
Τόκος	1ος	Αριθμός	4	322	1289	910	328	94	14	2961
		% του τόκου	,1%	10,9%	43,5%	30,7%	11,1%	3,2%	,5%	100%
		% της ηλικίας	100,0%	87,3%	61,9%	39,4%	26,9%	23,5%	20,6%	45,9%
	2ος	Αριθμός		45	709	1086	549	132	13	2534
		% του τόκου		1,8%	28,0%	42,9%	21,7%	5,2%	,5%	100%
		% της ηλικίας		12,2%	34,1%	47,0%	45,1%	33,0%	19,1%	39,3%
	3ος	Αριθμός		2	73	266	261	105	25	732
		% του τόκου		,3%	10,0%	36,3%	35,7%	14,3%	3,4%	100%
		% της ηλικίας		,5%	3,5%	11,5%	21,4%	26,3%	36,8%	11,3%
	4ος	Αριθμός			8	38	63	44	8	161
		% του τόκου			5,0%	23,6%	39,1%	27,3%	5,0%	100%
		% της ηλικίας			,4%	1,6%	5,2%	11,0%	11,8%	2,5%
	5ος	Αριθμός			1	6	17	13	3	40
		% του τόκου			2,5%	15,0%	42,5%	32,5%	7,5%	100%
		% της ηλικίας			,0%	,3%	1,4%	3,3%	4,4%	,6%
	6ος	Αριθμός			1	3		6	2	12
		% του τόκου			8,3%	25,0%		50,0%	16,7%	100%
		% της ηλικίας			,0%	,1%		1,5%	2,9%	,2%
	7ος	Αριθμός				1		2	1	4
		% του τόκου				25,0%		50,0%	25,0%	100%
		% της ηλικίας				,0%		,5%	1,5%	,1%
	8ος	Αριθμός						3		3
		% του τόκου						100%		100%
		% της ηλικίας						,8%		,0%
	9ος	Αριθμός							1	1
		% του τόκου							100%	100%
		% της ηλικίας							1,5%	,0%
	11ος	Αριθμός							1	1
		% του τόκου							100%	100%
		% της ηλικίας							1,5%	,0%
	12ος	Αριθμός						1		1
		% του τόκου						100%		100%
		% της ηλικίας						,3%		,0%
Σύνολο		Αριθμός	4	369	2081	2310	1218	400	68	6450
		% του τόκου	,1%	5,7%	32,3%	35,8%	18,9%	6,2%	1,1%	100%
		% της ηλικίας	100,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Πίνακας 15. Κατανομή των Μουσουλμάνων γυναικών ως προς τον τόκο και την ηλικία κατά ομάδες.

		Ηλικία μητέρας							Σύνολο
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	
Τόκος	1ος Αριθμός	15	432	586	114	18	9	4	1178
	% του τόκου	1,3%	36,7%	49,7%	9,7%	1,5%	,8%	,3%	100,0%
	% της ηλικίας	83,3%	80,4%	63,1%	20,8%	7,3%	10,5%	17,4%	49,4%
	2ος Αριθμός	3	80	253	288	89	20	5	738
	% του τόκου	,4%	10,8%	34,3%	39,0%	12,1%	2,7%	,7%	100,0%
	% της ηλικίας	16,7%	14,9%	27,2%	52,7%	36,2%	23,3%	21,7%	30,9%
	3ος Αριθμός		21	66	89	71	23	6	276
	% του τόκου		7,6%	23,9%	32,2%	25,7%	8,3%	2,2%	100,0%
	% της ηλικίας		3,9%	7,1%	16,3%	28,9%	26,7%	26,1%	11,6%
	4ος Αριθμός		4	17	45	44	18	4	132
	% του τόκου		3,0%	12,9%	34,1%	33,3%	13,6%	3,0%	100,0%
	% της ηλικίας		,7%	1,8%	8,2%	17,9%	20,9%	17,4%	5,5%
	5ος Αριθμός			7	6	17	10	2	42
	% του τόκου			16,7%	14,3%	40,5%	23,8%	4,8%	100,0%
	% της ηλικίας			,8%	1,1%	6,9%	11,6%	8,7%	1,8%
	6ος Αριθμός				5	4	2	1	12
	% του τόκου				41,7%	33,3%	16,7%	8,3%	100,0%
	% της ηλικίας				,9%	1,6%	2,3%	4,3%	,5%
	7ος Αριθμός					1	2		3
	% του τόκου					33,3%	66,7%		100,0%
	% της ηλικίας					,4%	2,3%		,1%
	8ος Αριθμός						1		1
	% του τόκου						100,0%		100,0%
	% της ηλικίας						1,2%		,0%
	9ος Αριθμός					1	1		2
	% του τόκου					50,0%	50,0%		100,0%
	% της ηλικίας					,4%	1,2%		,1%
	10ος Αριθμός					1		1	2
	% του τόκου					50,0%		50,0%	100,0%
	% της ηλικίας					,4%		4,3%	,1%
Σύνολο		18	537	929	547	246	86	23	2386
		,8%	22,5%	38,9%	22,9%	10,3%	3,6%	1,0%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 16. Κατανομή του συνόλου των γυναικών ως προς το έτος και την ηλικία κατά ομάδες.

		Ηλικία μητέρας							Σύνολο	
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40		
Έτος	1987	Αριθμός	1	129	469	315	148	40	6	1108
	% του έτους	,1%	11,6%	42,3%	28,4%	13,4%	3,6%	,5%	100,0%	
	% της ηλικίας	4,5%	14,2%	15,5%	10,9%	10,0%	8,2%	6,3%	12,4%	
	1988	Αριθμός	2	79	195	135	53	22	2	488
	% του έτους	,4%	16,2%	40,0%	27,7%	10,9%	4,5%	,4%	100,0%	
	% της ηλικίας	9,1%	8,7%	6,4%	4,7%	3,6%	4,5%	2,1%	5,5%	
	1989	Αριθμός	2	121	391	324	140	45	6	1029
	% του έτους	,2%	11,8%	38,0%	31,5%	13,6%	4,4%	,6%	100,0%	
	% της ηλικίας	9,1%	13,3%	12,9%	11,3%	9,5%	9,2%	6,3%	11,5%	
	1990	Αριθμός	1	91	337	267	144	35	8	883
	% του έτους	,1%	10,3%	38,2%	30,2%	16,3%	4,0%	,9%	100,0%	
	% της ηλικίας	4,5%	10,0%	11,1%	9,3%	9,7%	7,1%	8,3%	9,9%	
	1991	Αριθμός	2	67	273	279	141	50	9	821
	% του έτους	,2%	8,2%	33,3%	34,0%	17,2%	6,1%	1,1%	100,0%	
	% της ηλικίας	9,1%	7,4%	9,0%	9,7%	9,5%	10,2%	9,4%	9,2%	
	1992	Αριθμός	1	58	265	314	160	36	9	843
	% του έτους	,1%	6,9%	31,4%	37,2%	19,0%	4,3%	1,1%	100,0%	
	% της ηλικίας	4,5%	6,4%	8,7%	10,9%	10,8%	7,3%	9,4%	9,5%	
	1993	Αριθμός	2	42	144	192	83	32	2	497
	% του έτους	,4%	8,5%	29,0%	38,6%	16,7%	6,4%	,4%	100,0%	
	% της ηλικίας	9,1%	4,6%	4,8%	6,7%	5,6%	6,5%	2,1%	5,6%	
	1994	Αριθμός	5	107	335	341	184	64	14	1050
	% του έτους	,5%	10,2%	31,9%	32,5%	17,5%	6,1%	1,3%	100,0%	
	% της ηλικίας	22,7%	11,7%	11,1%	11,8%	12,4%	13,1%	14,6%	11,8%	
1995	Αριθμός	3	118	319	358	213	88	21	1120	
% του έτους	,3%	10,5%	28,5%	32,0%	19,0%	7,9%	1,9%	100,0%		
% της ηλικίας	13,6%	13,0%	10,5%	12,4%	14,4%	18,0%	21,9%	12,6%		
1996	Αριθμός	3	99	302	355	215	78	19	1071	
% του έτους	,3%	9,2%	28,2%	33,1%	20,1%	7,3%	1,8%	100,0%		
% της ηλικίας	13,6%	10,9%	10,0%	12,3%	14,5%	15,9%	19,8%	12,0%		
Σύνολο	Αριθμός	22	911	3030	2880	1481	490	96	8910	
	% του έτους	,2%	10,2%	34,0%	32,3%	16,6%	5,5%	1,1%	100,0%	
	% της ηλικίας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας 17. Κατανομή των Χριστιανών γυναικών ως προς το έτος και την ηλικία κατά ομάδες.

		Ηλικία μητέρας							Σύνολο
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	
Έτος	1987 Αριθμός		74	376	268	120	34	5	877
	% του έτους		8,4%	42,9%	30,6%	13,7%	3,9%	,6%	100,0%
	% της ηλικίας		19,9%	18,0%	11,5%	9,8%	8,5%	6,8%	13,5%
	1988 Αριθμός	1	42	138	119	41	18	2	361
	% του έτους	,3%	11,6%	38,2%	33,0%	11,4%	5,0%	,6%	100,0%
	% της ηλικίας	25,0%	11,3%	6,6%	5,1%	3,3%	4,5%	2,7%	5,6%
	1989 Αριθμός	1	62	280	264	120	39	6	772
	% του έτους	,1%	8,0%	36,3%	34,2%	15,5%	5,1%	,8%	100,0%
	% της ηλικίας	25,0%	16,7%	13,4%	11,3%	9,8%	9,7%	8,2%	11,9%
	1990 Αριθμός		44	243	222	129	29	7	674
	% του έτους		6,5%	36,1%	32,9%	19,1%	4,3%	1,0%	100,0%
	% της ηλικίας		11,8%	11,6%	9,5%	10,5%	7,2%	9,6%	10,4%
	1991 Αριθμός		35	204	236	129	46	8	658
	% του έτους		5,3%	31,0%	35,9%	19,6%	7,0%	1,2%	100,0%
	% της ηλικίας		9,4%	9,7%	10,1%	10,5%	11,4%	11,0%	10,1%
	1992 Αριθμός		21	206	268	143	31	7	676
	% του έτους		3,1%	30,5%	39,6%	21,2%	4,6%	1,0%	100,0%
	% της ηλικίας		5,6%	9,8%	11,5%	11,7%	7,7%	9,6%	10,4%
	1993 Αριθμός		10	99	155	69	27	1	361
	% του έτους		2,8%	27,4%	42,9%	19,1%	7,5%	,3%	100,0%
	% της ηλικίας		2,7%	4,7%	6,7%	5,6%	6,7%	1,4%	5,6%
	1994 Αριθμός		27	183	241	148	44	6	649
	% του έτους		4,2%	28,2%	37,1%	22,8%	6,8%	,9%	100,0%
	% της ηλικίας		7,3%	8,7%	10,4%	12,1%	10,9%	8,2%	10,0%
	1995 Αριθμός	1	30	193	290	156	68	16	754
	% του έτους	,1%	4,0%	25,6%	38,5%	20,7%	9,0%	2,1%	100,0%
	% της ηλικίας	25,0%	8,1%	9,2%	12,5%	12,7%	16,9%	21,9%	11,6%
	1996 Αριθμός	1	27	171	265	172	66	15	717
	% του έτους	,1%	3,8%	23,8%	37,0%	24,0%	9,2%	2,1%	100,0%
	% της ηλικίας	25,0%	7,3%	8,2%	11,4%	14,0%	16,4%	20,5%	11,0%
Σύνολο		4	372	2093	2328	1227	402	73	6499
		,1%	5,7%	32,2%	35,8%	18,9%	6,2%	1,1%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 18. Κατανομή των Μουσουλμάνων γυναικών ως προς το έτος και την ηλικία κατά ομάδες.

		Ηλικία μητέρας							Σύνολο	
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40		
Έτος	1987	Αριθμός	1	54	93	47	28	6	1	230
	% του έτους	,4%	23,5%	40,4%	20,4%	12,2%	2,6%	,4%	100,0%	
	% της ηλικίας	5,6%	10,0%	9,9%	8,5%	11,0%	6,8%	4,3%	9,6%	
	1988	Αριθμός	1	37	57	16	12	4		127
	% του έτους	,8%	29,1%	44,9%	12,6%	9,4%	3,1%		100,0%	
	% της ηλικίας	5,6%	6,9%	6,1%	2,9%	4,7%	4,5%		5,3%	
	1989	Αριθμός	1	59	111	60	20	6		257
	% του έτους	,4%	23,0%	43,2%	23,3%	7,8%	2,3%		100,0%	
	% της ηλικίας	5,6%	11,0%	11,9%	10,9%	7,9%	6,8%		10,7%	
	1990	Αριθμός	1	47	94	45	15	6	1	209
	% του έτους	,5%	22,5%	45,0%	21,5%	7,2%	2,9%	,5%	100,0%	
	% της ηλικίας	5,6%	8,7%	10,1%	8,2%	5,9%	6,8%	4,3%	8,7%	
	1991	Αριθμός	2	32	68	43	12	4	1	162
	% του έτους	1,2%	19,8%	42,0%	26,5%	7,4%	2,5%	,6%	100,0%	
	% της ηλικίας	11,1%	5,9%	7,3%	7,8%	4,7%	4,5%	4,3%	6,7%	
	1992	Αριθμός	1	37	59	46	17	5	2	167
	% του έτους	,6%	22,2%	35,3%	27,5%	10,2%	3,0%	1,2%	100,0%	
	% της ηλικίας	5,6%	6,9%	6,3%	8,3%	6,7%	5,7%	8,7%	6,9%	
	1993	Αριθμός	2	32	45	37	14	5	1	136
	% του έτους	1,5%	23,5%	33,1%	27,2%	10,3%	3,7%	,7%	100,0%	
	% της ηλικίας	11,1%	5,9%	4,8%	6,7%	5,5%	5,7%	4,3%	5,7%	
	1994	Αριθμός	5	80	152	100	36	20	8	401
	% του έτους	1,2%	20,0%	37,9%	24,9%	9,0%	5,0%	2,0%	100,0%	
	% της ηλικίας	27,8%	14,9%	16,3%	18,1%	14,2%	22,7%	34,8%	16,7%	
1995	Αριθμός	2	88	125	67	57	20	5	364	
% του έτους	,5%	24,2%	34,3%	18,4%	15,7%	5,5%	1,4%	100,0%		
% της ηλικίας	11,1%	16,4%	13,4%	12,2%	22,4%	22,7%	21,7%	15,1%		
1996	Αριθμός	2	72	131	90	43	12	4	354	
% του έτους	,6%	20,3%	37,0%	25,4%	12,1%	3,4%	1,1%	100,0%		
% της ηλικίας	11,1%	13,4%	14,0%	16,3%	16,9%	13,6%	17,4%	14,7%		
Σύνολο	Αριθμός	18	538	935	551	254	88	23	2407	
	% του έτους	,7%	22,4%	38,8%	22,9%	10,6%	3,7%	1,0%	100,0%	
	% της ηλικίας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

2.1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν η κατανομή χ^2 , το Mann-Whitney test και το Kruskal-Wallis test για έλεγχο της ανεξαρτησίας και ομοιότητας των δειγμάτων.

Η στατιστική επεξεργασία έγινε σε ηλεκτρονικό υπολογιστή με τη βοήθεια του λογισμικού προγράμματος SPSS (Scientific Package for Social Sciences), έκδοση 10.0. Ως στατιστικά σημαντικές θεωρήθηκαν οι τιμές του p κάτω του 0.01.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

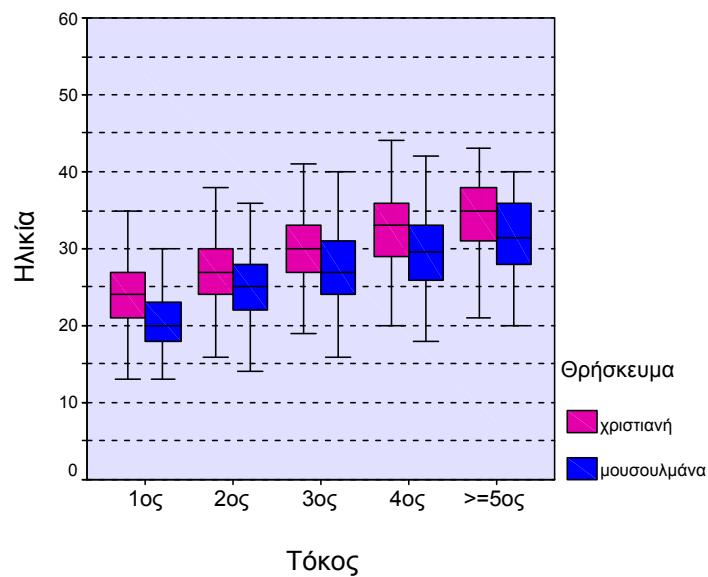
3.1. Σύνολο των γυναικών

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η μέση ηλικία όλων των γυναικών της μελέτης, στην υπό εξέταση δεκαετία, είναι 25,8 έτη. Οι αντίστοιχες τιμές για τις χριστιανές και τις μουσουλμάνες είναι 26,6 και 23,7 έτη. Η εφαρμογή του t-test έδωσε στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της ηλικίας μεταξύ των χριστιανών και των μουσουλμάνων γυναικών ($p < 0,0001$). Καθ' όσον στον παραπάνω πληθυσμό περιλαμβάνονται όλες οι γυναίκες, ανεξαρτήτως τόκου, η διαφορά αυτή σημαίνει ότι οι χριστιανές ολοκληρώνουν την γέννηση των παιδιών τους κατά μέσο όρο 2,9 έτη αργότερα σε σχέση με τις μουσουλμάνες.

Προκειμένου να συγκρίνουμε την ηλικία στις διάφορες ομάδες τόκου, όπως αναφέρθηκε, θεωρούμε ως μία κατηγορία τις γυναίκες που γέννησαν 5 ή περισσότερα παιδιά. Στο Διάγραμμα 6 παρουσιάζονται η μέση τιμή και η διακύμανση των τιμών της ηλικίας για τις χριστιανές και μουσουλμάνες αντίστοιχα, σε ένα ενιαίο διάγραμμα, όπου και είναι εφικτή η σύγκριση των δύο υποομάδων (χριστιανών και μουσουλμάνων).

Σε κάθε υποομάδα γυναικών ξεχωριστά, η εφαρμογή του Kruskal – Wallis test έδωσε, όπως ήταν αναμενόμενο, στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ηλικία των γυναικών σε σχέση με το πλήθος του τόκου ($p < 0,0001$), δηλαδή όσο περισσότερους τοκετούς κάνει μια γυναίκα τόσο μεγαλύτερη ηλικία έχει.

Διάγραμμα 6. Μέση τιμή και διακύμανση ηλικίας Χριστιανών και μουσουλμάνων γυναικών σε σχέση με τον τόκο.



Στην συνέχεια, εφαρμόσαμε το Mann – Whitney test προκειμένου να συγκρίνουμε τις ηλικίες των γυναικών μεταξύ των δύο υποομάδων (ανάλογα με το θρήσκευμα) σε κάθε τόκο ξεχωριστά (βλ. και Πίνακες 10 και 11). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική και στις πέντε ομάδες τόκου με τα παρακάτω επίπεδα σημαντικότητας:

Πλήθος τόκου	Διαφορά Μ.Τ. ηλικίας (X-M)	p
1 ^{ος}	3,9	<0,0001
2 ^{ος}	2	<0,0001
3 ^{ος}	2,8	<0,0001
4 ^{ος}	2,7	<0,0001
>=5 ^{ος}	3	=0,006

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για τις διαφορές στις ηλικίες τοκετού των γυναικών.

Τοκετός	Διαφορά ηλικίας μεταξύ των τοκετών Μέση διαφορά (95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης)	
	Χριστιανές	Μουσουλμάνες
1 ^{ος} – 2 ^{ος}	2,4* (2,1 έως 2,7)	4,4* (3,7 έως 4,9)
1 ^{ος} – 3 ^{ος}	5,5* (4,9 έως 5,9)	6,6* (5,7 έως 7,5)
1 ^{ος} – 4 ^{ος}	7,6* (6,5 έως 8,6)	8,8* (7,6 έως 9,9)
2 ^{ος} – 3 ^{ος}	3,1* (2,5 έως 3,6)	2,2* (1,3 έως 3,1)
3 ^{ος} – 4 ^{ος}	2,1* (0,9 έως 3,2)	2,2* (0,8 έως 3,5)

* $p < 0,0001$

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω διαστήματα εμπιστοσύνης, η διαφορά στην ηλικία μεταξύ πρώτου και δεύτερου τοκετού, όπως επίσης μεταξύ δεύτερου και τρίτου τοκετού είναι μεγαλύτερη στις μουσουλμάνες σε σχέση με τις χριστιανές.

Ενώ λοιπόν οι μουσουλμάνες, αφού γεννήσουν το πρώτο τους παιδί, καθυστερούν να κάνουν τα υπόλοιπα, σε σχέση με τις χριστιανές, οι τελευταίες γεννούν όλα τους τα παιδιά σε μεγαλύτερη ηλικία από ότι οι μουσουλμάνες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι καθυστερούν σημαντικά να τεκνοποιήσουν το πρώτο τους παιδί σε σχέση με τις μουσουλμάνες. Από αυτό φαίνεται και η σημαντικότητα της μελέτης της ηλικίας πρώτου τοκετού, η οποία όπως αναφέρθηκε, σηματοδοτεί την είσοδο της γυναίκας στη μητρότητα και παίζει ρόλο στο μέγεθος της οικογένειας.

Τι συμβαίνει όμως με την μεταβολή στην ηλικία των γυναικών σε σχέση με την πάροδο των ετών, όσον αφορά το σύνολο των τοκετών ανεξάρτητα τόκου; Όπως αναφέρθηκε, η ηλικία των γυναικών χωρίστηκε στις εξής ομάδες:

<15, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39 και ≥40 ετών.

Οι παρακάτω Πίνακες 19, 20 και 21 περιέχουν τις κατανομές των γυναικών (ποσοστιαία % του συνόλου των τοκετών του έτους), ως προς την ηλικία κατά ομάδες και το έτος μελέτης.

Πίνακας 19. Ποσοστιαία κατανομή γυναικών κατά έτος και ηλικία.

ΣΥΝΟΛΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ (% τοκετών έτους)							
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥40
1987	0,1	11,6	42,3	28,5	13,4	3,6	0,5
1988	0,4	16,2	40,0	27,6	10,9	4,5	0,4
1989	0,2	11,8	37,9	31,5	13,6	4,4	0,6
1990	0,1	10,3	38,2	30,2	16,3	4,0	0,9
1991	0,2	8,2	33,2	34,0	17,2	6,1	1,1
1992	0,1	6,9	31,4	37,2	19,0	4,3	1,1
1993	0,4	8,5	29,0	38,6	16,7	6,4	0,4
1994	0,5	10,2	31,9	32,5	17,5	6,1	1,3
1995	0,3	10,5	28,5	31,9	19,0	7,9	1,9
1996	0,3	9,2	28,2	33,1	20,1	7,3	1,8

Πίνακας 20. Ποσοστιαία κατανομή χριστιανών κατά έτος και ηλικία.

	ΧΡΙΣΤΙΑΝΕΣ (% τοκετών έτους)						
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40
1987	0	8,4	42,8	30,6	13,7	3,9	0,6
1988	0,3	11,6	38,1	33	11,4	5	0,6
1989	0,1	8	36,3	34,2	15,5	5,1	0,8
1990	0	6,5	36,1	32,9	19,2	4,3	1
1991	0	5,3	31	35,9	19,6	7	1,2
1992	0	3,1	30,5	39,6	21,2	4,6	1
1993	0	2,8	27,4	42,9	19,1	7,5	0,3
1994	0	4,2	28,2	37,1	22,8	6,8	0,9
1995	0,1	4	25,6	38,5	20,7	9	2,1
1996	0,1	3,8	23,8	37	24	9,2	2,1

Πίνακας 21. Ποσοστιαία κατανομή μουσουλμάνων κατά έτος και ηλικία.

	ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΕΣ (% τοκετών έτους)						
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40
1987	0,4	23,6	40,4	20,4	12,2	2,6	0,4
1988	0,8	29,2	44,9	12,6	9,4	3,1	0
1989	0,4	23	43,2	23,3	7,8	2,3	0
1990	0,5	22,5	44,9	21,5	7,2	2,9	0,5
1991	1,2	19,8	42	26,5	7,4	2,5	0,6
1992	0,6	22,2	35,3	27,5	10,2	3	1,2
1993	1,5	23,5	33,1	27,2	10,3	3,7	0,7
1994	1,2	20	37,9	24,9	9	5	2
1995	0,5	24,2	34,3	18,4	15,7	5,5	1,4
1996	0,6	20,3	37,1	25,4	12,1	3,4	1,1

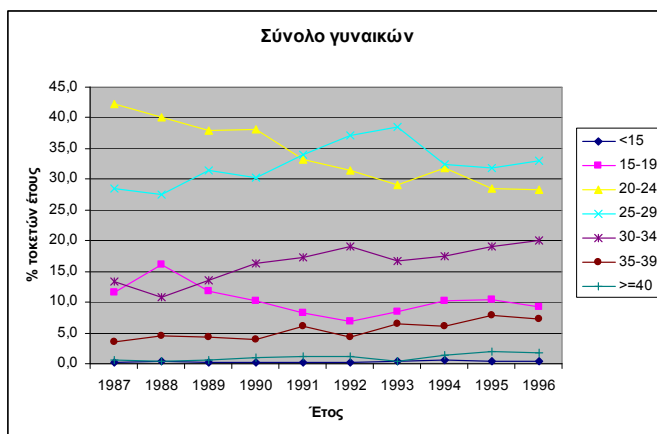
Τα παρακάτω διαγράμματα 7, 8 και 9 παρουσιάζουν την μεταβολή της ηλικίας των γυναικών σε σχέση με την πάροδο των υπό εξέταση ετών. Στο σύνολο των γυναικών, οι τοκετοί στις ηλικίες 20-24 ετών συνεχώς μειώνονται, ενώ αυξάνονται στις ομάδες ηλικιών 25-29 και 30-34. Μάλιστα το 1991 οι τοκετοί στις ηλικίες 25-29 ξεπέρασαν αυτούς των ηλικιών 20-24. Η μεταβολή αυτή οφείλεται στις χριστιανές στις οποίες το 1996 οι τοκετοί στην ομάδα 30-34 (αφού διπλασιάστηκαν) ξεπέρασαν ελάχιστα τους τοκετούς της ομάδας 20-24. Στις μουσουλμάνες αντίθετα οι καμπύλες των ομάδων 20-24 και 25-29 δεν συναντιούνται ποτέ, αν και μετά το 1990 υπάρχει μια πτώση της πρώτης και άνοδο της δεύτερης.

Στις ηλικίες 35-39 ετών, οι τοκετοί στο σύνολο των γυναικών αυξάνονται σταθερά πάνω από το 5% μετά το 1992, για να διπλασιαστούν στα τελευταία έτη (σε σχέση με τα αρχικά της μελέτης). Στις χριστιανές οι τοκετοί στις ηλικίες αυτές ήταν 5% ήδη από το 1988 και αυξήθηκαν ακόμη περισσότερο από το 1991 και μετά. Αντίθετα στις μουσουλμάνες αυτοί παραμένουν σταθερά κάτω από 5% και μόνο τα έτη 1994 και 1995 έφτασαν το 5%.

Στις ακραίες ηλικίες <15 και >40 ετών τα ποσοστά των τοκετών είναι μικρά, με μία σημαντική άνοδο όμως προς τα τελευταία έτη στους τοκετούς στις ηλικίες >40 και στις χριστιανές και στις μουσουλμάνες.

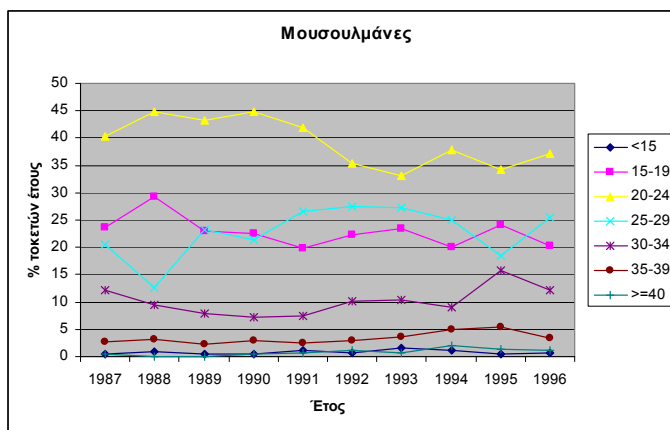
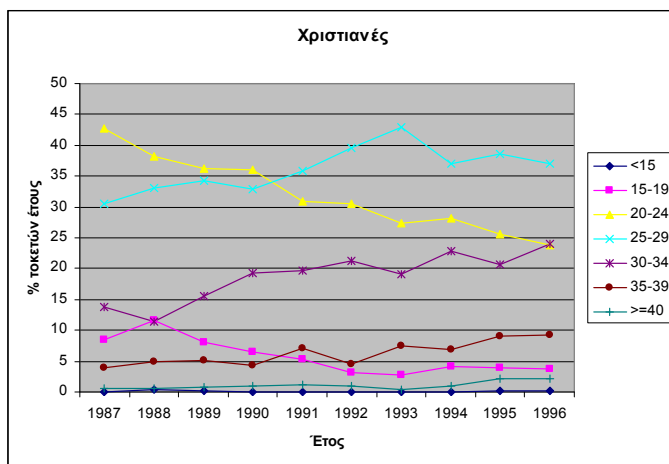
Όσον αφορά τις έφηβες, η καμπύλη των τοκετών παρουσιάζει πτώση στις χριστιανές η οποία αρχίζει ήδη από το 1989 με αποτέλεσμα μετά το 1991 οι τοκετοί σε ηλικία 15-19 να υποδιπλασιαστούν και να αποτελούν ένα ποσοστό <5%.

Αντίθετα στις μουσουλμάνες, η καμπύλη αυτή παραμένει σχεδόν σταθερή και το ποσοστό των τοκετών κυμαίνεται μεταξύ 20% και 25% σε όλα τα έτη της μελέτης εκτός του 1988 που ήταν 29,2%.



Διάγραμμα 7.
Μεταβολή της
ηλικίας του
συνόλου των
γυναικών με την
πάροδο των
ετών.

Διάγραμμα 8.
Μεταβολή της
ηλικίας των
Χριστιανών με
την πάροδο των
ετών.

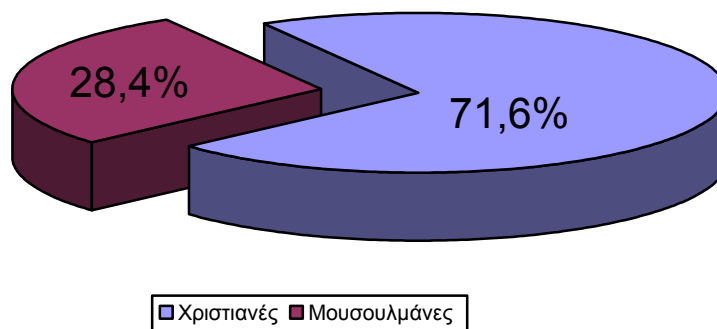


Διάγραμμα 9.
Μεταβολή της
ηλικίας των
Μουσουλμάνων
με την πάροδο
των ετών.

3.2. Πρωτοτόκες γυναίκες

Ο αριθμός των υπό εξέταση πρωτοτόκων γυναικών είναι ίσος με 4161. Ποσοστό 71,6% είναι χριστιανές (2979 γυναίκες), ενώ ποσοστό 28,4% (1182 γυναίκες) είναι μουσουλμάνες.

Διάγραμμα 10. Κατανομή πρωτοτόκων γυναικών ως προς το θρήσκευμα



Ο Πίνακας 22 δίνει τις τιμές διαφόρων στατιστικών παραμέτρων για την ηλικία των πρωτοτόκων γυναικών για κάθε έτος μελέτης ξεχωριστά από το 1987 έως το 1996.

Πίνακας 22. Στατιστικές παράμετροι της ηλικίας των πρωτοτόκων γυναικών ανά έτος μελέτης

Έτος	Αριθμός πρωτοτόκων	Μέση Τιμή	Διάμεση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
1987	525	22,7	22	4,35
1988	247	22,5	22	4,55
1989	469	22,7	22	4,53
1990	415	23,3	23	4,6
1991	362	23,8	23	4,61
1992	386	24,2	24	4,56
1993	237	24,5	24	4,82
1994	466	23,6	23	4,82
1995	527	24,2	24	5,30
1996	508	24,4	24	5,06

Στο Διάγραμμα 11 παρουσιάζεται η διακύμανση των τιμών της ηλικίας των πρωτοτόκων γυναικών στη διάρκεια των ετών 1987-1996.

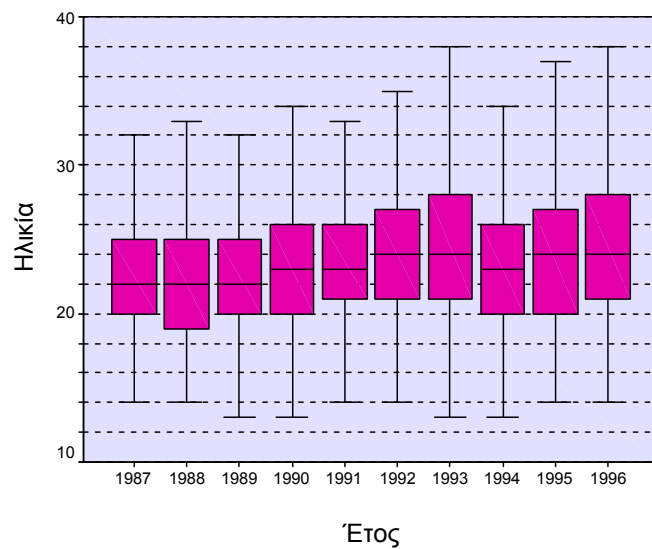
Το Διάγραμμα 12 δίνει τη μεταβολή της μέσης τιμής της ηλικίας των πρωτοτόκων γυναικών μεταξύ των ετών 1987 έως 1996.

Στα διαγράμματα αυτά παρατηρούμε μια συνεχή αύξηση, κατά μέσο όρο, της ηλικίας των γυναικών αυτών μέχρι και το έτος 1993. Το έτος 1994 παρουσιάζεται μια μείωση των τιμών της ηλικίας στα επίπεδα του 1990-1991 (η οποία όπως προκύπτει από τα επόμενα διαγράμματα δεν παρατηρείται στις χριστιανές) και στη συνέχεια αύξηση και πάλι των μέσων τιμών της ηλικίας για να φτάσει στα επίπεδα του 1993.

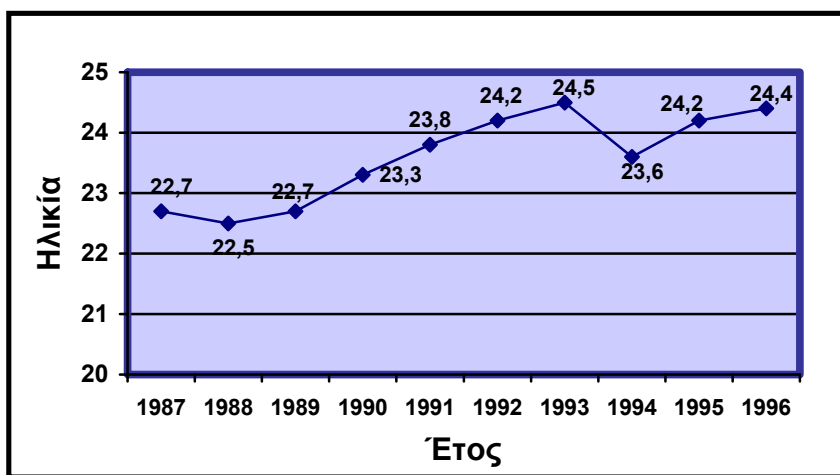
Η εφαρμογή του Kruskal - Wallis τεστ έδωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ηλικίες των πρωτοτόκων γυναικών μεταξύ των ετών 1987 και 1996 ($p < 0,0001$). Επίσης έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιών των πρώτων και τελευταίων ετών της μελέτης, η οποία μας έδωσε το έναυσμα να χωρίσουμε σε δύο μεγάλα χρονικά διαστήματα την περίοδο της μελέτης. Έτσι έχουμε μία αύξηση κατά 1,7 έτη μεταξύ του 1987 και 1996, και αύξηση κατά 1,3 έτη μεταξύ των πρώτων και τελευταίων ετών της μελέτης ($p < 0,0001$).

Όπως φαίνεται καλύτερα στο διάγραμμα 12, οι γυναίκες της περιοχής μας άρχισαν να γεννούν το πρώτο τους παιδί σε μεγαλύτερη ηλικία από το 1991 και μετά. Στη συνέχεια της μελέτης θα εξετάσουμε εάν η συμπεριφορά αυτή των γυναικών κατά το πέρασμα των ετών έχει σχέση με το θρήσκευμα.

Διάγραμμα 11. Διακύμανση της ηλικίας των πρωτοτόκων γυναικών.



Διάγραμμα 12. Μεταβολή της ηλικίας των πρωτοτόκων γυναικών



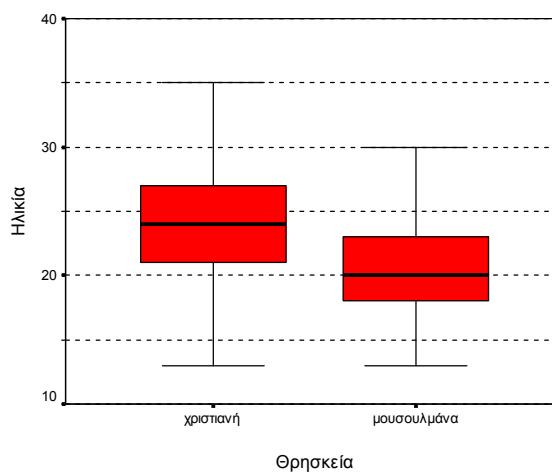
Η μέση ηλικία στο σύνολο των πρωτοτόκων γυναικών είναι 23,6 έτη. Οι τιμές διαφόρων στατιστικών παραμέτρων της ηλικίας των πρωτοτόκων γυναικών σε σχέση με το θρήσκευμα δίνονται στον Πίνακα 23.

Πίνακας 23. Στατιστικές παράμετροι της ηλικίας πρωτοτόκων γυναικών

Θρήσκευμα	Χριστιανές	Μουσουλμάνες
Αριθμός (%)	2979 (71,6)	1182 (28,4)
Μέση τιμή	24,7	20,8
Διάμεσος	24	20
Τυπική απόκλιση	4,7	3,8
Ελάχιστη τιμή	13	13
Μέγιστη τιμή	47	42

Η εφαρμογή του Mann - Whitney τεστ έδωσε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιών των πρωτοτόκων χριστιανών και μουσουλμάνων γυναικών ($p < 0,0001$). Το Διάγραμμα 13 παρουσιάζει γραφικά την παραπάνω διαφορά.

Διάγραμμα 13. Μέση ηλικία πρωτοτόκων χριστιανών και μουσουλμάνων.



Σύμφωνα με τα παραπάνω φαίνεται ότι οι χριστιανές γεννούν το πρώτο τους παιδί σε μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με τις μουσουλμάνες, κατά μέσο όρο 3,9 έτη.

Στη συνέχεια εξετάσαμε αν η διαφορά στην ηλικία μεταξύ των πρωτοτόκων χριστιανών και μουσουλμάνων γυναικών παρατηρείται στη διάρκεια όλων των ετών της μελέτης.

Στον Πίνακα 24 δίνονται διάφορες στατιστικές παράμετροι της ηλικίας των πρωτοτόκων γυναικών, αναλυτικά για κάθε θρήσκευμα και έτος μελέτης.

Στο Διάγραμμα 14 παρουσιάζονται γραφικά οι μέσες τιμές και οι διακυμάνσεις των τιμών της ηλικίας για κάθε θρήσκευμα και έτος μελέτης.

Στο Διάγραμμα 15 παρουσιάζεται γραφικά, η τάση σε σχέση με το χρόνο, της διαφοράς (μεταξύ χριστιανών και μουσουλμάνων) της μέσης τιμής της ηλικίας των πρωτοτόκων γυναικών, στη διάρκεια των ετών 1987-1996.

Η εφαρμογή του Mann-Whitney τεστ έδωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ηλικίες των πρωτοτόκων γυναικών, χριστιανών και μουσουλμάνων, για κάθε έτος ξεχωριστά ($p < 0,0001$).

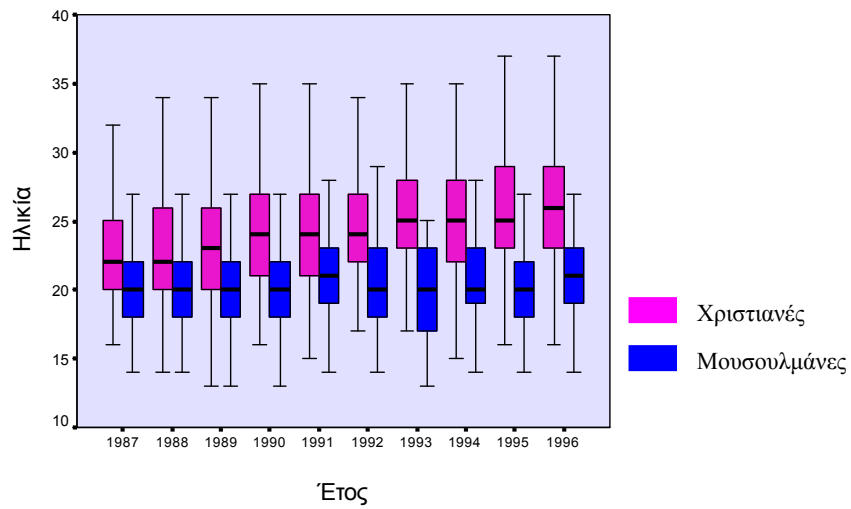
Όπως προκύπτει από τις μέσες τιμές, τα διαστήματα εμπιστοσύνης του Πίνακα 24 και τα Διαγράμματα 14 και 15, η διαφορά στην ηλικία των πρωτοτόκων γυναικών μεταξύ χριστιανών και μουσουλμάνων μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου. Η διαφορά αυτή από 2,6 έτη το 1987 αυξήθηκε σε 3,7 έτη μέχρι το 1992, οπότε και εκτοξεύτηκε πάνω από τα 5,5 έτη το 1993, για να φτάσει τέλος στα 5,1 έτη το 1996.

Πίνακας 24. Στατιστικές παράμετροι της ηλικίας των πρωτοτόκων γυναικών ανά έτος μελέτης.

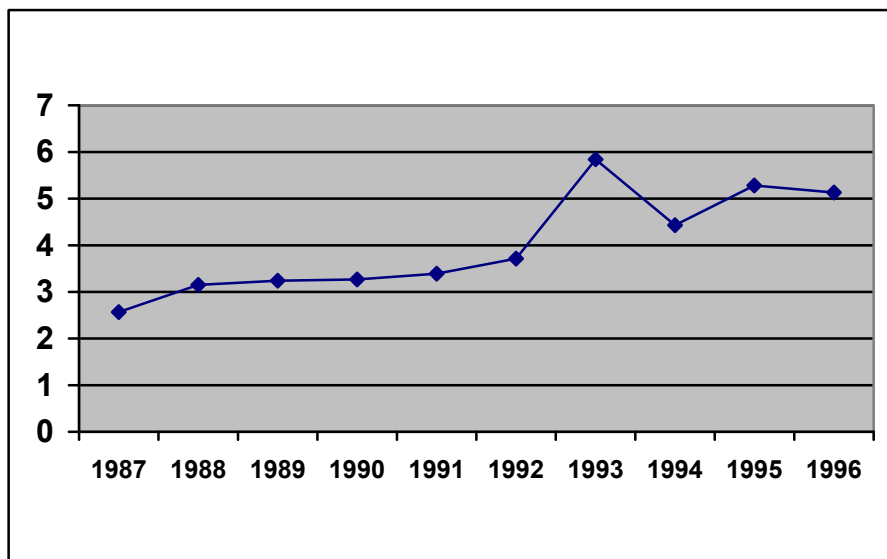
		Αριθμός γυναικών	Μέση Τιμή	Διάμεση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διαφορά της ηλικίας (95% διάστημα εμπιστοσύνης)
1987	X*	407	23,25	22	4,27	(1,7 , 3,44)
	M*	118	20,68	20	4,01	
1988	X	179	23,39	22	4,73	(2,15 , 4,15)
	M	68	20,24	20	3,02	
1989	X	338	23,57	23	4,60	(2,47 , 4,00)
	M	131	20,33	20	3,38	
1990	X	295	24,19	24	4,38	(2,35 , 4,17)
	M	120	20,92	20	4,22	
1991	X	277	24,63	24	4,63	(2,47 , 4,32)
	M	85	21,24	21	3,47	
1992	X	312	24,90	24	4,28	(2,61 , 4,81)
	M	74	21,19	20	4,51	
1993	X	182	25,82	25	4,28	(4,59 , 7,10)
	M	55	19,98	20	3,66	
1994	X	288	25,33	25	4,73	(3,66 , 5,18)
	M	178	20,90	20	3,56	
1995	X	351	25,94	25	4,84	(4,45 , 6,10)
	M	176	20,66	20	4,37	
1996	X	332	26,20	26	4,84	(4,32 , 5,95)
	M	176	21,07	21	3,54	

* X : Χριστιανές , M: Μουσουλμάνες

Διάγραμμα 14. Μέση ηλικία και διακύμανσή της κατά έτος και θρήσκευμα.

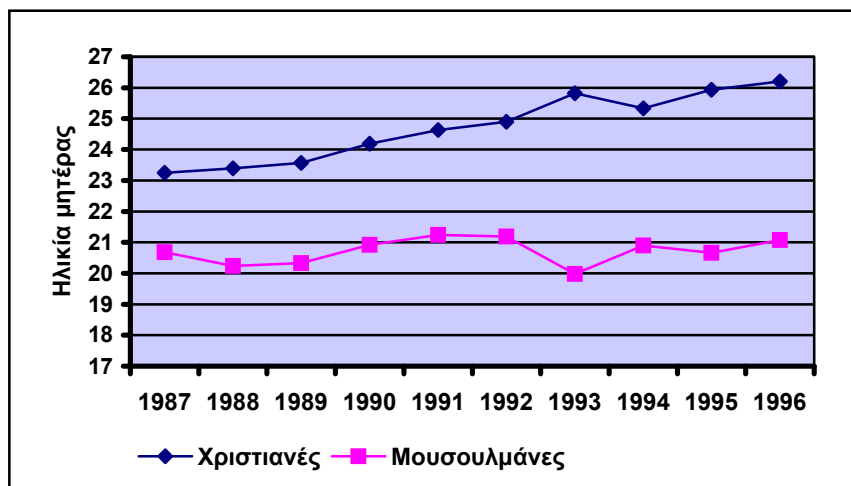


Διάγραμμα 15. Μεταβολή της Διαφοράς της Μέσης Τιμής ηλικίας των πρωτοτόκων χριστιανών και μουσουλμάνων.



Στο Διάγραμμα 16 παρουσιάζεται γραφικά, η τάση σε σχέση με το χρόνο της μέσης τιμής της ηλικίας των πρωτοτόκων γυναικών, χριστιανών και μουσουλμάνων, στη διάρκεια των ετών 1987-1996

Διάγραμμα 16. Μεταβολή στο χρόνο της Μέσης Τιμής της ηλικίας των πρωτοτόκων, χριστιανών και μουσουλμάνων.



Στις χριστιανές πρωτοτόκες γυναίκες, η εφαρμογή του Kruskal -Wallis τεστ έδωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιών των παραπάνω γυναικών ανά έτος ($p<0,001$). Αντίθετα στις μουσουλμάνες γυναίκες δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στην ηλικία του πρώτου τοκετού ανά έτος ($p=0,19$).

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 16, η ηλικία της πρώτης γέννας, στις χριστιανές, αυξάνεται, σχεδόν γραμμικά, με την πάροδο των ετών από 23,2 έτη το 1987 σε 26,2 έτη το 1996 (αύξηση κατά 3 έτη). Αντίθετα, η ηλικία των μουσουλμάνων πρωτοτόκων γυναικών δεν μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια των ετών της μελέτης και παραμένει μεταξύ 20 και 21 ετών.

Η περίοδος μελέτης χωρίστηκε σε δύο χρονικά διαστήματα, 1987-1990 και 1991-1996. Η διακύμανση των τιμών της ηλικίας στα δύο αυτά χρονικά διαστήματα δίνεται στα Διαγράμματα 17, 18 και 19. Το Διάγραμμα 17 αναφέρεται στο σύνολο των πρωτοτόκων γυναικών, το Διάγραμμα 18 στις χριστιανές πρωτοτόκες, ενώ το Διάγραμμα 19 στις μουσουλμάνες πρωτοτόκες γυναίκες.

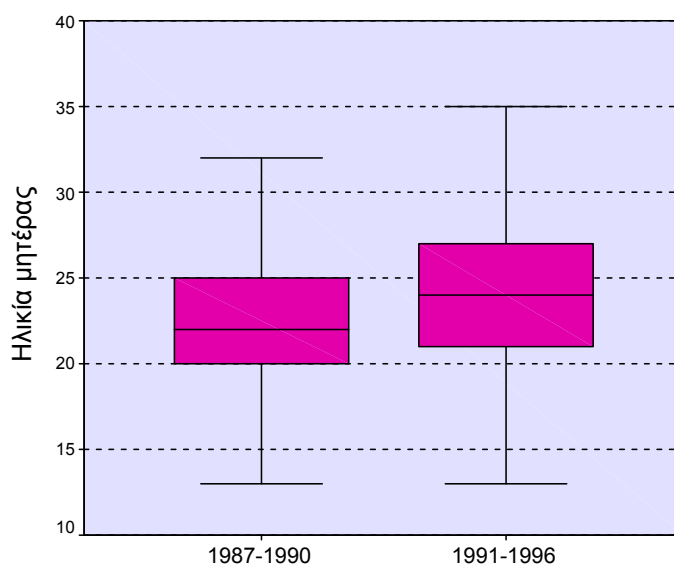
Η εφαρμογή του Mann-Whitney τεστ έδωσε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία των πρωτοτόκων γυναικών μεταξύ των δύο χρονικών περιόδων, μόνο για το σύνολο των γυναικών και για τις χριστιανές. Τα επίπεδα σημαντικότητας έχουν ως εξής:

Σύνολο γυναικών $p < 0,0001$

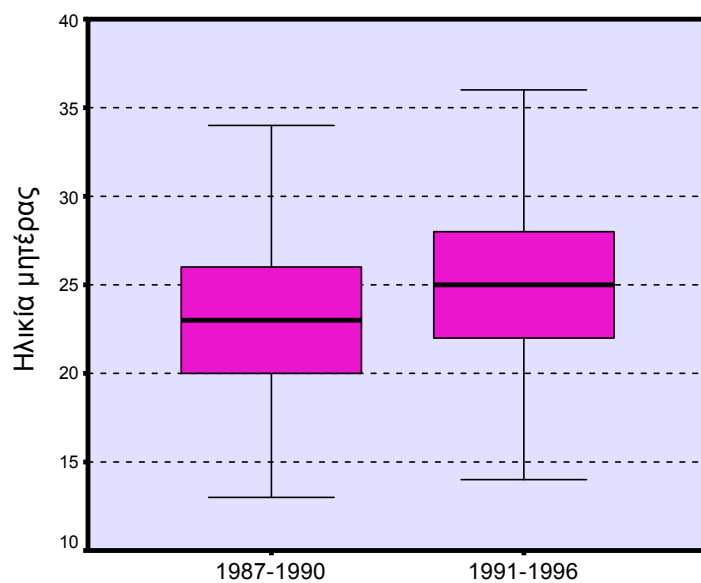
Χριστιανές $p < 0,0001$

Μουσουλμάνες $p = 0,088$

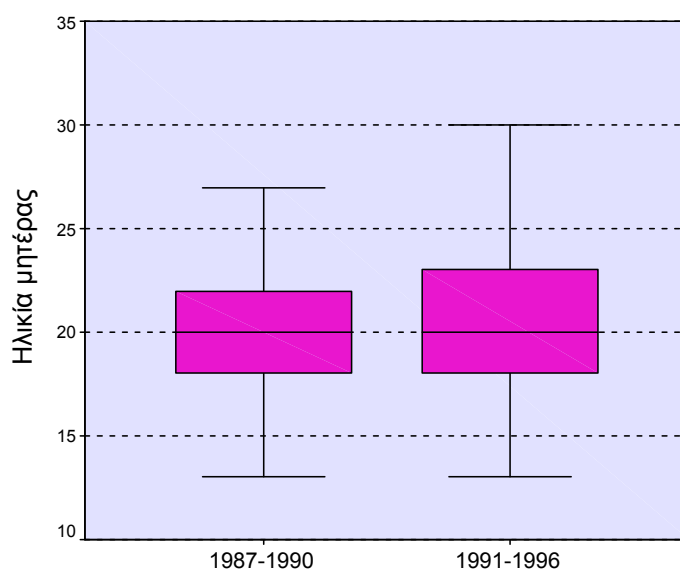
Διάγραμμα 17. Μέση τιμή και διακύμανση της ηλικίας των πρωτοτόκων γυναικών στα δύο χρονικά διαστήματα.



Διάγραμμα 18. Μέση τιμή και διακύμανση της ηλικίας των χριστιανών πρωτοτόκων γυναικών στα δύο χρονικά διαστήματα.



Διάγραμμα 19. Μέση τιμή και διακύμανση της ηλικίας των μουσουλμάνων πρωτοτόκων γυναικών στα δύο χρονικά διαστήματα.



Οι Πίνακες 25, 26 και 27 δίνουν την κατανομή των πρωτοτόκων γυναικών ως προς τις ομάδες ηλικίας και τα έτη μελέτης, για το σύνολο των γυναικών, τις χριστιανές και τις μουσουλμάνες αντίστοιχα.

Πίνακας 25. Κατανομή των πρωτοτόκων γυναικών (σύνολο) ως προς το έτος και την ηλικία κατά ομάδες.

		Ηλικία μητέρας							Σύνολο
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	
Έτος	1987								
	Αριθμός	1	111	270	102	28	11	2	525
	% του ετους	,2%	21,1%	51,4%	19,4%	5,3%	2,1%	,4%	100,0%
	% της ηλικίας	5,3%	14,7%	14,4%	10,0%	8,1%	10,7%	11,1%	12,7%
	1988								
	Αριθμός	2	62	113	51	14	5		247
	% του ετους	,8%	25,1%	45,7%	20,6%	5,7%	2,0%		100,0%
	% της ηλικίας	10,5%	8,2%	6,0%	5,0%	4,0%	4,9%		6,0%
	1989								
	Αριθμός	2	107	233	88	30	8	1	469
	% του ετους	,4%	22,8%	49,7%	18,8%	6,4%	1,7%	,2%	100,0%
	% της ηλικίας	10,5%	14,2%	12,4%	8,6%	8,7%	7,8%	5,6%	11,3%
	1990								
	Αριθμός	1	83	204	84	34	7	2	415
	% του ετους	,2%	20,0%	49,2%	20,2%	8,2%	1,7%	,5%	100,0%
	% της ηλικίας	5,3%	11,0%	10,9%	8,2%	9,8%	6,8%	11,1%	10,0%
	1991								
	Αριθμός	2	51	178	90	31	9	1	362
	% του ετους	,6%	14,1%	49,2%	24,9%	8,6%	2,5%	,3%	100,0%
	% της ηλικίας	10,5%	6,8%	9,5%	8,8%	9,0%	8,7%	5,6%	8,7%
	1992								
	Αριθμός	1	46	176	112	40	8	3	386
	% του ετους	,3%	11,9%	45,6%	29,0%	10,4%	2,1%	,8%	100,0%
	% της ηλικίας	5,3%	6,1%	9,4%	10,9%	11,6%	7,8%	16,7%	9,3%
	1993								
	Αριθμός	1	32	94	80	22	7	1	237
	% του ετους	,4%	13,5%	39,7%	33,8%	9,3%	3,0%	,4%	100,0%
	% της ηλικίας	5,3%	4,2%	5,0%	7,8%	6,4%	6,8%	5,6%	5,7%
	1994								
	Αριθμός	5	85	205	120	40	9	2	466
	% του ετους	1,1%	18,2%	44,0%	25,8%	8,6%	1,9%	,4%	100,0%
	% της ηλικίας	26,3%	11,3%	10,9%	11,7%	11,6%	8,7%	11,1%	11,3%
	1995								
	Αριθμός	2	95	204	148	55	19	4	527
	% του ετους	,4%	18,0%	38,7%	28,1%	10,4%	3,6%	,8%	100,0%
	% της ηλικίας	10,5%	12,6%	10,9%	14,4%	15,9%	18,4%	22,2%	12,7%
	1996								
	Αριθμός	2	83	199	150	52	20	2	508
	% του ετους	,4%	16,3%	39,2%	29,5%	10,2%	3,9%	,4%	100,0%
	% της ηλικίας	10,5%	11,0%	10,6%	14,6%	15,0%	19,4%	11,1%	12,3%
Σύνολο									
Αριθμός		19	755	1876	1025	346	103	18	4142
% του ετους		,5%	18,2%	45,3%	24,7%	8,4%	2,5%	,4%	100,0%
% της ηλικίας		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 26. Κατανομή των χριστιανών πρωτοτόκων γυναικών ως προς το έτος και την ηλικία κατά ομάδες.

		Ηλικία μητέρας							Σύνολο
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	
Έτος	1987	Αριθμός	63	215	92	26	10	1	407
		% του ετους	15,5%	52,8%	22,6%	6,4%	2,5%	,2%	100,0%
		% της ηλικίας	19,6%	16,7%	10,1%	7,9%	10,6%	7,1%	13,7%
	1988	Αριθμός	1	37	76	47	13	5	179
		% του ετους	,6%	20,7%	42,5%	26,3%	7,3%	2,8%	100,0%
		% της ηλικίας	25,0%	11,5%	5,9%	5,2%	4,0%	5,3%	6,0%
	1989	Αριθμός	1	55	168	76	30	7	338
		% του ετους	,3%	16,3%	49,7%	22,5%	8,9%	2,1%	100,0%
		% της ηλικίας	25,0%	17,1%	13,0%	8,4%	9,1%	7,4%	11,4%
	1990	Αριθμός		40	142	76	31	5	295
		% του ετους		13,6%	48,1%	25,8%	10,5%	1,7%	100,0%
		% της ηλικίας		12,4%	11,0%	8,4%	9,5%	5,3%	10,0%
	1991	Αριθμός		27	130	80	30	9	277
		% του ετους		9,7%	46,9%	28,9%	10,8%	3,2%	100,0%
		% της ηλικίας		8,4%	10,1%	8,8%	9,1%	9,6%	9,4%
	1992	Αριθμός		20	142	101	40	7	312
		% του ετους		6,4%	45,5%	32,4%	12,8%	2,2%	100,0%
		% της ηλικίας		6,2%	11,0%	11,1%	12,2%	7,4%	10,5%
	1993	Αριθμός		10	65	78	21	7	182
		% του ετους		5,5%	35,7%	42,9%	11,5%	3,8%	100,0%
		% της ηλικίας		3,1%	5,0%	8,6%	6,4%	7,4%	6,1%
	1994	Αριθμός		25	114	101	38	8	288
		% του ετους		8,7%	39,6%	35,1%	13,2%	2,8%	100,0%
		% της ηλικίας		7,8%	8,8%	11,1%	11,6%	8,5%	14,3%
	1995	Αριθμός	1	23	123	135	49	17	351
		% του ετους	,3%	6,6%	35,0%	38,5%	14,0%	4,8%	100,0%
		% της ηλικίας	25,0%	7,1%	9,5%	14,8%	14,9%	18,1%	21,4%
	1996	Αριθμός	1	22	114	124	50	19	332
		% του ετους	,3%	6,6%	34,3%	37,3%	15,1%	5,7%	100,0%
		% της ηλικίας	25,0%	6,8%	8,8%	13,6%	15,2%	20,2%	14,3%
Σύνολο		Αριθμός	4	322	1289	910	328	94	2961
		% του ετους	,1%	10,9%	43,5%	30,7%	11,1%	3,2%	100,0%
		% της ηλικίας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 27. Κατανομή των μουσουλμάνων πρωτοτόκων γυναικών ως προς το έτος και την ηλικία κατά ομάδες.

		Ηλικία μητέρας							Σύνολο
		<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	
Έτος	1987	Αριθμός	1	47	55	10	2	1	117
		% του ετους	,9%	40,2%	47,0%	8,5%	1,7%	,9%	100,0%
		% της ηλικίας	6,7%	10,9%	9,4%	8,8%	11,1%	25,0%	9,9%
	1988	Αριθμός	1	25	37	4	1		68
		% του ετους	1,5%	36,8%	54,4%	5,9%	1,5%		100,0%
		% της ηλικίας	6,7%	5,8%	6,3%	3,5%	5,6%		5,8%
	1989	Αριθμός	1	52	65	12	1		131
		% του ετους	,8%	39,7%	49,6%	9,2%	,8%		100,0%
		% της ηλικίας	6,7%	12,0%	11,1%	10,5%	11,1%		11,1%
	1990	Αριθμός	1	43	62	8	3	2	120
		% του ετους	,8%	35,8%	51,7%	6,7%	2,5%	1,7%	100,0%
		% της ηλικίας	6,7%	10,0%	10,6%	7,0%	16,7%	22,2%	10,2%
	1991	Αριθμός	2	24	47	10	1		84
		% του ετους	2,4%	28,6%	56,0%	11,9%	1,2%		100,0%
		% της ηλικίας	13,3%	5,6%	8,0%	8,8%	5,6%		7,1%
	1992	Αριθμός	1	26	34	11	1	1	74
		% του ετους	1,4%	35,1%	45,9%	14,9%	1,4%	1,4%	100,0%
		% της ηλικίας	6,7%	6,0%	5,8%	9,6%	11,1%	25,0%	6,3%
	1993	Αριθμός	1	22	29	2	1		55
		% του ετους	1,8%	40,0%	52,7%	3,6%	1,8%		100,0%
		% της ηλικίας	6,7%	5,1%	4,9%	1,8%	5,6%		4,7%
	1994	Αριθμός	5	60	91	19	2	1	178
		% του ετους	2,8%	33,7%	51,1%	10,7%	1,1%	,6%	100,0%
		% της ηλικίας	33,3%	13,9%	15,5%	16,7%	11,1%	11,1%	15,1%
	1995	Αριθμός	1	72	81	12	6	2	175
		% του ετους	,6%	41,1%	46,3%	6,9%	3,4%	1,1%	100,0%
		% της ηλικίας	6,7%	16,7%	13,8%	10,5%	33,3%	22,2%	14,9%
	1996	Αριθμός	1	61	85	26	2	1	176
		% του ετους	,6%	34,7%	48,3%	14,8%	1,1%	,6%	100,0%
		% της ηλικίας	6,7%	14,1%	14,5%	22,8%	11,1%	11,1%	14,9%
Σύνολο		Αριθμός	15	432	586	114	18	9	1178
		% του ετους	1,3%	36,7%	49,7%	9,7%	1,5%	,8%	100,0%
		% της ηλικίας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Από τους παραπάνω πίνακες απομονώσαμε τα ποσοστά % του συνόλου των τοκετών κάθε έτους ξεχωριστά ως προς τις ομάδες ηλικιών, ώστε να γίνουν περισσότερο κατανοητοί και να επεξεργαστούν ευκολότερα τα δεδομένα τους.

Πίνακας 28. Σύνολο πρωτοτόκων γυναικών (ποσοστά % του συνόλου των τοκετών κάθε έτους ως προς τις ομάδες ηλικίας).

ΕΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ						
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40
1987	0,2	21,2	51,4	19,4	5,3	2,1	0,4
1988	0,8	25,2	45,7	20,6	5,7	2	0
1989	0,4	22,8	49,7	18,8	6,4	1,7	0,2
1990	0,2	20	49,2	20,2	8,2	1,7	0,5
1991	0,6	14,1	49,1	24,8	8,6	2,5	0,3
1992	0,3	11,9	45,6	28,9	10,4	2,1	0,8
1993	0,4	13,5	39,6	33,8	9,3	3	0,4
1994	1,1	18,2	44	25,8	8,6	1,9	0,4
1995	0,4	18	38,7	28,1	10,4	3,6	0,8
1996	0,4	16,3	39,2	29,6	10,2	3,9	0,4

Πίνακας 29. Χριστιανές πρωτοτόκες γυναίκες (ποσοστά % του συνόλου των τοκετών κάθε έτους ως προς τις ομάδες ηλικίας).

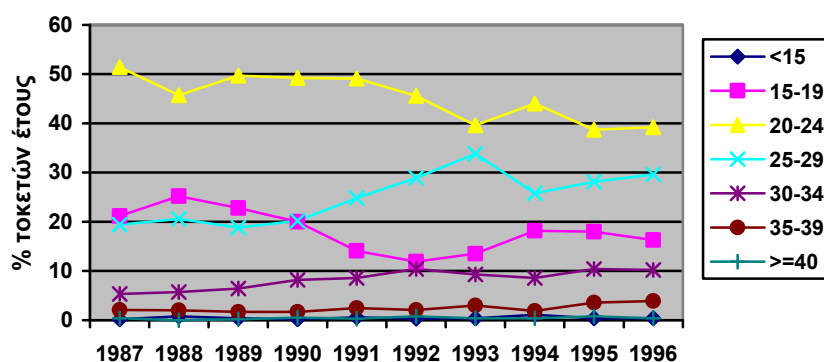
ΕΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ						
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40
1987	0	15,5	52,8	22,6	6,4	2,5	0,2
1988	0,6	20,7	42,4	26,3	7,3	2,8	0
1989	0,3	16,3	49,7	22,5	8,9	2,1	0,3
1990	0	13,6	48,1	25,8	10,5	1,7	0,3
1991	0	9,8	46,9	28,9	10,8	3,2	0,4
1992	0	6,4	45,5	32,4	12,9	2,2	0,6
1993	0	5,5	35,7	42,9	11,6	3,8	0,5
1994	0	8,7	39,6	35,1	13,2	2,8	0,7
1995	0,3	6,6	35	38,5	13,9	4,8	0,9
1996	0,3	6,6	34,4	37,3	15,1	5,7	0,6

Πίνακας 30. Μουσουλμάνες πρωτοτόκες γυναίκες (ποσοστά % του συνόλου των τοκετών κάθε έτους ως προς τις ομάδες ηλικίας).

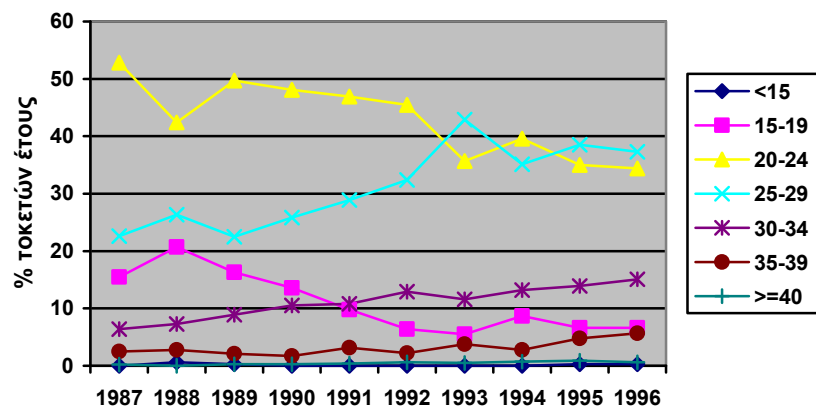
ΕΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ						
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40
1987	0,9	40,2	47	8,5	1,7	0,9	0,9
1988	1,5	36,8	54,4	5,9	1,5	0	0
1989	0,8	39,7	49,6	9,2	0	0,8	0
1990	0,8	35,8	51,7	6,7	2,5	1,7	0,8
1991	2,4	28,6	56	11,9	1,2	0	0
1992	1,4	35,1	45,9	14,9	0	1,4	1,4
1993	1,8	40	52,7	3,6	1,8	0	0
1994	2,8	33,7	51,1	10,7	1,1	0,6	0
1995	0,6	41,1	46,3	6,9	3,4	1,1	0,6
1996	0,6	34,7	48,3	14,8	1,1	0,6	0

Τα παρακάτω διαγράμματα 20, 21 και 22 παρουσιάζουν την μεταβολή στην ηλικία των πρωτοτόκων γυναικών (ομαδοποιημένη στις 7 κατηγορίες) με την πάροδο των υπό εξέταση ετών.

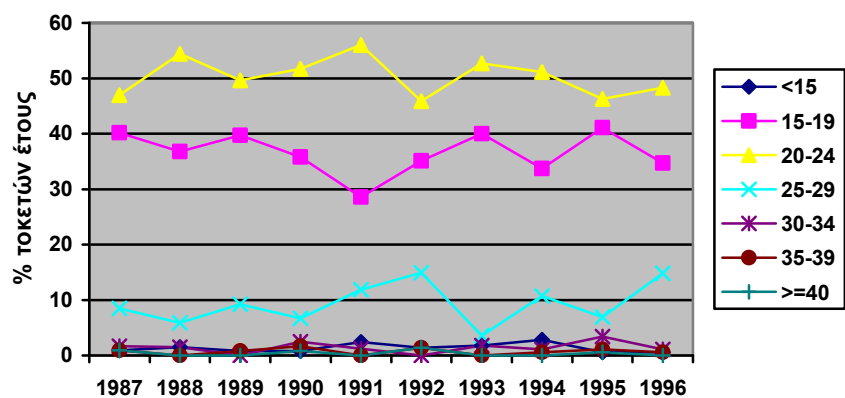
Διάγραμμα 20. Μεταβολή της ηλικίας κατά ομάδες των πρωτοτόκων γυναικών (σύνολο).



Διάγραμμα 21. Μεταβολή της ηλικίας κατά ομάδες των χριστιανών πρωτοτόκων γυναικών.



Διάγραμμα 22. Μεταβολή της ηλικίας κατά ομάδες των μουσουλμάνων πρωτοτόκων γυναικών.



Τα Διαγράμματα 23, 24, 25 και 26 αποτελούν μέρος των προηγούμενων και παρουσιάζονται χωριστά για να φανεί καλύτερα η τάση στις ομάδες ηλικιών όπου τα ποσοστά των τοκετών είναι μικρά.

Στο σύνολο των πρωτοτόκων γυναικών, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 20, το μεγαλύτερο ποσοστό γεννήσεων πρώτων παιδιών συμβαίνει μεταξύ 20-24 ετών καθ' όλη την δεκαετία, παρόλο ότι υπάρχει μία μείωση αυτών από 50% στην αρχή σε 40% στο τέλος αυτής. Οι τοκετοί μεταξύ 25-29 ετών, ενώ στην αρχή της δεκαετίας ήταν σταθεροί, περίπου 20%, μετά το 1990 αυξήθηκαν κατά 10% περίπου και φαίνεται να σταθεροποιούνται στο 30%. Οι τοκετοί στις έφηβες (15-19 ετών), μέχρι το 1990 ξεπερνούσαν ελάχιστα αυτούς των ηλικιών 25-29, για να πέσουν μετά από αυτό στο ποσοστό του 10-20%. Όπως φαίνεται καλύτερα στο Διάγραμμα 23, οι τοκετοί στις ακραίες αναπαραγωγικές ηλικίες (<15 και >40) καθώς και αυτοί μεταξύ 35 – 39 παραμένουν σταθεροί σε ολόκληρη τη δεκαετία, εκτός των τελευταίων οι οποίοι το 1995 και 1996 σχεδόν διπλασιάστηκαν, από 2% στο 4%. Ιδιαίτερης μνείας χρίζουν οι τοκετοί μεταξύ των ηλικιών 30 και 34, οι οποίοι παρουσιάζουν από την αρχή μία ανοδική τάση για να αυξηθούν κατά 50% έως 100% από το 1991 και μετά.

Εάν συγκρίνουμε τα διαγράμματα των χριστιανών (21, 24 και 25) με αυτά των μουσουλμάνων (22 και 26) πρωτοτόκων γυναικών θα δούμε μία διαφορετική τάση στα ποσοστά των τοκετών σε σχέση με τις ομάδες ηλικιών.

Στις μουσουλμάνες πρωτοτόκες το ποσοστό των γεννήσεων παραμένει υψηλό και σχεδόν σταθερό στις ηλικίες 20-24 (45-50%), ενώ με ένα ποσοστό 35-40% ακολουθεί αυτό των ηλικιών 15-19 ετών. Επίσης σταθερό στην δεκαετία είναι και το ποσοστό των γεννήσεων πρώτου παιδιού στις ηλικίες 25-29 ετών (περίπου 11% με αυξομειώσεις). Στις υπόλοιπες ομάδες ηλικιών, όπως φαίνεται καλύτερα στο Διάγραμμα 26, δεν υπάρχει

συγκεκριμένη τάση με μεγάλες αυξομειώσεις, με το ποσοστό των γεννήσεων στις ηλικίες <15 ετών να συναγωνίζεται αυτό των άλλων ομάδων.

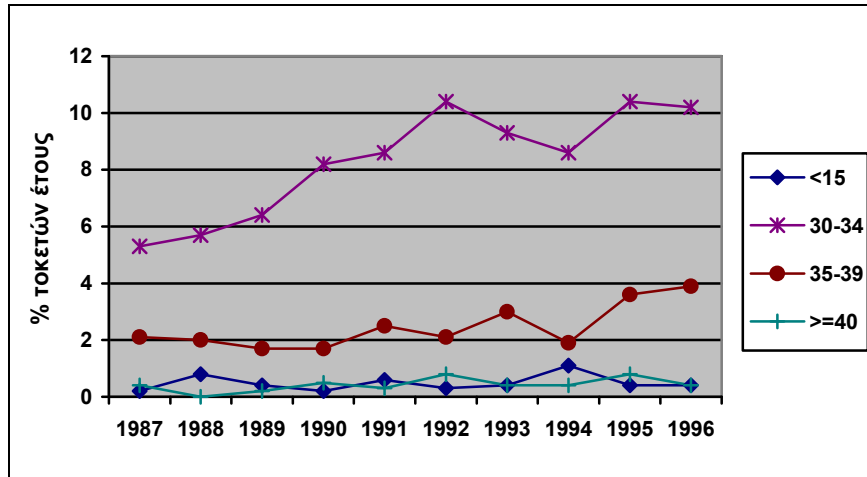
Η τάση που επικρατεί στις γεννήσεις πρώτου παιδιού στις χριστιανές είναι τελείως διαφορετική από αυτήν των μουσουλμάνων γυναικών.

Η καμπύλη του ποσοστού των γεννήσεων στις ηλικίες 20-24 εμφανίζει πτωτική τάση, έτσι ώστε ενώ πριν το 1992 ήταν 45%-53% τα τελευταία έτη έπεσε κάτω από το 40% (πτώση περίπου 20%). Αντίθετη πορεία ακολουθεί η καμπύλη του ποσοστού των γεννήσεων στις ηλικίες 25-29 ετών, η οποία ακολουθεί ανοδική πορεία και τέμνει την προηγούμενη καμπύλη το 1992-1993 με αποτέλεσμα τα τελευταία έτη να την ξεπερνά ελάχιστα. Τα τέσσερα τελευταία έτη το ποσοστό των γεννήσεων στις ηλικίες 25-29 ετών εμφανίζει αύξηση 58% σε σχέση με τις αρχές της υπό μελέτης δεκαετίας.

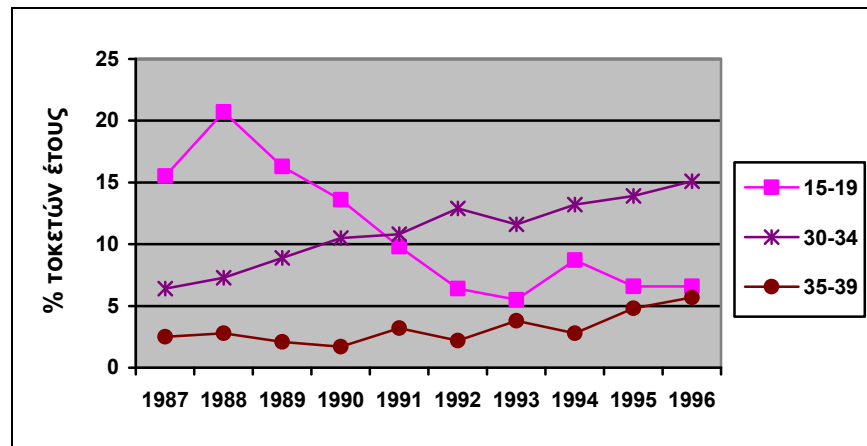
Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 24, οι καμπύλες των ποσοστών των τοκετών που αντιστοιχούν στις ηλικίες 15-19 και 30-34 εμφανίζουν αντίθετη πορεία. Η πρώτη καμπύλη έχει πτωτική τάση μέχρι το 1993 οπότε και φαίνεται να σταθεροποιείται. Το ποσοστό των γεννήσεων στην έφηβες έχει μία πτώση περίπου 60% για να φτάσει το 7% περίπου τα τελευταία έτη. Αντίθετα οι γεννήσεις πρώτου παιδιού στις ηλικίες 30-34 εμφανίζουν μία γραμμική άνοδο από το 1987 έως το 1996 για να φτάσουν το 15% (άνοδος 135%). Οι γεννήσεις στις ηλικίες 35-39 ετών παρέμειναν σταθερές, περίπου 2,8%, μέχρι το 1994 για να διπλασιαστούν το 1995 και 1996 και να φτάσουν τις γεννήσεις πρώτου παιδιού των έφηβων.

Ιδιαίτερης μνείας χρίζουν οι γεννήσεις άνω των 40 ετών, οι οποίες αν και έχουν μικρό ποσοστό εμφανίζουν μία μεγάλη άνοδο 200% για να φτάσουν το 0,6%. Οι γεννήσεις πρώτου παιδιού σε ηλικία <15 ετών είναι ελάχιστες για να εξαχθούν συμπεράσματα.

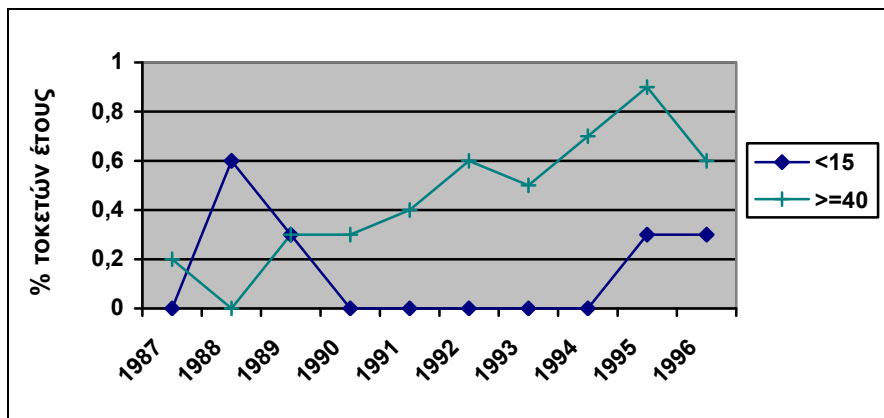
Διάγραμμα 23. Σύνολο πρωτοτόκων γυναικών
(Ηλικίες <15, 30-34, 35-39, ≥40).



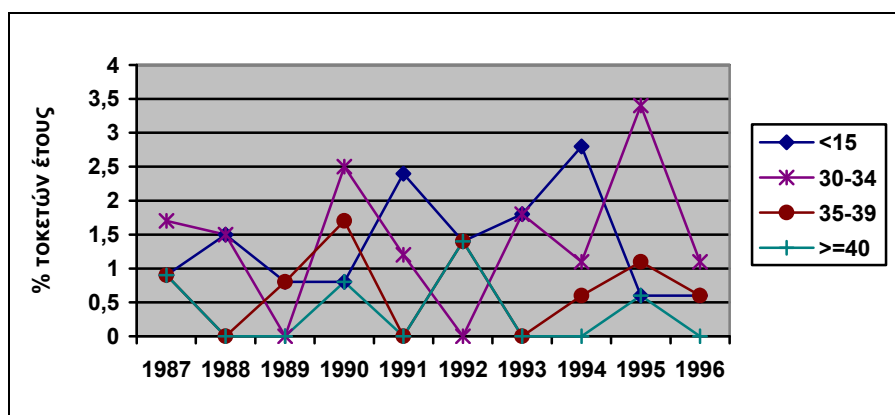
Διάγραμμα 24. Χριστιανές πρωτοτόκες γυναίκες
(Ηλικίες 15-19, 30-34, 35-39).



Διάγραμμα 25. Χριστιανές πρωτοτόκες γυναίκες
(Ηλικίες <15, ≥40).



Διάγραμμα 26. Μουσουλμάνες πρωτοτόκες γυναίκες
(Ηλικίες <15, 30-34, 35-39, ≥40).



Θρήσκευμα και τόπος διαμονής

Τα παρακάτω αποτελέσματα αφορούν την επταετία 1990 έως 1996 καθώς, λόγω ελλειπών στοιχείων του τόπου διαμονής των γυναικών για τα προηγούμενα έτη, αυτά απορρίφθηκαν από την στατιστική ανάλυση.

Στο σύνολο των γυναικών, ποσοστό 45,3% προέρχεται από αστικές περιοχές, 42,9% κατοικούν σε αγροτικές περιοχές, ενώ 11,9% διαμένουν σε ημιαστικές περιοχές. Ο Πίνακας 31 δίνει την κατανομή των γυναικών ως προς το θρήσκευμα και τον τόπο διαμονής. Το μεγαλύτερο ποσοστό των χριστιανών (53%) κατοικούν σε αστικές περιοχές, ακολουθούν οι αγροτικές περιοχές σε ποσοστό 33,3%, ενώ 13,8% των χριστιανών μένουν σε ημιαστικές περιοχές. Σε αντίθεση με τις χριστιανές, το μεγαλύτερο ποσοστό των μουσουλμάνων διαμένουν σε αγροτικές περιοχές (66%), ακολουθούν οι αστικές περιοχές με ποσοστό 26,7% και τέλος οι ημιαστικές με ποσοστό 7,3%. Παρόμοια ποσοστά παρουσιάζονται στις πρωτοτόκες γυναίκες όπως προκύπτει από τα δεδομένα του Πίνακα 32. Τόσο στο σύνολο των γυναικών όσο και στις πρωτοτόκες παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στην κατανομή των χριστιανών και μουσουλμάνων γυναικών ως προς τον τόπο διαμονής ($p < 0,0001$ και στις 2 περιπτώσεις). Δηλαδή οι μουσουλμάνες είναι κατεξοχήν αγροτικός πληθυσμός, ενώ οι χριστιανές αστικός.

Στον Πίνακα 33 παρατηρείται ραγδαία αύξηση του ποσοστού των πρώτων γεννήσεων στις αστικές περιοχές μεταξύ των ετών 1990 και 1992 αγγίζοντας το 51,7%, στη συνέχεια παρατηρείται μια μικρή πτώση έως το 1994, για να καταλήξουμε με μικρή άνοδο σε ποσοστό 46,8% το 1996. Η αντίθετη ακριβώς τάση παρατηρείται στις αγροτικές περιοχές. Οι γεννήσεις στις ημιαστικές περιοχές παρουσιάζουν μικρή αύξηση από 7,6% το 1990 σε 11,8% το 1996.

Πίνακας 31. Σύνολο γυναικών*. Κατανομή κατά τόπο μόνιμης κατοικίας και κατά θρήσκευμα.

			Θρήσκευμα		Σύνολο
			Χριστιανή	Μουσουλμάνα	
Διαμονή	Αστική	Αριθμός	2100	436	2536
		% της διαμονής	82,8%	17,2%	100,0%
		% του θρησκειύματος	53,0%	26,7%	45,3%
	Ημιαστική	Αριθμός	546	120	666
		% της διαμονής	82,0%	18,0%	100,0%
		% του θρησκειύματος	13,8%	7,3%	11,9%
	Αγροτική	Αριθμός	1320	1079	2399
		% της διαμονής	55,0%	45,0%	100,0%
		% του θρησκειύματος	33,3%	66,0%	42,8%
Σύνολο	Αριθμός		3966	1635	5601
	% της διαμονής		70,8%	29,2%	100,0%
	% του θρησκειύματος		100,0%	100,0%	100,0%

* Στοιχεία για τα έτη 1990-1996

Αστική: ≥ 10.000, Ημιαστική: 2.000-4.999, Αγροτική: ≤ 1.999

Πίνακας 32. Πρωτοτόκες γυναίκες*. Κατανομή κατά τόπο μόνιμης κατοικίας και κατά θρήσκευμα.

			Θρήσκευμα		Σύνολο
			Χριστιανή	Μουσουλμάνα	
Διαμονή	Αστική	Αριθμός	1006	162	1168
		% της διαμονής	86,1%	13,9%	100,0%
		% του θρησκειύματος	55,8%	21,1%	45,4%
	Ημιαστική	Αριθμός	236	50	286
		% της διαμονής	82,5%	17,5%	100,0%
		% του θρησκειύματος	13,1%	6,5%	11,1%
	Αγροτική	Αριθμός	562	557	1119
		% της διαμονής	50,2%	49,8%	100,0%
		% του θρησκειύματος	31,2%	72,4%	43,5%
Σύνολο	Αριθμός		1804	769	2573
	% της διαμονής		70,1%	29,9%	100,0%
	% του θρησκειύματος		100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 33. Πρωτοτόκες γυναίκες. Κατανομή κατά τόπο μόνιμης κατοικίας και κατά έτος.

			Έτος						Σύνολο	
			1990	1991	1992	1993	1994	1995		1996
Διαμονή	Αστική	Αριθμός	19	151	201	112	197	251	238	1169
		% της διαμονής	1,6%	12,9%	17,2%	9,6%	16,9%	21,5%	20,4%	100,0%
		% του έτους	24,1%	41,1%	51,7%	47,3%	42,3%	47,5%	46,8%	45,4%
	Ημιαστική	Αριθμός	6	38	50	31	47	54	60	286
		% της διαμονής	2,1%	13,3%	17,5%	10,8%	16,4%	18,9%	21,0%	100,0%
		% του έτους	7,6%	10,4%	12,9%	13,1%	10,1%	10,2%	11,8%	11,1%
	Αγροτική	Αριθμός	54	178	138	94	222	223	211	1120
		% της διαμονής	4,8%	15,9%	12,3%	8,4%	19,8%	19,9%	18,8%	100,0%
		% του έτους	68,4%	48,5%	35,5%	39,7%	47,6%	42,2%	41,5%	43,5%
Σύνολο	Αριθμός	79	367	389	237	466	528	509	2575	
	% της διαμονής	3,1%	14,3%	15,1%	9,2%	18,1%	20,5%	19,8%	100,0%	
	% του έτους	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως έχει ήδη επισημανθεί, η χρονική στιγμή κατά την οποία μια γυναίκα φέρνει στον κόσμο το πρώτο της παιδί είναι εξόχως σημαντική, καθώς σηματοδοτεί γενικότερα την είσοδο της στη μητρότητα και σημαδεύει πολλαπλώς τη γεννητικότητα. Η συζήτηση που ακολουθεί θα ασχοληθεί με το ζήτημα της γεννητικότητας υπό τις εξής οπτικές γωνίες:

1. Σε σχέση με το σύνολο των γυναικών με έμφαση στις Χριστιανές
2. Σε σχέση με το σύνολο των πρωτοτόκων
 - A. Σε σχέση με το σύνολο των Χριστιανών πρωτοτόκων
 - B. Σε σχέση με το σύνολο των Μουσουλμάνων πρωτοτόκων

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι στις περιπτώσεις 2A και 2B ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο Θρήσκευμα των πρωτοτόκων γυναικών, παράμετρο που είχε αγνοηθεί επί σειρά ετών στις κάθε είδους δημογραφικές μελέτες και η οποία έχει μια ειδική σημασία για την ακριτική και με ιδιαίζουσα πληθυσμιακή σύνθεση περιοχή της Θράκης. Από τα πορίσματα της έρευνας θα καταστεί προφανές, ωστόσο, ότι ο παράγοντας θρήσκευμα δε σχετίζεται μόνο με κάθε θρησκευτική ομάδα και τη σχετική της ομοιογένεια αλλά και με τα συμπεράσματα επί του συνόλου των πρωτοτόκων γυναικών που αποτελούν το δείγμα της παρούσας έρευνας.

1. Επί του συνόλου των γυναικών του δείγματος

Εντελώς ποσοτικά και χωρίς να ληφθεί καθόλου υπόψη το κριτήριο του αριθμού των τόκων, οι Μουσουλμάνες καταλαμβάνουν το 26,9% του συνόλου, ενώ οι Χριστιανές το καθοριστικό, όπως θα αποδειχθεί παρακάτω 73,1%. Η μέση ηλικία των γυναικών είναι 25,8 έτη, με τιμές για

Χριστιανές τα 26,6 έτη και για τις Μουσουλμάνες τα 23,7 έτη. Οι Χριστιανές καταλαμβάνουν μεγαλύτερο ποσοστό στην κατανομή των γυναικών με 1, 2 και 3 τοκετούς (72-78%), ενώ στις ομάδες με 4, 5, 6 και 7 τοκετούς η κατανομή Χριστιανών και Μουσουλμάνων γυναικών κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα.

Από τα πρώτα αυτά ποσοτικά δεδομένα καθίσταται προφανές ότι οι Χριστιανές γεννούν παιδιά αρκετά αργότερα σε σχέση με τις Μουσουλμάνες, καθώς η κατά Μέσο Όρο διαφορά είναι 2,9 έτη. Επίσης στο σύνολο των γυναικών μειώνονται διαρκώς οι τοκετοί στις ηλικίες 20-24 ετών, ενώ αυξάνονται οι τοκετοί στις ομάδες 25-29 και 30-34. Συγκεκριμένα **το 1991 αποτέλεσε χρονιά ορόσημο** (και δημογραφικά άλλωστε, αφού αποτελεί έτος απογραφής), καθώς για πρώτη φορά οι τοκετοί του διαστήματος 25-29 ξεπέρασαν αυτούς των ηλικιών 20-24. Ακόμα μεγαλύτερη σημασία έχει το γεγονός ότι το 1996 οι τοκετοί της ομάδας 30-34 ξεπέρασαν και αυτοί αυτούς της ομάδας 20-24!!! Αποκλειστική σχεδόν ευθύνη για το γεγονός αυτό έχουν οι Χριστιανές, ενώ αντίθετα οι Μουσουλμάνες εμφανίζουν μια αξιοθαύμαστη κανονικότητα, με την ηλικιακή ομάδα 20-24 να υπερτερεί σταθερά έναντι των υπολοίπων (ωστόσο μετά το 1990 και εδώ καταγράφεται μια τάση για πτώση της ομάδας 20-24 σε σχέση με την ομάδα 25-29). Ακόμα και η ομάδα 35-39 μετά το 1992 παρουσιάζει αύξηση, πάνω από 5% για τις Χριστιανές και σταθερά κάτω από 5% για τις Μουσουλμάνες (με εξαίρεση τα έτη 1995 και 1995). Όσο παράδοξο και αν φαίνεται αυτό εκ πρώτης όψεως διαπιστώνεται αύξηση και στις δύο ακραίες κατηγορίες (κάτω των 15 και άνω των 40-με διπλασιασμό της άνω των 40 κατά τα έτη 1995-1996). Και πάλι το 1991 όχι απλώς μειώνονται αλλά υποδιπλασιάζονται οι έφηβες μητέρες (15-19 ετών) που είναι Χριστιανές, ενώ στις Μουσουλμάνες το ποσοστό είναι σταθερά υψηλότερο 20-25% με 29,2% για το 1988!!!!

Με δεδομένο ότι οι Χριστιανές είναι αυτές που υπερτερούν αριθμητικά γίνεται αντιληπτό ότι έχουν και το μεγαλύτερο μερίδιο στα αποτελέσματα, όπως τουλάχιστον αυτά διαμορφώθηκαν. Στην περίπτωση αυτή η βιβλιογραφία μας βοηθά και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων: οι γυναίκες που γέννησαν την περίοδο που μας απασχολεί είναι σε μεγάλο ποσοστό τα παιδιά των παιδιών του baby boom (περίοδος μεταξύ των τελευταίων ετών του Β' Παγκόσμιου Πόλεμου και των αρχών της δεκαετίας του 1960 με αυξημένη γεννητικότητα), τα οποία και στην Ευρώπη αλλά και παγκοσμίως έχει επισημανθεί ότι απέκτησαν λιγότερα παιδιά από τις προηγούμενες γενιές αλλά και σε μεγαλύτερη ηλικία (*Ανακοίνωση της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Πράσινη Βίβλος «Μπροστά στις δημογραφικές αλλαγές, μία νέα αλληλεγγύη μεταξύ γενεών. Βρυξέλλες 16.3.2005*). Δεν είναι βέβαια τυχαίο το γεγονός ότι το ποσοστό των γυναικών από 20 έως 34 ετών, που αποτελεί κατά κανόνα την κυρίως αναπαραγωγική ηλικία μειώθηκε από 48,1% το 1951 σε 20,3% το 1984 - έχουμε να κάνουμε με μείωση και γήρανση του αναπαραγωγικού πληθυσμού, φαινόμενο που ανιχνεύεται κατεξοχήν στη δεκαετία που εξετάζουμε αλλά και εξηγεί και το γεγονός ότι οι Χριστιανές τουλάχιστον δεν κάνουν πολλά παιδιά και στην περιοχή της Θράκης. Ως φυσικό επακόλουθο αυτού του παράγοντα αλλά και των βελτιωμένων ιατρικών υπηρεσιών και της αύξησης προσδόκιμου ζωής οι δείκτες γήρανσης διαρκώς αυξάνονται: από 53,7 το 1981 σε 72,2 το 1989 και 72,4 το 1990 (*Αραβαντινός Δ. «Το δημογραφικό πρόβλημα της χώρας μας», Εναρκτήριο ομιλία στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παιδικής-Εφηβικής Γυναικολογίας και Ενδοκρινολογίας, Αθήνα 6-9 Δεκεμβρίου 1995*). Με στοιχεία του Χ. Μαστρογιάννη κατά τη δεκαετία 81-90 μετρήθηκαν στη Θράκη 12.000 γεννήσεις, ενώ οι μαθητές Δημοτικού την ίδια περίοδο ήταν 5.500 και το 1995 μειώθηκαν στους 4.000 (*Μαστρογιάννης Χ. «Το πληθυσμιακό*

πρόβλημα της Θράκης», στα Πρακτικά του 3ου Παγκόσμιου Συνεδρίου Θρακών, Κομοτηνή, 1998). Με βάση τα παραπάνω προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι ο Νομός Ξάνθης τόσο το 1980 όσο και το 1998 υπήρξε ο Νομός με το μεγαλύτερο σε γεννητικότητα ποσοστό πανελληνίως (!) και ταυτόχρονα τη μεγαλύτερη φυσική μεταβολή (δεύτερος στην Ελλάδα ως προς αυτό τον παράγοντα κατά το 1998). Αντίθετα ο Νομός Ροδόπης, παρόλο που ξεκινά με υψηλότερα ποσοστά το 1980 (8^{ος} στην Ελλάδα σε γεννητικότητα και 11^{ος} στη φυσική μεταβολή), καταλήγει 22^{ος} το 1998 στη γεννητικότητα και με αρνητική μεταβολή στο - 2,08 (31^{ος} στην Ελλάδα). Ο Νομός Έβρου είναι αξιοσημείωτη περίπτωση, επειδή υπάρχει αντικειμενικά μείωση της γεννητικότητας σε σχέση με το 1980 (9,90) αλλά συγκριτικά με τους υπόλοιπους Νομούς βρίσκεται σε σχετικά υψηλή θέση (11^{ος}), παρόλο που η φυσική μεταβολή του από 4,93 το 1980 έπεσε στο -2,19 το 1998, γεγονός το οποίο τον κατέταξε στην 34^η θέση πανελληνίως (ΕΣΥΕ).

Επεξεργασία στοιχείων από τον Δρεττάκη Μ. «Η μεγάλη μείωση των γεννήσεων από το 1981 και μετά κατέληξε σε φυσική μείωση του πληθυσμού το 1996 και το 1998», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 261-268). Ο πανελλαδικός Μέσος Όρος για τη γεννητικότητα (γεννήσεις ανά 1000 κατοίκους) είναι 15,36 για το 1980 και κατέληξε σε 9,59 το 1998 και το 6,31 της Φυσικής Μεταβολής κατά Μέσο Όρο έφτασε στο αρνητικό για αναπλήρωση του πληθυσμού αν και οριακό -0,17%. Η αύξηση στη θνησιμότητα κρίνεται αμελητέα (από 9,05 σε 9,76).

Τα αριθμητικά δεδομένα συμπίπτουν σε γενικές γραμμές με τα πανελλήνια ποσοστά, καθώς υπάρχει γενικά συνεχής πτώση από το 1980 και μετά σε σχέση με τη φυσική αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας, η οποία ενισχύεται και από άλλες μετρήσεις (Δρεττάκης Μ. *Δημογραφική κατάρρευση*. Αθήνα: Χ.Κ. Τεγόπουλος Εκδόσεις; Ελευθεροτυπία 27-2-2006).

Σύμφωνα με αυτές η υπεροχή των γεννήσεων έναντι των θανάτων στην Ελλάδα (επαναλαμβάνουμε: χωρίς καμία διάκριση ως προς το θρήσκευμα) βρίσκεται σε κάθετη πτώση από το 1980 και μετά και φτάνει στο 2‰ γύρω στο 1990, δηλαδή η φυσική αύξηση του πληθυσμού είναι 2 άνθρωποι στους χίλιους!! Η φυσική αύξηση του πληθυσμού έχει δείκτη 2,7 κατά τη δεκαετία 1981-1990 αλλά μόλις 0,3 μεταξύ 1991 και 1999 (*Κατσουγιαννόπουλος Β. «Η διαχρονική εξέλιξη της γεννητικότητας στην Ελλάδα», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 9-13*). Βρισκόμαστε χιλιόμετρα μακριά από τα αντίστοιχα ποσοστά του 1950, με τη γεννητικότητα να αγγίζει τις 19-20 γεννήσεις ανά χίλιους κατοίκους. Μάλιστα ο αδρός δείκτης γεννητικότητας ανά 1000 κατοίκους πέφτει κάτω από 10 (!) το 1993 (9,8), το 1995 (9,7) και το 1996 (9,7), αρκετά χαμηλότερος από τους αντίστοιχους δείκτες των Βαλκανικών χωρών, παρόλο που αυτές τη συγκεκριμένη δεκαετία βίωσαν μια εξαιρετικά ταραχώδη πολιτικά και οικονομικά περίοδο. Είναι αλήθεια ότι μετά το 1980 δεν εξασφαλίζεται στην Ελλάδα η αντικατάσταση των γενεών (2,09 παιδιά ανά γυναίκα το 1981, 1,40 το 1990 και 1,30 το 1998), το 1996 μάλιστα για πρώτη φορά, όπως αναφέρθηκε στο Γενικό Μέρος, οι θάνατοι ξεπέρασαν τις γεννήσεις κατά 22 (*Δρεττάκης Μ. «Η μεγάλη μείωση των γεννήσεων από το 1981 και μετά κατέληξε σε φυσική μείωση του πληθυσμού το 1996 και το 1998», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 261-268*). Οι όποιες αυξήσεις πληθυσμού εξηγούνται από την έλευση μεταναστών, για παράδειγμα το 1999 η κατά 18.000 άτομα αύξηση του ελληνικού πληθυσμού οφειλόταν στους 14.000 μετανάστες. Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι, δυστυχώς για την Ελλάδα, η γεννητικότητα των «αλλοδαπών γυναικών» έχει την τάση να προσαρμόζεται στη γεννητικότητα των γηγενών. Επίσης ότι η μετανάστευση είναι οδός διπλής κατεύθυνσης για χώρες όπως η Ελλάδα: η εξωτερική μετανάστευση, η οποία εντοπίζεται χρονικά κυρίως μεταξύ 1955-1977 είχε ως συνέπεια τη φυγή πολύ σημαντικής μερίδας του πληθυσμού, το

μακροχρόνιο χωρισμό των συζύγων, τη συμμόρφωση των γυναικών στα πρότυπα και τις συνήθειες που επικρατούσαν στις χώρες άφιξης, την ενημέρωσή τους σε θέματα αντισύλληψης και την κατόπιν συμβολή τους στην αντίστοιχη ενημέρωση των αγροτικών πληθυσμών στις περιοχές στις οποίες επέστρεψαν, παράγοντες που στο σύνολό τους, όπως ήδη διαπιστώθηκε, συντείνουν στην απόκτηση λιγότερων παιδιών από τους Έλληνες (*Πουλοπούλου-Έμκε Η. «Επιπτώσεις της μεταναστευτικής κίνησης στη γεννητικότητα της Ελλάδας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 69-79*). Έχει ενδιαφέρον στην περίπτωση αυτή το γεγονός ότι τη λεγόμενη γενιά των παιδιών των baby boomers (παιδιά που γεννήθηκαν μεταξύ 1946 και 1964) συνιστούν κατά κύριο λόγο αυτοί που γεννήθηκαν κατά τα έτη 1965-1975, γενιά που σε αντίθεση με την προηγούμενη γενιά λιγότερα παιδιά και σε μεγαλύτερη ηλικία και αποτελεί μέρος, έστω μικρό υποσύνολο, της περιόδου κατά την οποία εντοπίζεται η κύρια μεταναστευτική κίνηση. Είναι εξάλλου σε γενικές γραμμές και η γενιά που κατά τα χρόνια της μελέτης έχει φτάσει στην κύρια αναπαραγωγική ηλικία (περίπου 20-34), οπότε οφείλουμε να την προσέξουμε ιδιαίτερα.

Επιστρέφουμε στη Θράκη. Όσον αφορά τη χωρική κατανομή της γεννητικότητας αξίζει να σημειωθεί ότι πρόκειται για μια περιοχή αγροτική κατά βάση και ημιαστική κατά δεύτερο λόγο. Μιλάμε δηλαδή για γεννητικότητα του 9,3 κατά Μέσο Όρο (*Κουτσόπουλος Κ. «Οι διαστάσεις του δημογραφικού προβλήματος της Ελλάδας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 291-302*). Η ύπαιθρος κατά γενική ομολογία γηράσκει και ερημώνει. Τα ποσοστά βέβαια ανεβάζει κατά πολύ ο Νομός Ξάνθης κυρίως λόγω της ισχυρής παρουσίας του Μουσουλμανικού στοιχείου. Έτσι άλλωστε εξηγείται και ότι υπερέχει σε όλους τους δείκτες και μάλιστα κατά πολύ σε σχέση με το Μέσο όρο. Το παράδοξο που συμβαίνει με το Νομό Έβρου μπορεί να βρει την ερμηνεία του μόνο στην εισροή των παλιννοστούντων

ομογενών, οι οποίοι κατά κύριο λόγο εγκαταστάθηκαν στο Νομό αυτό, με τη Θράκη στο σύνολό της να είναι τρίτη σε αριθμό νέων κατοίκων (*Μητροπολίτης Αλεξανδρουπόλεως Άνθιμος, «Συμβολή των παλιννοστούντων στην αντιμετώπιση της υπογεννητικότητας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 353-6*). Αυτό είναι παγκόσμιο φαινόμενο: και στον Καναδά π.χ. οι μετανάστες συνιστούν διέξοδο από το δημογραφικό πρόβλημα (*Ford D., Nault F. Changing fertility patterns, 1974 to 1994. Health Rep 1996;8(3):39-46*). Άλλωστε κατά τη δεκαετία 1981-90 διαπιστώνεται για το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού θετική μετανάστευση (250.000 περίπου άτομα), ενώ για την περίοδο 1991-1999 το πλεόνασμα ανέρχεται σε 290.000 άτομα (δείκτες 2,5 και 2,8 αντίστοιχα), με το πλήθος των αλλοδαπών να εκτιμάται σήμερα στα 730.000 άτομα (*Κουτσόπουλος Κ. «Οι διαστάσεις του δημογραφικού προβλήματος της Ελλάδας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 291-302*).

Από την παραπάνω ανάλυση καθίσταται προφανές ότι η Θράκη ακολουθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό τις δημογραφικές τάσεις που υφίστανται τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως, με τις Χριστιανές να παρουσιάζονται εμφανώς πιο επηρεασμένες, με αρνητική σαφέστατα χρήση του όρου, από τα δεδομένα της σύγχρονης εποχής και από τους παράγοντες που θα αναλυθούν παρακάτω.

2. Επί του συνόλου των Πρωτοτόκων Γυναικών του δείγματος

Με βάση τα πορίσματα της έρευνας και τη διερεύνηση του ζητήματος, οφείλουμε να επισημάνουμε ότι η μέση τιμή της ηλικίας στον πρώτο τοκετό έχει ανεβεί κατά 1,7 έτη (αύξηση 7,5%)- από 22,7 το 1987 σε 24,4 το 1996. Για άλλη μια φορά το έτος 1991 αποδεικνύεται κρίσιμο στην εξέλιξη της έρευνας, καθώς μετά το έτος αυτό παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Το μεγαλύτερο ποσοστό πρώτων γεννήσεων διαπιστώνεται στην ηλικιακή ομάδα 20-24, παρόλα αυτά το ποσοστό παρουσιάζεται μειωμένο από 51,4% το 1987 σε 39,2% το 1996, καταληκτικό έτος της παρούσας εργασίας. Μέχρι το 1990 η ομάδα 25-29 καταλάμβανε την τρίτη θέση στις γεννήσεις μετά την ομάδα 15-19, η κατάσταση όμως μεταβλήθηκε ριζικά υπέρ της, με διαπιστωμένη αύξηση από 19% των πρωτοτόκων γυναικών σε 29%. Οι έφηβες μητέρες (15-19) μειώθηκαν από 20-25% έως το 1990, σε 12-18% μετά το 1990. Εξαιρετικά αξιοπρόσεκτος είναι σαφώς ο διπλασιασμός του ποσοστού της ηλικιακής ομάδας μητέρων 30-34 ετών που γεννούν για πρώτη φορά από το 1987 έως το 1992, ποσοστό που τελικά σταθεροποιείται στο 10% μετά το 1992. Τελευταία σημαντική διαπίστωση: οι τοκετοί στην ηλικιακή ομάδα 35-39 τα έτη 1995 και 1996 διπλασιάστηκαν από 2% σε 4% επί του συνόλου των πρωτοτόκων.

Η πολύ μεγάλη ποσοστιαία αύξηση των πρώτων γεννήσεων στις ηλικίες 25-29 και ο διπλασιασμός των ποσοστών στις ομάδες 30-34 και 35-39 είναι εύκολο να εξηγηθούν με βάση την ανάλυση που προηγήθηκε. Σε γενικές γραμμές έχει ανέβει αισθητά η ηλικία κατά την οποία οι γυναίκες αποφασίζουν να εισέλθουν στην κατάσταση της μητρότητας φέρνοντας στον κόσμο το πρώτο τους παιδί. Υπό τις παρούσες μάλιστα συνθήκες ίσως και να προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι η ηλικιακή ομάδα 20-24 εξακολουθεί να έχει τα πρωτεία στις πρώτες γεννήσεις, αν και με εξαιρετικά μειωμένα ποσοστά, ενώ και οι έφηβες που γίνονται για πρώτη φορά μητέρες διατηρούν σχετικά υψηλή θέση στην κατάταξη (3^η). Τι συμβαίνει λοιπόν; Μήπως η Θράκη δε συμμορφώνεται και τόσο πολύ στο δημογραφικό μοντέλο που έχουμε κατά νου; Ό,τι και αν έχει να παρατηρήσει κανείς, το βέβαιο είναι ότι επί του συνόλου των πρωτότοκων γυναικών του δείγματος η άνοδος της μέσης τιμής της ηλικίας είναι γραμμική και αυτό ένα πράγμα μπορεί να σημαίνει στατιστικά και κατ' επέκταση δημογραφικά: ότι υπάρχει

τάση για περαιτέρω αύξηση της ηλικίας των γυναικών που γεννούν το πρώτο τους τέκνο.

Τα δεδομένα συσχετίζονται με τη διεθνή πραγματικότητα: στην Αμερική κατά τα έτη 1985-1989 οι γυναίκες άνω των 30 καταλάμβαναν το 50% περίπου της γεννητικότητας, ενώ κατά τα προηγούμενα έτη μόνο το 33% (Rindfuss RR., Morgan SP., Offutt K. *Education and the changing age pattern of American fertility: 1963-1989. Demography* 1996;33(3):277-90). Στον Καναδά με βάση πρόσφατες μελέτες παραπάνω από το ¼ των γυναικών που γεννούν για πρώτη φορά είναι άνω των 30. Αυτό σαφέστατα οδηγεί σε λιγότερα παιδιά. Αντίστοιχα για την ηλικιακή κατηγορία 35-39 το ποσοστό πρώτων γεννήσεων ήταν 25%, ενώ του 1974 ήταν 13%, ενώ για τις γυναίκες στα 40 το 1994 25% των γεννήσεων ήταν γεννήσεις πρώτου παιδιού σε αντίθεση με το 10% για το 1974 (Ford D., Nault F. *Changing fertility patterns, 1974 to 1994. Health Rep* 1996;8(3):39-46). Πολύ σημαντικός παράγοντας και σε άμεση σύνδεση με τη μητρότητα είναι η γαμηλιότητα, τι συμβαίνει δηλαδή σχετικά με τη σύναψη γάμων. Στο σημείο αυτό και τα δεδομένα δε φαίνεται κάποιες φορές να δίνουν ξεκάθαρη απάντηση αλλά και οι απόψεις των ερευνητών να μη συγκλίνουν ως προς το μέγεθος της σπουδαιότητας της σύναψης γάμου και σε ποια ηλικία συμβαίνει αυτό. Για παράδειγμα κάποιοι αναλυτές θεωρούν θεμελιώδη τη γαμηλιότητα, ο Bloom μάλιστα κατάρτισε και μοντέλο γάμου που επιχειρεί με αρκετά μεγάλη επιτυχία να το εφαρμόσει-προσαρμόσει και στα δεδομένα των πρώτων γεννήσεων (Bloom DE. *Age patterns of women at first birth. Genus* 1982b;101-128). Από την άλλη πλευρά άλλοι εκτιμούν ότι η καθυστέρηση στο γάμο δεν είναι ο κύριος μηχανισμός που οδηγεί σε καθυστέρηση της τεκνοποιίας (Rindfuss RR., Morgan SP., Offutt K. *Education and the changing age pattern of American fertility: 1963-1989. Demography* 1996;33(3):277-90). Αυτό συμβαίνει επειδή όλο και

περισσότερες γυναίκες επιλέγουν να τεκνοποιήσουν εκτός γάμου, στον Καναδά συγκεκριμένα το ¼ των γεννήσεων αφορά ανύπαντρες μητέρες (Ford D., Nault F. *Changing fertility patterns, 1974 to 1994. Health Rep* 1996,8(3):39-46). Στην Ελλάδα σε αντίθεση με άλλες χώρες ο θεσμός του γάμου έχει μεν κλονιστεί αλλά σε πολύ μικρό βαθμό (ΕΣΥΕ. *Στατιστικές φυσικής κίνησης πληθυσμού της Ελλάδος. Δελτίο Τύπου ΕΣΥΕ, Πειραιάς 2-4-2007*). Η πλέον κοινωνικά «αποδεκτή» ή εν πάση περιπτώσει «συνήθης» κατάσταση είναι τα παιδιά να έρχονται στον κόσμο μέσα στο πλαίσιο του γάμου, παρόλο που, όπως προαναφέρθηκε στο Γενικό Μέρος, η ελληνική κοινωνία τείνει να γίνει πιο ανεκτική απέναντι στις ανύπαντρες μητέρες. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι στα έτη 1980-1981 στις 100 Ελληνίδες οι 49 τεκνοποίησαν τον πρώτο χρόνο του γάμου τους, ενώ οι 34 από αυτές είχαν συλλάβει πριν την τέλεσή του (Αραβαντινός Δ. «*Το δημογραφικό πρόβλημα της χώρας μας*», *Εναρκτήριο ομιλία στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παιδικής-Εφηβικής Γυναικολογίας και Ενδοκρινολογίας, Αθήνα 6-9 Δεκεμβρίου 1995*).

Από τη στιγμή λοιπόν που δεχόμαστε ότι, τουλάχιστον για τη χώρα μας, η σύναψη γάμου σχετίζεται άρρηκτα σχεδόν με τη γεννητικότητα οφείλουμε να διερευνήσουμε το ζήτημα περαιτέρω: μεταξύ 1980 και 1985 η μέση ηλικία πρώτου γάμου ήταν 23,4 και η γονιμότητα 1,96, ενώ μεταξύ 1985-1990 η μέση ηλικία ήταν 24 και η γονιμότητα σε κατακόρυφη πτώση, μόλις 1,53 παιδιά ανά Ελληνίδα. Δεν τίθεται ζήτημα σύγκρισης με το 2,38 του δείκτη γεννητικότητας κατά τα έτη 1965-1970 με ταυτόχρονη μέση ηλικία γάμου τα 24,5 έτη!!! Αργότερα ο γάμος αλλά σημαντικά περισσότερα τα παιδιά που γεννούσαν οι γυναίκες (γενιά του baby boom). Σύμφωνα με πιο πρόσφατα στοιχεία ο δείκτης της γαμηλιότητας κατά τη δεκαετία 1981-1990 ήταν 6,8 (δηλαδή κατά τα παραπάνω έτη συνήφθησαν 68.400 περίπου γάμοι), ενώ κατά την επόμενη δεκαετία (1991-1999) ήταν 5,8 (αντιστοιχεί

σε περίπου 60.000 γάμους) (Κουτσόπουλος Κ. «Οι διαστάσεις του δημογραφικού προβλήματος της Ελλάδας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 291-302). Μείωση λοιπόν των γάμων κατά 8.400, με παράλληλη κάμψη γεννητικότητας (από 11,8 σε 9,8), γεγονός που επιβεβαιώνει τελικά τη στενή σύνδεση γαμηλιότητας-γεννητικότητας για την Ελλάδα. Λιγότεροι λοιπόν γάμοι οδηγούν σε λιγότερες γεννήσεις και έτσι προκύπτει το ανησυχητικότατο 0,3 της φυσικής αύξησης του πληθυσμού κατά τη δεύτερη περίοδο. Και όλα αυτά με θετική μετανάστευση (εισροή δηλαδή πληθυσμού στην Ελλάδα) 2,8!!! Αν δε συνέβαινε και αυτό τα πράγματα θα ήταν τραγικά, οι θάνατοι θα ξεπερνούσαν σταθερά τις γεννήσεις σε όλη τη δεκαετία του '90 και όχι μόνο κατά τα έτη 1996 (-22) και 1998 (-1774). Με εξαίρεση το 1992, χρονιά πληθυσμιακής αύξησης (λόγω μεταναστών), οι πρώτες γεννήσεις είναι κατά μέσο όρο 47.000. Το θέμα είναι ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό οι γυναίκες μένουν στο ένα παιδί, κάνουν το πολύ δεύτερο. Η μείωση της γονιμότητας αφορά στις πέραν των 3 παιδιών γεννήσεις, κατά την περίοδο 1960-1991 αλλά κατά την τελευταία δεκαετία αυξάνεται η συχνότητα των πρωτότοκων παιδιών και μειώνεται ακόμη και η συχνότητα των δευτερότοκων παιδιών-όπως παρατηρεί η Πουλοπούλου, από την οποία και τα παραπάνω στοιχεία, «όλο και περισσότεροι Έλληνες και Ελληνίδες αποκτούν ένα μόνο παιδί» (Πουλοπούλου-Έμκε Η. «Επιπτώσεις της μεταναστευτικής κίνησης στη γεννητικότητα της Ελλάδας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 69-79).

Η πτώση της γαμηλιότητας εξηγεί σε μεγάλο βαθμό τη μείωση της γεννητικότητας για τα ελληνικά δεδομένα. Το ζήτημα είναι για ποιο λόγο συνάπτονται λιγότεροι γάμοι ή τελοσπάντων γιατί επιλέγουν τα ζευγάρια, ιδιαίτερα οι γυναίκες να παντρεύονται σε μεγαλύτερη ηλικία, γεγονός που λογικά αλλά και με βάση τα εμπειρικά δεδομένα οδηγεί σε λιγότερες γεννήσεις, το πολύ σε ένα παιδί κατά οικογένεια. Οι λόγοι αναλύθηκαν στο

γενικό μέρος και υφίστανται τόσο για την ελληνική όσο και για τη διεθνή πραγματικότητα. Στο σημείο αυτό θα γίνει σύντομη και περιληπτική αναφορά: κυριαρχούν οι κοινωνικοί λόγοι-οι ιατρικοί λόγοι που σχετίζονται με υπογονιμότητα θα έπρεπε μάλλον να ευθύνονται σε μικρότερο ποσοστό για τη μείωση των γεννήσεων σε σχέση με προηγούμενες, λιγότερο τεχνολογικά και γνωστικά προηγμένες, εποχές-το βιοτικό και οικονομικό επίπεδο του ζευγαριού, η εργασία, η μόρφωση και ο οικογενειακός προγραμματισμός. Είναι προφανές ότι οι παράγοντες αυτοί βρίσκονται σε σχέση αλληλεξάρτησης: το ζευγάρι αποφασίζει κυρίως με βάση το βιοτικό του επίπεδο, το οποίο εξασφαλίζεται με εργασία και των δύο μελών και καλύτερες αμοιβές, οι αυξημένες αποδοχές συνδέονται άμεσα με το επίπεδο μόρφωσης και αυτό με ποικίλες παραμέτρους, όπως είναι για άλλη μια φορά το οικονομικό επίπεδο αλλά και η κοινωνική προέλευση του ζευγαριού. Αν οι συνθήκες απέχουν από το να είναι ιδανικές ή έστω ανεκτές, το ζευγάρι καθυστερεί την τεκνοποίηση, καθώς θεωρεί ότι δε θα είναι σε θέση να προσφέρει στο παιδί του όλα όσα σήμερα στην καταναλωτική μας εποχή θεωρούνται απαραίτητα. Με βάση έρευνα του 2005 η φτώχεια και η έλλειψη κινητήρων από την πολιτεία ευθύνεται κατά κύριο λόγο για την υπογεννητικότητα (Φώσκολου, Γ., «Η φτώχεια γεννά μοναχοπαίδια», ΕΘΝΟΣ, 26/3/2005). Ωστόσο, ακόμα και η οικονομική κατάσταση του ζευγαριού εξαρτάται άμεσα από το μορφωτικό επίπεδο και των δύο.

Καθοριστικότερη λοιπόν παράμετρος για το υπό διερεύνηση αντικείμενο είναι η μόρφωση (*United Nations Issues Study on Women's Education and Fertility. Press Release DEV/2092 POP/605, 7-2-1996*). Αυτό διαπιστώνεται από διεθνείς έρευνες, οι οποίες καταγράφουν τουλάχιστον για την Αμερική και την Ευρώπη ότι οι απόφοιτοι κολεγίου καθυστερούν περισσότερο από τους αποφοίτους Λυκείου την τεκνοποίηση,

αποφασίζοντας να κάνουν παιδί, αντί μεταξύ των 24 και 26 χρόνων τους, όταν είναι μεταξύ 27 και 29 (Heck KE., Schoendorf KC., Ventura SJ., Kiely JL. *Delayed childbearing by education level in the United States, 1969-1994. Matern Child Health J* 1997;1(2):81-8 και Skirbekk V., Kohler HP., Prskawetz A. *Completing Education and the Timing of Births and Marriage: Findings from a Birth-Month Experiment in Sweden. MPIDR Working Paper, WP 2003-017*). Όσο περισσότερο μορφώνεται κανείς τόσο καθυστερεί να κάνει παιδί, καθώς η διάθεση για μεγαλύτερη εξειδίκευση και αύξηση της ανταγωνιστικότητας στον επαγγελματικό στίβο θέτει σε δεύτερη μοίρα την απόκτηση παιδιών και τη δημιουργία οικογένειας, πριν εξασφαλιστούν για τους μορφωμένους υποψήφιους συζύγους και γονείς οι ιδανικές προϋποθέσεις για την ανατροφή και οικονομική εξασφάλιση των μελλοντικών απογόνων. Φαίνεται ότι αυτή η τάση επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες, οι οποίες έχουν και χρονικούς περιορισμούς σχετικά με τη γονιμότητά τους αλλά και φέρουν το μεγαλύτερο βάρος ως προς τη μητρότητα. Επειδή η γυναίκα όχι μόνο δεν αποκλείεται πια από τον αγώνα για επαγγελματική σταδιοδρομία αλλά και επιβάλλεται να εργάζεται για λόγους ευζωίας του ζεύγους, η δική της απόφαση ή δυνατότητα είναι και αυτή που επιδρά στο μεγαλύτερο βαθμό στη χρονική στιγμή της τεκνοποίησης. Όπως έχει παρατηρηθεί, με την καθυστερημένη γέννα οι γυναίκες έχουν την ευκαιρία να χτίσουν την καριέρα τους χωρίς οικογενειακούς περισπασμούς, οπότε πληρώνονται καλύτερα και όταν θελήσουν να γεννήσουν είναι σε θέση να πληρώσουν για υπηρεσίες φύλαξης των παιδιών, τις οποίες πιθανόν δεν παρέχει σε κάποιες περιπτώσεις η Πολιτεία. Με τον τρόπο αυτό κατορθώνουν να ελαχιστοποιήσουν τα αρνητικά του να αφιερώνουν αρκετό χρόνο στην εργασία τους και να εξισορροπήσουν, όσο καθίσταται αυτό βεβαίως δυνατόν, οικογένεια και μητρότητα (Bloom D.E. *Fertility timing, labor supply disruptions, and the*

wage profiles of American women. Proceedings of the American Statistical Association, Social and Economic Statistics Section, 1987, 49–63).

Η ανάλυση που ακολουθεί σε σχέση με τη Θράκη και τον πληθυσμό της θα αναδείξει ακόμα περισσότερο το ρόλο της μόρφωσης σε συνάρτηση με το οικονομικό επίπεδο του ζεύγους και ειδικότερα της γυναίκας στην καθυστερημένη απόφαση των συζύγων για τεκνοποίηση. Στο σημείο αυτό οφείλουμε να σημειώσουμε ότι δε ρωτήθηκαν οι μητέρες του δείγματος για το επίπεδο της μόρφωσής τους κατά τη διάρκεια της έρευνας, παράμετρος που ωστόσο επιβάλλεται να μην αγνοηθεί σε περαιτέρω έρευνες.

2Α. Επί του συνόλου των Χριστιανών πρωτοτόκων

Στα προηγούμενα έγινε αναφορά σε κάποια δημογραφικά στοιχεία που αφορούν τους νομούς της Θράκης, ωστόσο η έρευνα δεν προχώρησε σε εκτενέστερη διερεύνηση σε εκείνη τη φάση. Θυμίζουμε λοιπόν ότι παρά την ήδη νοσηρή υπογεννητικότητα που μαστίζει τη χώρα μας ο Νομός Ξάνθης παραμένει σταθερά στην πρώτη θέση γεννητικότητας για 18 έτη (1980-1998) και στην 1^η-2^η θέση ως προς τη φυσική μεταβολή κατά την ίδια χρονική περίοδο. Από την άλλη πλευρά, τα αντίστοιχα δεδομένα στο Νομό Ροδόπης παρουσιάζουν κατακόρυφη πτώση, ενώ στο Νομό Έβρου παρά τη σχετικά υψηλή γεννητικότητα αναλογικά προς την υπόλοιπη Ελλάδα (βρίσκεται στην 11^η θέση) η φυσική μεταβολή παραμένει αρνητική και μάλιστα στα κατώτατα επίπεδα (*Δρεττάκης Μ. «Η μεγάλη μείωση των γεννήσεων από το 1981 και μετά κατέληξε σε φυσική μείωση του πληθυσμού το 1996 και το 1998», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, ό.π., σ. 261-268*). Ο Νομός Έβρου όμως έχει και πολύ υψηλό ποσοστό θνησιμότητας (8η θέση το 1998), όπως και ο Νομός Ροδόπης (12ος).

Η έλευση μεταναστών στο Νομό Έβρου, από τους κύριους χώρους εγκατάστασης παλιννοστούντων κατά τη δεκαετία του 1990, εξηγεί λογικά

την άνοδο της γεννητικότητας (*Αθηναϊκό Πρακτορείο Ειδήσεων. Συμβούλιο Ευρώπης-ΕΕ: Δημογραφικοί δείκτες της Eurostat. Η πληθυσμιακή αύξηση της Ελλάδας οφείλεται στη μετανάστευση. Αθήνα: 8-8-2003*). Γενικότερα πρόκειται για Νομό στον οποίο υπερτερούν συντριπτικά οι Χριστιανοί. Όπως αποδείχθηκε, οι Χριστιανές είναι αυτές που καθορίζουν ουσιαστικά τις τάσεις επί του συνόλου του δείγματος. Οι διαφορές που επισημάνθηκαν κατά την περίοδο της έρευνας είναι στατιστικά σημαντικές κυρίως για το σύνολο και για τις Χριστιανές (Kruskal- Wallis test). Ξεκινούμε λοιπόν με αυτές: η ηλικία των Χριστιανών πρωτοτόκων γυναικών αυξήθηκε γραμμικά (1987-1996) από 23,2 σε 26,2, μέση ηλικία δηλαδή πρώτης γέννας τα 24,7 έτη. Οι μεγαλύτερες διαφορές διαπιστώνονται στις ηλικίες 20-24 και 25-29: η ηλικιακή ομάδα 20-24 έχασε μετά το 1992 τα πρωτεία στις πρώτες γεννήσεις, μετά από μείωση που «πιστώθηκε» στην ομάδα 25-29 (άνοδος από 22,6 το 1987 σε 37,3% το 1996), η οποία από το 1993 είναι αυτή που κυριαρχεί στα ποσοστά. Η επόμενη ομάδα που εμφανίζει γραμμική μάλιστα άνοδο είναι αυτή των 30-34 ετών, η οποία αγγίζει το 15% επί των πρώτων γεννήσεων παιδιών Χριστιανών γυναικών. Ακολουθεί η ομάδα 15-19 με μεγάλη πτώση από 18% και σταθεροποίηση τελικά στο 6,6% και αυτή των 35-39, που διπλασιάζει τα ποσοστά της στα επίπεδα των εφήβων μετά το 1994. Ακόμα και οι γεννήσεις πρώτου παιδιού μετά τα 40 εμφανίζονται αυξημένες κατά 200% μάλιστα (από 0,2% σε 0,6%).

Τα συμπεράσματα είναι προφανή. Οι Χριστιανές της Θράκης αργούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί, άρα μειώνονται και οι πιθανότητες να αποκτήσουν πολλά παιδιά με την πάροδο του χρόνου. Εναρμονίζονται δηλαδή αρκετά χαρακτηριστικά στο «πνεύμα της εποχής», που θέλει το ζεύγος να επιδιώκει την οικονομική ευημερία και την άνοδο του μορφωτικού και βιοτικού του επιπέδου, πολύ πιο πριν από την απόκτηση της ιδιότητας του γονέα.

Η εισροή παλιννοστούντων βελτίωσε προσωρινά τα δημογραφικά δεδομένα, ωστόσο έχει αποδειχθεί ότι οι μετανάστες και οι ομογενείς προσαρμόζονται στις συνθήκες που επικρατούν στους τόπους εγκατάστασης, οπότε υπάρχει σοβαρή πιθανότητα να μην αποκτήσουν αργότερα πολλά παιδιά. Από την άλλη πλευρά ο πληθυσμός της Θράκης, κατά βάση αγροτικός και ημιαστικός, ενδέχεται να προσαρμοστεί και αυτός στην «αστική» τάση για μειωμένη γεννητικότητα. Λαμβάνοντας ως δεδομένη τη διαρκώς ογκούμενη αστυφιλία και την ερήμωση της υπαίθρου, δικαιούται κανείς να πιστέψει ότι τα χωριά της Θράκης σιγά-σιγά ερημώνουν.

Η παραπάνω διαπίστωση ωστόσο έρχεται σε ισχυρή αντίθεση με όσα συμβαίνουν σε σχέση με το Νομό Ξάνθης, μια ανθηρή και ακμάζουσα σε σχέση με τις υπόλοιπες περιοχές της Ελλάδας. Η πραγματέυση που έπεται θα προσπαθήσει να δώσει μια ικανοποιητική εξήγηση στο ζήτημα αυτό.

2B. Επί του συνόλου των Μουσουλμάνων Πρωτοτόκων- Συσχετισμός με τις Χριστιανές.

Τα συμπεράσματά μας σχετικά με τα μετρήσιμα δεδομένα της περιοχής της Θράκης λαμβάνουν υπόψη μια πολύ σημαντική παράμετρο του ζητήματος του αριθμού των γεννήσεων: η Θράκη είναι η περιοχή της Ελλάδας στην οποία υπάρχει μια ισχυρή αλλά και νομικά αναγνωρισμένη μουσουλμανική μειονότητα, η οποία υφίσταται βάσει της συνθήκης της Λοζάνης στους νομούς Ροδόπης και Ξάνθης. Οι Μουσουλμάνοι, καθ' όλα Έλληνες πολίτες, έχουν αναπτύξει με την πάροδο των ετών πολιτισμό και κουλτούρα αρκετά διαφορετικά από τον αντίστοιχο χριστιανικό. Παρόλο λοιπόν που η καθημερινή επαφή έχει φέρει τους δύο πολιτισμούς, τις δύο νοοτροπίες αρκετά κοντά, τουλάχιστον στους δύο υπό εξέταση νομούς, εξακολουθούν να εντοπίζονται και να καταγράφονται πολύ σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις συνθήκες και κυρίως τη θέση και τις επιδιώξεις

του γυναικείου φύλου. Δε θα αναλύσουμε εδώ τους λόγους για τους οποίους υπάρχουν αυτές οι βαθιά ριζωμένες αντιλήψεις, δεν αποτελεί άλλωστε σε καμία περίπτωση αντικείμενο της παρούσας έρευνας. Ωστόσο θα αποδειχθεί ότι αυτές ευθύνονται σε πολύ μεγάλο βαθμό για την κρατούσα κατάσταση και όσον αφορά το θέμα της γέννησης του πρώτου παιδιού σε μια οικογένεια και την ηλικία της μητέρας σε αυτή.

Γεγονός είναι ότι σε αυτή την κατηγορία δε σημειώνονται οι εντυπωσιακές μεταβολές που παρατηρήθηκαν τόσο επί του συνόλου όσο και επί των Χριστιανών πρωτοτόκων. Ουσιαστικά οι Μουσουλμάνες δεν ευθύνονται για αυτές τις αλλαγές σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Προηγείται με ποσοστό 45-50 %, που παραμένει μάλιστα και σχετικά σταθερό, η ηλικιακή ομάδα 20-24. Ακολουθεί αυτή που περιλαμβάνει μητέρες 15 έως 19 ετών (πολύ σημαντικό ποσοστό: 35-40%), ενώ τρίτη έρχεται η ομάδα με ηλικία μητέρας 25-29 και με ποσοστό 11%.

Η πολύ μεγάλη πτώση της κατηγορίας 15-19 επί του συνόλου των πρωτοτόκων γυναικών κάθε άλλο παρά οφείλεται στις Μουσουλμάνες, θα έλεγε κανείς μάλλον ότι αυτές είναι που «συγκρατούν» κατά κάποιο τρόπο την ακόμα μεγαλύτερη κάθοδο της κατηγορίας. Η κατηγορία 25-29 δεν επηρεάζει καθόλου το συνολικό αποτέλεσμα, καθώς η για 10% αύξηση οφείλεται και πάλι στις Χριστιανές, στις οποίες οι μητέρες σε αυτές τις ηλικίες ξεπερνούν όλες τις άλλες ηλικιακές ομάδες (με άνοδο μάλιστα 65%). Τέλος η ομάδα 20-24 συγκρατεί απλώς ελαφρά τη μείωση που παρατηρείται επί του συνόλου.

Είναι λοιπόν γεγονός ότι οι Μουσουλμάνες γεννούν το πρώτο τους παιδί σε μικρότερη ηλικία σε σχέση με τις Χριστιανές του δείγματος. Οι Χριστιανές γεννούν για πρώτη φορά κατά μέσο όρο στα 24,7 τους έτη, ενώ οι Μουσουλμάνες στα 20,8. Η διαφορά είναι σημαντική, καθώς οι Μουσουλμάνες προηγούνται χρονικά των Χριστιανών κατά 3,9 έτη. Είναι

μια διαφορά που υφίσταται για κάθε χρόνο της μελέτης και αξίζει να σημειωθεί ότι το 1996 ήταν 5,1 έτη! Αυτό σημαίνει ότι οι Μουσουλμάνες εισέρχονται πολύ νωρίτερα στη μητρότητα, πράγμα που τους παρέχει την ευχέρεια να κάνουν πολύ περισσότερα παιδιά σε σχέση με τις Χριστιανές. Γενικά οι Μουσουλμάνοι γεννούν περισσότερα παιδιά. Όλοι οι Μουσουλμανικοί πληθυσμοί της γης πολλαπλασιάζονται ραγδαία. Περίπου ένας στους πέντε ανθρώπους σήμερα είναι Μωαμεθανός, ο μέσος δείκτης γεννήσεων είναι 6 και κάθε 25 χρόνια ο πληθυσμός τους διπλασιάζεται, 833 φορές ταχύτερα σε σύγκριση με τον αναπτυσσόμενο κόσμο (Νεγκής Α. «*Η Γηραιά Ήπειρος γηράσκει*», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, *Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας*, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001, σ. 25-49). Στα συμπεράσματα έχει δειχθεί ότι οι Χριστιανές γεννούν κάθε παιδί τους σε μεγαλύτερη ηλικία από τις Μουσουλμάνες, παρόλο που οι Μουσουλμάνες καθυστερούν να κάνουν τα υπόλοιπα, μετά το πρώτο παιδί, παιδιά σε σχέση με τις Χριστιανές. Οι γεννήσεις συνολικά στην κατηγορία 20-24 υπερτερούν, παρόλο που επί του συνόλου των γεννήσεων και όχι μόνο των πρώτων καταγράφεται και εκεί μια άνοδος στην ομάδα 25-29.

Κάνει αρχικά εντύπωση η διαπίστωση ότι οι Μουσουλμάνες γεννούν παιδιά σε σημαντικό ποσοστό στις ηλικίες από 15-19. Η τάση θυμίζει τις αρχαίες Ρωμαίες που παντρεύονταν κατά κανόνα στα 13 με 14. Η διαφορά είναι ότι στην αρχαιότητα η γέννηση παιδιού σε πολύ μικρή ηλικία είχε επιπτώσεις που μπορούσαν να οδηγήσουν ακόμα και σε θάνατο της μητέρας ή σε στειρότητα λόγω επιπλοκών στη λοχεία, ενώ σήμερα η πρόοδος της επιστήμης ελέγχει σε πολύ μεγάλο βαθμό αυτά τα φαινόμενα και ελαχιστοποιεί το ποσοστό θνησιμότητας μητέρας και παιδιού, όταν η γέννηση γίνεται από τόσο νεαρές μητέρες. Πιθανότατα στις Μουσουλμάνες κυριαρχεί ακόμα το μοντέλο της παραδοσιακής πατριαρχικής οικογένειας

και του στερεοτυπικού ρόλου της γυναίκας σε αυτή, ως υπεύθυνης αποκλειστικά για τη δημιουργία οικογένειας και ανατροφή των παιδιών. Η μητρότητα εξακολουθεί να αποτελεί τη μόνη ίσως δυνατότητα αυτοεκπλήρωσης της γυναίκας, δεδομένου ότι λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των μουσουλμανικών κοινωνιών της Θράκης η γυναίκα σπανίως κατέρχεται στον επαγγελματικό στίβο. Τόσο τα διαζύγια όσο και η ύπαρξη μονογονεϊκών οικογενειών είναι σπανιότατα στο μουσουλμανικό κόσμο, ενώ οι Μουσουλμάνες είναι σαφώς λιγότερο ενημερωμένες από τις Χριστιανές σε ζητήματα οικογενειακού προγραμματισμού. Γενικά παρουσιάζονται πολύ λιγότερο αστικοποιημένες σε σχέση με τις Χριστιανές ανεξάρτητα από το αν ζουν σε αστική, ημιαστική ή αγροτική περιοχή. Αυτό έχει ως συνέπεια να μην επηρεάζονται από τις τάσεις που θέλουν τη γυναίκα να καθυστερεί να κάνει παιδιά, γιατί επιθυμεί πρώτα να εκπληρώσει στόχους που σχετίζονται με τη μόρφωση, την επαγγελματική σταδιοδρομία και τη βελτίωση του οικονομικού επιπέδου. Σε αδρές γραμμές αυτοί είναι χώροι στους οποίους σπανίως εισέρχεται μια μουσουλμάνα, παρά τα θετικά βήματα που έχουν καταγραφεί στον τομέα αυτό.

Στα προηγούμενα έγινε λόγος για τον παράγοντα μόρφωση και πώς και κατά πόσο αυτός σχετίζεται με τη διαμόρφωση της παρούσας κατάστασης αναφορικά με τη γεννητικότητα παγκοσμίως, στην Ελλάδα αλλά και στη Θράκη. Παρόλο που δε συνελέγησαν ικανοποιητικά δεδομένα, ώστε να εξαχθεί σαφές επιστημονικό συμπέρασμα για την περιοχή, διεθνείς μελέτες έχουν καταδείξει το σημαίνοντα ρόλο της μόρφωσης στην επιλογή γέννησης του πρώτου παιδιού από μια γυναίκα. Υπενθυμίζουμε ότι η μόρφωση καθυστερεί τη γέννηση πρώτου παιδιού, καθώς οι περισσότεροι και κυρίως οι γυναίκες αποφασίζουν να συνάψουν γάμο και να γίνουν γονείς μετά το πέρας των σπουδών τους, αν δεν το καθυστερήσουν και ακόμα περισσότερο λόγω επιδίωξης και άλλων επαγγελματικών στόχων. Δε θα

ήταν και τόσο παρακινδυνευμένο να παρατηρήσει κανείς ότι συνήθως οι Μουσουλμάνες δε μορφώνονται τόσο όσο οι Χριστιανές. Αυτό εξηγεί μαζί με άλλους παράγοντες κοινωνικούς και ευρύτερα πολιτισμικούς και για ποιο λόγο εισέρχονται τόσο νωρίς στη μητρότητα.

Ανάλογες διαπιστώσεις με αυτές που σημειώνουμε σε σχέση με τις Χριστιανές και τις Μουσουλμάνες πρωτοτόκες έχουν καταγραφεί στην Αμερική σε έρευνες για τις Λευκές και τις Αφρικανικής καταγωγής μητέρες (*Burr JA., Bean FD. Racial fertility differences: the role of female employment and education in wanted and unwanted childbearing. Soc Biol 1996;43(3-4):218-41*). Οι λευκές γυναίκες στις ΗΠΑ καθυστερούν την πρώτη γέννα, ενώ οι Αφρικανικής προέλευσης όχι, γεννώντας κατά μέσο όρο στα 21. Στις λευκές ο μέσος όρος ανεβαίνει περίπου στα 26, με αρκετά μεγάλες διαφορές στις ομάδες 25-29 στα ποσοστά (4,61 είναι η διαφορά) και 30-34 (3,57). Οι Αφροαμερικανές τείνουν να έχουν λιγότερη μόρφωση (*Bloom D.E. Fertility timing, labor supply disruptions, and the wage profiles of American women. Proceedings of the American Statistical Association, Social and Economic Statistics Section, 1987, 49-63*). Η σύνδεση ανάμεσα στη μόρφωση και τη γεννητικότητα αποδεικνύεται για άλλη μια φορά ισχυρή, καθώς και στην Αμερική η άνοδος στην ηλικία των γυναικών που γίνονται μητέρες αφορά κυρίως τις λευκές. Αν όμως και οι Αφροαμερικανές του δείγματος είναι μορφωμένες, τότε δεν υπάρχει διαφορά στην ηλικία ή στη γεννητικότητα! (*Rindfuss RR., Morgan SP., Offutt K. Education and the changing age pattern of American fertility: 1963-1989. Demography 1996;33(3):277-90*).

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν από τα παραπάνω ότι οι διαφορές που διαπιστώνονται ανάμεσα σε Χριστιανές και Μουσουλμάνες δε σχετίζονται τόσο με θρησκευτικές ή φυλετικές διαφορές όσο με διαφορές σχετικά με το ρόλο της γυναίκας και κυρίως με έναν κοινωνικό παράγοντα, όπως είναι η

μόρφωση. Αυτή οδηγεί σε καθυστερημένη τεκνοποίηση με άμεσους και έμμεσους τρόπους, καθώς ευθύνεται και για την καλύτερη ενημέρωση για μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού. Είναι όμως και δείγμα αστικοποίησης, η οποία δεν υφίσταται σε τόσο μεγάλο βαθμό για τις Μουσουλμάνες όσο για τις Χριστιανές στις περιοχές που μας απασχολούν (Οι αγρότες αποτελούν περίπου το 65% του μειονοτικού πληθυσμού του νομού Ροδόπης, έναντι του περίπου 25% των αγροτών στον λοιπό πληθυσμό της χώρας).

Πρώτη Γέννηση-Υπογεννητικότητα-Θράκη-Ελλάδα.

Η πρώτη γέννηση λοιπόν συνδέεται άμεσα με τη γεννητικότητα και η επιλογή για καθυστέρησή της με την υπογεννητικότητα. Όπως έχει ήδη διαφανεί από τα αποτελέσματα της έρευνας, η Θράκη αποτελεί ιδιαίζουσα περίπτωση λόγω της πληθυσμιακής της σύνθεσης, σε σχέση με το ζήτημα της γεννητικότητας. Οι Μουσουλμάνες γεννούν τα παιδιά τους πολύ νωρίτερα από τις Χριστιανές και ως φυσικό επακόλουθο αυτού κάνουν και περισσότερα παιδιά. Ωστόσο τουλάχιστον προς το παρόν δε συντελούν αποφασιστικά στην ανασχεση της τάσης που θέλει τις Ελληνίδες ακόμα και της Θράκης να γεννούν όλο και λιγότερα παιδιά, με εξαίρεση φυσικά το Νομό Ξάνθης, ο οποίος παρόλο που είναι πρώτος σε γεννητικότητα και δεύτερος σε φυσική μεταβολή (δεδομένα του 1998) παρουσιάζει και αυτός πτώση από τα δεδομένα του 1980 και μάλιστα αρκετά σημαντική (η γεννητικότητα 14,95 από 19,16 και η φυσική μεταβολή 4,80 από 10,14). Πιθανότατα λοιπόν παρά τα σχετικά αισιόδοξα αποτελέσματα για τις Μουσουλμάνες και αυτές θα συμμορφωθούν, εφόσον αστικοποιηθούν περισσότερο, στα δεδομένα των υπολοίπων Ελληνίδων. Από τη στιγμή που καθοριστικός είναι ο παράγοντας μόρφωση, τείνουμε να πιστέψουμε ότι το μορφωτικό αγαθό και η βαθμιαία κατάκτησή του και από τις Μουσουλμάνες, στο βαθμό που το επιζητούν και οι Χριστιανές, θα οδηγήσει αργότερα σε σχετικό ισοσκελισμό των αποτελεσμάτων. Αυτά όμως όλα ίσως συμβούν σε βάθος χρόνου, που δεν καλύπτεται φυσικά από το χρονικό περιθώριο της παρούσας μελέτης.

Σε γενικές λοιπόν γραμμές με εξαίρεση τις Μουσουλμάνες, και η Θράκη αντιμετωπίζει το φάσμα της υπογεννητικότητας. Είτε οφείλεται στο ολοένα ογκούμενο ρεύμα αστυφιλίας είτε σε άλλους κοινωνικούς κυρίως παράγοντες (μόρφωση, εργασία της γυναίκας κλπ.), η αλήθεια είναι ότι το μέλλον κάθε άλλο παρά ευόιωνο διαγράφεται αυτή τη στιγμή τόσο για την

περιοχή όσο και για την Ελλάδα. Τείνουμε να γίνουμε ένα έθνος ηλικιωμένων με ανυπολόγιστες συνέπειες σε οικονομικό, κοινωνικό αλλά και εθνικό επίπεδο, ιδιαιτέρως για την εθνικά ευαίσθητη περιοχή της Θράκης. Ο παιδικός πληθυσμός διαρκώς μειώνεται, ο γεροντικός αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς. Η πρόβλεψη της Διακομματικής Επιτροπής της Βουλής για το 2011 είναι πραγματικά ζοφερή: ο πληθυσμός ηλικίας 0-14 θα αντιπροσωπεύει το 16,2% του πληθυσμού, ενώ οι ηλικίες άνω των 65 το 18,1%! (*Διακομματική Επιτροπή της Βουλής, «Μελλοντική πληθυσμιακή εξέλιξη της Ελλάδας» (εκτίμηση), στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001, σ. 57-59*)

1. Είναι αυτή η Ελλάδα που οραματιζόμαστε; Μια κοινωνία ηλικιωμένων με ελάχιστη πιθανότητα για πρόοδο και ευημερία; Και βέβαια όχι. Επιβάλλεται λοιπόν να ανιχνευτούν τρόποι ανάσχεσης του φαινομένου της υπογεννητικότητας. Ο επιθυμητός αριθμός παιδιών ανά Ελληνίδα είναι 2,3, αριθμός που επιτρέπει την αντικατάσταση των γενεών. Οφείλουμε λοιπόν να παράσχουμε τις απαραίτητες προϋποθέσεις ώστε ο επιθυμητός αυτός αριθμός παιδιών να συμφωνήσει και με τον πραγματικό (*Φώσκολου Γ. «Η φτώχεια γεννά μοναχοπαίδια», εφημερίδα ΕΘΝΟΣ, 26/3/2005*). Ας λάβουμε υπόψη ότι με βάση τη Eurostat το σενάριο για το 2020 προβλέπει στη χειρότερη περίπτωση 1,40 παιδιά για κάθε Ελληνίδα, ενώ στην καλύτερη, με παροχή όλων των δυνατών κινήτρων κλπ., θα ανέλθει στο 1,90. Πάντως το 2002 ήταν 1,25 για κάθε γυναίκα, αριθμός που μας τοποθετεί στην τελευταία θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης μαζί με την Ισπανία.

Τα μέτρα που προτείνονται (από το ΕΚΚΕ, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Επιτροπή Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων, Σχέδιο Έκθεσης σχετικά με το δημογραφικό μέλλον της Ευρώπης, 2007/2156 αλλά και από το σύνολο της βιβλιογραφίας) εντάσσονται σε δύο κατηγορίες: αυτά που αφορούν καθαρά Ιατρικές παρεμβάσεις και αυτά που συνιστούν επέμβαση για Αλλαγή συμπεριφοράς πληθυσμιακών ομάδων και είναι τα εξής:

- Συνεπής δημογραφική πολιτική από την πλευρά της Πολιτείας (ανάσχεση της αστυφιλίας, περιορισμός της αποδημίας, οικονομική και κοινωνική επανένταξη των παλιννοστούντων, νομιμοποίηση των αλλοδαπών, ίδρυση και λειτουργία Εθνικού Ινστιτούτου Δημογραφικών Ερευνών, αναδιάρθρωση Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας)
- Βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης
- Νέα φορολογική πολιτική για τις δημογραφικά φθίνουσες περιοχές
- Παροχή προστασίας και υπηρεσιών στις εγκύους και τις μητέρες (βρεφονηπιακοί σταθμοί, να γίνουν περισσότερα τα Δημοτικά Σχολεία και τα Νηπιαγωγεία, κυρίως τα ολοήμερα)
- Εργασιακές διευκολύνσεις των γονέων-γονικές άδειες που αφορούν κυρίως την ηλικιακή κατηγορία 25-29
- Ενίσχυση του εισοδήματος με οικονομικές παροχές κυρίως στις ηλικίες γονέων 15-24 ετών αλλά και στους πολύτεκνους και τους τρίτεκνους, ενίσχυση της γυναικείας απασχόλησης, με επιδότηση επιχειρήσεων στον ιδιωτικό τομέα
- Προστασία της μονογονεϊκής οικογένειας
- Καταπολέμηση της στειρότητας

- Σεξουαλική διαπαιδαγώγηση
- Οικογενειακός προγραμματισμός
- Μετεκπαίδευση Ιατρών

Ας ελπίσουμε ότι το ζήτημα θα τύχει επιτέλους της δέουσας προσοχής από την Πολιτεία, η οποία έχει ήδη αρχίσει να λαμβάνει μέτρα προς τη σωστή κατεύθυνση τα τελευταία χρόνια (π.χ. τα μέτρα για τους τρίτεκνους, που αφορούν ωστόσο κατά κύριο λόγο μόνο το Δημόσιο Τομέα). Πρόκειται για θέμα ύψιστης εθνικής σημασίας και οφείλουμε όλοι να συμβάλουμε προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης της γεννητικότητας, πρωτίστως η Πολιτεία με την καθιέρωση ειδικού Νομικού Πλαισίου που θα προστατεύει τα ζευγάρια που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά (πέραν του ενός) αλλά οι δυσχερείς οικονομικές συνθήκες δεν τους επιτρέπουν να πραγματοποιήσουν αυτή τους την επιθυμία.

Η χρονική στιγμή είναι κρίσιμη, υπάρχει όμως ακόμα και τώρα το περιθώριο για συνειδητοποίηση της έκτασης και της σοβαρότητας του φαινομένου της υπογεννητικότητας. Όλοι επιθυμούμε μια Ελλάδα «νεαρή» και ακμάζουσα. Έχουμε την πεποίθηση ότι έρευνες όπως η παρούσα θα συντελέσουν αποφασιστικά στη σε βάθος διερεύνηση της κατάστασης, ώστε να διαμορφώσουν οι υπεύθυνοι σαφή εικόνα και να προβούν στη λήψη κατάλληλων και αποτελεσματικών μέτρων.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1. Για το σύνολο των γυναικών ανεξάρτητα του αριθμού των τοκετών

1. Οι χριστιανές ολοκληρώνουν την γέννηση των παιδιών τους κατά μέσο όρο 2,9 έτη αργότερα σε σχέση με τις μουσουλμάνες (μέσες τιμές για Χριστιανές και Μουσουλμάνες 26,6 και 23,7 αντίστοιχα).

2. Οι μουσουλμάνες, αφού γεννήσουν το πρώτο τους παιδί, καθυστερούν να κάνουν τα υπόλοιπα, σε σχέση με τις χριστιανές (διαφορά $1^{ου} - 2^{ου}$ και $1^{ου} - 3^{ου}$ 4,4 έτη και 6,6 έτη για τις πρώτες και 2,4 έτη και 5,5 έτη για τις δεύτερες αντίστοιχα). Όμως οι χριστιανές γεννούν κάθε παιδί τους σε μεγαλύτερη ηλικία από τις μουσουλμάνες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι καθυστερούν σημαντικά να τεκνοποιήσουν το πρώτο τους παιδί σε σχέση με τις μουσουλμάνες. Από αυτό φαίνεται και η σπουδαιότητα της μελέτης της ηλικίας πρώτου τοκετού.

3. Η τάση στο χρόνο των καμπύλων των ποσοστών των γεννήσεων στο σύνολο των γυναικών και στις χριστιανές είναι σχεδόν η ίδια, με διαφορετικά ποσοστά. Τα ποσοστά των τοκετών στις ηλικίες 20-24 ετών συνεχώς μειώνονται, ενώ αυξάνονται στις ομάδες ηλικιών 25-29 και 30-34 (100% αύξηση στις χριστιανές). Μάλιστα το 1991 οι τοκετοί στις ηλικίες 25-29 και 30-34 ξεπέρασαν αυτούς των ηλικιών 20-24, τα έτη 1991 και 1996 αντίστοιχα. Στις μουσουλμάνες, αντίθετα οι καμπύλες των ομάδων 20-24 και 25-29 δεν συναντιούνται ποτέ, αν και μετά το 1990 υπάρχει μια πτώση της πρώτης κατά 22% και άνοδο της δεύτερης κατά 25%. Πάντα όμως υπερτερούν οι γεννήσεις στις ηλικίες 20-24 ετών. Στις ηλικίες 30-34 και 35-39 τα ποσοστά των τοκετών παραμένουν σχεδόν σταθερά και μόνο τα δύο τελευταία έτη παρουσιάζουν μικρή άνοδο.

4. Όσον αφορά τις έφηβες, η καμπύλη των τοκετών παρουσιάζει πτώση στις χριστιανές, η οποία αρχίζει ήδη από το 1989 με αποτέλεσμα μετά το 1991 οι τοκετοί σε ηλικία 15-19 να υποδιπλασιαστούν και να αποτελούν ένα ποσοστό <5%.

Αντίθετα στις μουσουλμάνες, η καμπύλη αυτή παραμένει σχεδόν σταθερή και το ποσοστό των τοκετών κυμαίνεται μεταξύ 20% και 25% σε όλα τα έτη της μελέτης εκτός του 1988 που ήταν 29,2% (σε παρόμοια δηλαδή ποσοστά με τις ηλικίες 25-29).

5.2. Για τις πρωτοτόκες γυναίκες

1. Στο σύνολο των γυναικών αυτών, παρατηρείται μία γραμμική άνοδος της μέσης τιμής της ηλικίας στον πρώτο τοκετό, έτσι ώστε να έχουμε μία άνοδο αυτής από 22,7 το 1987 σε 24,4 το 1996 (δηλαδή κατά 1,7 έτη ή αύξηση 7,5%). Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται από το 1991 και μετά.

2. Η μέση ηλικία στο σύνολο των πρωτοτόκων γυναικών, στις χριστιανές και στις μουσουλμάνες πρωτοτόκες είναι 23,6 έτη, 24,7 και 20,8 έτη αντίστοιχα. Οι χριστιανές δηλαδή γεννούν το πρώτο τους παιδί σε μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με τις μουσουλμάνες, κατά μέσο όρο 3,9 έτη.

3. Η στατιστικά σημαντική διαφορά στις ηλικίες των πρωτοτόκων γυναικών, χριστιανών και μουσουλμάνων, διατηρείται σε κάθε έτος της υπό μελέτης δεκαετίας. Η διαφορά μάλιστα αυτή αυξήθηκε από 2,6 έτη το 1987 σε 3,7 έτη το 1992, για να φτάσει τέλος στα 5,1 έτη το 1996 (αύξηση 96%).

4. Στις χριστιανές, η μέση ηλικία της πρώτης γέννας αυξάνεται, σχεδόν γραμμικά, με την πάροδο των ετών από 23,2 έτη το 1987 σε 26,2 έτη το 1996 (αύξηση κατά 3 έτη ή 13%). Αντίθετα, η μέση ηλικία των μουσουλμάνων πρωτοτόκων γυναικών δεν μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια των ετών της μελέτης και παραμένει μεταξύ 20 και 21 ετών.

5. Στο σύνολο των πρωτοτόκων γυναικών:

Ηλικίες 20-24 ετών: Το μεγαλύτερο ποσοστό γεννήσεων, αλλά μείωση από 51,4% το 1987 σε 39,2% το 1996.

Ηλικίες 25-29 ετών: Μέχρι το 1990 τρίτη στις γεννήσεις μετά τις έφηβες, αύξηση από 19% σε 29%.

Ηλικίες 15-19 ετών: Μέχρι το 1990 κυμαινόταν μεταξύ 20% και 25%, κατόπιν πτώση στο 12 -18%.

Ηλικίες 30-34 ετών: Διπλασιάστηκαν από το 1987 έως το 1992, για να σταθεροποιηθούν στο 10% περίπου μετά από αυτό.

Ηλικίες <15, ≥40 και 35-39: Οι τοκετοί στις ηλικίες αυτές παραμένουν σταθεροί σε ολόκληρη τη δεκαετία, εκτός των τελευταίων οι οποίοι το 1995 και 1996 σχεδόν διπλασιάστηκαν, από 2% στο 4%.

6. Στις μουσουλμάνες πρωτοτόκες γυναίκες:

Ηλικίες 20-24 ετών: Το ποσοστό των γεννήσεων παραμένει υψηλό και σχεδόν σταθερό στο 45-50%.

Ηλικίες 25-29 ετών: Σταθερό στην δεκαετία αλλά χαμηλό ποσοστό γεννήσεων πρώτου παιδιού (περίπου 11% με αυξομειώσεις).

Ηλικίες 15-19 ετών: Επίσης σταθερό ποσοστό 35-40%, δεύτερο στη σειρά μετά από αυτό των ηλικιών 20-24 ετών.

Στις υπόλοιπες ομάδες ηλικιών, δεν υπάρχει συγκεκριμένη τάση, με μεγάλες αυξομειώσεις και με το ποσοστό των γεννήσεων στις ηλικίες <15 ετών να συναγωνίζεται αυτό των άλλων ομάδων.

7. Στις χριστιανές πρωτοτόκες γυναίκες:

Ηλικίες 20-24 ετών: Οι τοκετοί στις ηλικίες αυτές επικρατούσαν με μεγάλη διαφορά μέχρι και το 1992, αλλά λόγω μεγάλης πτώσης από το 52% στο 35% πέρασαν δεύτεροι στη σειρά (μείωση 32,7%).

Ηλικίες 25-29 ετών: Συνεχή άνοδο από το 1989 έως το 1993, όπου και ξεπέρασαν τους τοκετούς της πρώτης ομάδας. Από 22,6% το 1987 έφτασαν το 37,3% το 1996 (αύξηση 65%).

Ηλικίες 15-19 ετών: Πτωτική τάση μέχρι το 1993 οπότε και φαίνεται να σταθεροποιούνται (πτώση περίπου 60% για να φτάσουν από 18% το 6,6%).

Ηλικίες 30-34 ετών: Οι γεννήσεις πρώτου παιδιού εμφανίζουν μία γραμμική άνοδο από το 1987 (6,4%) έως το 1996 για να φτάσουν το 15% (άνοδος 135%).

Ηλικίες 35-39 ετών: Οι γεννήσεις παρέμειναν σταθερές, περίπου 2,8%, μέχρι το 1994 για να διπλασιαστούν το 1995 και 1996 και να φτάσουν τις γεννήσεις πρώτου παιδιού των έφηβων.

Ηλικίες ≥ 40 ετών: Αν και έχουν μικρό ποσοστό, εμφανίζουν μία μεγάλη άνοδο 200% για να φτάσουν από 0,2% το 0,6%.

Ηλικία < 15 ετών: Οι γεννήσεις πρώτου παιδιού είναι ελάχιστες για να εξαχθούν συμπεράσματα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει σταδιακή μείωση τόσο των γεννήσεων στην Ελλάδα όσο και του αριθμού των παιδιών που πρόκειται να αποκτήσει μια γυναίκα κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής της ηλικίας. Η μεγάλη μείωση της φυσικής αύξησης του ελληνικού πληθυσμού ξεκίνησε το 1981, ενώ το 1996 η κατάσταση φτάνει πια στο απροχώρητο: οι θάνατοι είναι περισσότεροι από τις γεννήσεις.

Οι γυναίκες προκειμένου να ικανοποιήσουν την ανάγκη τους για υψηλότερη μόρφωση, επαγγελματική καταξίωση και οικονομική ανεξαρτησία συνεχώς αναβάλλουν τη γέννηση του πρώτου παιδιού, με αποτέλεσμα να αποκτούν λιγότερα παιδιά και σε μεγαλύτερη ηλικία.

Η Θράκη, παρόλο ακριτική περιοχή, δεν έμεινε ανεπηρέαστη από τις εξελίξεις στο δημογραφικό. Ορμώνοντες από τις παραπάνω ανησυχητικές διαπιστώσεις θεωρήσαμε σκόπιμο να επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον της έρευνάς μας στη μελέτη των μεταβολών της ηλικίας πρώτης εγκυμοσύνης τα έτη 1987-1996 στην ευρύτερη περιοχή μας. Ακόμη σκοπός μας ήταν να περιγράψουμε και να συγκρίνουμε τα πρότυπα της ηλικίας των χριστιανών και μουσουλμάνων γυναικών.

Χρησιμοποιώντας το αρχείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, συλλέχτηκαν και αναλύθηκαν στοιχεία σχετικά με την ηλικία, το θρήσκευμα, τον αριθμό του τόκου και τον τόπο διαμονής, 8911 γυναικών που γέννησαν από 1/1/1987 - 31/12/1996. Από το σύνολο των γυναικών 4161 (46,7%) ήταν πρωτοτόκες. Ποσοστό 71,6% (2979/4161) ήταν χριστιανές, ενώ ποσοστό 28,4% (1182/4161) ήταν μουσουλμάνες. Η μέση ηλικία πρώτου τοκετού στο σύνολο, στις χριστιανές και στις μουσουλμάνες γυναίκες είναι 23,6 έτη, 24,7 και 20,8 έτη

αντίστοιχα. Οι μουσουλμάνες, αφ' ού γεννήσουν το πρώτο τους παιδί κατά μέσο όρο 3,9 έτη νωρίτερα από τις χριστιανές, καθυστερούν να κάνουν τα υπόλοιπα, σε σχέση με τις τελευταίες. Όμως οι χριστιανές γεννούν κάθε παιδί τους σε μεγαλύτερη ηλικία από τις μουσουλμάνες.

Στο σύνολο των πρωτοτόκων γυναικών, παρατηρείται μία γραμμική άνοδος της μέσης τιμής της ηλικίας με την πάροδο του χρόνου, η οποία οφείλεται αποκλειστικά στις χριστιανές. Αντίθετα, η μέση ηλικία των μουσουλμάνων πρωτοτόκων γυναικών δεν μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια των ετών της μελέτης και παραμένει μεταξύ 20 και 21 ετών. Στο σύνολο των πρωτοτόκων γυναικών, το μεγαλύτερο ποσοστό γεννήσεων συμβαίνει στις ηλικίες 20-24 ετών (39% το 1996 από 51,4% το 1987), με δεύτερη στη σειρά τις έφηβες έως το 1990 που τις ξεπέρασαν οι ηλικίες 25-29 ετών.

Στις μουσουλμάνες πρωτοτόκες γυναίκες, το ποσοστό των γεννήσεων στις ηλικίες 20-24 ετών παραμένει σχεδόν σταθερό (45-50%) με δεύτερο στη σειρά στις ηλικίες 15-19 ετών (35-40%). Στις χριστιανές πρωτοτόκες γυναίκες, οι τοκετοί στις ηλικίες 25-29 ετών με μία συνεχή άνοδο ξεπέρασαν τους τοκετούς της ομάδας 20-24 (αντίθετη τάση) το 1993 για να φτάσουν το 37,3% το 1996. Πτωτική τάση εμφάνισαν επίσης και οι τοκετοί στις έφηβες με σταθεροποίηση στο 6,6% στο τέλος της δεκαετίας. Αξιοσημείωτη ήταν η αύξηση των πρωτοτόκων χριστιανών προς το τέλος της δεκαετίας στις ηλικίες >30 ετών, οι οποίες καταλαμβάνουν το 18,5% των τοκετών με τάση για περεταίρω άνοδο.

SUMMARY

In recent decades, there is a downward trend of live births in Greece as well as a decline in the number of children a woman is likely to have during her reproductive years. The rate of natural increase of Greek population has slowed down significantly since 1981, whereas the number of deaths exceeds the number of births for first time in 1996.

As they pursued higher education and employment in the paid workforce, women have postponed childbearing of their first child. Consequently, the average age of women giving birth has raised and the total fertility rate has declined.

Thrace, despite a marchland, followed the general demographic trends. The objective of this study was to analyze trends in the age pattern of women at first birth in our territory. A major focus of this study will be on analyzing and comparing first birth patterns and trends of cohorts of Christians and Muslims women.

Using data provided by archive of University General Hospital of Alexandroupolis, we studied and analyzed the demographic characteristic of 8911 women who had birth from 1/1/1987 to 31/12/1996. 2979/4161 (71,6%) were Christians and 1182/4161 (28,4%) were Muslims. The mean age of first birth in data set, Christians and Muslims was 23.6, 24.7 and 20.8 years respectively. Muslims give birth to their first child earlier than Christians but delay childbearing of the rest children. However the mean age of Christians at every birth was higher than Muslims'.

In this decade, there was a linear rise of mean age at first birth, which due to Christians. Contrarily, there was not any change of mean age at first birth in Muslim cohorts (20-21 years). In data set, the proportion of first

births occurring between ages 20-24 was the highest and was rising through decade.

Muslim cohorts had a higher proportion of teenage first births than their Christian counterparts (35-40% versus 6.6%) as well as a lower mean age at first birth and stability of proportion of first births occurring between ages 20-24 (45-50%). There was a linear rise in both mean age at first birth and the proportion of first births occurring between ages 25-29 across Christian cohorts (exceeding this of ages 20-24 for first time in 1993). Other notable results were the increasing proportion of primiparas Christian women in the ages over 30 years (18.5% at the end of the decade).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Akande VA, Hunt LP, Cahill DJ, Ford WCL, Jenkins JM. A cohort study of the prediction of Chlamydia infection causing subfertility, the value of treatment independent management and prognosis for pregnancy in 1119 women following laparoscopy. Presented at British Congress of Obstetrics and Gynaecology, Birmingham, 2001.
2. Aldous MB., Edmonson MB. Maternal age at first childbirth and risk of low birth weight and preterm delivery in Washington State. JAMA 1993;270(21):2574-7.
3. Andersen A-MN, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ 2000;320:1708-12.
4. Augod C., Duckitt K., Templeton AA. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod 1998;13:1532-9.
5. Balakrishnan TR, Rao KV, Krotki KJ, Lapierre-Adamcyk E. Age at first birth and lifetime fertility. J Biosoc Sci 1988;20(2):167-74.
6. Barkan, S.E. and Bracken, M.B. Delayed childbearing: no evidence for increased risk of low birth weight and preterm delivery. Am J Epidemiol 1987;125:101-9.
7. Bewley S, Davies M, Braude P. Which career first? BMJ 2005;331:588-9.
8. Bloom D.E. Fertility timing, labor supply disruptions, and the wage profiles of American women. Proceedings of the American Statistical Association, Social and Economic Statistics Section, 1987, 49-63.

9. Bloom DE. Age patterns of women at first birth.
Genus 1982b;101-128.
10. Bloom DE. What happening to the age of first birth in the United States? A study of recent cohorts. Demography 1982;19(3):351-70.
11. Boeckxstaens A., Devroey P., Collins J., Tournaye H. Getting pregnant after tubal sterilization: surgical reversal or IVF?
Human Reproduction 2007;22(10):2660-4.
12. Bolumar F., Olsen J., Boldsen J. Smoking reduces fecundity: a European multicenter study on infertility and subfecundity. The European Study Group on Infertility and Subfecundity.
Am J Epidemiol 1996;143:578-587.
13. Burr JA., Bean FD. Racial fertility differences: the role of female employment and education in wanted and unwanted childbearing.
Soc Biol 1996;43(3-4):218-41.
14. Cahill DJ, Prosser CJ, Wardle PG, Ford WC, Hull MG. Relative influence of serum follicle stimulating hormone, age and other factors on ovarian response to gonadotrophin stimulation.
Br J Obstet Gynaecol 1994; 101: 999-1002.
15. Cahill DJ., Wardle PG. Management of infertility.
BMJ 2002;325:28-32.
16. Callaghan WM., Berg CJ. Pregnancy-Related Mortality among Women Aged 35 Years and Older, United States, 1991-1997.
Obstet Gynecol 2003;102(5):1015-21.
17. Castro Martín T. Women's education and fertility: results from 26 Demographic and Health Surveys. Stud Fam Plann. 1995;26(4):187-202.
18. Chan, B.C. and Lao, T.T. Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above.
Hum Reprod 1999;14:833-7.

19. Chang MY, Chiang CH, Hsieh TT, et al. Use of antral follicle count to predict the outcome of assisted reproductive technologies. *Fertil Steril* 1998;69:505-510.
20. Chen RB., Morgan SP. Recent trends in the timing of first births in the United States. *Demography* 1991;28:513-33.
21. Cleary-Goldman J., Malone F.D., Vidaver J., et al. Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome. *Obstet Gynecol* 2005;105:983-990.
22. Coale A., McNeil D. The distribution by age at first marriage in female cohort. *JASA* 1972;67(340):743-9.
23. Coale A. Age patterns of marriage. *Population Studies* 1971;25(2):193-214.
24. Council of Europe. Recent Demographic Developments in Europe Council of Europe Press: Strasbourg, 2001.
25. Dokras A., Baredziak L., Blaine J., Syrop C., Van Voorhis BJ., Sparks A. Obstetric outcomes after in vitro fertilization in obese and morbidly obese women. *Obstet Gynecol* 2006;108:61-9.
26. Drollette CM, Badawy SZ. Pathophysiology of pelvic adhesions. Modern trends in preventing infertility. *J Reprod Med.* 1992;37:107-122.
27. Dunson DB., Baird DD., Colombo B. Increased infertility with age in men and women. *Obstet Gynecol* 2004;103(1):51-6.
28. DuPlessis HM., Bell R., Richards T. Adolescent pregnancy: understanding the impact of age and race on outcomes. *J Adolesc Health* 1997;20(3)187-197.
29. ESHRE Capri Workshop Group. Fertility and ageing. *Hum Reprod Update* 2005;11(3):261-76.
30. European Communities. Europe in figures - Eurostat yearbook 2006-2007, Luxembourg: Official Publications of the European

Communities, 2007.

31. European Communities. Key Figures on Europe: Statistical Pocketbook 2006, Luxembourg: Official Publications of the European Communities, 2006.
32. European Communities. Population Statistics 2004, Luxembourg: Official Publications of the European Communities, 2004.
33. European Communities. Regions: Statistical yearbook 2005, Luxembourg: Official Publications of the European Communities, 2005.
34. European Communities. The demographic future of Europe-From challenge to opportunity, Belgium: Official Publications of the European Communities, 2006.
35. Evans L. Italy's fertility rate falls as women reject childbearing (News). *BMJ* 1996;312:530.
36. Faddy MJ, Gosden RG, Gougeon A, et al. Accelerated disappearance of ovarian follicles in mid-life: implications for forecasting menopause. *Hum Reprod* 1992;7:1342-6.
37. Finnas F., Hoem JM., Starting age and subsequent birth intervals in cohabitational unions in current Danish cohorts, 1975. *Demography* 1980;17(3):275-95.
38. Flamigni C, Borini A, Violini F, et al. Oocyte donation: comparison between recipients from different age groups. *Hum Reprod* 1993;8:2088-92.
39. Ford D., Nault F. Changing fertility patterns, 1974 to 1994. *Health Rep* 1996;8(3):39-46.
40. French National IVF Registry: analysis of 1986 to 1990 data. FIVNAT (French in Vitro National). *Fertil Steril* 1993;59:587-595.
41. Fretts, R.C., Schmittdiel, J., McLean, F.H. et al. Increased maternal age and the risk of fetal death. *N Engl J Med* 1995;333:953-7.

42. Gilbert, W.M., Nesbitt, T.S. and Danielsen, B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstet Gynecol* 1999;93:9–14.
43. Gordon D, Milberg J., Daling J., Hickok D. Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1991;77:493-7.
44. Heck KE., Schoendorf KC., Ventura SJ., Kiely JL. Delayed childbearing by education level in the United States, 1969-1994. *Matern Child Health J* 1997;1(2):81-8.
45. Heffner, L. J., Elkin, E., Fretts, R. C. Impact of Labor Induction, Gestational Age, and Maternal Age on Caesarean Delivery Rates. *Obstet Gynecol* 2003;02:287-293.
46. Hemminki E., Gissler M. Births by younger and older mothers in a population with late and regulated childbearing: Finland 1991. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75(1):19-27.
47. Holloway S., Brock DJ. Changes in maternal age distribution and their possible impact on demand for prenatal diagnostic services. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988;296:978-81.
48. Holmdahl L, Risberg B, Beck DE, Burns JW, Chegini N, diZerega GS, Ellis H. Adhesions: pathogenesis and prevention-panel discussion and summary. *Eur J Surg Suppl.* 1997;577:56-62.
49. Home G., Westhoff C., Vessey M. et al. Effects of age, cigarette smoking and other factors on fertility: findings in a large prospective study. *Br Med J* 1985;290:1967-1970.
50. Hughes EG, Brennan BG. Does cigarette smoking impair natural or assisted fecundity? *Fertil Steril* 1996; 66: 679.

51. Hull M, Glazener C, Kelly NJ, Conway DI, Foster PA, Hinton RA, et al. Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. *BMJ* 1985; 291: 1693-7.
52. Hull M. Fertility treatment options in women over 40 years old. In: Lobo RA, ed. *Perimenopause*. New York: Springer, 1997:287-307.
53. Jolly M., Sebire N., Harris J., Robinson S., Regan L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Hum Reprod* 2000;15(11):2433-7.
54. Joseph K. S., Allen A. C., Dodds L., Turner L. A., Scott H., Liston R. The Perinatal Effects of Delayed Childbearing. *Obstet Gynecol* 2005;105(6):1410-8.
55. Kinney A., Kline J., Kelly A., Reuss M.L., Levin B. Smoking, Alcohol and Caffeine in Relation to Ovarian Age during the Reproductive Years. *Hum Reprod* 2007;22(4):1175-85.
56. Klipstein S., Regan M., Ryley DA., Goldman MB., Alper MM., Reindollar RH. One last chance for pregnancy: a review of 2705 in vitro fertilization cycles initiated in women age 40 years and above. *Fertil Steril*. 2005;84:435-45.
57. Lieberman E. Predictors of caesarean delivery. *Curr Probl Obstet Gynecol Fertil* 1997;20:93-132.
58. Lintsen, A.M.E., Pasker-de Jong, P.C.M., de Boer, E.J., Burger, C.W., Jansen, C.A.M., Braat, D.D.M., van Leeuwen, F.E., on behalf of the OMEGA project group. Effects of subfertility cause, smoking and body weight on the success rate of IVF. *Hum Reprod* 2005;20:1867-75.
59. Maheshwari, A., Stofberg, L., Bhattacharya, S. Effect of overweight and obesity on assisted reproductive technology a systematic review. *Hum Reprod Update* 2007;13:433-444.

60. Marini MM., Hodsdon PJ. Effects of the Timing of Marriage and First Birth of the Spacing of Subsequent Births. *Demography* 1981;18(4):529-48.
61. Maroulis GB. Effect of aging on fertility and pregnancy. *Sem Reprod Endocrinol* 1991;9:165-175.
62. Marshburn PB., Sloan CS., Hammond MG. Semen quality and association with coffee drinking, cigarette smoking and ethanol consumption. *Fertil Steril* 1989;52:162-5.
63. McGovern P., Fong Sh. How does age affect fertility? *Contemporary Ob/Gyn* 2004;49:37-46.
64. Mezzetti M., Billari F. Bayesian correlated factor analysis of socio-demographic indicators. *Statistical Methods and Applications* 2005;14(2):223-241.
65. Morgan SP., Taylor MG. Low fertility at the turn of the twenty-first century. *Annual Review of Sociology* 2006;32:375-399.
66. O'Reilly-Green C., Cohen WR. Pregnancy in women aged 40 and older. *Obstet Gynecol North Am* 1993;20(2):313-31.
67. Paavonen J., et al. Microbiological and histopathological findings in acute pelvic inflammatory disease. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1987;94:454-60.
68. Peipert J., Bracken M. Maternal age: An independent risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1993;81:200-5.
69. Richardson SJ, Senikas V, Nelson JF. Follicular depletion during the menopausal transition: evidence for accelerated loss and ultimate exhaustion. *J Clin Endocrinol Metab.* 1987;65:1231-7.
70. Pienta A. Early childbearing patterns and women's labour force behaviour in later life. *J Women Aging*, 1999;11(1):69-84.

71. Rindfuss RR., Morgan SP., Offutt K. Education and the changing age pattern of American fertility: 1963-1989. *Demography* 1996;33(3):277-90.
72. Sartorelli EM, Mazzucatto LF, de Pina-Neto JM. Effect of paternal age on human sperm chromosomes. *Fertil Steril* 2001;76:1119-1123.
73. Schwartz D, Mayaux MJ. Female fecundity as a function of age: results of artificial insemination in 2193 nulliparous women with azoospermic husbands. *Federation CECOS. N Engl J Med.* 1982;306:404-6.
74. Scott RT, Osaphl MS, Leonardi MR, Neall GS, Illions EH, Navot D. Life table analysis of pregnancy rates in a general infertility population relative to ovarian reserve and patient age. *Hum Reprod* 1995; 10: 1706.
75. Simchen MJ., Ynon Y., Moran O., Schiff E., Sivan E. Pregnancy Outcome After Age 50. *Obstet Gynecol* 2006;108:1084-8.
76. Skirbekk V., Kohler HP., Prskawetz A. Completing Education and the Timing of Births and Marriage: Findings from a Birth-Month Experiment in Sweden. MPIDR Working Paper, WP 2003-017.
77. Snick HKA, Snick TS, Evers JLH, Collins JA. The spontaneous pregnancy prognosis in untreated subfertile couples: the Walcheren primary care study. *Hum Reprod* 1997;12:1582.
78. Soares S.R., Simon C., Remohi J., Pellicer A. Cigarette smoking affects uterine receptiveness. *Hum Reprod* 2007;22(2):543-7.
79. Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 6th ed. Baltimore, Md: Lippincott Williams & Wilkins; 1999:1013-37.
80. Stein, Z., Susser, M. The risks of having children in later life. *BMJ* 2000;20:1681-2.
81. Steward DE. Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1196-9.

82. Suchindran CM., Koo HP. Age at last birth and its components. *Demography* 1992;29(2):227-45.
83. Templeton A, Morris JK, Parslow W. Factors that affect outcome of in-vitro fertilisation treatment. *Lancet* 1996;348:1402.
84. Treacy A., Robson M., O'herlihy C. Dystocia increases with advancing maternal age. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(3):760-3.
85. Trichopoulos D., Handanos N., Danezis J., Calandidi A., Calapothaki V. Induced abortion and secondary infertility *BJOG* 1976; 83:645–650.
86. Turcot L., Marcoux S., Fraser WD. Multivariate analysis of risk factors for operative delivery in nulliparous women. Canadian Early Amniotomy Study Group. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176(2):395-402.
87. United Nations Issues Study on Women's Education and Fertility. Press Release DEV/2092 POP/605, 7-2-1996.
88. Van Rooij IA., Bancsi LF., Broekmans FJ., Looman CW., Habbema JD, te Velde ER. Women older than 40 years of age and those with elevated FSH levels differ in poor response rate and embryo quality in IVF. *Fertil Steril* 2003;79(3):482-8.
89. Van-Kooij RJ, Looman CW, Habbema JD, et al. Age-dependent decrease in embryo implantation rate after in vitro fertilization. *Fertil Steril* 1996;66:769-775.
90. Wang JX, Davies M, Norman RJ. Body mass and probability of pregnancy during assisted reproduction treatment: retrospective study. *BMJ* 2000;321:1320-1.
91. Wang, J. X., Davies, M. J., Norman, R. J. Obesity Increases the Risk of Spontaneous Abortion during Infertility Treatment. *Obesity* 2002;10:551-4.

92. Winter, E., Wang, J., Davies, M. J., Norman, R. Early pregnancy loss following assisted reproductive technology treatment. *Hum Reprod* 2002;17:3220-3.
93. Yamada Z., Kitagawa M., Takemura T., Hirokawa K. Effect of maternal age on incidences of apoptotic and proliferative cells in trophoblasts of full-term human placenta. *Mol Hum Reprod* 2001;7(12):1179-85.
94. Zhou W, Nielsen GL, Møller M, Olsen J. Short-term complications after surgically induced abortions: a register-based study of 56 117 abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002 Apr;81(4):331-6.
95. Zhou W, Olsen J. Are complications after an induced abortion associated with reproductive failures in a subsequent pregnancy? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003 Feb;82(2):177-81.
96. Zouboulis PE., Papastefanou SL., Lambiris E. Employment and resocialization of spine injured patients in Greece. *Proceedings of the 36th Annual Scientific Meeting of the International Medical Society of Paraplegia (IMSOP), 1997 Innsbruck.*
97. Αθηναϊκό Πρακτορείο Ειδήσεων. Ελληνική προεδρία ΕΕ: Η οικονομική διάσταση της μετανάστευσης και οι επιπτώσεις στην απασχόληση και τη δημογραφική γήρανση. Αθήνα: 18-6-2003.
98. Αθηναϊκό Πρακτορείο Ειδήσεων. Συμβούλιο Ευρώπης-ΕΕ: Δημογραφικοί δείκτες της Eurostat. Η πληθυσμιακή αύξηση της Ελλάδας οφείλεται στη μετανάστευση. Αθήνα: 8-8-2003.
99. Ανδρονίκου Στ. «Η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, ως αίτιο υπογεννητικότητας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 63-67.

100. Αραβαντινού Δ. «Το δημογραφικό πρόβλημα της χώρας μας», Εναρκτήριο ομιλία στο 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παιδικής-Εφηβικής Γυναικολογίας και Ενδοκρινολογίας, Αθήνα 6-9 Δεκεμβρίου 1995, αποσπάσματα δημοσιευμένα στο περιοδικό ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΓΡΑΜΜΗ, τεύχος 39, Ιανουάριος 1996, σ. 10.
101. Βακαλιός Θ. Το πρόβλημα της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης στη Δ. Θράκη, Αθήνα: εκδ. Gutenberg, 1997.
102. Γιαννακόπουλος Κ. Η εκπαίδευση της μειονότητας, κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά - μορφωτικές πρακτικές της μουσουλμανικής μειονότητας στη Θράκη, 1998.
103. Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου Α. «Η υπογεννητικότητα στα πλαίσια του παγκόσμιου πληθυσμιακού προβλήματος», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 101-7.
104. Δανέζη Ι. Γονιμότητα και ηλικία. Οικογενειακός Προγραμματισμός 2002;(25):2.
105. Δανέζη Ι. Δημογραφικές ερμηνείες στην Ελλάδα. Οικογενειακός Προγραμματισμός 2002;(25):4.
106. Δανέζη Ι. Οικογενειακός Προγραμματισμός. Οικογενειακός Προγραμματισμός 2000;(16):1-2.
107. Δανέζη Ι. Ωριμη ηλικία και γονιμότητα στις γυναίκες. Οικογενειακός Προγραμματισμός 2003;(28):1-2.
108. Διακομματική Επιτροπή της Βουλής, «Μελλοντική πληθυσμιακή εξέλιξη της Ελλάδας» (εκτίμηση), στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 57-59.
109. Δρεττάκης Μ. «Η μεγάλη μείωση των γεννήσεων από το 1981 και μετά κατέληξε σε φυσική μείωση του πληθυσμού το 1996 και το 1998»,

στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 261-268.

110. Δρεττάκης Μ. Δημογραφική κατάρρευση. Αθήνα: Χ.Κ.

Τεγόπουλος Εκδόσεις; Ελευθεροτυπία 27-2-2006.

111. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (Ανακοίνωση) Πράσινη Βίβλος «Μπροστά στις δημογραφικές αλλαγές, μία νέα αλληλεγγύη μεταξύ γενεών. Βρυξέλλες 16.3.2005, σ. 2-27.

112. ΕΣΥΕ. Η Ελλάδα με αριθμούς 2007, Πειραιάς, 2007.

113. ΕΣΥΕ. Στατιστικές φυσικής κίνησης πληθυσμού της Ελλάδος. Δελτίο Τύπου ΕΣΥΕ, Πειραιάς 2-4-2007.

114. ΕΣΥΕ. Συνοπτική Στατιστική Επετηρίδα 2006, Πειραιάς, 2006.

115. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Επιτροπή Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων, Σχέδιο Έκθεσης σχετικά με το δημογραφικό μέλλον της Ευρώπης, 2007/2156 (INI).

116. Κανακίδου Ε., Παπαγιάννη Π. Διαπολιτισμική Αγωγή, Αθήνα: εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 1998.

117. Κατσουγιαννόπουλος Β. «Η διαχρονική εξέλιξη της γεννητικότητας στην Ελλάδα», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 9-13.

118. Κομνηνού Ν. «Οι μονογονεϊκές οικογένειες ως αίτιο υπογεννητικότητας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001 σ. 113-7.

119. Κουτσόπουλος Κ. «Οι διαστάσεις του δημογραφικού προβλήματος της Ελλάδας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 291-302.

120. Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ. «Επιπτώσεις της υπογεννητικότητας στο ασφαλιστικό σύστημα», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 304-11.
121. Λαμπίρης Η., Ζουμπούλης Π. «Επίπτωση των τροχαίων ατυχημάτων στη μείωση του πληθυσμού της Ελλάδας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 177-186.
122. Λέανδρος Ν. Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης. Κατευθύνσεις για τη μεταρρύθμιση του συστήματος, IOBE, Αθήνα 1996.
123. Λώλης Δ., Πλαχούρας Ν. «Η ιδιαιτερότητα της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001 σ. 345.
124. Μαθιουδάκη Κ. «Οι επιπτώσεις της υπογεννητικότητας στα σχολεία», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001 σ. 285-289.
125. Μαστρογιάννης Χ. «Το πληθυσμιακό πρόβλημα της Θράκης», στα Πρακτικά του 3ου Παγκόσμιου Συνεδρίου Θρακών, Κομοτηνή, 1998.
126. Μητροπολίτης Αλεξανδρουπόλεως Άνθιμος, «Συμβολή των παλιννοστούντων στην αντιμετώπιση της υπογεννητικότητας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 353-6.
127. Μπαλτσιώτη Α. Ελληνική Διοίκηση και μειονοτική εκπαίδευση στη Δ. Θράκη, Ελευθεροτυπία Εφημ., 8-9-1996.

128. Μπενέτου Β., Τριχοπούλου Α. «Διατροφή και Υπογεννητικότητα», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 207-13.
129. Μπουροδήμος Ε. «Η κοινωνική και οικονομική προβληματική των δημογραφικών εξελίξεων», στον τόμο του ιδίου, Το δημογραφικό πρόβλημα, Εταιρεία Ροδιακών Μελετών, Αθήνα 1995, κεφ. 5.
130. Νεγκής Α. «Ελλάδα: Η ... γηραιότερη χώρα του πλανήτη», iatriki.gr, 25/10/1998.
131. Νεγκής Α. «Η Γηραιά Ήπειρος γηράσκει», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 25-49.
132. Νεστορίδου Α, Ρουμελιώτου Αικ. «Μελλοντικές επιπτώσεις στη δομή του πληθυσμού (δομή της οικογένειας) εξαιτίας της υπογεννητικότητας στη χώρα μας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 275-283.
133. Νοταράς Γ. "Η ανομοιογένεια του πληθυσμού. Ένα χρόνιο πρόβλημα", Η ανάπτυξη της Θράκης. Προκλήσεις και προοπτικές. Αθήνα: Ακαδημία Αθηνών, 1995, σ. 39-59.
134. Ντελιδάκης Ε. «Η εξέλιξη του πληθυσμού της χώρας κατά ομάδες ηλικιών και οι δείκτες γονιμότητας και γήρανσης», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, 2001, σ. 270.
135. Ντερμανάκης Ν. Ο οριζόντιος-επαγγελματικός διαχωρισμός στην ελληνική αγορά εργασίας. Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας, Στατιστικό Δελτίο 3ο, Φεβρουάριος 2005.

136. Ντερμανάκης Ν. Το επιχειρηματικό κενό ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες στην Ελλάδα. Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας, Στατιστικό Δελτίο 2ο, Δεκέμβριος 2004.
137. Ντερμανάκης Ν. Το εύρος της «γυάλινης οροφής» σε επιλεγμένους κλάδους στην Ελλάδα. Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας, Στατιστικό Δελτίο 1ο, Ιούνιος 2004.
138. Παπαγγελής Θ. «Η υπογεννητικότητα στην αρχαία Ρώμη», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ.1-8.
139. Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ. Γονιμότητα και Αναπαραγωγικότητα. Στο: Ιατρική δημογραφία και οικογενειακός προγραμματισμός. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, 1993:71-114.
140. Παπαθεμελή Στ. «Αλλοίωση και αυτοκτονία του ελληνικού έθνους λόγω της αύξησης των μεταναστών (από γειτονικές χώρες)», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 317-324.
141. Πουλοπούλου-Έμκε Η. «Επιπτώσεις της μεταναστευτικής κίνησης στη γεννητικότητα της Ελλάδας», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα-Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 69-79.
142. Σαλμανίδης Α. «Η σημασία της υπογεννητικότητας στην Ελλάδα», Ιατρικό Βήμα, Ιούλιος-Αύγουστος 1996, σ. 28-29.
143. Σαλμανίδης Α. Ιατρική δημογραφία σε σχέση με τις εκτρώσεις στην Ελλάδα, Ιατρικό Βήμα, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1998, σ. 56-61.
144. Σωλταρίδης Σ. Η Δ. Θράκη και μουσουλμάνοι. Τι ακριβώς συμβαίνει, Νέα Σύνορα, Αθήνα 1990.

145. Τζαφέττας Ι. «Η επίπτωση των νομοθετικών μέτρων στη συχνότητα των αμβλώσεων», στον τόμο του Δ.Ε. Λώλη, Υπογεννητικότητα- Το σημαντικότερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας, Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 235-249.
146. Φώσκολου Γ., «Η φτώχεια γεννά μοναχοπαίδια», εφημερίδα ΕΘΝΟΣ, 26/3/2005.
147. Χασαπόπουλος Ν. «Το νέο στρατιωτικό δόγμα», εφημερίδα ΤΟ ΒΗΜΑ, 25/11/2001.