

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ



ΤΙΤΛΟΣ: **ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ **ΠΙΣΠΑ ΖΩΗ
ΣΟΡΒΑΤΖΙΩΤΗ ΘΕΟΔΩΡΑ
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: **ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

ΠΑΤΡΑ 2005

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ....

Ευχαριστούμε θερμά την κα Ιωάννα Τσίρου Κοινωνική Λειτουργό του τμήματος Κοινωνικής Πρόνοιας της Νομαρχίας Ηλείας για την βοήθεια που μας έδωσε με τις γνώσεις της και την εμπειρία της για την προσέγγιση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στο πρόβλημα της υπογεννητικότητας.

Ευχαριστούμε τους γονείς μας για την συμπαράστασή τους όλο αυτό το χρονικό διάστημα που συμμετείχαν και αυτοί με τον τρόπο τους στην προσπάθειά μας για ένα καλό αποτέλεσμα.

Ευχαριστούμε τους εργοδότες της Δώρας για την υπομονή που έκαναν μαζί της, αφού ενώ εξυπηρετούσε πελάτες έγραφε παράλληλα και κείμενα της πτυχιακής.

Ευχαριστούμε τους φίλους μας για την κατανόηση που έδειξαν όσο τους παραμελούσαμε και όλους όσους προσπαθούσαν να συνεννοηθούν μαζί μας αυτό το διάστημα που το μυαλό μας από το διάβασμα, το γράψιμο και το άγχος είχε γίνει.... Γιαούρτι!!!

Ευχαριστούμε τους καθηγητές της επιτροπής που θα διαθέσουν μέρος του χρόνου τους για να παρακολουθήσουν την προσπάθειά μας για την προσέγγιση του προβλήματος της υπογεννητικότητας.

Τέλος θέλουμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον υπεύθυνο καθηγητή μας κο Ι. Δετοράκη που μας κατηύθυνε με τις γνώσεις του και την εμπειρία του κατά τη διάρκεια συγγραφής της πτυχιακής μας και ήταν πρόθυμος να μας βοηθήσει οποιαδήποτε στιγμή χρειαζόμασταν τις συμβουλές του.....

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:	ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΣΤΟΧΟΙ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:	ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:	ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ Α. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ Α.1 ΟΡΙΣΜΟΣ Α.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ Α.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ Β ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ Β.1 ΟΡΙΣΜΟΣ Β.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ Β.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ Β.3.Ι ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΗ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΣΧΕΣΗ Β.3.ΙΙ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΗ ΣΥΛΛΗΨΗ Β.3.ΙΙΙ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ Β.4 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:	ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ 4.1 ΜΕΤΡΗΣΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ α. Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ Κ ΤΟ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ β. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΗΣ ΖΩΗΣ

4.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

4.3 Η ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΕΣ

- α. ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ
- β. ΠΑΙΔΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ
- γ. ΕΦΗΒΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ
- δ. ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ
- ε. ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

4.4 ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

- α. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ β.ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ γ. ΒΙΑΙΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ
- γ. ΠΟΛΕΜΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ δ. ΘΕΟΜΗΝΙΕΣ Κ ΕΚΤΑΚΤΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

5.2 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- α. ΜΕΙΩΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ β. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ
- γ. ΕΞΕΛΙΞΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ
- Α. Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΑΣΤΙΚΩΝ, ΗΜΙΑΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ.
- Β. Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΝΗΣΙΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΝΟΜΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
- Γ. Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΩΝ ΗΛΙΚΙΩΝ.

Δ. Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΛΟ

Ε. Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

5.3 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

- i. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ
- ii. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ
- iii. ΕΘΝΙΚΕΣ
- iv. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΓΑΜΗΛΙΟΤΗΤΑ - ΔΙΑΖΥΓΙΟΤΗΤΑ

6.1 ΣΤΟΧΟΣ

6.2 ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

6.3 ΓΑΜΟΣ

A. ΚΑΝΟΝΕΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ

B. ΑΛΛΑΓΗ ΣΚΟΠΟΥ ΤΟΥ ΓΑΜΟΥ

6.4 Η ΓΑΜΗΛΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

6.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΓΑΜΩΝ.

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ

2. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ – ΠΟΛΙΤΙΚΟΙ

4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ

5. ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΙ

6.6 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΓΑΜΗΛΙΟΤΗΤΑΣ

6.7 ΔΙΑΖΥΓΙΟ

6.8 ΛΟΓΟΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΔΙΑΖΥΓΙΩΝ

6.9 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΙΑΖΥΓΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

6.10 ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

7.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

7.2 ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΕΚΤΡΩΣΕΩΝ

7.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Υ- ΓΕΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

7.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Υ- ΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

7.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕ- ΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

7.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

7.7 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΟΥΗΔΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ – ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ

8.1 ΤΟ ΣΟΥΗΔΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

α. ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΗΧΑΝΗ

β. ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ

γ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

δ. Η ΔΥΝΑΜΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ

ε. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

8.2 ΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

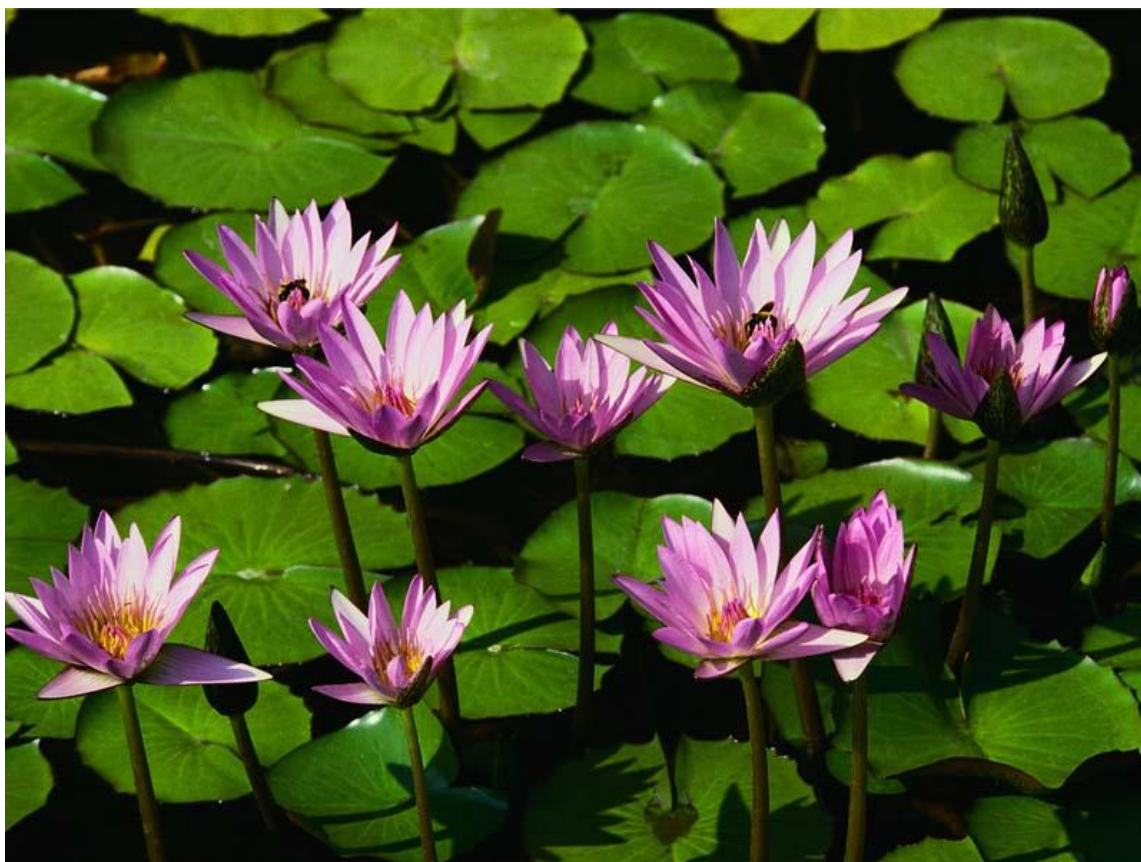
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Ο ΚΑΤΗΦΟΡΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΜΕΤΡΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΙ

Ο κύριος στόχος της εργασίας μας είναι να σκιαγραφήσουμε τα αίτια της μείωσης του ελληνικού πληθυσμού.

Στόχοι μας είναι:

- Μέσα απ' τους δείκτες γεννητικότητας και θνησιμότητας να σχηματίσουμε την εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού.
- Να δούμε τους λόγους που προκαλούν την υπογεννητικότητα.
- Να εξετάσουμε τα αίτια των εκτρώσεων, της υπογονιμότητας, γάμων σε μεγάλη ηλικία, μείωσης της γαμηλιότητας και αύξησης της διαζυγιότητας.
- Να παρουσιάσουμε την δημογραφική πολιτική που ακολουθούν άλλες χώρες σε σύγκριση με την Ελλάδα.
- Να αναδείξουμε τον ρόλο του/της κοινωνικού λειτουργού στην υπεύθυνη, συνειδητή και εκούσια αναπαραγωγικότητα, με πληροφορίες και υπεύθυνες συμβουλές προς το ζευγάρι, καθώς και να τονίσουμε την συμβολή του οικογενειακού προγραμματισμού στην επίλυση του δημογραφικού προβλήματος.
- Τέλος να κατανοήσει ο αναγνώστης το μέγεθος και τις δυσμενείς επιπτώσεις του κοινωνικού αυτού φαινομένου για την χώρα μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Εξέλιξη του Ελληνικού Πληθυσμού

Θα ήταν πολύ χρήσιμη, για εισαγωγή να κάναμε μια σύντομη ιστορική αναδρομή στην δημογραφική εξέλιξη της Ελλάδας, που θα μπορούσε να έχει σαν αφετηρία την περίοδο του «Χρυσού Αιώνα» των Αθηνών. Κατά τη εποχή του Περικλέους, το σύνολο των Ελλήνων που βρισκόντουσαν μέσα και έξω από τον Ελληνικό χώρο ανέρχονταν σε 5 εκατομμύρια περίπου. Ο πληθυσμός αυτός για σοβαρούς λόγους (όπως εσωτερικοί και εξωτερικοί πόλεμοι, η ρωμαϊκή υποδούλωση, οι εξανδροπισμοί και οι μεταναστεύσεις) μειώνεται σε 3 εκατομμύρια κατά την εποχή του Καίσαρα Αυγούστου (63 π.Χ – 14 μ. Χ.). Τα αριθμητικά αυτά δεδομένα προέκυψαν από την γνωστή στην ιστορία απογραφής του Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας. Εικοσιπέντε ολόκληρους αιώνες ύστερα από την εποχή του Περικλέους, δηλαδή το έτος 1920 μ.Χ. βρίσκουμε τον πληθυσμό της χώρας μας στα ίδια επίπεδα (5.016.889 εκατομ.).

Η πρώτη απογραφή του ελληνικού πληθυσμού (έτος 1828) έδειξε ότι ο πληθυσμός της χώρας κατά την εποχή εκείνη ήταν 753.400 άτομα. Με βάση τον αριθμό αυτό, υπολογίστηκε ότι ο πληθυσμός της χώρας κατά το 1821 ήταν 938.765 άτομα. Η διαφορά που εμφανίζεται ανάμεσα στις δύο παραπάνω χρονολογίες οφείλεται στις απώλειες της Ελλάδας σε έμφυχο υλικό, λόγω του αγώνα.

Κατά το έτος 1861, δηλαδή σαράντα χρόνια μετά την επανάσταση του 1821, ο πληθυσμός της Ελλάδας ανήλθε σε 1.096.810 άτομα και μετά την εξηκονταετία που ακολούθησε (1861-1920), ανήλθε σε 5.016.890

άτομα. Η αύξηση αυτή οφείλεται περισσότερο στη βαθμιαία προσάρτηση στη χώρα νέων ελληνικών γεωγραφικών διαμερισμάτων (Νησιά του Ιονίου, Θεσσαλία, Ήπειρος, Μακεδονία, Νησιά Αιγαίου, Κρήτη, Ανατολική και Δυτική Θράκη, Νησιά Ίμβρου και Τένεδου και πολύ λιγότερο στην ετήσια πραγματική φυσική αύξηση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της απογραφής του 1928 ο πληθυσμός της χώρας ανήλθε σε 6.204.684 άτομα, δηλαδή κατά τη χρονική περίοδο 1920-1928 παρατηρείται αύξηση του πληθυσμού κατά 1.187.7894 άτομα και ρυθμός μέσης ετήσιας αύξησης 3% περίπου.

Δηλαδή σε μια οκταετία ο πληθυσμός της χώρας αυξήθηκε περίπου κατά $\frac{1}{4}$ (23,68%). Η διόγκωση αυτή του πληθυσμού, παρά την αιμορραγία από τον πόλεμο της Μ.Ασίας, την απώλεια της Ανατολικής Θράκης και των νησιών Ίμβρου και Τενέδου, οφείλεται κυρίως στην εισροή 1.221.849 προσφύγων της Μ.Ασίας.

Η απογραφή του έτους 1940 έδειξε ότι ο πληθυσμός της χώρας ανήλθε σε 7.344.852 άτομα. Δηλαδή, κατά την περίοδο 1928-1940, παρατηρήθηκε αύξηση του πληθυσμού μας κατά 1.140.168 άτομα (ποσοστό αύξησης 18,38% και ρυθμός μέσης ετήσιας αύξησης 1,5%).

Η ομαλή εξέλιξη του ρυθμού της μέσης ετήσιας αύξησης κατά την περίοδο 1928-1940, παρά την παγκόσμια οικονομική κρίση οφείλονταν στο υψηλό ποσοστό γεννήσεων και στη χαμηλή θνησιμότητα. Η περίοδος αυτή παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό γονιμότητας για τη χώρα μας σε όλη τη διάρκεια της νεότερης ιστορία της.

Κατά τη χρονική περίοδο 1940-1951 έχουμε περιορισμένη αύξηση του ελληνικού πληθυσμού λόγω των πολεμικών περιπετειών της περιόδου αυτής και κυρίως του μεγάλου λιμού εξαιτίας της ξενικής κατοχής. Κατά την παραπάνω περίοδο, στη χώρα μας παρατηρήθηκε αύξηση κατά 287.941 άτομα. Αν όμως λάβουμε υπόψη μας ότι στην αύξηση αυτή έχει συμπεριληφθεί και ο πληθυσμός της Δωδεκανήσου, λόγω της προσάρτη-

σής της στη χώρα (1947), ο οποίος ήταν 121.480 άτομα, τότε η αύξηση του πληθυσμού που σημειώθηκε ανήλθε μόνο σε 166.460 άτομα.

Κατά την απογραφή του 1961 ο πληθυσμός της χώρας ανήλθε σε 8.388.553 άτομα, δηλαδή σημειώθηκε κατά την δεκαετία 1951- 1961 αύξηση κατά 755.752 άτομα και ρυθμός μέσης ετήσιας αύξησης 0,99%, παρά την βαθμιαία έξαρση της μετανάστευσης προς το εξωτερικό.

Με την απογραφή του 1971 ο πληθυσμός ανήλθε σε 8.768.641 άτομα, δηλαδή κατά την περίοδο 1961-1971 σημειώθηκε αύξηση κατά 379.089 άτομα και ρυθμός μέσης ετήσιας μεταβολής 0,45%. Το ποσοστό αυτό είναι ασυνήθιστα χαμηλό για τη χώρα μας, σε περίοδο ειρήνης και σπάνιο φαινόμενο συγκριτικά με τα διεθνή επίπεδα, οφείλεται κυρίως στην έξαρση της μετανάστευσης προς το εξωτερικό και λιγότερο στη μείωση της γεννητικότητας.

Για την έξαρση της μετανάστευσης αρκεί να αναφερθεί ότι κατά την περίοδο 1960-1971 το σύνολο των ατόμων που μετανάστευσαν ανήλθε σε 1.611.192 άτομα, από τα οποία 60% είναι άρρενες και 40% θήλειες. Το ποσοστό των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας που μετανάστευσαν καλύπτει το 90% των γυναικών.

Μετά την απογραφή του 1981 ο πληθυσμός ανήλθε σε 9.740.417 άτομα, κατά την περίοδο 1971-1981 σημειώθηκε αύξηση κατά 971.776 άτομα και ο δείκτης φυσικής αύξησης ήταν 0,56%. Η αύξηση αυτή οφείλεται σε μεγάλο αριθμό παλιννοστούντων και αλλοδαπών.

Στην απογραφή του 1991, ο πληθυσμός ανήλθε σε 10.259.900 άτομα, δηλαδή κατά την περίοδο 1981-1991 σημειώθηκε αύξηση 519.483 άτομα και δείκτης φυσικής αύξησης 0,07% (δίχως να υπολογιστούν παλιννοστούντες και αλλοδαποί). Στην τελευταία απογραφή που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας το 2001 ο πληθυσμός μας ανήλθε σε 10.900.000 άτομα (Πηγή: Δρ.Ιωάννης Δετοράκης, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Α. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

A.1 Ορισμός

Η γεννητικότητα (ονομάζεται επίσης και Αδρός συντελεστής γεννητικότητας) είναι η διαδικασία της βιολογικής ανανέωσης του πληθυσμού. Ειδικότερα η έννοια της γεννητικότητας αναφέρεται στην συχνότητα με την οποία σημειώνονται γεννήσεις ζώντων ανά 1000 κατοίκους κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου. Οι γεννήσεις είναι μόνο ένα στοιχείο της αλλαγής του πληθυσμού και ο αδρός συντελεστής γεννητικότητας δεν θα πρέπει να συγχέεται με το συντελεστή φυσικής ανάπτυξης, ο οποίος περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία της αλλαγής (γεννήσεις, θάνατοι, μετανάστευση).

$$\text{Αδρός συντελεστής γεννητικότητας} = \frac{\text{Γεννήσεις ζώντων έτους X}}{\cdot 1000 \text{ Μέσος πληθυσμός έτους X}}$$

Πρόκειται όμως για συντελεστή μικρής αξιοπιστίας εφόσον στον παρονομαστή περιλαμβάνονται άτομα που δεν συμμετέχουν στην αύξηση ή μείωση των γεννήσεων (παιδιά, γυναίκες μεγάλης ηλικίας) αλλά ο συντελεστής χρησιμοποιείται ευρύτατα.

Πίνακας 1.

ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΖΩΝΤΩΝ

ΕΤΟΣ	ΑΠΟΛΥΤΟΙ ΑΡΙΘΜΟΙ	ΕΠΙ 1000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ
1931	199. 243	30, 83
1951	155. 422	20, 31
1961	150. 716	17, 94
1971	141. 126	15, 98
1981	140. 953	14, 48

1991	102. 620	10, 01
1999	100. 643	9, 55
2000	103.267	9,46
2001	102.282	9,34
2002	103.569	9,43

A.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

-Φυσιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη γεννητικότητα:

- Η γόνιμη ηλικία της γυναίκας που είναι από 15 έως 50 ετών. Η ικανότητα μιας γυναίκας να συλλάβει, να κυοφορήσει και να γεννήσει ένα ζωντανό παιδί, δεν είναι σταθερή σε όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής περιόδου. Η ικανότητα αυτή επηρεάζεται από
- τη διακοπή ωορρηξίας μετά τον τοκετό
- τη μείωση της πιθανότητας γονιμοποίησης με την ηλικία της γυναίκας καθώς στα πρώτα και τα τελευταία στάδια της αναπαραγωγικής περιόδου, στην ήβη και την κλιμακτήριο, υπάρχει βιολογική υπογονιμότητα και επομένως οι πιθανότητες σύλληψης είναι μειωμένες.
- Τέλος η γόνιμη περίοδος περιορίζεται σε κάθε κύκλο έμμηνης ρύσης.

-Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη γεννητικότητα:

- Η ευημερία και η κοινωνική γαλήνη, καθώς κατά την περίοδο πολέμων και άλλων κοινωνικών αναταραχών υπάρχει μείωση της γεννητικότητας.
- Η χηρεία και οι διαζεύξεις. Όταν τα διαζύγια αφορούν τις ηλικίες κάτω του 50ού έτους, ηλικίες που δεν έχουν ολοκληρώσει την αναπαραγωγική τους περίοδο, έχουν και δυσμενή δημογραφικά επακόλουθα εκτός των κοινωνικών συνεπειών.
- Η επαγγελματική αποκατάσταση της γυναίκας καθώς μετά την είσοδο της γυναίκας στην αγορά εργασίας και τις προσπάθειές της για ανέ-

λιξη έρχεται σε δεύτερη θέση η επιθυμία για δημιουργία οικογένειας και γέννησης παιδιών. (Δετοράκης Ι. 2001)

- Άλλη αιτία για τη μείωση των γεννήσεων φαίνεται να είναι η εφαρμογή προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού καθώς στις χώρες που εφαρμόζονται τέτοια προγράμματα διαπιστώνεται μείωση του ρυθμού των γεννήσεων. (Μπαρώνα - Μαμαλή Φ., 1999)

-Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη γεννητικότητα:

- Το κόστος γέννησης και ανατροφής του παιδιού, καθώς όχι μόνο η μητέρα αναγκάζεται συνήθως να διακόψει για ένα χρονικό διάστημα την εργασία της, χάνοντας έτσι η οικογένεια ένα μέρος του εισοδήματός της, αλλά χρειάζεται να διαθέσει ένα αρκετά μεγάλο ποσό χρημάτων για την γέννηση, ανατροφή και αργότερα εκπαίδευση του παιδιού. Τα έξοδα απόκτησης και ανατροφής των παιδιών διαφέρουν ανάλογα με:

α) τον τόπο κατοικίας των γονέων καθώς τα έξοδα είναι πολύ περισσότερα στην πρωτεύουσα και τις αστικές περιοχές σε σχέση με τα έξοδα στις αγροτικές περιοχές.

β) το εισόδημα της οικογένειας, αφού οικογένειες με υψηλά εισοδήματα διαθέτουν περισσότερα χρήματα για την διαβίωση των παιδιών τους.

γ) τον τρόπο φύλαξης των παιδιών. Αν δηλαδή η φύλαξη των παιδιών γίνεται από συγγενικά πρόσωπα δωρεάν ή με πληρωμή.

δ) το είδος εκπαίδευσης καθώς τα έξοδα είναι διαφορετικά αν το παιδί πηγαίνει σε ιδιωτικό ή σε δημόσιο σχολείο που η εκπαίδευση είναι δωρεάν. Παρόλα αυτά όμως τα έξοδα και για τα παιδιά που φοιτούν σε δημόσια σχολεία είναι πάρα πολλά καθώς πληρώνονται από τους γονείς βοηθητικά βιβλία, σχολικά εγχειρίδια, ιδιαίτερα μαθήματα ή μαθήματα προετοιμασίας για το σχολείο σε φροντιστήρια, σχολικός εξοπλισμός, εισιτήρια, έξοδα ενδυμασίας για γιορτές και παρελάσεις κτλ.

Επίσης αν το παιδί συνεχίσει την εκπαίδευση του σε Ανώτερο ή Ανώτατο Πανεπιστημιακό Ίδρυμα, θα αυξηθούν οι δαπάνες. Ιδιαίτερα αν το παιδί σπουδάσει σε πόλη διαφορετική από αυτή της κατοικίας των γονέων του, στα έξοδά θα προστεθεί το ενοίκιο, λογαριασμοί, έξοδα μετακίνησης, και άλλα επιπλέον έξοδα για τις ανάγκες διαβίωσης του παιδιού. Τα οποία συνήθως ανέρχονται σε αρκετά ευρώ το μήνα.

ε) κατάσταση υγείας του παιδιού.

στ) σειρά γέννησης του παιδιού καθώς για το δεύτερο, το τρίτο και τα υπόλοιπα παιδιά οι δαπάνες είναι λίγο χαμηλότερες γιατί μερικά έξοδα είναι κοινά για όλα τα παιδιά, υπάρχουν εκπτώσεις σε φροντιστήρια κτλ. για δύο ή περισσότερα παιδιά και γιατί πολλές φορές τα μικρότερα παιδιά χρησιμοποιούν ρούχα, παπούτσια κ.α των μεγαλύτερων παιδιών.

- Η ανεργία των νέων ανδρών και γυναικών.

Όπως στην Ευρώπη έτσι και στην Ελλάδα οι νέοι και ειδικότερα οι νέες γυναίκες είναι θύματα ανεργίας.

Η ανεργία των νέων αντρών και γυναικών αποτελεί αιτία περιορισμού της γαμηλιότητας και της γεννητικότητας αφού οι άνεργοι δεν αποφασίζουν να παντρευτούν και να κάνουν παιδιά.

Στην Ελλάδα η ανεργία διογκώθηκε στην περίοδο 1989- 1992 από 7,5% σε 9,2% και ο αριθμός των ανέργων έφτασε τις 376 χιλ. (151 χιλ. Άντρες και 225χιλ. Γυναίκες). Τα διαθέσιμα στοιχεία δεν αποδίδουν με ακρίβεια το πραγματικό μέγεθος της ανεργίας, γιατί δεν μπορούν να μετρήσουν τη 'συγκαλυμμένη ανεργία' στον αγροτικό τομέα και δεν καταγράφουν την απασχόληση στην παραοικονομία.

Οι περιοχές που πλήττονται πιο πολύ από την ανεργία είναι οι αστικές και περισσότερο η περιφέρεια της πρωτεύουσας. Η ανεργία εμφανίζεται ιδιαίτερα αυξημένη στο Νομό Αττικής, όπου τα ποσοστά ανεργίας των γυναικών είναι πολύ υψηλότερα από αυτά των αντρών.

Με την ανεργία σοβαρά ατομικά και κοινωνικά προβλήματα κάνουν την εμφάνισή τους και οδηγούν τους νέους και τις νέες στο περιθώριο της κοινωνίας, δημιουργούν ψυχώσεις και κοινωνικά τραύματα, προκαλούν ανυπολόγιστες ηθικές, ψυχικές και κοινωνικές ζημιές .

Χιλιάδες άντρες και γυναίκες ικανοί για εργασία είναι καταδικασμένοι σε καταναγκαστική αργία.

Καθώς η ανεργία παρατείνεται μπαίνει σε λειτουργία μια διαδικασία φθοράς. Υπάρχουν οικονομικές δυσχέρειες ίσως και κακή υγεία, απώλεια αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, απώλεια ψυχικής ευεξίας, οικογενειακά και στεγαστικά προβλήματα, κοινωνικά προβλήματα κ.ο.κ.

Επομένως η ανεργία και υποαπασχόληση των νέων αντρών και γυναικών συμβάλει στη μείωση των γεννήσεων. Η κατοικία. Ο αστικός τρόπος ζωής αποτελεί εμπόδιο για την απόκτηση πολλών παιδιών καθώς εκτός των άλλων ο ερχομός των παιδιών δημιουργεί πρόσθετες ανάγκες χώρου. Ο αριθμός ιδιόκτητων δωματίων φαίνεται να είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση του ζευγαριού για την απόκτηση παιδιού.

Επίσης οι συνθήκες κατοικίας στα μεγάλα αστικά κέντρα με την μόλυνση των πόλεων, την έλλειψη εσωτερικών αλλά και εξωτερικών-αύλειων χώρων αλλά και δημοσίων χώρων για να παίζουν τα παιδιά με ασφάλεια αποτελούν παράγοντα περιορισμού των γεννήσεων. (Εμκε – Πουλοπούλου , 1994)

Η οικονομική στενότητα και η φτώχεια που φαίνεται να μαστίζει χιλιάδες νοικοκυριά φαίνεται να ευθύνεται κυρίως για την μείωση της γεννητικότητας στην Ελλάδα. Έτσι η χώρα μας, μαζί με την Ισπανία, βρίσκεται στην τελευταία θέση όσον αφορά τον αριθμό των γεννήσεων. Τα στοιχεία αυτά προκύπτουν από μελέτη που πραγματοποίησε το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας, κατά τα έτη 2002-2004. (Φώσκολος Ι., 2005)

A.3 Επιπτώσεις της μείωσης της Γεννητικότητας

Βασική συνέπεια της μείωσης της γεννητικότητας είναι η **δημογραφική γήρανση** δηλαδή η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (συνήθως 65 ή 60 ετών και άνω) στον πληθυσμό με ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των νέων (0-14 ή 0-19) ετών και ενδεχομένως της αναλογίας των ατόμων αναπαραγωγικής ηλικίας (15-60 ετών). Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης φαίνονται στις δαπάνες για τις συντάξεις, καθώς από το 1970 το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας εισέρχεται σε φάση που χαρακτηρίζεται από επιβράδυνση των εσόδων και ταχύτερη άνοδο των δαπανών. Η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ευρύτατες ανισότητες ως προς το ύψος σύνταξης και τις προϋποθέσεις απονομής της και από τον κατακερματισμό των ασφαλιστικών φορέων, στους μεγάλους ασφαλιστικούς Οργανισμούς ισχύει το διανεμητικό σύστημα: οι εργαζόμενοι ενός έτους πληρώνουν, είτε με εισφορές είτε με φόρους τις συντάξεις των συνταξιούχων του ιδίου έτους. Με την αυξανόμενη δυσαναλογία συνταξιούχων προς τους εργαζόμενους δυσχεραίνεται η χρηματοδότηση των συντάξεων και η βελτίωση των χαμηλών συντάξεων.

Επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης διαπιστώνονται και στις δαπάνες υγείας. Καθώς ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αυξάνεται διαπιστώνεται αυξημένη κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών, φαρμάκων, ιατρικών κλινών κτλ. καθώς με την πάροδο της ηλικίας τα προβλήματα υγείας αυξάνονται.

Άλλες επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης συνίστανται στην αύξηση των θανάτων στις μεγάλες ηλικίες που οφείλεται στην γήρανση του πληθυσμού, στη άνοδο της μέσης ηλικίας κατά τον θάνατο και στη μεγάλη αύξηση του αριθμού των θανάτων από δύο κατηγορίες ασθενειών, καρδιαγγειακές παθήσεις και νεοπλάσματα που είναι που θίγουν ιδιαίτερα τα άτομα μεγάλης ηλικίας.

Άλλη συνέπεια της μείωσης της γεννητικότητας είναι η **μείωση του σχολικού πληθυσμού** της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αργότερα. Σε συνδυασμό με την εσωτερική μετανάστευση πολλά δημοτικά σχολεία στην περιφέρεια έχουν κλείσει, ιδιαίτερα σε ορεινά χωριά. Έχει παρατηρηθεί επίσης και κλείσιμο γυμνασίων με αποτέλεσμα πολλά παιδιά να μεταναστεύουν για να σπουδάσουν. Στις αστικές περιοχές παρατηρείται μικρότερος αριθμός παιδιών στα σχολεία και λιγότερος συνωστισμός στις τάξεις.

Η μείωση των γεννήσεων και η αδυναμία απόκτησης παιδιών από ζευγάρια σε συνδυασμό με τις δυσχέρειες και τη γραφειοκρατία που καθιστούν αδύνατη ή αποθαρρύνουν την υιοθεσία, έχουν συμβάλλει στη **δημιουργία παρανόμων καταστάσεων** όπως η αγοραπωλησία βρεφών. Πολλές φορές έχουμε παρακολουθήσει δημοσιογραφικές έρευνες που αφορούν στην αγοραπωλησία βρεφών από τσιγγάνους ή αλλοδαπούς.

B. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Όπως διαπιστώνουμε από τα παραπάνω ο δείκτης της γεννητικότητας είναι αδρός, διότι αφορά στην αναλογία των γεννήσεων στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξάρτητα από φύλο και ηλικία. Δεν λαμβάνει υπόψη του τη δομή του πληθυσμού και δεν μας δείχνει έτσι την πραγματική αναπαραγωγική δραστηριότητά του. Είναι ένας δείκτης κατά προσέγγιση που μας δίνει μια γενική ένδειξη. Έτσι όταν έχουμε λεπτομερέστερα πληθυσμιακά δεδομένα προσπαθούμε να υπολογίσουμε ακριβέστερους δείκτες, κυριότεροι από τους οποίους είναι οι δείκτες γονιμότητας που θα δούμε παρακάτω. Τι είναι όμως γονιμότητα;

B.1 Ορισμός

Ο όρος γονιμότητα έχει δύο έννοιες : την βιολογική και την δημογραφική. Βιολογικά, η γονιμότητα δηλώνει αναπαραγωγική ικανότητα. Αυτό σημαίνει για τα άρρενα άτομα την ικανότητα να γονιμοποιήσουν και για τα θήλεα την ικανότητα να συλλάβουν, να κυοφορήσουν και να γεννήσουν ένα ζωντανό παιδί. Βιολογική έννοια αντίθετη της γονιμότητας είναι η στειρότητα. Δημογραφικά, η γονιμότητα δηλώνει την αναπαραγωγική δραστηριότητα του γυναικείου πληθυσμού ηλικίας 15-49 ετών.

Η γονιμότητα με την δημογραφική έννοια του όρου δεν αποτελεί μέτρο ή ένδειξη της βιολογικής γονιμότητας. Δηλαδή η αναπαραγωγική δραστηριότητα του γυναικείου πληθυσμού δεν ανταποκρίνεται στη αναπαραγωγική ικανότητα του πληθυσμού αυτού. Αυτό θα συνέβαινε μόνο αν οι γενετήσιες σχέσεις ήταν ελεύθερες από κάθε είδους κοινωνικούς ελέγχους και ρυθμίσεις και αν ολόκληρος ο γυναικείος πληθυσμός είχε ίσες πιθανότητες σε γενετήσιες σχέσεις. Σε μια τέτοια περίπτωση θα μιλούσαμε για φυσική γονιμότητα δηλ. γονιμότητα που δεν υπόκειται σε κοινωνικές ρυθμίσεις. Η φυσική γονιμότητα θα εξαρτιόταν τότε από το ποσοστό του στέρου γυναικείου πληθυσμού, από την πιθανότητα σύλληψης κατά τη διάρκεια ενός καταμήνιου κύκλου και από την πιθανότητα ακούσιας διακοπής της κύησης ή θανάτου του εμβρύου. Αυτό το είδος γονιμότητας δεν συναντάται σε καμιά ανθρώπινη κοινωνία, αφού όλες οι κοινωνίες έχουν κανόνες με τους οποίους ρυθμίζουν άμεσα ή έμμεσα την αναπαραγωγική συμπεριφορά των μελών τους και επομένως την αναπαραγωγική δραστηριότητα του γυναικείου πληθυσμού τους.

Το ύψος της γονιμότητας ενός πληθυσμού, με τη δημογραφική έννοια του όρου, εξαρτάται λοιπόν πολύ περισσότερο από την επίδραση των κοινωνικών παραγόντων παρά από την λειτουργία καθαρά βιολογικών παραγόντων.

B.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Οι δείκτες γονιμότητας αναφέρονται όλοι σε σταθερό μέγεθος 1000 γυναικών και συνθέτουν μια αδιάλειπτη σειρά αφού ο καθένας τους αποτελεί τη βάση υπολογισμού του επόμενου.

- **Συντελεστής γενικής γονιμότητας**

Ο συντελεστής γενικής γονιμότητας είναι ο αριθμός γεννηθέντων ζώντων ανα 1000 γυναίκες προς τον αριθμό των γυναικών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία (15-49 ετών).

Για τον υπολογισμό του διαιρούμε τις γεννήσεις των ζώντων ενός έτους με τον υπολογιζόμενο γυναικείο πληθυσμό 15-49 ετών του ίδιου έτους και πολλαπλασιάζουμε το πηλίκο επί 1000.

$\frac{\text{Γεννήσεις/ έτος 15-49 ετών}}{1000} = \text{Γεν. ποσοστό γονιμότητας.}$

Υπολογιζόμενος γυν. Πληθ

- **Ειδικό κατά ηλικία ποσοστό γονιμότητας**

Το ειδικό κατά ηλικία ποσοστό γονιμότητας δίνει την αναλογία των γεννήσεων ζώντων από γυναίκες μιας πενταετούς μιας ομάδας ηλικιών σε 1000 γυναίκες της ίδιας ομάδας ηλικιών. Υπολογίζεται όπως και ο προηγούμενος δείκτης με διαίρεση του αριθμού των γεννήσεων ζώντων ενός έτους από γυναίκες μιας πενταετούς ομάδας ηλικιών με τον υπολογιζόμενο γυναικείο πληθυσμό της ίδιας ομάδας ηλικιών στο ίδιο έτος και πολλαπλασιασμό του πηλίκου επί 1000. Από το δείκτη αυτό υπολογίζουμε το ποσοστό ολικής γονιμότητας προσθέτοντας τα ειδικά κατά ηλικία ποσοστά των ομάδων ηλικιών 15-19 μέχρι 45-49 και πολλαπλασιάζοντας το άθροισμα επί 5. Έχουμε έτσι ένα δείκτη που μας δείχνει πόσα παιδιά

αναλογούν σε 1000 γυναίκες από την ώρα που θα μπουν μέχρι την ώρα που θα βγουν από την αναπαραγωγική περίοδο των 15-45 ετών.

Ο Συντελεστής αυτός μπορεί ακόμη να λαμβάνεται για σύγκριση μεταξύ ειδικών ομάδων ηλικιών ή όταν θέλουμε να μελετήσουμε την συμπεριφορά γονιμότητας διαφορετικών ηλικιών.

Ειδική Γονιμότητα = $\frac{\text{αριθμ. γεν. ζώντων από γυναίκες 20-24 ετών}}{\text{Αριθμός γυναικών 20-24 ετών}} \cdot 1000$

Αριθμός γυναικών 20-24 ετών

Σύγκριση της ειδικής κατά ηλικία γονιμότητας της Ελλάδας το 1981 και 1991		
Γεννήσεις ζώντων ανα 1000 Γυναίκες κατ' ηλικία.	Έ τ η	
	1 9 8 1	1 9 9 1
15 - 19	48.5	20.7
20 - 24	147.6	91.8
25 - 29	124.7	107.3
30 - 34	64.3	58.7
35 - 39	25.5	23.9
40 - 44	6.1	3.5
45 - 49	0.67	0.25

- **Ακαθάριστο ποσοστό αναπαραγωγής**

Το ειδικό κατά ηλικία ποσοστό γονιμότητας πολλαπλασιαζόμενο επί την αναλογία των κοριτσιών σε 1000 αγόρια κατά τη γέννηση και το αποτέλεσμα αυτό, πολλαπλασιαζόμενο επί 0,001 μας δίνει το ακαθάριστο ποσοστό αναπαραγωγής.

Ο δείκτης αυτός μας δείχνει πόσα κορίτσια θα γεννηθούν από μια γυναίκα στη διάρκεια της αναπαραγωγικής της ηλικίας. Δεν θα επιβιώσουν βέβαια όλα αυτά τα κορίτσια μέχρι το 50ο έτος της ηλικίας τους.

Αν όμως πολλαπλασιάσουμε το ακαθάριστο ποσοστό αναπαραγωγής επί τον συντελεστή που αντιστοιχεί στην πιθανότητα επιβίωσης τους μέχρι τα 50 τους χρόνια τότε θα έχουμε το καθαρό ποσοστό αναπαραγωγής.

- **Καθαρό ποσοστό αναπαραγωγής**

Ο δείκτης αυτός μας δείχνει πόσα από τα κορίτσια που γεννάει μια γυναίκα θα ζήσουν μέχρι το τέλος της δικής τους αναπαραγωγικής ηλικίας. Σε γενικές γραμμές το καθαρό ποσοστό αναπαραγωγής μας δείχνει αν οι σημερινές μητέρες θα αναπαράγουν την γενιά τους ή όχι και για να γίνει αυτό θα πρέπει το καθαρό ποσοστό αναπαραγωγής να είναι μεγαλύτερο από τη μονάδα αφού κάποιες από τις σημερινές μητέρες δεν θα αναπαράγουν λόγω αγαμίας ή στειρότητας κτλ.

- **Μέγεθος συμπληρωμένης οικογένειας.**

Ένας άλλος δείκτης που ίσως θα πρέπει να αναφέρουμε επειδή χρησιμοποιείται συχνά είναι το μέγεθος της συμπληρωμένης οικογένειας, που δείχνει τον αριθμό των παιδιών που απόκτησε μια οικογένεια στη διάρκεια της αναπαραγωγικής περιόδου της συζύγου.

Οι δείκτες που είδαμε αναφέρονται στο συνολικό του πληθυσμού ή στο σύνολο του γυναικείου πληθυσμού. Υπάρχουν όμως και δείκτες που σκοπό τους έχουν να μας επιτρέψουν να συγκρίνουμε την αναπαραγωγική συμπεριφορά επιμέρους κατηγοριών του πληθυσμού.

Πρόκειται για τους δείκτες διαφορικής γεννητικότητας ή γονιμότητας (ανάλογα με την περίπτωση). Τέτοιες κατηγορίες μπορεί να είναι ε-

παγγελματικές ομάδες, θρησκευτικές ομάδες, ο αγροτικός, ο αστικός πληθυσμός κτλ.

B.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την γονιμότητα

Οι δυο κυριότεροι παράγοντες επηρεασμού της γονιμότητας σε όλη τη χώρα είναι:

α) η εξαιρετικά ελλιπής υποδομή στήριξης της οικογένειας σε συνδυασμό με την ανυπαρξία αποτελεσματικών μέτρων για την εργαζόμενη μητέρα και β) το στεγαστικό πρόβλημα.

Οικονομολόγοι, κοινωνιολόγοι, δημογράφοι και ψυχολόγοι με διαφορετικές προσεγγίσεις ανέλυσαν στο εξωτερικό και στην Ελλάδα, τα αίτια της μείωσης της γεννητικότητας.

1. Οικονομικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Από έρευνες και μελέτες έχει αποδειχτεί ότι όσο υψηλότερο είναι το εισόδημα μιας χώρας τόσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο γονιμότητας. Στις αναπτυσσόμενες χώρες με την οικονομική ανάπτυξη αυξάνονται τα κίνητρα για την απόκτηση μικρότερων οικογενειών και επιβραδύνεται η αύξηση του πληθυσμού.

Και στην Ελλάδα παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εισοδήματος και της γονιμότητας.

Μελέτη για την αποβιομηχάνιση της Ελληνικής οικονομίας και με κριτήριο το δείκτη βιομηχανικής παραγωγής διαπιστώθηκε ότι ένας σημαντικός αριθμός κλάδων έχει υποστεί σοβαρή συρρίκνωση της παραγωγικής δραστηριότητας. Η τάση αυτή ξεκινάει από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και συνεχίζει πιο έντονα τη δεκαετία του 1980 και 1990. Η οικονομική κρίση και η επακόλουθη ανεργία σε συνδυασμό με το υψηλό κόστος ανατροφής ενός παιδιού συμβάλουν στη μείωση των γεννήσεων.

Στην Περιφέρεια της Πρωτεύουσας, η επίδραση της **γυναικείας απασχόλησης** στη γονιμότητα εμφανίζεται πιο έντονη, λόγω της μεγαλύτε-

ρης ασυμβατότητας των ρόλων της μητρότητας και της εργασίας, ενώ στις λοιπές αστικές περιοχές είναι πιο περιορισμένη και στις αγροτικές ακόμη χαμηλότερη. Αντίθετα, η θετική επίδραση του παράγοντα **της ιδιοκτησίας κατοικίας** και του μεγέθους της στη γονιμότητα είναι λιγότερο σημαντική στη Περιφέρεια της Πρωτεύουσας και πιο σημαντική στις αγροτικές και λοιπές αστικές περιοχές.

Οι στάσεις- αντιλήψεις για τους **ρόλους των δύο φύλων** ασκούν σημαντική επίδραση στη σχέση γονιμότητας-γυναικείας απασχόλησης, ενώ η επίδραση αυτή διαφοροποιείται κατά περιοχές.

Το γεγονός ότι η γονιμότητα των ζευγαριών της λοιπής χώρας είναι υψηλότερη σε σύγκριση με τη γονιμότητα των ζευγαριών της Π.Π μας οδηγεί στη σκέψη ότι διαφορετικά πρέπει να αντιμετωπίζει κανείς το πρόβλημα της γονιμότητας στην Π.Π, απ' ότι στη λοιπή χώρα, με κριτήρια τη διάρκεια του γάμου, τη χρήση αντισύλληψης, την απασχόληση της γυναίκας, την ιδιοκτησία κατοικίας και το κοινωνικό-επαγγελματικό επίπεδο του συζύγου.

Το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών διεξήγαγε πανελλήνια Έρευνα Γονιμότητας το 1985 με τυχαίο αντιπροσωπευτικό δείγμα 6.484 εγγάμων γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης διαφόρων κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων.

Σχέση γονιμότητας και εισοδήματος

Η σχέση γονιμότητας και εισοδήματος είναι κατά κανόνα αρνητική, ανεξάρτητα από το αν «παρεμβάλλονται» ή όχι άλλες μεταβλητές όπως η χρήση αντισύλληψης, η απασχόληση της γυναίκας και η ιδιοκτησία κατοικίας. Ειδικά στις αστικές περιοχές, η σχέση ισχύει κυρίως για τα ζευγάρια με διάρκεια γάμου άνω των 10 χρόνων, ενώ για τα ζευγάρια με διάρκεια γάμου μέχρι τα 10 χρόνια δύσκολα προκύπτουν κάποια συμπεράσματα. Αλλά και όταν εξετάζεται και το κοινωνικό-επαγγελματικό ε-

πίπεδο του συζύγου, γίνεται και εδώ αρνητική και μάλιστα ανεξάρτητα από τη διάρκεια του γάμου. Το συμπέρασμα είναι ότι στη λοιπή χώρα, η επιθυμία για βελτίωση του οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου των ζευγαριών είναι ιδιαίτερα ισχυρή, γεγονός που υπερισχύει της επιθυμίας για απόκτηση παιδιών.

Για την Περιφέρεια της Πρωτεύουσας το εισόδημα της γυναίκας που έχει προέλθει από εξωτερική απασχόληση, αθροίζεται με το εισόδημα του συζύγου που επιδρά θετικά στη γονιμότητα, αλλά η τελική επίδραση είναι εν μέρει θετική και εν μέρει αρνητική. Θετική όσον αφορά στον πραγματικό αριθμό γεννήσεων και στον επιθυμητό αριθμό παιδιών και αρνητική ή τύπου U στον ιδανικό αριθμό παιδιών.

Σχέση εκπαίδευσης και εισοδήματος

Η σχέση εκπαίδευσης και γονιμότητας παρατηρήθηκε ότι παρουσιάζεται αρνητική, τόσο στον πραγματικό αριθμό γεννήσεων όσο και στον επιθυμητό και ιδανικό αριθμό παιδιών, ανεξάρτητα από τη διάρκεια γάμου. Όπως έχει ήδη σημειωθεί, παράγοντες όπως τα εξωοικογενειακά ενδιαφέροντα των γυναικών, η αύξηση της παραγωγικότητας του χρόνου στην αγορά εργασίας και η συνεπαγόμενη αύξηση του ευκαιριακού κόστους (δηλ. του εισοδήματος που χάνει μια μητέρα επειδή εργάζεται λιγότερο ή απουσιάζει εντελώς από την αγορά εργασίας κατά τα στάδια γέννησης και ανατροφής των παιδιών) καθώς και άλλοι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες, είναι δυνατόν να επιδρούν μεμονωμένα, ή σε συνδυασμό με τρόπο ώστε να διαμορφώνουν αρνητική σχέση των δύο μεταβλητών. Σε γενικές γραμμές και η σχέση εκπαίδευσης- γονιμότητας των συζύγων των γυναικών του δείγματος είναι αρνητική και εύλογα υποθέτει κανείς ότι σ' αυτό είναι δυνατό είναι δυνατόν να συμβάλουν οι ίδιοι παράγοντες όπως και στην περίπτωση των γυναικών.

Η σχέση γονιμότητας- εκπαίδευσης, δεν φαίνεται να επηρεάζεται από το επίπεδο περιοχής, έτσι δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις στις αστικές και στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές από το γενικό σύνολο του δείγματος της επαρχίας. Και εδώ κατά κανόνα ισχύει αρνητική σχέση.

Σχέση γονιμότητας και επαγγελματικής απασχόλησης γυναικών

Αναφορικά με τη σχέση γυναικείας απασχόλησης- γονιμότητας, στις λοιπές –εκτός Περιφέρειας Πρωτεύουσας- αστικές περιοχές, η απασχόληση πριν και μετά το γάμο συνδέονται αρνητικά με τον πραγματικό αριθμό γεννήσεων. Στις αγροτικές περιοχές αντίθετα δεν παρατηρούνται παρόμοιες διαφοροποιήσεις, πιθανότατα λόγω της μεγαλύτερης συμβατότητας εργασιακής και οικογενειακής ζωής των γυναικών.

Επιπλέον, η κύρια αιτία απασχόλησης φαίνεται να επηρεάζει τη γονιμότητα, δηλαδή οι γυναίκες που εργάζονται από ενδιαφέρον για την εργασία τους έχουν χαμηλότερη γονιμότητα από όσες εργάζονται για άλλους λόγους.

Τέλος η φύλαξη των παιδιών, ενώ δεν φαίνεται να συνδέεται με τον πραγματικό αριθμό γεννήσεων, συνδέεται με τον επιθυμητό και τον ιδανικό αριθμό παιδιών. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενες γυναίκες που έχουν εξασφαλίσει δωρεάν φύλαξη των παιδιών τους εκφράζουν επιθυμία και θεωρούν ως ιδανικό υψηλότερο αριθμό παιδιών από όσες δεν έχουν εξασφαλίσει δωρεάν φύλαξη.

Σχέση της γονιμότητας και της περιοχής κατοικίας των γυναικών.

Στην έρευνα σχετικά με τη σχέση γονιμότητας- περιοχής κατοικίας γυναικών, συγκρίθηκαν δυο ομάδες γυναικών: γυναίκες που κατοικούν μόνιμα σε αγροτικές/ ημιαστικές περιοχές και γυναίκες που κατοικούν σε αστικές περιοχές της χώρας. Όπως διαπιστώθηκε, υπάρχει γενικά αρνητι-

κή σχέση μεταξύ περιοχής κατοικίας και γονιμότητας. Δηλαδή οι γυναίκες που κατοικούν σε πόλεις έχουν χαμηλότερους μέσους αριθμούς γεννήσεων, συγκριτικά με αυτές που κατοικούν σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές. Εξετάζοντας τη σύνδεση περιοχής κατοικίας –γονιμότητας σε σχέση με ορισμένα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των γυναικών και του νοικοκυριού, φαίνεται ότι η αρνητική σχέση διατηρείται, με ορισμένες βέβαια παρεκκλίσεις, όταν παρεμβάλλονται άλλες μεταβλητές, όπως η προέλευση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική κατάσταση των γυναικών, καθώς επίσης και το εισόδημα και οι συνθήκες και οι συνθήκες στέγασης του νοικοκυριού.

Επίσης διαπιστώθηκε ότι στο σύνολο των περιπτώσεων, όπως και ανάμεσα στις γυναίκες με διάρκεια γάμου μικρότερη των 10 χρόνων, οι μικρότεροι μέσοι αριθμοί γεννήσεων συναντώνται στις γυναίκες με σχετικά μικρή διάρκεια παραμονής σε αστική περιοχή (1-5 χρόνια), γεγονός που συνδέεται, ίσως, με τις αντιξοότητες (προβλήματα εργασίας και στέγασης) που συναντούν όταν εγκαθίστανται σε πόλεις. Αντίθετα, η μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής σε αγροτικό περιβάλλον επιδρά, όπως αναμενόταν, θετικά στη γονιμότητα των γυναικών.

Σχέση γονιμότητας και στάσης των γυναικών για τους ρόλους των δύο φύλων

Όσον αφορά στη σχέση των στάσεων των γυναικών για τους ρόλους των δυο φύλων με τη γονιμότητα, παρατηρούμε ότι εμφανίζεται αρνητική. Δηλαδή παρατηρείται μειωμένη γονιμότητα ανάμεσα στις γυναίκες με προοδευτικότερες στάσεις, σε σύγκριση με τη γονιμότητα των γυναικών με πιο συντηρητικές στάσεις. Η πτωτική τάση των δεικτών της γονιμότητας (πραγματικού αριθμού γεννήσεων και επιθυμητού και ιδανικού αριθμού παιδιών), από τις συντηρητικές στις προοδευτικές στάσεις,

δεν διαφοροποιείται αισθητά, όταν παρεμβάλλονται μεταβλητές ελέγχου όπως η γυναικεία απασχόληση.

Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι εμφανίζεται μειωμένη γονιμότητα ανάμεσα στις γυναίκες που είναι ικανοποιημένες από τις σχέσεις τους με το σύζυγο, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες, αν και οι διαφορές δεν ισχύουν σε όλες τις επιμέρους διάρκειες γάμου και είναι μάλλον μικρής έκτασης.

Σχέση γονιμότητας και καταμερισμού οικιακών εργασιών ανάμεσα στους συζύγους

Όσον αφορά στη σχέση του διαχωρισμού των οικιακών εργασιών ανάμεσα στους συζύγους, φαίνεται ότι συνδέεται μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις αρνητικά με τη γονιμότητα ενώ αφορά περισσότερο τους συζύγους που κατοικούν σε αστικές περιοχές και έχουν διάρκεια γάμου μικρότερη από 10 χρόνια. Στις περιπτώσεις αυτές και όταν ο σύζυγος προσφέρει σημαντική βοήθεια στις καθημερινές οικιακές εργασίες, ο μέσος αριθμός γεννήσεων είναι πιο χαμηλός, συγκριτικά με τις περιπτώσεις που επικρατεί ο παραδοσιακός διαχωρισμός των ρόλων μέσα στο σπίτι, όπου η συμμετοχή του συζύγου στις καθημερινές οικιακές εργασίες είναι μηδενική ή ασήμαντη. Όταν όμως η διάρκεια γάμου είναι μεγαλύτερη των 10 χρόνων, η βοήθεια του συζύγου και η γονιμότητα είτε συνδέονται θετικά ή δεν εμφανίζουν κάποια συγκεκριμένη σχέση.

Σχετικά με τη γονιμότητα των οικογενειών που κατοικούν σε ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές, η ανάλυση των δεδομένων μας έδειξε ότι γενικά η αρνητική σχέση μεταξύ συμμετοχής του συζύγου στις οικιακές εργασίες και τη γονιμότητας είναι λιγότερο σημαντική, ενώ και εδώ, ανάμεσα στις γυναίκες που είναι παντρεμένες λιγότερο από 10 χρόνια, εμφανίζεται θετική σχέση.

Σχετικά με τον επιθυμητό και ιδανικό αριθμό παιδιών, κυρίως οι γυναίκες με μεγαλύτερη διάρκεια γάμου εμφανίζουν επιθυμίες και ιδανικά για

μεγαλύτερο μέγεθος οικογένειας, όταν έχουν περισσότερη βοήθεια από το σύζυγό τους.

Οπωσδήποτε, οι διαφοροποιήσεις αυτές συνδέονται με τη διαφορετική δομή και τα διαφορετικά πρότυπα που επικρατούν στις διαπροσωπικές σχέσεις των συζύγων στο πλαίσιο της αγροτικής οικογένειας.

Οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα ενός πληθυσμού επιδρούν πάντοτε έμμεσα και αθροιστικά. Επενεργούν μέσω ενός περιορισμένου αριθμού χαρακτηριστικών συνθηκών, η κάθε μια από τις οποίες ασκεί τη δική της θετική ή αρνητική επίδραση. Για αυτό οι χαρακτηριστικές αυτές συνθήκες ονομάζονται ενδιάμεσες μεταβλητές της γονιμότητας. Οι μεταβλητές είναι έντεκα και κατατάσσονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, ανάλογα με το στάδιο της αναπαραγωγικής διαδικασίας στο οποίο παρεμβαίνουν. Τα τρία αυτά στάδια είναι:

- α) η γενετήσια σχέση,
- β) η σύλληψη,
- γ) η κύηση και ο τοκετός.

Αντίστοιχα διακρίνονται και οι τρεις κατηγορίες των μεταβλητών : γενετήσιες μεταβλητές, μεταβλητές σύλληψης και μεταβλητές κύησης.

Το ταξινομικό σχήμα που δημιουργείται δηλαδή είναι το εξής:

B.3.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την έκθεση στη γενετήσια σχέση (Γενετήσιες μεταβλητές).

α. παράγοντες που καθορίζουν τον σχηματισμό και την λύση γενετήσιων ενώσεων κατά την αναπαραγωγική περίοδο.

1. Ηλικία εισόδου σε γενετήσια ένωση
2. Μόνιμη αγαμία (ποσοστό γυναικών που δεν εισήλθαν ποτέ σε γενετήσια ένωση).
3. Τμήμα αναπαραγωγικής περιόδου που διανύεται μετά τη γενετήσια ένωση ή μεταξύ δυο γενετήσιων ενώσεων:
 - α. όταν οι ενώσεις λύνονται λόγω θανάτου του συζύγου.

β. όταν οι ενώσεις λύνονται ύστερα από διαζύγιο, χωρισμό ή εγκατάλειψη.

β. Παράγοντες που καθορίζουν την έκθεση σε γενετήσια έκθεση σε γενετήσια σχέση στη διάρκεια της γενετήσιας ένωσης.

4. Εκούσια αποχή.

5. Ακούσια αποχή (λόγω ανικανότητας, ασθένειας ή προσωρινού χωρισμού)

6. συχνότητα γενετήσιων επαφών (εξαιρουμένων των περιόδων αποχής)

B.3.II. Παράγοντες που επηρεάζουν την έκθεση στη σύλληψη (μεταβλητές σύλληψης).

7. Γονιμότητα ή στειρότητα που επηρεάζεται από μη ηθελημένους παράγοντες

8. χρήση ή μη αντισυλληπτικών μεθόδων

9. Γονιμότητα ή στειρότητα που επηρεάζονται από ηθελημένους παράγοντες (στείρωση, ιατρική θεραπεία κλπ)

B.3.III. Παράγοντες που επηρεάζουν την κύηση και τον τοκετό (μεταβλητές κύησης)

10. Εμβρυακή θνησιμότητα που οφείλεται σε ακούσιους λόγους

11. εμβρυακή θνησιμότητα που οφείλεται σε εκούσιους λόγους.

Κάθε μια από τις 11 μεταβλητές ενδέχεται να ασκεί αρνητική (πρόσημο μείον) ή θετική (πρόσημο συν) επίδραση στη γονιμότητα . Δεν μπορεί να λεχθεί, όπως συχνά φαίνεται να υπονοείται, ότι μερικές από τις μεταβλητές αυτές επηρεάζουν τη γονιμότητα σε κάποια κοινωνία αλλ' όχι σε κάποια άλλη. Και τούτου διότι η καθεμία τους είναι πραγματικά μεταβλητή έχοντας τη δυνατότητα να επιδρά είτε προς την κατεύθυνση της αύξησης είτε προς της κατεύθυνση της μείωσης της γονιμότητας. Εάν δεν γίνεται προσφυγή στη άμβλωση η «τιμή γονιμότητας» της μεταβλητής υπ' αριθμ.11 είναι θετική (πρόσημο συν). Με άλλα λόγια, η μη χρησιμο-

ποίηση μιας ορισμένης μεθόδου δεν συνεπάγεται την έλλειψη επιρροής στη γονιμότητα, διότι και αυτή τούτη ή μη χρησιμοποίησή της (ή η απουσία του παράγοντα) είναι ήδη μια μορφή επιρροής. Τούτο σημαίνει πως η διακρίβωση της θέσης μιας κοινωνίας σε σχέση με τις μεταβλητές αυτές πρέπει να γίνεται με αναφορά και στις 11 μεταβλητές.

B.4 Η εξέλιξη της γεννητικότητας

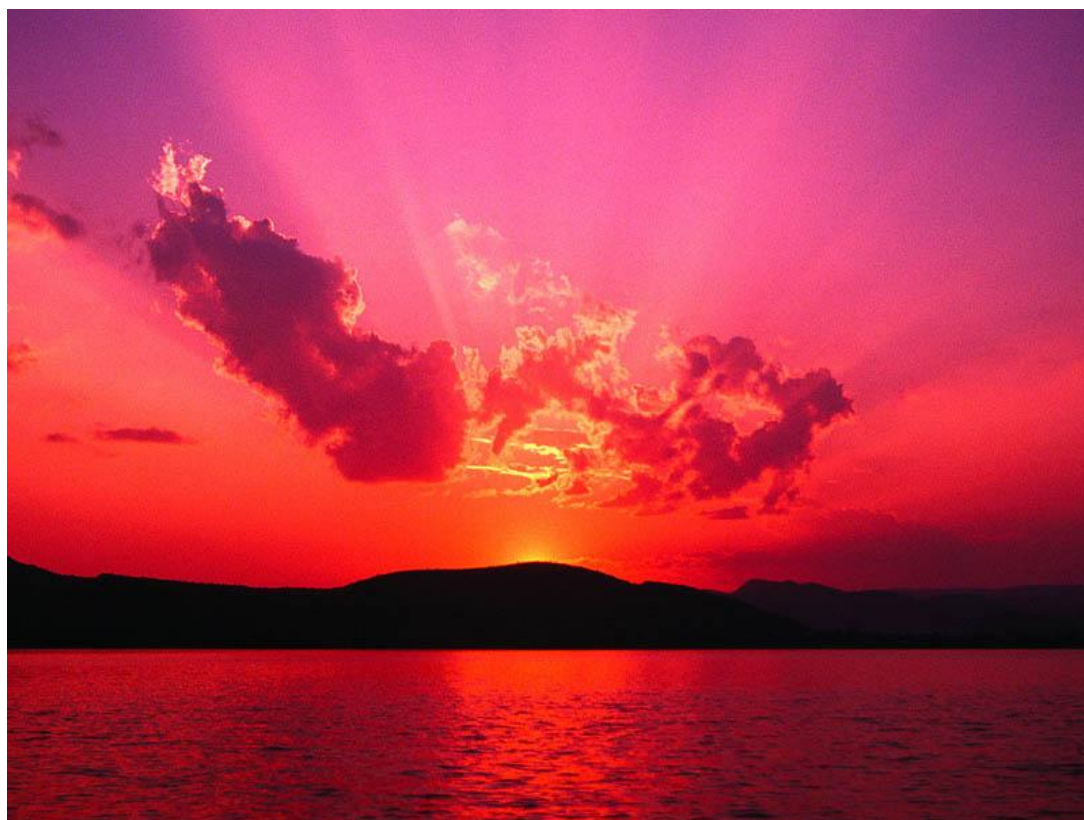
Δεν αποτελεί ελληνικό φαινόμενο η πτώση του δείκτη ολικής γονιμότητας κάτω του επιπέδου αναπλήρωσης γενεών. Μετά τον ΄Β Παγκόσμιο πόλεμο όλες σχεδόν οι χώρες της Ευρώπης παρουσίασαν ανοδικές τάσεις στη γονιμότητα. Πρόκειται για το γνωστό ‘‘baby boom’’ που προκλήθηκε από την έντονη μεταπολεμική αύξηση στη συχνότητα των γάμων και των γεννήσεων. Ενώ μέχρι το 1964 μια σειρά από παράγοντες φαινόταν να ευνοούσε την αύξηση του αριθμού γεννήσεων, το κυρίαρχο χαρακτηριστικό στις χώρες της Ευρώπης μετά το 1965 είναι η μεγάλη μείωση της γονιμότητας. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του ΄70 και ΄80 οι τάσεις χαμηλής γονιμότητας εξαπλώθηκαν σ’ όλη την Ευρώπη. Όπως αναφέρεται στη μελέτη και σύμφωνα με τις δημογραφικές προβλέψεις της Eurostat, η μείωση της γονιμότητας είναι δυνατόν να αναχαιτιστεί αν οι γυναίκες αποκτήσουν τον αριθμό παιδιών που πραγματικά επιθυμούν. Σύμφωνα με τις έρευνες γονιμότητας του ΕΚΚΕ, ο αριθμός αυτός ανέρχεται στην Ελλάδα στο 2,3 παιδιά ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας, δηλαδή υπερβαίνει το όριο αντικατάστασης των γενεών. Ωστόσο σύμφωνα με την κ. Συμεωνίδου «για να επιτευχθεί ο υψηλός αυτός αριθμός θα πρέπει να εκπληρωθούν οι συνθήκες που επιτρέπουν την εναρμόνιση οικογενειακής και εργασιακής ζωής, όπως γονικές άδειες με αποδοχές, ανάπτυξη υποστηρικτικών υποδομών όπως βρεφονηπιακοί σταθμοί κ.λπ και να ενισχυθούν οικονομικά οι οικογένειες». Όπως επισημαίνει η

έρευνα του ΕΚΚΕ η Eurostat αναφέρει για την Ελλάδα τρία σενάρια για το έτος 2020:

- 1,40 παιδιά ανά γυναίκα. Η εκδοχή αυτή προϋποθέτει ότι δεν θα υπάρξουν σημαντικές αλλαγές από την πολιτεία στην τρέχουσα φροντίδα των παιδιών, στα οικογενειακά επιδόματα των παιδιών, στα οικογενειακά επιδόματα κλπ.
- 1,70 παιδιά ανά γυναίκα. Προϋποτίθεται ότι όλες οι συνθήκες οι οποίες επιτρέπουν στις γυναίκες να συνδυάσουν επαγγελματική καριέρα και μητρότητα θα εκπληρωθούν πλήρως και θα ενισχυθεί οικονομικά η οικογένεια.

Και στα τρία αυτά σενάρια, η μέση ηλικία της μητέρας θα αυξηθεί σημαντικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Θνησιμότητα είναι η διαδικασία της φυσιολογικής φθοράς του πληθυσμού. Όσο μεγαλύτερη είναι η φθορά αυτή τόσο συχνότεροι είναι η θάνατοι.

Η θνησιμότητα υποδηλώνει την συχνότητα με την οποία εμφανίζεται ένα φυσιολογικό γεγονός, ο θάνατος σε ένα κοινωνικό σύνολο σε μια χρονική περίοδο.

Ο γενικότερος και συχνότερα χρησιμοποιούμενος δείκτης μέτρησης είναι ο αδρός δείκτης θνησιμότητας, που μας δίνει την αναλογία των θανάτων ενός έτους σε 1000 κατοίκους. Ο δείκτης προκύπτει από την διαίρεση του συνόλου των ετήσιων θανάτων, δια του μέσου πληθυσμού του είδους έτους και του πολλαπλασιασμού του ηλικίου επί το σταθερό μέγεθος 1000.

$$\text{Αδρός δείκτης θνησιμότητας} = \frac{\text{Θάνατοι έτους } X \cdot 1000}{\text{μέσος πληθυσμός έτους } X}$$

ΠΙΝΑΚΑΣ				
ΦΥΣΙΚΉ ΚΙΝΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ – VITAL STATISTICS				
Θάνατοι: Αριθμοί και ποσοστά: 1921-2003				
Θάνατοι			Θάνατοι κάτω του 1 έτους	
Έτος Year	Απόλυτοι Α- ριθμοί Absolute numbers	Επί 1000 κα- τοίκων	Απόλυτοι α- ριθμοί	Επί 1000 γεννηθέντων ζωντανών
1921	68.839	13,63	-	-
1931	114.369	17,70	26.661	133,81
* 1940	93.830	12,82	-	-
* 1949	59.450	7,94	5.833	41,93

1951	57.508	7,51	6.773	43,58
1961	63.955	7,61	6.006	39,85
1971	73.819	8,34	3.797	26,90
1981	86.261	8,87	2.294	16,27
1991	95.498	9,31	927	9,03
2001	102.559	9,37	522	5,10
2002	103.915	9,46	530	5,12
2003	105.529	9,52	504	5,14

* Γενική Παρατήρηση: Για τα έτη 1941-1949 δεν υπάρχουν στοιχεία.

Σημείωση: Για τα έτη 1991-2002, οι δείκτες καταρτίστηκαν με βάση τον αναθεωρημένο πληθυσμό των ετών 1991-2002.

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε.

4.1. Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

A. Ο αριθμός των θανάτων και το Ακαθάριστο Ποσοστό Θνησιμότητας (Α.Π.Θ.)

Το Ακαθάριστο Ποσοστό Θνησιμότητας, δηλαδή ο αριθμός των θανάτων σε χίλιους κατοίκους (ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας) ακολούθησε ανοδική πορεία στη μεταπολεμική περίοδο. Δεν πρόκειται όμως για αύξηση της θνησιμότητας αλλά για “πλασματική” άνοδο του δείκτη γενικής θνησιμότητας. Η αύξηση του δείκτη αντανακλά τη γήρανση του πληθυσμού της χώρας. Ο δείκτης αυτός επηρεάζεται άμεσα από την κατά ηλικία σύνθεση του πληθυσμού και είναι υψηλός στις χώρες όπου ο πληθυσμός παρουσιάζει προχωρημένη γήρανση. Για το λόγο αυτό δεν αποδίδει με ακρίβεια τις δυνάμεις φθοράς που επικρατούν τη συγκεκριμένη περίοδο στους ανθρώπινους πληθυσμούς.

Μελέτη έδειξε ότι οι Έλληνες που είχαν τη μικρότερη γενική θνησιμότητα στην Ευρώπη το 1970-1974 υποχώρησαν στη δεύτερη θέση το

1980-1984 και από το 2000 κατέχουν την τρίτη θέση. Η σύγκριση των δεικτών γενικής θνησιμότητας των δύο φύλλων δείχνει ότι η γενική θνησιμότητα των ανδρών ήταν κατά 40% μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των γυναικών της ίδιας ηλικίας και η διαφορά αυξήθηκε σε 50% το έτος 2000.

B. Η Εξέλιξη της προσδοκώμενης ζωής

Ο δείκτης της προσδοκώμενης ζωής, δηλαδή ο αριθμός των ετών που κατά μέσο όρο ελπίζεται να ζήσουν άτομα ορισμένης ηλικίας, επιτρέπει καλύτερες συγκρίσεις από το Ακαθάριστο Ποσοστό Θνησιμότητας, γιατί εξαλείφει τις διαφορές από τη διάρθρωση του πληθυσμού κατά ηλικίες. Συνηθέστερο μέσο διεθνών συγκρίσεων είναι η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση.

Η βελτίωση των συνθηκών θνησιμότητας του ελληνικού πληθυσμού κατά την περίοδο 1928-1991 ήταν θεαματική. Η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση αυξήθηκε για τους άνδρες από 44,9 χρόνια που ήταν το 1928 σε 74,6 χρόνια το 1991 και για τις γυναίκες από 47,5 σε 79,8 χρόνια αντίστοιχα.

Η προσδοκώμενη ζωή των γυναικών είναι μεγαλύτερη από εκείνη των ανδρών (υποδηλώνοντας έτσι μικρότερο επίπεδο θνησιμότητας στις γυναίκες) και μάλιστα το κέρδος της προσδοκώμενης ζωής σε χρόνια μεταξύ των ετών 1928 και 1991 ήταν σαφώς μεγαλύτερο στο γυναικείο πληθυσμό. Αποτέλεσμα αυτών των τάσεων είναι η διεύρυνση, διαχρονικά, της διαφοράς μακροβιότητας μεταξύ των φύλων.

Εξέλιξη της προσδοκώμενης ζωής στην Ελλάδα 1928-1991								
Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση στα 60 και στα 65 και στα 75 χρόνια.								
Έτη	Κατά τη γέννηση		60 ετών		65 ετών		75 ετών	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
1928	44,95	47,46	14,93	17,32	11,94	13,89	7,14	8,14
1960	67,30	70,42	16,88	18,59	13,37	14,77	7,69	8,45
1970	70,13	73,64	17,54	19,33	13,87	15,29	7,91	8,39
1980	72,15	76,35	18,17	20,63	14,59	16,69	8,84	10,32
1985	72,6	77,6	18,2	21,1	14,5	16,9	8,4	9,4
1990*	74,5	79,5	19,3	22,4	15,6	18,1	9,3	10,5
1991*	74,6	79,8	19,4	22,4	15,7	18,1	9,5	10,6

Πηγή: 1928-1980: Ε.Σ.Υ.Ε., Στατιστική Επετηρίς 1988, Αθήνα, 1990, σελ. 49 (Σύνοψη Ελληνικών Πινάκων Επιβιώσεως.
1985: Eurostat, Δημογραφικές Στατιστικές, Λουξεμβούργο, 1990, σελ. 204.
1990-1991. Eurostat, Demographic Statistics 1993, Luxembourg, σελ. 158-162.

Ο πίνακας δείχνει την προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση, στα 60, στα 65 και στα 75 έτη χωριστά για άνδρες και γυναίκες. Ενώ η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση αυξάνεται σημαντικά στις μεγάλες ηλικίες παρατηρείται μια σταθερότητα στην περίοδο 1960-1970 και μετά το 1980 παρουσιάζεται μια σημαντική αύξηση και το 1985 στα 75 χρόνια κάποια μείωση. Η μεγαλύτερη μακροβιότητα των γυναικών είναι φανερή σε όλες τις ηλικίες και εποχές. Η τάση αύξησης προσδοκώμενης ζωής κατά τη γέννηση είναι προφανής και για τα δύο φύλα και για όλο το διάστημα 1928-1991. Παρόλα αυτά η αύξηση αυτή είναι μεγαλύτερη κατά τα τελευταία έτη.

Η άνοδος της μέσης προσδοκώμενης ζωής κατά τη γέννηση οφείλεται κυρίως στα κέρδη στις μικρές ηλικίες, στη σημαντική βελτίωση του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας από τις αρχές της δεκαετίας του 1960. Το κέρδος είναι σημαντικά μικρότερο στις ηλικίες 60 και άνω. Οι Έλληνες με 60 συμπληρωμένα έτη μπορούσαν να ελπίζουν σε 16,9 έτη ζωής ακό-

μα το 1960 και σε 19,4 το 1991 (+25) και οι Ελληνίδες σε 18,5 και 22,4 έτη ζωής αντίστοιχα (+39) (ΕΜΚΕ – ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ, 1994).

4.2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η θνησιμότητα σε όλες τις χώρες διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, τις περιοχές και την αιτία θανάτου.

Οι γεωγραφικές ανισότητες της θνησιμότητας

Στην Ελλάδα η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στις μη αστικές (ημιαστικές και αγροτικές) περιοχές παρά στις αστικές. Επομένως η προσδοκώμενη ζωή είναι ανώτερη στις αστικές περιοχές. Η υψηλότερη θνησιμότητα των ημιαστικών και αγροτικών περιοχών συνδέεται με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, με μικρότερη ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη και με μικρότερο εισόδημα.

Εκτιμήσεις πινάκων επιβίωσης σε περιφερειακό επίπεδο για την περίοδο 1961-1981 έχουν δείξει ότι από τη μείωση της θνησιμότητας που σημειώθηκε στον Ελλαδικό χώρο, επωφελήθηκαν όλα τα διαμερίσματα της χώρας και μάλιστα κατά τέτοιο τρόπο ώστε να περιορίζονται βαθμιαία οι μεταξύ τους διαφοροποιήσεις στο επίπεδο της προσδοκώμενης ζωής κατά τη γέννηση. Οι περισσότερες ευνοϊκές συνθήκες διαβίωσης παρατηρούνται στην Κρήτη, τη Στερεά, την Εύβοια και τα νησιά του Αιγαίου ενώ σχετικά δυσμενέστερες στη Θράκη. Στα υπόλοιπα διαμερίσματα η θνησιμότητα εντάσσεται σε ενδιάμεσα επίπεδα. Σε όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα η διαφορά μακροβιότητας μεταξύ των φύλων βαθμιαία αυξάνεται, όπως και για το συνολικό πληθυσμό της χώρας. Οι συνθήκες επιβίωσης του πληθυσμού προοδευτικά βελτιώνονται και οι γεωγραφικές διαφοροποιήσεις τους περιορίζονται συνεχώς.

Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης είναι εμφανής σε όλα τα διαμερίσματα του ελληνικού χώρου (ΕΛΚΕ-ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ, 1994).

4.3. Η ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ

A. Η Βρεφική θνησιμότητα



Η βρεφική θνησιμότητα, δηλαδή οι θάνατοι βρεφών κάτω του έτους σε χίλιες γεννήσεις ζωντανών παιδιών, αποτελεί τον πιο ευαίσθητο δείκτη του επιπέδου υγείας ενός λαού και του πολιτισμικού και κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου. Η μακροχρόνια πορεία της αποτελεί αδιάψευστη μαρτυρία εφαρμογής ή μη μέτρων υγιεινής και προληπτικής ιατρικής σε μια χώρα.

Η βρεφική θνησιμότητα παρουσιάζει ενδιαφέρον από δημογραφική και κοινωνικό-οικονομική πλευρά. Το χαρακτηριστικό της γνώρισμα είναι ότι είναι σχετικά υψηλή (ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες και γενικά στις λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές). Όμως διαχρονικά έχει παρουσιάσει θεαματική βελτίωση όχι μόνο στις ευρωπαϊκές χώρες αλλά σε όλους τους πληθυσμούς.

Τα στατιστικά στοιχεία βρεφικών θανάτων θεωρούνται μειωμένης αξιοπιστίας λόγω διαφυγών που παρουσιάζονται στις ληξιαρχικές καταγραφές, ιδιαίτερα σε ορισμένες περιφέρειες (Θράκη, Ανατολική Στερεά και Νησιά).

Στην Ελλάδα στη μεταπολεμική περίοδο η βρεφική θνησιμότητα σημείωσε κάποια πορεία και μεγάλη μείωση από 43,3 ‰ το 1951 σε 17,9‰ το 1980 και σε 9,70‰ το 1990, ποσοστό ανάλογο με εκείνο των αναπτυγμένων χωρών στην αρχή της δεκαετίας του 1970. Έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος υπάρχουν όμως ακόμα περιθώρια βελτίωσης.

Εκτός από την βρεφική θνησιμότητα (θάνατοι βρεφών κάτω του έτους σε γεννήσεις 1000 ζωντανών παιδιών) οι δημοσιογράφοι και άλλοι επιστήμονες υπολογίζουν:

α) *την περιγεννητική θνησιμότητα* που εκφράζει τους θανάτους βρεφών που συμβαίνουν μετά την 28^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης έως και την 1^η εβδομάδα της ζωής του νεογνού. Η χώρα μας κατέχει υψηλό δείκτη περιγεννητικής θνησιμότητας σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης.

β) *τη νεογνική θνησιμότητα* που εκφράζει τους θανάτους των νεογνών που γεννήθηκαν ζωντανά στη διάρκεια του πρώτου μήνα μετά τον τοκετό, δηλαδή τους θανάτους βρεφών μέχρι 30 ημερών. Η περιγεννητική και η νεογνική θνησιμότητα είναι δείκτες που δίνουν το μέτρο της ποσοτικής και ποιοτικής επάρκειας των μαιευτικών και παιδιατρικών υπηρεσιών μιας χώρας και σχετίζονται με την προωρότητα και την υγεία της μητέρας, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Στην Ελλάδα ειδικά ιατρικά κέντρα, άρχισαν να οργανώνονται στη δεκαετία του 1970 μεγάλα αστικά κέντρα όπου ακόμα και τη δεκαετία του 1990 δεν επαρκούσαν για την κάλυψη των αναγκών, ενώ σε ορισμένες περιφέρειες της χώρας και κυρίως σε αγροτικές περιοχές είναι σχεδόν ανύπαρκτα. Εξαιτίας όμως των ελλειπόν γραφών οι στατιστικές δείχνουν ότι η νεογνική θνησιμότητα εξακολουθεί να βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα στον αστικό πληθυσμό ενώ στον αγροτικό φαίνεται να είναι χαμηλότερη.

γ) *τη μετανεογνική (η όψιμη βρεφική) θνησιμότητα* που εκφράζει τους θανάτους βρεφών μετά τον πρώτο μήνα και μέχρι το τέλος του πρώ-

του χρόνου (δηλαδή από την 30^η ως την 365^η ημέρα από την γέννησή τους) που επηρεάζεται από το περιβάλλον του βρέφους, από το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο των γονέων και ιδιαίτερα της μητέρας, από την ιατρική παρακολούθηση κ.α. Στη χώρα μας η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας οφείλεται κυρίως στη μείωση της μετανεογνικής της νεογνικής θνησιμότητας.

B. Η Παιδική θνησιμότητα

Σε πολύ καλή θέση μεταξύ των βιομηχανικών κρατών βρίσκεται η Ελλάδα όσον αφορά την παιδική θνησιμότητα, όπως δείχνουν τα στοιχεία της έκθεσης της UNICEF με τίτλο η πρόοδος των Εθνών που υπολόγισε με μαθηματικά μοντέλα για το 1991 τη θνησιμότητα των παιδιών κάτω των 5 ετών, (θάνατοι παιδιών κάτω των 5 ετών σε 1000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών). Η χώρα μας με 11 θανάτους σε 1000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών κατέχει την 19^η θέση στον κόσμο με πρώτη τη Σουηδία (5‰). Ο δείκτης της Ελλάδας είναι ίσος με το μέσο όρο όλων των βιομηχανικών χωρών (11) και πολύ κατώτερος του παγκόσμιου μέσου όρου (97). Χρησιμοποιώντας το δείκτη θνησιμότητας παιδιών σε σύγκριση με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν η Ελλάδα βρίσκεται στην 6^η καλύτερη θέση, δηλαδή είναι σε καλύτερη θέση από τη Σουηδία και Μ. Βρετανία. Επί πλέον η χώρα μας συγκαταλέγεται μεταξύ των 20 κρατών που πέτυχαν να μειώσουν κατά το ήμισυ (52%) τη θνησιμότητα των παιδιών στην περίοδο 1980-1991. Στα ποσοστά εμβολιασμού των παιδιών για την ιλαρά στην Ελλάδα με ποσοστό 76% βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο των αναπτυγμένων χωρών 80%.

Γ. Η Εφηβική θνησιμότητα

Στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας δείχνουν ότι στις ηλικίες 10-29 ετών την κύρια αιτία θανάτου αγοριών και κοριτσιών αποτελούν τα τροχαία ατυχήματα. Στην Ελλάδα ενώ υπάρχει μείωση της νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας, η θνησιμότητα της εφηβικής ηλικίας δεν έχει μειωθεί και εξακολουθεί να είναι υψηλή. Από έρευνες φαίνεται ότι οι θάνατοι από τροχαία δυστυχήματα στην ηλικία των 18 ετών είναι πιο πολλοί από ότι σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία. Οι έφηβοι καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες οινοπνευματωδών ποτών και προσβάλλονται συχνότερα από σεξουαλικά νοσήματα. Μετά τα ατυχήματα, δεύτερη αιτία θανάτου των νέων 15-24 την αποτελούν οι αυτοκτονίες. Μόλις 1,8% των νεανικών αυτοκτονιών οφείλονται σε ψυχοπαθολογικούς λόγους. Η απόπειρα και η πράξη της αυτοκτονίας αποτυπώνουν με τραγικό τρόπο την αδυναμία προσαρμογής ή την αντίδραση των εφήβων προς το περιβάλλον, είναι μια κραυγή απόγνωσης προς την οικογένεια και το σχολείο. Οι λόγοι απόπειρας είναι συγκρούσεις με την οικογένεια και πίεση για ακαδημαϊκή επιτυχία, συγκρούσεις γονέων (70%), αισθηματικοί λόγοι (5%). Συνυπεύθυνοι για τις αυτοκτονίες των εφήβων είναι το άγχος της αποτυχίας, η αποθάρρυνση και απόρριψη ιδιαίτερα μαθητών που προέρχονται από ασθενέστερα κοινωνικά στρώματα.

Δ. Η μητρική θνησιμότητα

Μητρική θνησιμότητα είναι οι θάνατοι μητέρων σε 100.000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών, δηλαδή το ποσοστό θανάτων μητέρων που είναι αποτέλεσμα των επιπλοκών κατά τον τοκετό και της περιόδου μετά τη γέννηση. Σύμφωνα με την έκθεση για την πρόοδο των Εθνών της Unicef, η Ελλάδα βρίσκεται στην 8^η θέση μαζί με την Ελβετία, τη Γερμανία, τον Καναδά και την Ισπανία στα ποσοστά θανάτων των γυναικών που έχουν σχέση με την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό. Συγκεκριμένα για κάθε

100 χιλιάδες γεννήσεις συμβαίνουν 5 θάνατοι γυναικών, όταν ο μέσος όρος των βιομηχανικών χωρών είναι 13 στις 100 χιλιάδες γεννήσεις. Από αυτή την οπτική η Ελλάδα είναι σε καλύτερη θέση από την Αυστρία, τη Γαλλία, την Ολλανδία, την Φιλανδία, τη Μ. Βρετανία και τις Η.Π.Α. Υπάρχει πρόβλημα τεράστιο μητρικής θνησιμότητας στον κόσμο. Κάθε χρόνο πεθαίνουν 500 χιλιάδες γυναίκες από τέτοιες επιπλοκές ενώ το 99% αυτών των περιπτώσεων συμβαίνουν στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Η πιο κοινές αιτίες θανάτου είναι: αιμορραγία, υπέρταση που οφείλεται σε εγκυμοσύνη, μόλυνση, δύσκολη εργασία, έκτρωση με επισφαλή μέσα. Οι γυναίκες υποφέρουν ή πεθαίνουν γιατί δεν τους δίνεται η δέουσα προσοχή όταν είναι ακόμα παιδιά, παντρεύονται στην εφηβεία, ζουν σε άσχημα οικονομικά συνθήκες και είναι αναλφάβητες, υποσιτίζονται και εργάζονται σκληρά, υπόκεινται σε βλαβερές για την υγεία τους παραδοσιακές πρακτικές, δεν απολαμβάνουν ίσα κοινωνικά και νομικά δικαιώματα με τους άνδρες και δεν δύνανται να συμμετάσχουν στα κέντρα αποφάσεων, δεν έχουν πρόσβαση σε κέντρα εκπαίδευσης και οικογενειακού προγραμματισμού και σε κέντρα υγείας. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο περίπου το 1/3 των κυήσεων είναι ανεπιθύμητες, ενώ οι εκτρώσεις με ακατάλληλα μέσα και συνθήκες ευθύνονται για τον θάνατο 100 χιλιάδων γυναικών το μήνα σε όλο τον κόσμο. Περίπου το 1/3 των θανάτων που σχετίζονται με την μητρότητα συνδέονται άμεσα με το συνολικό αριθμό κυήσεων στη ζωή μιας γυναίκας (περισσότερες από 40 ή με την ηλικία της εγκύου (κάτω των 18 ή άνω των 35) ιδιαίτερα στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν τα προβλήματα του τρίτου κόσμου όπου η απώλεια μιας γυναίκας στην προσπάθειά της να φέρει ένα παιδί στον κόσμο είναι συχνή. Η πολιτεία παρέχει ορισμένες παροχές στην γυναίκα έγκυο-μητέρα. Υπάρχουν ιατρικές υπηρεσίες από ειδικευμένους μαιευτήρες, γυναικολόγους, παιδίατρους και μαιευτικά ιατρεία των νο-

σοκομείων του Ε.Σ.Υ., στα ιατρεία του Ι.Κ.Α., των κέντρων υγείας, αλλά και στα πολυτελή ιδιωτικά μαιευτήρια και κλινικές και τα αμέτρητα ιδιωτικά εργαστήρια με υπερσύγχρονη τεχνολογία.

Η Ελληνική έκθεση στην Ευρωπαϊκή Διάσκεψη πληθυσμού υπογραμμίζει ότι η μητρική θνησιμότητα μειώθηκε εντυπωσιακά από 17,6 σε 1,1 θανάτους σε 100.000 γεννήσεις ζωντανών παιδιών ποσοστό πολύ χαμηλότερο από εκείνο που αναφέρει η έκθεση της Unicef (5 θανάτους στις 100 χιλιάδες γεννήσεις).

Ε. Η γεροντική θνησιμότητα

Η θνησιμότητα είναι πολύ υψηλότερη στις μεγάλες ομάδες ηλικιών. Σημειώθηκε όμως μείωση της θνησιμότητας αυτής και αύξηση της προσδοκώμενης ζωής τα τελευταία χρόνια. Η ηλικία δεν είναι αιτία θανάτου. Η γεροντική εξάντληση δεν προκαλεί θάνατο ενός ατόμου αλλά πρέπει να υπάρχουν και ειδικές αιτίες. Η μεγάλη εξάπλωση του καρκίνου και των εγκεφαλοαγγειακών νοσημάτων οφείλεται και στην γήρανση του πληθυσμού. (Βιβλιογραφία: ΕΛΚΕ-ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ, 1994)

4.4. ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Τις αιτίες θανάτου μπορούμε να τις κατατάξουμε κατά διάφορους τρόπους, Επιλέγουμε την κοινωνιολογική άποψη στην οποία χρησιμότερη φαίνεται η κατάταξή τους σε πέντε μεγάλες κατηγορίες:

1. Θάνατοι που προέρχονται από βιολογικές αιτίες
2. Θάνατοι που οφείλονται σε ασθένειες
3. Βίαιοι θάνατοι
4. Θάνατοι από πολεμικές αιτίες

5. Θάνατοι που οφείλονται από θεομηνίες και έκτακτα γεγονότα

Ειδική θνησιμότητα στην Ελλάδα κατά αιτία θανάτου 1960-1992 (Θάνατοι επί 100.000 κατοίκων – Πέντε κύριες ομάδες αιτιών).								
Αιτίες θανάτου	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1992
Λοιμώδη νοσήματα	33,5	20,4	22,7	14,5	8,6	6,8	6,2	6,5
Νεοπλάσματα	107,6	125,7	141,7	158,8	168,4	184,3	192,5	198,5
Αγγειο-καρδιακά	194,1	241,5	289,9	325,4	387,4	437,1	479,0	461,6
Αναπνευστικού συστήματος	47,8	56,9	90,1	73,4	67,9	55,5	48,2	49,9
Βίαιοι θάνατοι	35,8	41,1	44,6	47,0	48,7	49,3	49,8	39,1
Εξ όων: ατυχήματα	6,9	10,6	13,0	16,8	17,6	21,7	21,3	34,5
<i>Πηγή: 1960-1990: Γ. Σιάμπος, "Η δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα", ΙΑΔΗΠ, Ετήσια Έκθεση (1990) για τη δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα, Αθήνα, 1991, σελ. 20. 1992: ΕΣΥΕ, Διεύθυνση Πληθυσμού, Τμήμα Φυσικής Κίνησης Πληθυσμού</i>								

ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

1. Βιολογικές
 - α) Γήρας
 - β) Κληρονομικές «συγγενείς» κλπ. οργανικές και άλλες ανωμαλίες και παθήσεις
 - γ) Ασцитία, κακή διατροφή κλπ.

2. Ασθένειες
 - α) Λοιμώξεις και μεταδοτικές αρρώστιες
 - β) Εκφυλιστικές παθήσεις

3. Βίαιοι θάνατοι
 - α) Ανθρωποκτονίες
 - β) Ατυχήματα
 - i) Αυτοκινητιστικά
 - ii) Άλλα
 - γ) Αυτοκτονίες
4. Πολεμικές αιτίες
5. Θεομηνίες και έκτακτα γεγονότα

Στις πέντε κύριες κατηγορίες αιτιών θανάτου μπορούμε να τις χωρίσουμε σε δύο μεγάλες ομάδες. Στην πρώτη περιλαμβάνονται οι τρεις πρώτες κατηγορίες (βιολογικές αιτίες, ασθένειες, βίαιοι θάνατοι) που αναφέρονται κατ' αρχήν σε μεμονωμένα συμβάντα (σε θανάτους μεμονωμένων ατόμων) έστω κι αν καμιά φορά συμβαίνει να εμφανισθούν ταυτόχρονα πολλά τέτοια συμβάντα (π.χ. πολλοί ταυτόχρονα θάνατοι σε ένα αεροπορικό ή ένα σιδηροδρομικό δυστύχημα). Στην δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονται οι δύο τελευταίες κατηγορίες (πολεμικές αιτίες και έκτακτα γεγονότα και θεομηνίες), φαινόμενα δηλαδή που πλήττουν ολόκληρους πληθυσμούς και προκαλούν ομαδικούς, θα λέγαμε, θανάτους.

Στην πρώτη κατηγορία αιτιών θανάτου, τις **βιολογικές**, κατατάσσονται φαινόμενα φυσιολογικά (γήρας), μειονεξίες του οργανισμού (κληρονομικές, συγγενείς ανωμαλίες και παθήσεις κλπ.) και αδυναμία του ατόμου να εξασφαλίσει την επιβίωσή του (ασιτία, κακή διατροφή κλπ.) αδιάφορο αν πρόκειται για υποκειμενική ή αντικειμενική αδυναμία. Και στις τρεις περιπτώσεις έχουμε να κάνουμε με παράγοντες που αναφέρονται στην ικανότητα ενός οργανισμού να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της ζωής.

Η δεύτερη κατηγορία, **οι ασθένειες**, περιλαμβάνει δύο μεγάλες υποκατηγορίες: **τις λοιμώδεις και μεταδοτικές ασθένειες** και **τις εκφυλιστικές παθήσεις**. Στις πρώτες ανήκουν και αυτές που μεταδίδονται από άτομο σε άτομο και αυτές που μεταδίδονται μέσω του περιβάλλοντος (όπως λ.χ. οι επιδημικές αρρώστιες της χολέρας, του τύπου, της πανώλης κλπ.). Στην δεύτερη κατηγορία κατατάσσονται οι παθήσεις εκείνες που κατ' αρχήν εμφανίζονται σε μεγάλες ηλικίες και μαρτυρούν μια αποδιοργάνωση του οργανισμού. Τέτοιες είναι π.χ. οι αγγειοπάθειες, οι καρδιοπάθειες, τα καλοήθη (όγκοι) και τα κακοήθη νεοπλασμάτα (καρκίνοι) κλπ.

Ο αδρός δείκτης θνησιμότητας συνδέεται στενά με τις δύο τελευταίες υποκατηγορίες φαινομένων. Όταν ο δείκτης είναι υψηλός οι περισσότεροι θάνατοι (που είναι και πρόωροι) προέρχονται κατά κανόνα από λοιμώδεις και μεταδοτικές αρρώστιες. Η εξυγίανση του περιβάλλοντος, η έγκαιρη λήψη προληπτικών μέτρων κατά των επιδημιών (υγιεινομικοί έλεγχοι, εμβολιασμοί κλπ.) η έγκαιρη και σωστή διάγνωση και θεραπεία, η επάρκεια ιατρικού και παρα-ιατρικού προσωπικού, νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και τεχνικού εξοπλισμού, η έκταση και η ποιότητα της υγειονομικής ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού κλπ. – όλα αυτά συντελούν στην μείωση της θνησιμότητας και στην παράταση της ζωής. Ταυτόχρονα όμως οδηγούν και σε διαφορετική σύνθεση της θνησιμότητας κατά αιτία θανάτου. Εκεί που πρώτα οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονταν σε λοιμώδεις και μεταδοτικές νόσους, τώρα στο μεγαλύτερο ποσοστό τους προκαλούνται από εκφυλιστικές παθήσεις. Χαρακτηριστική είναι η μεταβολή που σημειώθηκε στον τομέα αυτόν στην μεταπολεμική Ελλάδα. Στην χώρα μας προπολεμικά το 60% των θανάτων οφειλόταν σε μεταδοτικά νόσους. Σήμερα το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων οφείλεται σε εκφυλιστικές παθήσεις. Αρρώστιες που παλαιά ήταν κοινωνικά στίγματα, όπως η φυματίωση (το χτικιό), ή εμφάνιζαν υψηλή συχνότητα σε

ορισμένες περιοχές, όπως η ελονοσία, και που προκαλούσαν συχνούς θανάτους σήμερα σπάνια αποτελούν αιτίες θανάτου. Οι αρρώστιες που προκαλούνται από τον ανθυγιεινό περιβάλλον (λοιμώξεις, εντερίτιδες κλπ.) τείνουν να εκλείψουν. Οι παιδικές αρρώστιες (κοκκύτης, ιλαρά κλπ.) κοντεύουν κι αυτές να εκλείψουν χάρη στα σύγχρονα εμβόλια και χάρη στο γεγονός ότι οι σημερινές μητέρες δεν εκθέτουν πλέον εσκεμμένα τα παιδιά τους στις αρρώστιες αυτές «για να τις περάσουν μια ώρα αρχύτερα» (πρβλ. Τσαούσης, 1971:54-67). Αντίστοιχες εξελίξεις έχουν σημειωθεί και σε άλλες χώρες (βλ. Μορισό – Μποσάν, 1964). Μπορούμε έτσι να χρησιμοποιήσουμε τους ειδικούς και αιτία θανάτου δείκτες ως ένδειξη επιπέδου πολιτιστικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Όπου οι θάνατοι από λοιμώδεις και μεταδοτικές νόσους είναι συχνοί θα πρέπει να περιμένουμε χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης. Όπου αντίθετα είναι συχνοί οι θάνατοι από εκφυλιστικές παθήσεις θα πρέπει να περιμένουμε μακροβιότητα και, κατά συνέπεια, σχετικά υψηλή στάθμη κοινωνικής και πολιτιστικής ανάπτυξης.

Στην τρίτη κατηγορία αιτιών θανάτου, **στους βίαιους θανάτους**, περιλαμβάνονται οι ανθρωποκτονίες, τα ατυχήματα και οι αυτοκτονίες. Η συχνή εμφάνιση της ανθρωποκτονίας παρέχει την ένδειξη ότι στις κοινωνίες αυτές δίδεται μικρή σημασία στη ζωή και ότι κυριαρχούν βίαιες και απότομες αντιδράσεις που οδηγούν σε δυναμική αναμέτρηση και λύση των διαφορών. Υπάρχουν επομένως πολιτιστικοί παράγοντες που ευθύνονται για την συχνότητα των ανθρωποκτονιών σε μια κοινωνία. Η υψηλή συχνότητα θανάτων από ατυχήματα είναι συνάρτηση του οικονομικού επιπέδου (π.χ. το αυτοκινητικά ατυχήματα εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό και από τον αριθμό των κυκλοφορούντων οχημάτων), του οργανωτικού επιπέδου (ύπαρξη ή μη κατάλληλων κανονισμών πρόληψης ατυχημάτων κλπ.), και του πολιτιστικού επιπέδου μιας κοινωνίας (στάση απέναντι στον κίνδυνο και την πιθανότητα επέλευσής του, εφαρμογή των κανονι-

σμών κλπ.). Οι αυτοκτονίες αποτελούν και αυτές ένα χαρακτηριστικό κοινωνικό φαινόμενο που συνδυάζεται με διάφορα πολιτιστικά και άλλα χαρακτηριστικά των κοινωνικών κατηγοριών όπου εμφανίζονται συχνότερα. Η πρώτη εκτεταμένη κοινωνιολογική μελέτη του φαινομένου έγινε από τον Ε. Ντυρκάιμ το 1897. Σήμερα το φαινόμενο της αυτοκτονίας εξετάζεται και από άλλες απόψεις, οι μελέτες όμως που έχουν γίνει δεν έχουν ακόμα καταλήξει σε αναμφισβήτητες συσχετίσεις μεταξύ της συχνότητας των αυτοκτονιών και ορισμένων χαρακτηριστικών κοινωνικών συνθηκών και φαινομένων.

Όσον αφορά τις **πολεμικές αιτίες**, πρέπει να παρατηρηθεί ότι υπάρχουν τόσο οργανωτικοί όσοι και πολιτιστικοί παράγοντες που καθορίζουν την σημασία τους ως αιτίας θανάτου σε μια δεδομένη στιγμή. Από οργανωτική πλευρά θα πρέπει να επισημανθούν εδώ οι οργανωτικές και τεχνολογικές όψεις της επίθεσης (πρόκληση θανάτων) και της άμυνας (αποτροπή θανάτων). Από πολιτιστική πλευρά θα πρέπει να αναφερθούν ενδεικτικά (α) το γενικό θέμα που πότε ένα κοινωνικό σύνολο καταφεύγει στην βία ως μέσο επίλυσης των διαφορών, (β) ποια όρια βίας θεωρεί ένα κοινωνικό σύνολο θεμιτά και ποιες μορφές βίας θεωρεί υπερβολικές και απαράδεκτες, (γ) ποια έκταση δίνει μια κοινωνία στην ένοπλη σύρραξη. Το τελευταίο θέμα είναι σημαντικό αν ληφθεί υπόψη ότι ο 20^{ος} αιώνας κληροδότησε στην ανθρωπότητα την έννοια και την πρακτική του «καθολικού πολέμου», που δεν διακρίνει μεταξύ μάχιμου και άμαχου πληθυσμού αλλά καταφέρει βαριά πλήγματα στα μετόπισθεν, με σκοπό να κάμψει την οικονομική αντοχή και το ηθικό του αντιπάλου.

Οι θεομηνίες και τα έκτακτα γεγονότα, όπως λ.χ. οι σεισμοί, οι πλημμύρες κλπ. είναι βέβαια, σε μεγάλο ποσοστό απρόβλεπτα. Όμως οι θάνατοι που προέρχονται αμέσως από τα γεγονότα αυτά είναι συνήθως περιορισμένοι σε αριθμό. Οι περισσότεροι θάνατοι επέρχονται μετά το ζημιογόνο γεγονός ενώ θα μπορούσαν να αποφευχθούν, αν υπήρχε ο κα-

τάλληλος μηχανισμός και οργάνωση διάσωσης και περίθαλψης. Συχνά πάλι πολλοί θάνατοι θα μπορούσαν να προληφθούν αν ήταν αρκετά διαδομένες οι κατάλληλες γνώσεις και τεχνικές (πρβλ. λ.χ. την περίπτωση των αντισεισμικών κατασκευών). Ακριβώς λοιπόν η έλλειψη των γνώσεων, των μηχανισμών και των διαδικασιών πρόληψης ή καταστολής των επιζημιών αποτελεσμάτων των θεομηνιών και των έκτακτων γεγονότων είναι που επιφέρει τελικά δυσανάλογα υψηλές απώλειες και υπογραμμίζει την σημασία των πολιτιστικών και των οργανωτικών παραγόντων στην διαμόρφωση του θνησιμότητας αυτής σε χαμηλότερα ύψη.

4.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΑ ΜΕΓΕΘΗ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Μελετώντας τις αιτίες θανάτου είδαμε ότι η συχνότητα με την οποία δρα κάθε κατηγορία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί, είτε υπάρχουν είτε απουσιάζουν, διαμορφώνουν τις ειδικότερες εκείνες συνθήκες που καθιστούν δυνατή ή που εμποδίζουν την εμφάνιση και εκδήλωση των διαφόρων επί μέρους αιτιών. Συμβατικά θα μπορούσαμε να κατατάξουμε τους παράγοντες αυτούς σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στους οργανωτικούς και στους πολιτιστικούς.

Οργανωτικοί παράγοντες είναι όσοι αφορούν: (α) τα μέσα και (β) την διαδικασία πρόληψης των θανάτων.

Πολιτιστικοί παράγοντες είναι όσοι αφορούν τις αντιλήψεις που διαμορφώνουν:

- (α) την στάση των ατόμων και του κοινωνικού συνόλου έναντι του θανάτου και των αιτιών του,
- (β) την έκταση και αποτελεσματικότητα της χρήσης των υφιστάμενων μέσων και διαδικασιών πρόληψης θανάτων (οργανωτικών παραγόντων),

(γ) την ανάληψη πρωτοβουλίας διεύρυνσης και αύξησης της αποτελεσματικότητας των μέσων και διαδικασιών πρόληψης θανάτων (οργανωτικών παραγόντων).

Με βάση την παραπάνω διάκριση θα κατατάξουμε τους διάφορους επιμέρους παράγοντες με τον ακόλουθο τρόπο. Η κατάταξη είναι ενδεικτική.

Στους οργανωτικούς παράγοντες περιλαμβάνονται:

1. Το πλαίσιο παροχής υγειονομικής προστασίας, που καλύπτει:
 - (α) τον έλεγχο του περιβάλλοντος (προστασία της δημόσιας υγείας, εξυγίανση του περιβάλλοντος, πρόληψη της μόλυνσης του περιβάλλοντος κλπ.)
 - (β) το σύστημα (μέσα και διαδικασίες) ιατρικής, νοσοκομειακής και φαρμακευτικής περίθαλψης – ή κατ' άλλη διατύπωση, τις αντικειμενικές δυνατότητες άσκησης προληπτικής και θεραπευτικής προστασίας του ατόμου.
2. Το πλαίσιο παραγωγής και διανομής αγαθών (οικονομία και τεχνολογία)
3. Το πλαίσιο πρόληψης (νόμοι, κανονισμοί, τεχνολογικές εφαρμογές, ασκήσεις συναγερμού κλπ.)
4. Οι θεσμοί πρόληψης και καταστολής (αστυνομία, δικαιοσύνη, σωφρονιστήρια, κοινωνικές υπηρεσίες κλπ.)
5. Η τεχνολογία του πολέμου (επίθεση και άμυνα)
6. Η οργάνωση της περίθαλψης (σε περίπτωση θεομηνιών κλπ.) (εφόδια, πρόγραμμα ενέργειας, σύστημα άμεσης επέμβασης κλπ.)

Στους **πολιτιστικούς** παράγοντες περιλαμβάνονται:

1. Οι αντιλήψεις και δοξασίες για τη φύση και το φευκτό της νόσου και του θανάτου

2. Ο βαθμός χρήσης (έκταση και ένταση) των υφισταμένων μέσων και διαδικασιών (οργανωτικών παραγόντων)
3. Οι τρόποι ζωής (συνήθειες εργασίας, διατροφής, κατοικίας κλπ.)
4. Οι γνώσεις και το μορφωτικό επίπεδο
5. Το σύστημα αξιών και ιδιαίτερα η αξία που δίδεται στην ανθρώπινη ζωή (προφύλαξη, διατήρηση, παράταση κλπ.)
6. Ο βαθμός πρόβλεψης και πιθανολόγησης του κινδύνου και προπαρασκευής για την αντιμετώπιση ή την παρεμπόδισή του (εκφράσεις όπως «δε βαριέσαι», «δε έχει ανάγκη» κλπ. δείχνουν συνήθως χαμηλό βαθμό πρόβλεψης).

Διάφοροι κάθε φορά (μόνοι ή σε συνδυασμό) και με διαφορετικοί σε κάθε περίπτωση ένταση είναι οι παράγοντες που επενεργούν και διαμορφώνουν τα μεγέθη της θνησιμότητας σε κάθε κατηγορία αιτιών θανάτου (ΤΣΑΟΥΣΗ Δ.Γ., 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

5.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Δημογραφική γήρανση ή γήρανση πληθυσμού ορίζεται η αύξηση του πληθυσμού της αναλογίας των ηλικιωμένων, ατόμων (συνήθως 60 ή 65 ετών και άνω) στον πληθυσμό, η οποία αντανakλάται στην επακόλουθη αύξηση της διάμεσης ηλικίας του πληθυσμού, με ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των νέων (0-14 ή 0-19) και ενδεχομένως της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας (15-64 ή 20-60 ετών). Με άλλα λόγια όταν η γονιμότητα είναι χαμηλή και ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνει, η μέση ηλικία ανέρχεται και η διάρθρωση του πληθυσμού γερνώνει.

Διακρίνεται σε α) γήρανση από τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών όταν μειώνεται η αναλογία των νέων ατόμων που οφείλεται στη μείωση της γεννητικότητας και β) σε γήρανση από την κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών όταν αυξάνει ο πληθυσμός των ηλικιωμένων εξαιτίας της μείωσης της θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών.

Ο όρος δημογραφική γήρανση

Ορίζει ταυτόχρονα μια διαδικασία και το αποτέλεσμα της. «Η διαδικασία είναι η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ενώ θέση-αποτέλεσμα είναι το γεγονός ότι ο πληθυσμός καταγράφει μια υψηλή αναλογία ηλικιωμένων». Συνίσταται επομένως στη μεταβολή της διάρθρωσης του πληθυσμού και μεγάλες ομάδες ηλικιών. Δεν πρέπει να συγχέεται με την αύξηση του αριθμού των γερόντων, η οποία οφείλεται στην αύξηση του πληθυσμού και στην παράταση του ορίου ζωής που δεν καταλήγει σε αύξηση της αναλογίας τους στο συνολικό πληθυσμό. Η

γνώση του αριθμού ηλικιωμένων είναι απαραίτητη για την μέτρηση των αναγκών, καθώς και το πόσοι είναι οι ηλικιωμένοι που κατενέμονται στο χώρο, ποιοί από αυτούς είναι εξαρτημένοι και ποιοι άνω των 80, αποτελούν στοιχεία που θα πρέπει να γνωρίζουν οι αρμόδιοι για την χάραξη κοινωνική πολιτικής.

Η δημογραφική γήρανση δεν είναι έννοια ταυτόσημη με την ατομική γήρανση ή τα γηρατειά που είναι μια βιολογική διαδικασία δυναμική και συνεχιζόμενη, με την οποία ένας οργανισμός μεταβάλλεται από τη γέννηση μέχρι το θάνατο, με άλλα λόγια η επίδραση του χρόνου στα ανθρώπινα σώματα που προκαλεί μορφολογικές και λειτουργικές μεταβολές. Η χρονολογική ηλικία δεν συμπίπτει με τη φυσιολογική ηλικία και το σημείο από το οποίο τα γηρατειά αρχίζουν δεν μπορεί να προσδιοριστεί. Για τον καθορισμό της ηλικίας συνταξιοδότησης και σε γεροντολογικές μελέτες χρησιμοποιείται μια αυθαίρετη χρονολογική ηλικία, η οποία συνήθως δεν έχει σχέση με η φυσιολογική και ψυχολογική ηλικία, με τη λειτουργική ικανότητα και την επιδεξιότητα για εργασία.

Ο ηλικιωμένος πληθυσμός είναι από δημογραφική άποψη ετερογενής ομάδα που περιλαμβάνει μια μεγάλη κλίμακα ηλικιών και μεγάλες διαφορές στα χαρακτηριστικά των μελών που τον αποτελούν. Επί πλέον υπάρχει μια ταχεία «περιστροφή» σε αυτό τον πληθυσμό, αφού τα ποσοστά θνησιμότητας είναι σχετικά υψηλά. Μια νεότερη ομάδα εισέρχεται στην ομάδα των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών και κάθε ομάδα ηλικιών των ηλικιωμένων μετακινείται για να καταλάβει μια νέα υψηλότερη ηλικιακή κατηγορία, καθώς οι προηγούμενοι γερνούν ή πεθαίνουν. Αυτά τα νέα μέλη μπορεί να έχουν αρκετά διαφορετικά χαρακτηριστικά από εκείνους που τα αντικαθιστούν.

Η γήρανση του πληθυσμού είναι το αντίθετο της ανανέωσης του πληθυσμού και της επακόλουθης μείωσης της διάμεσης ηλικίας του πληθυσμού. Η ανανέωση του πληθυσμού χαρακτηρίζεται από αύξηση του

ποσοστού των νέων, μείωση του ποσοστού των ηλικιωμένων και ελάττωση της διάμεσης ηλικίας (ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: ΕΜΚΕ-ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ, 1994).

5.2 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα αίτια της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα είναι:

α) Η μείωση της γεννητικότητας (γήρανση από τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών). Μειώνονται οι γεννήσεις και επομένως μειώνεται και η αναλογία των νέων ατόμων και διευρύνεται η αναλογία των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό.

β) Η μετανάστευση προς το εξωτερικό αποτελεί αιτία γήρανσης, γιατί οι περισσότεροι μετανάστες ανήκουν στον πληθυσμό των παραγωγικών ηλικιών. Η μετανάστευση είχε ως συνέπεια την επιτάχυνση του ρυθμού γήρανσης στην περίοδο που είχε σημειωθεί μαζική αποδημία. Η παλιννόστηση και η είσοδος μεταναστών την περίοδο 1974-1991 είχαν ως συνέπεια την επιβράδυνση του ρυθμού γήρανσης, επειδή οι περισσότεροι από εκείνους που παλιννοστούν ή μεταναστεύουν ανήκουν στον πληθυσμό των παραγωγικών ηλικιών. Η είσοδος ξένων εργατών έχει συμβάλει σημαντικά στον περιορισμό του ρυθμού γήρανσης.

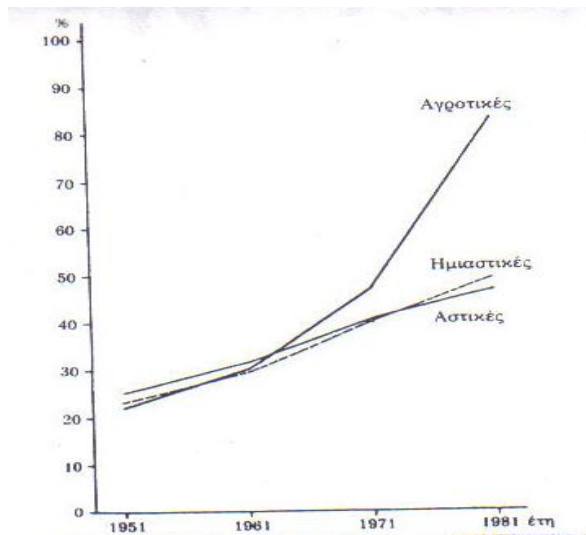
γ) Η εξέλιξη της θνησιμότητας μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '70 δεν υπήρξε αιτία γήρανσης, αλλά ανανέωσης του πληθυσμού. Μειώθηκαν αναλογικά περισσότερο οι θάνατοι των νέων ατόμων, με αποτέλεσμα να αυξηθεί η αναλογία παιδιών, νέων και μεσήλικων στο συνολικό πληθυσμό. Η μείωση της θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών, συνέβαλε στην επιτάχυνση του ρυθμού γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού στη δεκαετία του '80 (γήρανση από την κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών). Στη γήρανση του γυναικείου πληθυσμού, αισθητά μεγαλύτερη από του ανδρικού, παίζει ρόλο η υπερθνησιμότητα των ανδρών, η αποδημία και οι πόλεμοι του παρελθόντος.

Η Ελλάδα στην περίοδο 1981-1991 γνώρισε νέα αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην μεγάλη μείωση της γονιμότητας και στην είσοδο στην κατηγορία 65 ετών και άνω ατόμων που γεννήθηκαν στην περίοδο 1924-1926, όταν η γεννητικότητα ήταν υψηλή. Η μείωση της γονιμότητας θεωρείται από τους κυριότερους παράγοντες γήρανσης (*ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: ΕΜΚΕ-ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ, 1994*).

5.3. Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΩΝ ΑΣΤΙΚΩΝ, ΤΩΝ ΗΜΙΑΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ

Το ποσοστό των ηλικιωμένων στις αγροτικές περιοχές είναι ανώτερο από τον εθνικό μέσο όρο και από τα αντίστοιχα ποσοστά των αστικών και ημιαστικών περιοχών. Στη περίοδο 1951-1981 η αναλογία των ηλικιωμένων στις αγροτικές περιοχές αυξήθηκε από 7,3% σε 19,3%, στις αστικές περιοχές από 6,0% σε 10,6% και στις ημιαστικές από 6,8% σε 12,2%. Ο δείκτης γήρανσης στις αγροτικές περιοχές από 22,2% έφτασε σε 83,4%, ενώ στις αστικές περιοχές η αντίστοιχη αύξηση ήταν 25,6% σε 45,5% και στις ημιαστικές από 23,3% σε 49,3%. Ο σημαντικός βαθμός γήρανσης του αγροτικού πληθυσμού είναι αποτέλεσμα του βίαιου μεταναστευτικού ρεύματος της περιόδου 1953-1973, της εσωτερικής μετανάστευσης και της φθίνουσας γεννητικότητας των αγροτικών περιοχών (*Κοινωνική εργασία 1993*).

Δείκτης γήρανσης του πληθυσμού της Ελλάδος κατά περιοχές

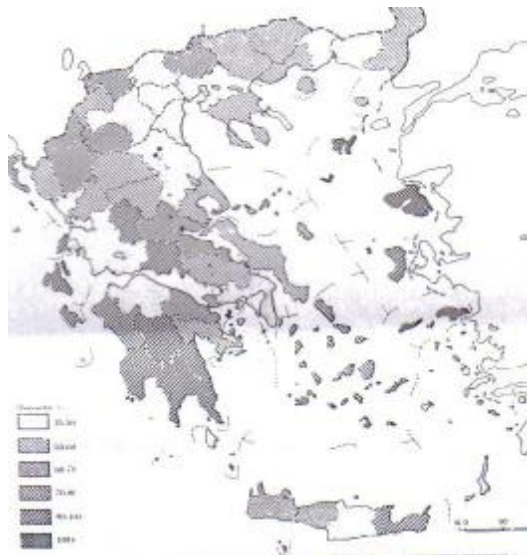


Πηγή: ΕΛΚΕ – ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ (1985)

Β. Η γήρανση του πληθυσμού των νησιωτικών και ακριτικών νομών της χώρας.

Το 1981 στους 52 Νομούς της χώρας οι 38 παρουσιάζουν δείκτη γήρανσης ανώτερο από τον εθνικό μέσο όρο, ενώ ιδιαίτερα γερασμένοι είναι οι νομοί των νησιωτικών και ακριτικών περιοχών της χώρας (Σάμου, Λέσβου, Χίου, Κεφαλληνίας) (Κοινωνική Εργασία 1993).

Δείκτης γήρανσης κατά νομό (1981)



Πηγή: ΕΛΚΕ – ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ, *op. ut.*

Γ. Η γήρανση του πληθυσμού των παραγωγικών ηλικιών

Παραγωγικός πληθυσμός είναι οι ομάδες ηλικιών 15-64 ετών, που αποτελούν το κύριο σώμα του εργατικού δυναμικού και του οικονομικά ενεργού πληθυσμού της χώρας. Στην Ελλάδα παρατηρείται μετά το 1951 γήρανση του παραγωγικού πληθυσμού, δηλαδή αύξηση του ειδικού βάρους των μεγαλύτερων ομάδων ηλικιών στο σύνολο του παραγωγικού πληθυσμού και ελάττωση του ειδικού βάρους των νεοεισερχόμενων γενεών και των νεότερων ηλικιών. Αιτία η μετανάστευση προς το εξωτερικό, η μείωση της γεννητικότητας, η παράταση του χρόνου σπουδών και επομένως η καθυστέρηση της οικονομικά ενεργού ζωής.

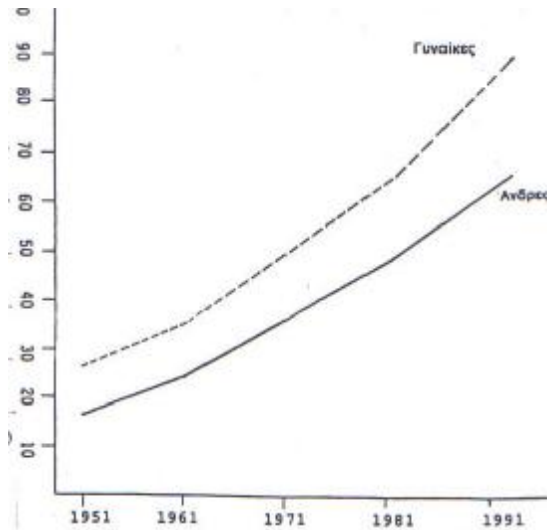
Στην περίοδο 1971-1981 σημειώθηκε διακοπή της πτωτικής τάσης των ομάδων των νέων και οφείλεται α) στην ένταξη στον παραγωγικό πληθυσμό των σχετικά πολυάριθμων ομάδων ηλικιών που γεννήθηκαν στη περίοδο 1950-1963 που η γεννητικότητα ήταν ανώτερη από 18% και β) στη διακοπή μετά το 1973 της εξωτερικής μετανάστευσης και την υπέρβασή της από την παλιννόστηση (*Κοινωνική Εργασία 1993*).

Δ. Η γήρανση κατά φύλο

Το ποσοστό των ηλικιωμένων ανδρών (>65 ετών) από 6,1% το 1951 ανήλθε σε 12,6% το 1991, ενώ των ηλικιωμένων γυναικών από 7,3% σε 15,8%. Αντίθετα, ο δείκτης γήρανσης ανδρών από 18 ανήλθε σε 65 και των γυναικών από 27 στο 90. Παράλληλα το 1991 έχουμε 190.000 περισσότερες γυναίκες από άνδρες στις ηλικιακές ομάδες άνω των 65 ετών, 60.000 περισσότερες γυναίκες από άνδρες στις ηλικιακές ομάδες άνω των 80 ετών. Επομένως, το έτος αυτό αναλογούν στις ομάδες 65+ και 80+ αντίστοιχα 129 και 145 γυναίκες σε 100 άνδρες.

Μετανάστευση, πολεμικές συγκρούσεις και θνησιμότητα, δρουν συσσωρευτικά και διαφοροποιημένα, διευρύνοντας το χάσμα και εξηγούν τη διαφορά δημογραφικής γήρανσης των δύο φύλων (*Κοινωνική Εργασία 1993*).

Δείκτης γήρανσης του πληθυσμού της Ελλάδας κατά φύλο (1951-1991)



Ε. Η γήρανση κατά “οικογενειακή κατάσταση”

Στη χώρα μας, υπάρχει ιδιαίτερα έντονη γαμηλιότητα με αποτέλεσμα σχεδόν 95 στους 100 άνδρες και γυναίκες να συνάπτουν σε κάποια στιγμή της ζωής τους γάμο, ενώ παράλληλα η διάλυση των έγγαμων συμβιώσεων είναι περιορισμένη σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Όμως είναι προφανές ότι η διαφορετική θνησιμότητα ανάμεσα στα δύο φύλα, έχει άμεσες επιπτώσεις με αποτέλεσμα την ύπαρξη σημαντικού αριθμού χήρων γυναικών. Ιδιαίτερα στις περιοχές της χώρας όπου η γήρανση είναι έντονη, εκτός της υψηλής (συνολικά) αναλογίας ατόμων άνω των 65 ετών διαπιστώνουμε την σημαντικά υψηλότερη αναλογία ηλικιωμένων γυναικών που κατά μέσο όρο ζουν στη χώρα μας 55 χρόνια περισσότερο από ότι οι άνδρες. Η διαφορά αποδίδεται στη μεγαλύτερη μακροβιότητα των γυναικών, στην υπερθνησιμότητα των ανδρών και στο ότι οι ηλικιωμένες χήρες σπάνια ξαναπαντρεύονται.

Ο αριθμός μονομελών νοικοκυριών που αποτελούνται από ένα ηλικιωμένο άτομο τείνει να αυξηθεί και το φαινόμενο αυτό παίρνει διαστάσεις μετά τις αλλαγές που επήλθαν στη διάρκεια της τελευταίας εικο-

σαετίας στην ελληνική οικογένεια, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές. Επομένως οι κοινωνικού χαρακτήρα υπηρεσίες που αναπτύσσονται, οφείλουν να λάβουν σοβαρά υπόψη την παράμετρο αυτή που θα παίζει όλο και σημαντικότερο ρόλο στο βαθμό που διαπιστώνεται τάση μείωσης της γαμηλιότητας και αύξησης των διαζυγίων (*Κοινωνική εργασία, 1993*).

5.3. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

ι) Οικονομικές επιπτώσεις: Επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των δαπανών κοινωνικής ασφάλισης και στις δαπάνες υγείας. Αναφέρεται συχνότατα ότι η δημογραφική γήρανση: α) εξαιτίας της αυξανόμενης δυσαναλογίας συνταξιούχων προς εργαζόμενους προκαλεί δυσχέρειες στη χρηματοδότηση των συντάξεων ή και στη βελτίωση των ιδιαίτερα χαμηλών συντάξεων ορισμένων ταμείων και β) προκαλεί μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία υπό την διττή επίδραση της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων και της αύξησης της ροπής για κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών στις μεγάλες ηλικίες. Ταυτόχρονα, στον ίδιο αυτό τομέα τονίζεται η αύξηση “των οικονομικών βαρών”, γενικώς στον οικονομικά – παραγωγικό πληθυσμό. Ορισμένοι μάλιστα δημοσιογράφοι (Α. Saury) διατυπώνουν και ακραίες θέσεις του τύπου: ανεξαρτήτως της πηγής των εισοδημάτων των ηλικιωμένων (συντάξεις, επιδόματα, εισοδήματα κεφαλαίου κλπ.), τα εισοδήματα αυτά αντιπροσωπεύουν αφαίρεση από την παραγωγή της παραγωγής πληθυσμούς.

Στις εργασίες πολλών επιστημόνων που υιοθετούν την πρώτη οπτική γωνία αναφέρονται ιδιαίτερα: α) οι επιπτώσεις στην κατανάλωση και την αποταμίευση (διαφορική κατανάλωση, αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού που στερείται υψηλής αποταμιευτικής ικανότητας και άμβλυνσης παράλληλα της πίεσης για αποταμίευση για την εκπλήρωση οικογενειακών υποχρεώσεων, β) οι επιπτώσεις στις δημόσιες επενδύσεις (ιδιαίτερα στους τομείς υγείας, περίθαλψης, πρόνοιας) και στις ιδιωτικές επεν-

δύσεις (άμβλυνση του λεγόμενου επιχειρηματικού πνεύματος, αναποφασιστικότητα, προβληματική εισαγωγή νεωτεριστικών καινοτόμων αντιλήψεων αντιλήψεων κλπ.) γ) οι επιπτώσεις στην παραγωγή και την παραγωγικότητα (επαγωγό της χαμηλής γεωγραφικής και επαγγελματικής κινητικότητας, της αποδοτικότητας ως συνάρτησης φυσιολογικών παραμέτρων κ.ο.κ.).

ii) Πολιτικές επιπτώσεις, καθώς οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύονται όλο και περισσότερο στο εκλογικό σώμα και θεωρείται ότι είναι περισσότερο συντηρητική, πιστεύεται ότι δυσχεραίνονται οι κοινωνικές αλλαγές (πρόσδεση στην παράδοση), τα κεκτημένα, έλλειψη τόλμης και επιθυμίας για αλλαγή).

iii) Εθνικές επιπτώσεις: αναφέρονται εδώ συνήθως οι επιπτώσεις στην άμυνα όπως η αύξηση των κονδυλίων για πολεμικούς εξοπλισμούς, η μείωση του στρατεύσιμου πληθυσμού, η αύξηση της στρατιωτικής θητείας κ.ο.κ.

iv) Κοινωνικές επιπτώσεις: Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν εκτός από τα προβλήματα υγείας και κινητικότητας, οικονομικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα.

1) Η δημογραφική γήρανση σε συνδυασμό με την αστικοποίηση μεταβάλλει τη συμβολή της κοινωνίας και της οικογένειας στην προσφορά υπηρεσιών προς του ηλικιωμένους.

Στις αστικές περιοχές και ιδιαίτερα στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη, όχι μόνο τα διαμερίσματα δεν είναι προσαρμοσμένα στις ανάγκες των ηλικιωμένων, αλλά δεν υπάρχει ούτε χώρος γι' αυτούς. Η παραδοσιακή μορφή της πατριαρχικής ή εκτεταμένης οικογένειας (παππούς – γιαγιά – παιδιά – εγγόνια) έχει σχεδόν καταργηθεί και επικρατεί η συζυγική ή πυρηνική οικογένεια. Όταν η γυναίκα εργάζεται, δεν έχει η οικογένεια την δυνατότητα να εξυπηρετήσει τους ασθενείς και ανάπηρους ηλικιωμένους, ενώ όταν δεν εργάζεται υπερφορτώνεται και περιορίζεται. Η κατάσταση

αυτή είχε ως συνέπεια την ιδρυματική περίθαλψη του ηλικιωμένου. Στο ίδρυμα όμως ο ηλικιωμένος ασυλοποιείται και δεν αξιοποιεί τις δυνάμεις του, ενώ στοιχίζει ακριβά στο κράτος και την οικογένεια. Η ίδρυση των ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων) στην Αθήνα , Θεσσαλονίκη και όλες τις πρωτεύουσες των νομών αποτελεί σημαντική προσφορά προς τους ηλικιωμένους, αλλά δεν παρέχουν καμιά ουσιαστική βοήθεια στους ασθενείς και τους ανάπηρους. Είναι ανάγκη να βοηθηθεί η οικογένεια με κάθε τρόπο δηλαδή με χρήματα, με παροχή υπηρεσιών (νοσοκόμων, οικιακών βοηθών, συνοδών ηλικιωμένων) ακόμα και με συμβουλές για να κρατήσει τους ηλικιωμένους στο σπίτι. Η βελτίωση των χαμηλών συντάξεων, οι επιδοτήσεις, η παροχή υπηρεσιών έχουν ως αποτέλεσμα την παραμονή του ηλικιωμένου με την οικογένειά του. Για εκείνους που δεν έχουν οικογένεια, η δημιουργία κατοικιών με χαμηλό ενοίκιο και τα κέντρα εξυπηρέτησης ηλικιωμένων που να λειτουργούν ολόκληρο το 24ωρο είναι μια λύση. Σε όσους έχουν δική τους κατοικία, να δοθεί επίδομα θέρμανσης, προτεραιότητα στο τηλέφωνο κλπ. Στις αστικές περιοχές, πολλοί ηλικιωμένοι μένουν μόνοι τους γιατί οι νέοι έχουν μετακινηθεί στις πόλεις και οι γέροντες αρνούνται να εγκαταλείψουν το χωριό τους και το παραδοσιακό τρόπο ζωής.

2) Η δημογραφική γήρανση δίνει αφορμή στη σύγκρουση των γενεών και στην διεύρυνση του χάσματος που χωρίζει τους νέους από τους ηλικιωμένους, αν και το χάσμα αυτό είναι προς το παρόν μικρότερο στις χώρα μας σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Στην Ελλάδα σε χωριά και μικρές επαρχιακές πόλεις οι ηλικιωμένοι δεν έχουν χάσει την επιρροή τους στη νέα γενιά όσον αφορά σημαντικές αποφάσεις σε θέματα εργασίας, παιδείας, γάμου. Θα ήταν σκόπιμο στις αστικές περιοχές να δημιουργηθούν θέσεις απασχόλησης για νέους στον τομέα της προσφοράς υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους. Είναι δυνατόν η δημιουργία αυτών των θέσεων να ανακουφίσει κάπως την ανεργία των νέων, θα είναι

πολύτιμη στους ηλικιωμένους και ίσως συντελέσει στον περιορισμό του χάσματος που τους χωρίζει.

3) Η δημογραφική γήρανση συντελεί στην ένταση του αγώνα για την κατάληψη και διατήρηση των θέσεων εξουσίας.

4) Η δημογραφική γήρανση συντελεί στην διεύρυνση της φτώχειας. Ανάμεσα σε 1,3 εκατομμύρια ηλικιωμένους Έλληνες υπάρχουν πλούσιοι και φτωχοί. Φτωχοί θεωρούνται εκείνοι που το εισόδημά τους δεν αρκεί να καλύψει τις βασικές τους ανάγκες. Είναι γνωστό ότι ένα μεγάλο μέρος των ηλικιωμένων λαβαίνει ανεπαρκείς συντάξεις και όπως φάνηκε από σχετική έρευνα, τα εισοδήματα που προέρχονται από άλλες πηγές δεν είναι για την πλειοψηφία των ηλικιωμένων σημαντικά. Η οικονομική στέρηση οδηγεί σε άλλου είδους στέρσεις, που καταλήγουν στον αποκλεισμό του ατόμου από βασικές λειτουργίες της κοινωνίας και στην περιθωριοποίησή του. Ακόμα χειρότερη είναι η κατάσταση των ηλικιωμένων γυναικών που έχασαν τον σύντροφό τους και αναγκάζονται να ζήσουν με τη μισή ή τα 7/10 της πενιχρής σύνταξης που έπαιρναν όταν ζούσε ο άντρας τους (*Κοινωνική Εργασία, 1993*).

Τέλος, κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό και παρεκκλίνοντας ελαφρώς του κυρίου αντικειμένου που διαπραγματεύεται, θα επιθυμούσαμε να επισημάνουμε τους κινδύνους που ελλοχεύουν από την κυριαρχία της “οικονομίστικης” προσέγγισης και την παράλληλη (και καθόλου ανεξάρτητη γενικά αρνητική αξιολόγηση/τοποθέτηση της κοινωνίας μας έναντι στις δημογραφικής γήρανσης και επομένως και των ηλικιωμένων). Αυτό που κύρια θα πρέπει να μας προβληματίσει και ανησυχήσει δεν είναι η προοπτική του να έχουμε όλο και περισσότερους ηλικιωμένους (μεγέθη, αναλογίες) και αν ζούμε όλο και περισσότερα χρόνια, σε καλύτερη κατάσταση (φυσικές και διανοητικές ικανότητες). Είναι κυρίως ο κοινωνικός στιγματισμός και αποκλεισμός της ομάδας αυτής, επάγωγο της θεωρούμενης απουσίας “συλλογικής χρησιμότητάς” τους. Τα ηλικιωμένα άτομα

αντιπροσωπεύουν ένα τεράστιο απόθεμα ανθρώπινων πόρων που η κοινωνία θα πρέπει να αξιοποιήσει. Άλλωστε η χρονολογική ηλικία δεν συμπίπτει με τη φυσιολογική ηλικία και η αυθαίρετη χρονολογική ηλικία (>65 ετών) που χρησιμοποιείται για τον καθορισμό της ηλικίας συνταξιοδότησης συνήθως δεν έχει σχέση με τη φυσιολογική και ψυχολογική ηλικία, με τη λειτουργική ικανότητα και την επιδεξιότητα για εργασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΓΑΜΗΛΙΟΤΗΤΑ - ΔΙΑΖΥΓΙΟΤΗΤΑ



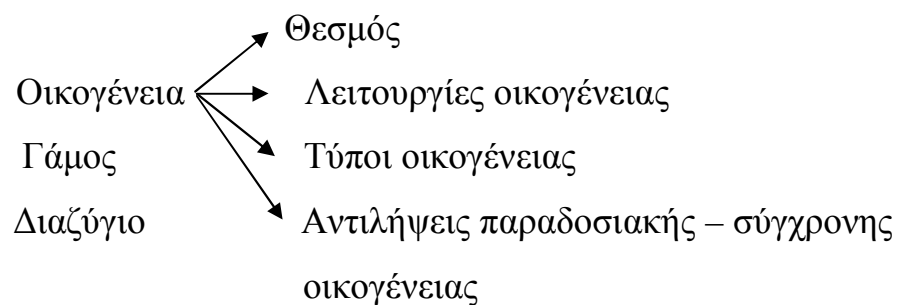
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΓΑΜΗΛΙΟΤΗΤΑ – ΔΙΑΖΥΓΙΟΓΗΤΑ

6.1. Στόχος

Στο παρακάτω κεφάλαιο θα επανεξεταστεί ο προσδιορισμός της «σύγχρονης οικογένειας» σε αντιδιαστολή με την «παραδοσιακή». Στόχος είναι να εστιαστεί σε φαινόμενα – προβλήματα που προκύπτουν στο θεσμό της οικογένειας από την σύγχρονη μεταβαλλόμενη κοινωνία μας. Τέτοια φαινόμενα – προβλήματα είναι π.χ. η αύξηση των διαζυγίων, η μείωση των γεννήσεων, η μείωση της γαμηλιότητας και της μητρικής αποστέρησης λόγω της εισόδου της γυναίκας στην αγορά εργασίας.

Αρχικά θα μελετήσουμε τον όρο “θεσμό της οικογένειας” και πώς αυτός επηρεάζεται από τις εξελίξεις, και έπειτα τη δομή και τη λειτουργία της και τους τύπους οικογένειας έτσι όπως έχει εξελιχθεί σήμερα. Στη συνέχεια θα υποστηρίξουμε πως η ρευστότητα της σύγχρονης οικογένειας επηρεάζει το γάμο και την εξέλιξή του. Αυτό είχε ως επίπτωση την αλλαγή αντιλήψεων περί γάμου, μείωση της γαμηλιότητας, αύξηση της διαζυγιότητας.



1. Η οικογένεια ως κοινωνικός θεσμός

Ο κοινωνικός θεσμός είναι ένα σταθερό πλέγμα σχέσεων μεταξύ (κοινωνικά προσδιορισμένων) ρόλων, ένα σύνολο τυποποιημένων τρόπων ατομικής ή ομαδικής δράσης. Η σταθερότητα και η τυποποίηση απο-

τελούν καίρια χαρακτηριστικά του θεσμού και υποδηλώνουν των εξατομικό του χαρακτήρα, η ατομική βούλησή του δεν καταργείται ούτε αλλάζει ένα θεσμό. Πρόκειται για ένα κανονιστικό μηχανισμό που προσανατολίζει τη συμπεριφορά καθορίζοντας ποιος, πότε, πως και με ποια σειρά θα ενεργήσει για να παραχθεί ένα συγκεκριμένο και κοινωνικά αναγνωρισμένο αποτέλεσμα.

Ο θεσμός είναι, επομένως, ατομική ή ομαδική δράση, κοινωνικά σημαντική, που επιβάλλεται στα δρώντα υποκείμενα εξασφαλίζοντας σ' αυτή την κοινωνική ένταξη ή αποδοχή αλλά και παρέχοντάς του τον προτιμητέο (και πάντως θεμιτό) τρόπο επίτευξης κοινωνικά αποδεκτών ή και επιθυμητών, ατομικών όσο και συλλογικών στόχων. Οι στόχοι αυτοί δεν είναι προσωρινοί ή πρόσκαιροι αλλά παραμένουν σταθεροί καθώς διατηρούν την σημασία τους επί μακρύ χρονικό διάστημα. Οι στόχοι μπορεί να είναι πολλοί (και τότε ο θεσμός είναι πολύσκοπος) ή λίγοι (τότε ο θεσμός είναι ολιγόσκοπος) ή και σπανιότερο, μόνον ένας (τότε πρόκειται για μονόσκοπο θεσμό).

Έτσι η οικογένεια είναι θεσμός γιατί συνίσταται σ' ένα σταθερό πλέγμα σχέσεων μεταξύ κοινωνικά προσδιορισμένων ρόλων (σύζυγος, μητέρα, γιος, αδερφός...). Το γεγονός ότι ένα άτομο δεν αποδέχεται τον κοινωνικά προσδιορισμένο ρόλο του ή τη σχέση του ρόλου αυτού έναν ρόλο στα πλαίσια της οικογενειακής ομάδας, δε διαφοροποιεί το θεσμό. Μπορεί όμως να έχει επιπτώσεις στο ίδιο το άτομο. Σύμφωνα με μια δεδομένη κοινωνιολογική παραδοχή, όσο πιο παραδοσιακή είναι μια κοινωνία τόσο πιο άκαμπτη στον προσδιορισμό των ρόλων και πιο ατέγυτη στην τήρηση των μεταξύ τους σχέσεων, άρα τόσο πιο δυσάρεστες οι επιπτώσεις για το άτομο που από ανάγκη ή επιθυμία, διαφέρει.

Ως θεσμός η οικογένεια έχει λειτουργίες με τις οποίες προωθείται η ικανοποίηση στόχων τόσο σημαντικών για τα άτομα και το σύνολο ώστε ο θεσμός να εμφανίζεται (με παραλλαγές, ασφαλώς) σ' όλες τις επο-

χές και σ' όλες τις κοινωνίες. Καθώς η κοινωνία εξελίσσεται από παραδοσιακή γεωργική – αγροτική σε σύγχρονη βιομηχανική – αστεακή, οι κοινωνικοί θεσμοί πολλαπλασιάζονται σταδιακά, που παραδοσιακοί πολύσκοποι θεσμοί χάνουν λειτουργίες, τις οποίες αναλαμβάνουν καινούργιες εξειδικευμένοι ολιγόσκοποι ή και μονόσκοποι θεσμοί. Η οικογένεια δεν αποτελεί εξαίρεση σ' αυτόν τον κανόνα. Στη συνέχεια θα αναφέρουμε τις σημαντικότερες λειτουργίες της οικογένειας (ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ Α.Μ., 2000).

2. Οι λειτουργίες της οικογένειας

Παρά τις διαφοροποιήσεις τους στο χώρο και στο χρόνο και παρά τις διαφωνίες των κοινωνιολόγων ως προς την ταξινόμησή τους, οι λειτουργίες της οικογένειας μπορούν να συνοψισθούν στις ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες: α) αναπαραγωγικές, β) οικονομικές λειτουργίες, γ) εκπαιδευτικές και δ) ψυχολογικές. Η ταξινόμηση καλύπτει μια σειρά από λειτουργίες που γίνονται προοδευτικά λιγότερες και διαφοροποιούνται καθώς η κοινωνία εκσυγχρονίζεται καθώς η κοινωνία μετατρέπεται σταδιακά από αγροτική – γεωργική – παραδοσιακή σε αστεακή – βιομηχανική – σύγχρονη. Αναλυτικά:

(α) Αναπαραγωγική λειτουργία: πρόκειται για την απαραίτητη λειτουργία εξασφάλισης της βιολογικής αναπαραγωγής της κοινωνίας.

(β) Οικονομικές λειτουργίες: Κατά την άποψη πολλών μελετητών, οι οικονομικές λειτουργίες διαφοροποιούνται περισσότερο από όλες τις άλλες με αποτέλεσμα τον κοινωνικό – οικονομικό εκσυγχρονισμό. Σε μια παραδοσιακή κοινωνία οι λειτουργίες της οικονομίας συντελούνται στην οικογένεια, όπου συνίσταται σε μια ποικιλία δραστηριοτήτων όπου η κατανομή της εργασίας εξαρτάται από το φύλο «ανδρικές» και «γυναικείες» δουλειές και καθιστούν την οικογένεια ως οικονομική μονάδα, δηλαδή μια μονάδα παραγωγής και κατανάλωσης. Ο εκσυγχρονισμός, δηλαδή η σταδιακή μετατροπή της παραδοσιακής – αγροτικής – γεωργικής κοι-

νωνίας σε σύγχρονη – αστεακή – βιομηχανική επέδρασε καταλυτικά στις οικονομικές λειτουργίες της οικογένειας. Και τούτο γιατί: i) το κέντρο παραγωγής στη σύγχρονη οικογένεια δεν είναι το σπίτι αλλά το εργοστάσιο (δηλαδή χώρος δημόσιος), ii) σ’ αυτό το κέντρο παραγωγής, δηλαδή το εργοστάσιο, δεν είναι πιο ενεργή η οικογένεια αλλά είναι οικονομικά ενεργά μέλη της οικογένειας ως άτομα και iii) η βιομηχανική οικονομία παράγει αγαθά και τις οποίες «αγοράζουν» άτομα (μέλη της οικογένειας) προκειμένου αυτές να καταναλωθούν και από την οικογένεια.

(γ) **Εκπαιδευτικές λειτουργίες:** Πρόκειται για λειτουργίες απαραίτητες προκειμένου να εξασφαλισθεί η πολιτισμική αναπαραγωγή της κοινωνίας. Οι εκπαιδευτικές λειτουργίες αποβλέπουν από τη μία στην απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων και από την άλλη στην λειτουργία της κοινωνικοποίησης. Με τον όρο κοινωνικοποίηση εννοούμε τη μεταβίβαση της κοινωνικής κληρονομιάς, τον πολιτισμό του κοινωνικού συνόλου από τη μια γενιά στην άλλη. Την εσωτερίκευση των κανόνων συμπεριφοράς, των τρόπων ενέργειας και του συστήματος αξιών ενός κοινωνικού συνόλου.

(δ) **Ψυχολογική λειτουργία:** Οι λειτουργίες αυτές συνίστανται κυρίως στην ικανοποίηση της ανάγκης των ατόμων να αισθάνονται ασφαλή και να απολαμβάνουν τη στοργή των άλλων. Στις σύγχρονες κοινωνίες όπου δημιουργείται ρευστότητα στις κοινωνικές σχέσεις και επομένως ανασφάλεια στο άτομο, η ικανοποίηση αυτών των αναγκών και κατ’ επέκταση οι σχετικές λειτουργίες έχουν αποκτήσει ιδιαίτερα μεγάλη σημασία.

Οι διαφοροποιήσεις τις οποίες υφίστανται οι λειτουργίες της οικογένειας καθώς αυτή εκσυγχρονίζεται, δεν είναι ενιαίες σε μια κοινωνία αλλά εξαρτώνται από το επίπεδο εκσυγχρονισμού του κοινωνικό-οικονομικού περιβάλλοντος της οικογένειας και κυρίως από τη θέση του περιβάλλοντος αυτού στη κοινωνική δομή. Στο επόμενο, λοιπόν, κεφάλαιο κρίνεται απαραίτητο να γίνει αναφορά στη δομή της οικογένειας για

να γίνει κατανοητό ότι οι λειτουργίες της είναι αλληλένδετες με τη δομή (ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ Α.Μ., 2000).

3. Δομή της οικογένειας

Τόσο η δομή όσο και οι λειτουργίες που επιτελεί μια οικογένεια, είναι συνάρτηση της οργάνωσης και λειτουργίας της ευρύτερης κοινωνίας σε μια συγκεκριμένη στιγμή της ιστορικής της εξέλιξης.

Η οικογένεια, ως κοινωνική ομάδα, έχει δομή. Αυτή συνίσταται σε ένα σταθερό πλέγμα κοινωνικών θέσεων ρόλων που αναλαμβάνουν.

Παραδοσιακά, οι θέσεις και οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια εξαρτώνται από το φύλο και την ηλικία. Στο παραδοσιακό σχήμα οικογενειακής δομής τα χαρακτηριστικά του φύλου εκφράζει και αναπαραγάγει την έννοια της εξουσίας: του άνδρα πάνω στη γυναίκα, του ενήλικα πάνω στο παιδί, όπως και αντίστοιχα την έννοια της εξάρτησης: της γυναίκας από τον άνδρα και του παιδιού από τον ενήλικα. Το σχήμα αυτό είναι σταθερό και άκαμπτο, δε πιο παραδοσιακή είναι μια οικογένεια όσο παραδοσιακή είναι και η κοινωνία. Στην παραδοσιακή οικογένεια ο προσδιορισμός των ρόλων γίνεται με βάση το φύλο και την ηλικία. Ο πατέρας είναι ο προμηθευτής ασκώντας την εξουσία του σπιτιού, ενώ ο ρόλος της γυναίκας περιορίζεται γύρω από τα οικοκυρικά και την φροντίδα των παιδιών, ενώ παράλληλα οι έννοιες της ισότητας και των ίσων ρόλων απουσιάζουν εντελώς από το προσκήνιο.

Αντίθετα, στη σύγχρονη αστεακή – βιομηχανική κοινωνία το παραδοσιακό αυτό σχήμα δομής αρχίζει να τροποποιείται. Ο σύζυγος – πατέρας χάνει τον απόλυτο έλεγχο του ιδιωτικού χώρου (δηλαδή της οικογένειας), τα παιδιά επικοινωνούν με το δημόσιο χώρο μέσω της μητέρας τους, η οποία όμως είναι απομονωμένη ακόμα στο χώρο της οικογένειας και έτσι δεν έχει μια πραγματική εικόνα για τον δημόσιο χώρο.

Ωστόσο το αστικό κέντρο και η βιομηχανική κοινωνία δημιουργούν καινούργιες κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες. Η διεύρυνση της αγοράς εργασίας καθώς και τα λιγιστά έσοδα του πατέρα - προμηθευτή, τα οποία δεν επαρκούν να καλύψουν τις ανάγκες της οικογένειας στην καταναλωτική κοινωνία που δημιουργείται, είναι δύο από τις βασικές ενδείξεις των καινούργιων κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών που αναδύονται. Οι συνθήκες αυτές καθιστούν επιτακτική ανάγκη την έξοδο της γυναίκας από την οικογένεια και την είσοδό της στην αγορά εργασίας. Έτσι βλέπουμε πως το παραδοσιακό σχήμα της οικογένειας αρχίζει να δέχεται μια χαλαρότητα. Η γυναίκα μπορεί να είναι πλέον οικονομικά ενεργή κι έτσι οι έννοιες εξουσία – εξάρτηση διαταράσσονται και αναζητείται μια νέα ισορροπία.

Η αλλαγή των ρόλων μέσα στην οικογένεια αποτελεί μια από τις σημαντικότερες ενδείξεις του εκσυγχρονισμού. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η αλλαγή αυτή δεν είναι ενιαία, δεν ακολουθεί τους ίδιους ρυθμούς γιατί προσδιορίζεται από τέσσερις παράγοντες: α) τον αριθμό και την ηλικία των παιδιών, β) το εκπαιδευτικό επίπεδο των συζύγων, γ) την απασχόληση των συζύγων και δ) τη διαφορά εισοδήματος των συζύγων.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά τον παράγοντα παιδιά, στις βιομηχανικά αναπτυγμένες κοινωνίες, η εξουσία της συζύγου είναι αντιστρόφως ανάλογη του αριθμού των παιδιών της, δηλαδή όσο περισσότερα παιδιά τόσο πιο ανισότιμοι οι ρόλοι των συζύγων. Επίσης καθοριστική σημασία παίζει και η ηλικία των παιδιών. Όσο πιο μικρά παιδιά έχει η μητέρα τόσο πιο εξαρτημένη νιώθει από τον σύζυγό της. Η εξάρτηση αυτή μπορεί να είναι τόσο οικονομική όσο και προσωπική βοήθεια για τη λήψη αποφάσεων. Καθώς όμως τα παιδιά μεγαλώνουν, η μητέρα ανακτά κάποια μέρη από την χαμένη εξουσία της. Επιπλέον, το εκπαιδευτικό επίπεδο της οικογένειας αλλάζει την κατάσταση. Καθώς το εκπαιδευτικό επίπεδο του συζύγου ανεβαίνει, αυξάνει η συνεργασία του ζευγαριού και πληθαίνουν

οι ευκαιρίες ανάληψης πρωτοβουλίας από τη σύζυγο. Η μόρφωση, λοιπόν, φαίνεται ότι συνδέεται με περισσότερο εκσυγχρονισμένους και φιλελεύθερους τρόπου συμπεριφοράς, οι οποίοι ευνοούν την ισότητα ρόλων. Επιπρόσθετα, αναφερόμενοι στον παράγοντα απασχόληση, πρέπει να τονίσουμε ότι στο παραδοσιακό σχήμα της οικογένειας, η επαγγελματική δραστηριότητα και η οικονομική ανεξαρτησία είναι χαρακτηριστικά του ανδρικού ρόλου, κυριαρχούν οι ρόλοι του άνδρα – «προμηθευτής», γυναίκα – «νοικοκυρά». Στην περίπτωση όμως όπου ο άνδρας έχει υψηλό επαγγελματικό γόητρο, η σχέση του με τη σύζυγο στηρίζεται περισσότερο στη συνεργασία και όχι στην εξουσία του επάνω της. Στην περίπτωση βέβαια όπου και οι δύο σύζυγοι εργάζονται, οι ρόλοι τους είναι σαφώς περισσότερο ισότιμοι από ό,τι σε οικογένειες όπου η σύζυγος δεν εργάζεται. Εδώ οι σχέσεις στηρίζονται στη συνεργασία, την ισοτιμία, ρόλων.

Τέλος, πρέπει να αναφερθούμε και στη διαφορά εισοδήματος μεταξύ των συζύγων. Στις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες, έχει προκύψει η ένδειξη ότι όταν το εισόδημα της συζύγου είναι υψηλότερο από εκείνο του συζύγου, τότε αυτή έχει ποσοτικά αυξημένη και ποιοτικά διάφορη εξουσία

Όλοι, λοιπόν, οι ανωτέρω παράγοντες επηρεάζουν και διαμορφώνουν το σχήμα δομής της οικογένειας, τις λειτουργίες της, τους προσδιορισμούς των ρόλων που επιτελούν καθώς και τις σχέσεις αλληλεπίδρασης, που διαμορφώνονται στον οικογενειακό χώρο. Στις σελίδες που ακολουθούν θα επιχειρήσουμε να κάνουμε μια μικρή αναφορά στους τύπους οικογενειών που υπάρχουν προκειμένου να δώσουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα για την εμφάνιση καινούργιων μορφών οικογενειακής ζωής (ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ Α.Μ., 2000).

6.2 ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Στο σημείο αυτό θα προσπαθήσουμε να κάνουμε μια σύντομη αναφορά στα εναλλακτικά προς τη συμβατική οικογένεια σχήματα οργάνωσης του ιδιωτικού βίου. Αυτά τα εναλλακτικά σχήματα εξετάζουμε στο σημείο αυτό για να δείξουμε την επανάσταση που συντελείται στο χώρο της οικογένειας, τις μεταβολές που δέχεται και τις εξελίξεις αλλά και την ρευστότητα στο χώρο της (οικογένειας) ως φυσική συνέπεια των εξελίξεων του συλλογικού και ατομικού βίου.

Προκειμένου να προσδιορίσουμε τα εναλλακτικά της συμβατικά οικογένειας σχήματα, θα χρησιμοποιήσουμε τρία κριτήρια. Το πρώτο κριτήριο είναι η άρνηση ή η ανυπαρξία της μιας ή και των δύο σχέσεων, δηλαδή της συζυγικής και της γονεϊκής. Έτσι με βάση το κριτήριο αυτό συμπεριλαμβάνονται τα σχήματα της μοναχικότητας, της μονογονεϊκής οικογένειας και του άτεκνου ζευγαριού. Το δεύτερο κριτήριο, αναφέρεται στη διαφοροποίηση των οικογενειακών σχέσεων. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνουμε τους δεύτερους γάμους, τις οικογένειες διπλής σταδιοδρομίας και τις «χωλές» οικογένειες. Σ' αυτήν, επίσης, την κατηγορία θα μπορούσε να περιληφθεί η ελεύθερη ένωση στο μέτρο που δεν αποτελεί απλή άρνηση της τελετής του γάμου αλλά συνειδητή αναζήτηση μιας άλλης, ουσιαστικότερης από τη συμβατική, σχέσης των φύλων. Τέλος, το τρίτο κριτήριο είναι η αναζήτηση νέων, υποκατάστατων της οικογένειας σχημάτων οργάνωσης του ιδιωτικού βίου. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται λοιπόν τα κοινόβια, τα πρόσωπα μη αποκλειστικής συζυγικής σχέσης και τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια.

Προκύπτει, λοιπόν, το συμπέρασμα ότι τα σχήματα αυτά αποτελούν στοιχείο της σύγχρονης πραγματικότητας, με όλες τους τις παραλλαγές και με τους διάφορους βαθμούς κοινωνικής αποδοχής. Οι καινούργιοι τύποι δεν είναι απαραίτητο να θεωρηθούν ως μόνιμες μορφές οικογενειακής ζωής. Φαίνεται, όμως πως οι καινούργιες γενεές καλούνται

σήμερα να υιοθετήσουν τον τρόπο ζωής που ταιριάζει σε κάθε φάση της ζωής τους. Άλλωστε η σύγχρονη πλουραλιστική κοινωνία πρέπει να συνοδεύεται και από αποδοχή του πλουραλισμού στο χώρο της ιδιωτικής ζωής των πολιτών. Είναι άλλωστε φανερό πως συνυπάρχουν στην ίδια κοινωνία διάφορες οικογενειακές δομές (συζυγικές ή εκτεταμένες, μονοπυρηνικές ή πολυπυρηνικές, μέσα σε ένα κοινόβιο, νόμιμες ή ελεύθερες ενώσεις ή οικογένειες διπλή σταδιοδρομίας, δι-γονεϊκές ή μονογονεϊκές κλπ.) όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα στις εναλλακτικές λύσεις εκείνης που ταιριάζει καλύτερα στις δυνατότητες και τις προσδοκίες του (ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ Α.Μ., 2000).

6.3. ΓΑΜΟΣ

Η ποικιλία συμβατικών σχημάτων της σύγχρονης συζυγικής οικογένειας δημιουργεί την εντύπωση ότι αυτή χαρακτηρίζεται από ρευστότητα. Τα στοιχεία τα οποία προαναφέραμε στο κεφάλαιο αυτό ενισχύουν και αποσαφηνίζουν την διαπίστωση αυτή. Η ιστορική εξέταση των στοιχείων επιτρέπει την επισήμανση ότι η ρευστότητα δεν αποτελεί αποκλειστικά κριτήριο εκσυγχρονισμού εφόσον και η υποτιθέμενη παραδοσιακή σταθερότητα αποδεικνύεται σχετική (ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ Α.Μ., 2000).

Επιπλέον, η συνειδητοποίηση της ρευστότητας των σχετικών με την οικογένεια φαινομένων, χαρακτηρίζεται, επίσης από την διαπίστωση ότι, παρά την ρευστότητα μορφής και δομής, η σύγχρονη οργάνωση του ιδιωτικού βίου διατηρεί και μια αξιοπρόσεκτη σταθερότητα. Τα διάφορα, δηλαδή, σχήματα που παίρνει η οργάνωση αυτή εμφανίζουν στοιχεία κοινά και μεταξύ τους αλλά και σε σύγκριση προς το «παραδοσιακό» συμβατικό σχήμα. Ο γάμος για παράδειγμα παρά τις ουσιαστικές ενδεχομένως διαφορές βρίσκεται στη βάση της συμβατικής οικογένειας αλλά και της οικογένειας διπλής σταδιοδρομίας, της οικογένειας που δημιουργείται από τον δεύτερο γάμο των συζύγων, των κοινόβιων οικογενειών.

Οι τύποι αυτοί οικογενειών έχουν κοινά στοιχεία στην κατανομή των οικογενειακών ρόλων ανάμεσα στα δύο φύλα της συμβατικής οικογένειας, την ελεύθερη ένωση, το άτεκνο ζευγάρι κλπ. Στο κύκλο ζωής η γονεϊκή σχέση είναι προσδιοριστική είτε πρόκειται για την συμβατική οικογένεια, είτε για την μονογονεϊκή είτε για την οικογένεια που προκύπτει από το δεύτερο γάμο των συζύγων – γονέων.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τις νέες αντιλήψεις της σύγχρονης οικογένειας, ο γάμος δημιουργεί μια καινούργια οικογένεια ενώ, κατά το παρελθόν, η οικογένεια προϋπήρχε του γάμου και συνεχίζεται να υπάρχει μετά τη λύση του (ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ Α.Μ., 2000).

Ο γάμος είναι ένας θεσμός που δημιουργήθηκε για να καλύπτει τις υποχρεώσεις που έχουν ανατεθεί στην οικογένεια όπως: α) την αμοιβαία πρόθεση μακρόχρονης διατήρησής της, β) την κατά κανόνα συνοίκηση των δύο συζύγων, γ) την ρύθμιση των γενετήσιων σχέσεων των δύο συζύγων και των άλλων προσώπων μέσα και έξω από την οικογένεια, δ) την αμοιβαία πρόθεση αναπαραγωγής, ε) την οικονομική συνεργασία των συζύγων και στ) την από κοινού ανάληψη υποχρεώσεων διατροφής, ανατροφής και αποκατάστασης των κοινών τέκνων, σύμφωνα με τους κοινωνικούς κανόνες που ισχύουν (ΤΣΑΟΥΣΗ Δ.Γ., 2000).

Επίσης, ο γάμος χαρακτηρίζεται ως μια «διαβατήρια τελετουργία» μια δηλαδή τελετουργία που σφραγίζει το πέρασμα του ατόμου από την μια κατάσταση σε μια άλλη. Αυτό το πέρασμα φαίνεται και από το γεγονός ότι ο έγγαμος θεωρείται κοινωνικά ώριμος. Η τελετουργική έννοια του γάμου ανταποκρίνεται επομένως στην επίσημη θεμελίωση του οικογενειακού θεσμού.

Ο γάμος ως διαρκής νόμιμη γενετήσια ένωση των δύο φύλων διασφαλίζει στην κοινωνία την ρύθμιση τεσσάρων τουλάχιστον τρόπων: α) αναγνωρίζει την αποκλειστικότητα και την προνομιακότητα των σχέσεων αυτών μεταξύ των συζύγων, β) θέτει κανόνες απαγορευτικούς της αιμο-

μιξίας, αποκλείοντας δηλαδή τις γενετήσιες σχέσεις μεταξύ ορισμένων κατηγοριών συγγενών, γ) ρυθμίζοντας τις μεταξύ των δύο συζύγων σχέσεις με θρησκευτικούς ή άλλους κανόνες και δ) ρυθμίζοντας την δυνατότητα προγαμιαίων και εξωγαμικών σχέσεων με αντίστοιχη ρύθμιση των συνεπειών τους (αναγνώριση ή μη εξώγαμων τέκνων, τιμωρία, μοιχεία κλπ.).

Η οικονομική συνεργασία των συζύγων, επίσης, αποτελεί βασικό στοιχείο της έννοιας του γάμου, δεδομένου ότι η οικογένεια αποτελεί σε όλες τις προβιομηχανικές, αλλά και σε σημαντικό βαθμό στον αγροτικό πληθυσμό των βιομηχανικών κοινωνιών, βασική μονάδα παραγωγής των μέσων συντήρησης ή και του οικογενειακού εισοδήματος.

Η πολύπλευρη κοινωνική σημασία του γάμου ως πλαίσιο ποικίλων κοινωνικών και οικονομικών σχέσεων και ομάδων φαίνεται έκδηλα και από τους κανόνες που ρυθμίζουν την επιλογή των συζύγων και τις αμοιβαίες μεταξύ τους παροχές, τα λεγόμενα γαμήλια ανταλλάγματα (ΤΣΑ-ΟΥΣΗΣ Δ.Γ., 2000).

A. Κανόνες επιλογής των συζύγων

Οι κανόνες επιλογής των συζύγων είναι δύο ειδών: α) εκείνοι που αφορούν το κοινωνικό σύνολο από το οποίο αποκλείεται, επιβάλλεται ή είναι δυνατή η επιλογή συζύγου και β) εκείνοι που αναφέρονται στην επιλογή του προσώπου.

Αναλυτικά, οι κανόνες που αφορούν το κοινωνικό σύνολο αναφέρονται είτε στους ενδογαμικούς, που επιτάσσουν και οι δύο σύζυγοι να ανήκουν στο ίδιο κοινωνικό σύνολο, τέτοιες είναι ορισμένες κοινωνίες που επιβάλλουν οι δύο σύζυγοι να ανήκουν σε διαφορετικά κοινωνικά σύνολα.

Η επιλογή του συγκεκριμένου προσώπου που θα καταστεί σύζυγος γίνεται με διαφορετικό τρόπο στις παραδοσιακές από τις σύγχρονες κοινωνίες (ΤΣΑΟΥΣΗ Δ.Γ., 2000).

Στις παραδοσιακές κοινωνίες που της χαρακτηρίζει η αρκετά σταθερή και πολύ αργά μεταβαλλόμενη κοινωνική δομή και την παγιωμένη κοινωνική στρωμάτωση και συνακόλουθα χαμηλή κοινωνική κινητικότητα, είναι φυσική η επιλογή του συζύγου να αποτελεί βασική οικογενειακή μέριμνα, λόγω της μεγάλης σημασίας της οικογένειας ως θεμελιακού θεσμού και της σημασίας των δεσμών συμπάρστασης που γεννιούνται ανάμεσα στις δύο γονεϊκές οικογένειες.

Είναι, λοιπόν, πολύ φυσικό στις κοινωνίες αυτές που κυριαρχούν τα παραπάνω χαρακτηριστικά να επικρατεί ο θεσμός του συνοικεσίου. Ο θεσμός αυτός, ενισχύεται με την συνύπαρξη άλλων θεσμών και κανόνων, όπως το παράδειγμα, ο περιορισμός της γυναίκας στον οίκο, η έντονη διαστολή των γυναικείων ρόλων και των χώρων ελεύθερης κίνησης των γυναικών (όπως είναι η βρύση, το ποτάμι κλπ.), ο θεσμός του προξενιού και της προίκας.

Στις βιομηχανικές – αστιακές κοινωνίες που χαρακτηρίζονται από μεγάλη γεωγραφική και κοινωνική κινητικότητα, επικρατεί η ατομική επιλογή των συζύγων από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους. Οι κοινωνίες αυτές αναγνωρίζουν το δικαίωμα του ατόμου να αναζητήσει στο γάμο των ατομική του ευτυχία, και επίσης η δημιουργία μορφών κοινωνικής επαφής που διευκολύνουν την εκλογή.

B. Αλλαγή του σκοπού του γάμου

Με το γάμο εξασφαλίζεται η νομιμότητα των παιδιών και άρα της διαδοχής και της κληρονομιάς. Είναι λάθος όμως να θεωρείται πως ο γάμος προηγείται παντού και πάντα της απόκτησης παιδιών. Στις σύγχρονες κοινωνίες η ελεύθερη ένωση κερδίζει συνεχώς έδαφος αλλά δεν

σημαίνει βέβαια και έλλειψη οικογένειας. Το άγαμο ζευγάρι, βιώνει μια πραγματικότητα που στην καθημερινότητά της δεν είναι σημαντικά διάφορη εκείνης που βιώνουν οι οικογένειες που θεμελιώνονται στο γάμο.

Επιπρόσθετα, υπήρξαν και υπάρχουν κοινωνίες που η κύηση προηγείται του γάμου αλλά και γιατί στις σύγχρονες αστεακές – βιομηχανικές κοινωνίες αφενός ένα μεγάλο και αυξανόμενο, όπως θα δούμε ποσοστό γεννήσεων είναι γεννήσεις εξωγάμων και αφετέρου, ένα μεγάλο ποσοστό γεννήσεων ήταν και είναι γεννήσεις μετά το γάμο παιδιών που είχαν συλληφθεί πριν απ' αυτόν.

Έτσι συμπεραίνουμε ότι οι αντιλήψεις περί γάμου και η “παιδοκεντρική” μορφή οικογένειας αλλάζουν στο πέρασμα των χρόνων. Σύγχρονες κοινωνιολογικές έρευνες που έγιναν σε φοιτητές Νομικής Σχολής της Θεσσαλονίκης με την φιλευθεροποίηση των κανόνων του οικογενειακού δικαίου, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το κυριότερο, συστατικό στοιχείο του γάμου είναι η συναισθηματική ποιότητα της διαπροσωπικής σχέσης των συζύγων. Ένα πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό θεωρούν σαν πρωταρχικό παράγοντα για την διατήρηση του γάμου την συντροφικότητα, την κατανόηση και την συναισθηματική έλξη. Μόνο ένα μικρό ποσοστό θεωρεί πρώτη σπουδαιότητας την ύπαρξη παιδιών και οικονομικού συμφέροντος.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι η νέα ιδεολογία του συντροφικού γάμου αμφισβητεί την παραδοσιακή κλίμακα αξιών που έθετε σαν πρωταρχικό συνδετικό κρίκο των συζύγων την ύπαρξη παιδιών κοινά οικονομικά συμφέροντα.

Σε έρευνα που διεξήγαγε το εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρώπινων Σχέσεων, τέθηκε το ερώτημα «γιατί παντρεύονται οι άνθρωποι», εκλύθηκαν να απαντήσουν τρεις γενιές ανθρώπων της ίδιας οικογένειας. Ο παππούς 70χρονος κτηνοτρόφος απάντησε «πια αυτός είναι ο προορισμός του ανθρώπου». Ο γιος του κτηνοτρόφου είπε «οι άνθρωποι παντρεύο-

νται για να κάνουν παιδιά». Ο εγγονός, δάσκαλος στην Αθήνα υποστήριξε :τα παιδιά και ο θεσμός του γάμου δε μπορεί να αποτελούν βασικό σκοπό συμβίωσης. Αυτό που ενδιαφέρει είναι να δημιουργηθεί μια καλή σχέση με το σύντροφο μας η οποία να βασίζεται στην ισότητα, στην ειλικρίνεια και στην κατανόηση.

Η έρευνα λοιπόν έδειξε ότι τρεις διαδοχικές γενιές αντιλαμβάνονται το σκοπό για την ύπαρξη της οικογένειας με τρόπο διαφορετικό. Στην παραδοσιακή κοινωνία κύριος σκοπός του γάμου ήταν η δημιουργία οικογένειας, στην αστική οικογένεια το παιδί παίζει πρωταρχικό ρόλο, για τους νέους σημασία έχει η συντροφικότητα .

Προβάλλεται λοιπόν μια καινούργια μορφή της μελλοντικής οικογένειας η οποία απορρίπτει κατηγορηματικά της έννοια της οικογένειας που στηρίζεται στο παιδί. Οι νέοι αντιλαμβάνονται το γάμο ως μια επισημοποίηση που λύνει απλώς προβλήματα σχετικά με το δημόσιο, συντάξεις , κοινωνικής κατάστασης των παιδιών.

Η απόρριψη του θεσμού του γάμου φαίνεται να απορρέει από τις καινούργιες αξίες που άρχισαν να διαμορφώνονται για ουσιαστικές προϋποθέσεις στο γάμο. Οι νέες προέρχονται από οικογένειες που βασίστηκαν στην ύπαρξη των παιδιών τους. Επομένως είναι φυσικό να αρνούνται να δημιουργήσουν οικογένεια παιδοκεντρική αφού έχουν βιώσει και τις αρνητικές επιπτώσεις της (Παυλοπούλου Η., 1994).

Στη συνέχεια θα ασχοληθούμε με τα ποσοστά γάμων και την γαμηλιότητα, πως εξελίσσεται με το πέρασμα των χρόνων και ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν.

6.4 Η Γαμηλιότητα στην Ελλάδα

Γαμηλιότητα ονομάζουμε την συχνότητα γάμων επί 1000 κατοίκων. Διαιρούμε δηλαδή, των αριθμό των γάμων που πραγματοποιήθηκαν

σε ένα χρόνο, δια του μέσου πληθυσμού του ιδίου έτους και πολλαπλασιάζουμε το πηλίκο επί 1000.

Έτσι έχουμε:

$$\text{Γαμηλιότητα} = \frac{\text{γάμοι έτους } x}{\text{μέσος πληθυσμός έ-} \\ \text{τους } x}$$

(Παυλοπούλου Η., Το Δημογραφικό)

6.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την συχνότητα των γάμων

Οι παράγοντες που διαμορφώνουν την γαμηλιότητα είναι:

1) Δημογραφικοί παράγοντες

Στην περίοδο 1981-1992 παρατηρείτε αύξηση της μέσης ηλικίας γάμου. Η παρατεταμένη περίοδος εκπαίδευσης, η ανεργία, η σύγχρονη τάση ανεξαρτησίας ανδρών και γυναικών είναι τα κυριότερα αίτια για την αύξηση της μέσης ηλικίας γάμου του γαμπρού από τα 27,7 σε 29,1 και της νύφης από τα 22,7 σε 24,9 χρόνια αντίστοιχα. Επίσης τα κυρίαρχα κοινωνικά πρότυπα, όπως άγαμοι, εκτός γάμου συμβιούντες, χωρίς να νομιμοποιούν τελικά τη σχέση τους, άτομα που διαλύουν τον γάμο τους χωρίς να συνοψίζουν νέο, διευρύνονται προοδευτικά και επηρεάζουν την εξέλιξη της γαμηλιότητας αρνητικά.

2) Η σχετική με το γάμο και το διαζύγιο **νομοθεσία** που ισχύει, βοηθά στη μείωση της γαμηλιότητας εφόσον δεν είναι καθόλου σπάνια τα νομικά καλύμματα που υπάρχουν όπως για παράδειγμα η ύπαρξη άλλου γάμου, η συγγένεια εξ' αγχιστείας ή εξ' αίματος.

3) Οικονομικό-πολιτισμικοί παράγοντες

Οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες οδηγούν σε πτώση της γαμηλιότητας. Η αύξηση της ανεργίας, έλλειψη εισοδήματος οδηγούν σε αυτήν τη συνέπεια. Πολλοί δεν αποφασίζουν να τελέσουν γάμο για να μη χάσουν, σύνταξη, διατροφή, επίδομα, υποτροφίες, ή και φορολογικές ε-

λαφρύνσεις αν τυχόν έχουν κοινή επιχείρηση, συμφέρει ο ελεύθερος βίος. Η συμμετοχή της γυναίκας στην παιδεία, στον στο χώρο εργασίας, την οδήγησε στην οικονομική και κοινωνική της ανεξαρτησία από τον προστατευτικό θεσμό του γάμου.

4) Κοινωνικοί και Ψυχολογικοί παράγοντες

Οι αντιλήψεις περί γάμου έχουν αλλάξει. Οι νέοι δεν έβλεπαν τον γάμο σαν κοινωνική, προσωπική αποκατάσταση ούτε σαν παραχώρηση στην απόφαση της οικογένειας, αλλά σαν πλήρωση της ζωής τους με έναν σύντροφο.

5) Θρησκευτικοί παράγοντες. Επίσης επηρεάζουν της μείωση της γαμηλιότητας. Η θρησκευτική παράδοση επιβάλλει αποφυγή τέλεσης γάμων σε ορισμένες περιόδους. Έτσι παρατηρείται μια σημαντική κάμψη της συχνότητας των γάμων τον Μάρτιο, μήνα που συμπίπτει με τη Μεγάλη Σαρακοστή. Αντίστοιχη επίδραση ασκούν και οι δεισιδαιμονίες γι' αυτό παρατηρείται μείωση της γαμηλιότητας κατά τα δίσεκτα έτη.

Η διακύμανση επομένως της συχνότητας των γάμων σ' έναν πληθυσμό μπορεί έτσι να εκφράζει την διακύμανση της ηλικίας κατά το γάμο, αλλά μπορεί και να σημαίνει είτε πως μειώνεται ή αυξάνει ο πληθυσμός της ηλικίας κατά την οποία συνάπτονται οι γάμοι. (Παυλοπούλου Η., Το Δημογραφικό)

6.6 Η εξέλιξη της γαμηλιότητας

Στην προ-βιομηχανική περίοδο οι οικονομικοί παράγοντες διαδραματίζουν αποφασιστικό ρόλο στον προσδιορισμό της γαμηλιότητας. Έχει αποδειχθεί ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης, υπήρχε πτώση της γαμηλιότητας. Η συνέχεια της αρσενικής γενιάς, η διατήρηση της κληρονομημένης ιδιοκτησίας και η απόκτηση με το γάμο περισσότερης ιδιοκτησίας ή χρησίμων πολιτικών συμμαχιών υπήρξαν σημαντικοί λόγοι για τον οικογενειακό προγραμματισμό.

Στις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες, η σχέση οικονομίας και γαμηλιότητας δεν είναι τόσο ξεκάθαρη όσο στις προ-βιομηχανικές. Ο Κάπλουν σημείωσε πως η γαμηλιότητα αποτελεί καλύτερο δείκτη για την πορεία της οικονομίας από ό,τι άλλοι καθαροί δείκτες. Στην πορεία η Μισέλ επισημαίνει πως η πτώση της γαμηλιότητας συνδέεται σήμερα με το πρόβλημα της ανεργίας και της παγκόσμιας κρίσης.

Επίσης ο φεμινισμός, με την εχθρική του στάση προς το γάμο μπορεί να θεωρηθεί ως κύριος λόγος για τη πτώση της γαμηλιότητας μεταξύ των γυναικών των μεσαίων αστικών στρωμάτων.

Χωρίς αμφιβολία το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών την περίοδο αυτή είναι υψηλό και τείνει να γίνει όλο και υψηλότερο. Ο βαθμός γαμηλιότητας των γυναικών είναι αντίστροφος του εκπαιδευτικού επιπέδου. Επιπλέον οι περισσότερες από αυτές γυναίκες έχουν καλοπληρωμένες εργασίες και υψηλές αποδοχές που σαφώς επηρεάζουν αρνητικά την γαμηλιότητα.

Συμπερασματικά η γαμηλιότητα διαφοροποιείται από χρόνο σε χρόνο αλλά και από κοινωνία σε κοινωνία. Παρά τις διαφοροποιήσεις όμως, αυτή παρέμεινε εκπληκτικά σταθερή από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα έως τα τέλη της δεκαετίας του 1950 σε όλες σχεδόν τις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες.

Μετά το 1960 η γαμηλιότητα στην Ελλάδα παραμένει σταθερή.

Πίνακας 1

ΦΥΣΙΚΗ ΚΙΝΗΣΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ – VITAL STATISTICS

Γάμοι, Αριθμοί και Ποσοστά: 1921-2003

Γάμοι

Έτος Year	Απόλυτοι αριθμοί	Επί 1000 κατοίκων
1921	28.343	5,61
1931	45.514	7,04
*1940	32.830	4,49
*1949	42.128	5,63
1951	63.265	8,27
1961	70.914	8,44
1971	73.350	8,29
1981	71.178	7,32
1991	65.568	6,39
2001	58.491	5,34
2002	57.872	5,27
2003	61.081	5,00

* Γενική παρατήρηση: για τα έτη 1941-1949, δεν υπάρχουν στοιχεία.

Σημείωση: για τα έτη 1991-2002, οι δείκτες καταρτίστηκαν με βάση το αναθεωρημένο εκτιμώμενο πληθυσμό των ετών 1991-2002.

Πηγή: για την Ελλάδα Ε.Σ.Υ.Ε

Αν λάβουμε υπόψη την αύξηση περιπτώσεων δημιουργίας οικογενειών που δεν θεμελιώνονται στο γάμο όπως και τη ραγδαία αύξηση των διαζυγίων, μπορούμε να πούμε ότι η γαμηλιότητα διατηρείται σε υψηλά επίπεδα, που αποδεικνύουν ότι ο γάμος παραμένει ένας θεσμός που αφορά την μεγάλη πλειονότητα των ανθρώπων.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στο φαινόμενο της αύξησης των διαζυγίων που πλέον στις σύγχρονες κοινωνίες τείνουν να είναι ή είναι πιο συχνοί τρόποι για τη λύση ενός γάμου (Μουσούρου Α.Μ., 2000).

6.7 Διαζύγιο

Στις παραδοσιακές κοινωνίες, η λύση του γάμου οφειλόταν αποκλειστικά στο θάνατο ενός από τους δύο συζύγους. Αντίθετα στις σύγχρονες κοινωνίες η λύση του γάμου οφείλεται με αυξανόμενη συχνότητα σε διαζύγιο.

Το φαινόμενο της αύξησης των διαζυγίων είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που παρόλο ταύτα, η επιστημονική μελέτη του ζητήματος καθυστέρησε. Αυτό οδήγησε στην καθυστέρηση της συγκέντρωσης του εμπειρικού υλικού και στην ανάπτυξη της απαραίτητης θεωρητικής υποδομής για την περιγραφή, την κατανόηση και τις σχετικές με το ζήτημα αυτό προβλέψεις.

Η μελέτη του κοινωνικού αυτού φαινομένου παρουσιάζει δύο αλληλένδετα και σοβαρά εμπόδια. Το πρώτο αναφέρεται στην αδυναμία μέτρησης της συχνότητας που αυτό εμφανίζεται. Το διαζύγιο αποτελεί τη νομική λύση ενός νόμιμου γάμου και γι' αυτό δεν χαρακτηρίζεται από τον αυθορμητισμό που χαρακτηρίζει τα άλλα δημογραφικά φαινόμενα. Έτσι λοιπόν αγνοούμε τη συχνότητα διάλυσης οικογενειών που δεν θεμελιώνονται στο γάμο. Το δεύτερο εμπόδιο είναι η δυσκολία ανάλυσής του. Η ανάλυση γίνεται ακόμη πιο δυσχερής όταν πρόκειται να επισημανθούν οι παράγοντες που συμβάλουν στην όποια συχνότητα με την οποία παρατηρείται αλλά και στον προσδιορισμό της επίδρασης του φαινομένου στην όλη δυναμική της κοινωνικής πραγματικότητας. Το ποσοστό διαζυγίων δεν δίνει πληροφορίες για το ποσοστό γάμων που έχουν πρόβλημα, ούτε πού οφείλεται το πρόβλημα αυτό. Ένας ακόμα σημαντικός λόγος για τον οποίο η μελέτη του έντονου αυτού φαινομένου δυσκολεύεται, οφείλεται αφενός ότι το διαζύγιο τοποθετείται σε ένα ιδεολογικό

πλαίσιο και αξιολογείται σε σχέση με αυτό και αφετέρου, αντιμετωπίζεται από σκοπιές και με τρόπους που αλλάζουν σημαντικά στο χρόνο.

Πολλοί συνδέουν τις αυξομειώσεις των ποσοστών διαζυγίων με τις αλλαγές της νομοθεσίας. Όταν η σχετική νομοθεσία φιλελευθεροποιείται, τα διαζύγια αυξάνουν. Όταν όμως η νομοθεσία δυσκολεύει ή επιβραδύνει την έκδοση, τα διαζύγια μειώνονται. Πάντως αυτή η σύνδεση με την νομοθεσία έχει αποδειχθεί ότι δεν ανήκει στην πραγματικότητα, αντιθέτως η αύξηση των διαζυγίων δημιούργησε την πίεση για αλλαγή της νομοθεσίας.

Οι περισσότερες από τις έρευνες, έχουν δείξει ότι στις σύγχρονες κοινωνίες το διαζύγιο αντιμετωπίζεται περισσότερο από την γυναίκα-σύζυγο η οποία έχει πολλά χρόνια επαγγελματική απασχόληση, το ζευγάρι που παντρεύτηκε σε νεαρή ηλικία, την σύζυγο όταν τα παιδιά είναι προσχολικής ηλικίας, ίσως γιατί με το διαζύγιο, παίρνει συνήθως την επιμέλειά τους, το σύζυγο όταν δεν είναι του ίδιου θρησκευματος ή δόγματος με τη σύζυγο και υπάρχουν παιδιά.

Από τα στοιχεία που έχουμε από τα διαζύγια στην Ελλάδα είναι σαφές ότι η συχνότητα τους αν και έχει τάση αυξητική, είναι αρκετά χαμηλότερη σε σύγκριση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Τα περισσότερα διαζύγια στην Ελλάδα δεν εκδίδονται πριν από την συμπλήρωση πέντε χρόνων στο γάμο, αλλά επίσης παρατηρείται μια τάση αύξησης των διαζυγίων στα άτεκνα ζευγάρια.

6.8 Λόγοι εμφάνισης διαζυγίων

Το διαζύγιο αποτελεί μια ομοιομορφία στους λόγους εμφάνισής του και ως προς τους ρυθμούς αύξησης της συχνότητάς του στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι λόγοι διαζυγίου που καταγράφονται σχεδόν πάντοτε με διαφορετική φυσικά συχνότητα είναι οι εξής: μοιχεία, κακοβουλία, εγκατάλειψη, ισχυρός κλονισμός της σχέσεως του γάμου. Άλλοι νομικοί λόγοι

(παρέμβαση της πεθεράς, δυσκολία στις σχέσεις μεταξύ τους, αλκοολισμός, οικονομικές δυσκολίες).

Προς τα τέλη της δεκαετίας του 1980, η ομοιομορφία αυτή εμφανίζεται και ως προς την τάση σταθεροποίησης της συχνότητας των διαζυγίων στα υψηλά επίπεδα στα οποία έφτασε στα τέλη της δεκαετίας του 1970. Η τάση αυτή συνδέεται με τη σταθεροποίηση των υψηλών συχνότητων διαμόρφωσης των μη συμβατικών οικογενειακών σχημάτων, με τη σειρά της, η σταθεροποίηση αυτή συνέβαλε στη μονιμοποίηση της ρευστότητας που χαρακτηρίζει τη σύγχρονη οργάνωση του ιδιωτικού βίου.

Απέναντι λοιπόν σε αυτή την κοινωνική τάση, οι αρμόδιοι κρατικοί φορείς και τα υπεύθυνα για την χάραξη πολιτικής σώματα όπως και οι εκκλησίες, αλλά και τα νομικά, ιατρικά και σχετικά με την πρόνοια επαγγέλματα, θα έπρεπε ίσως να επανεξετάσουν την στάση τους διότι είναι δύσκολο να προβλέψει κανείς πώς θα επιδράσουν στη σημερινή συχνότητα διαζυγίων το αυξανόμενο ποσοστό δευτερεύων γάμων, τα μεταβαλλόμενα σχήματα γυναικείας απασχόλησης και η παρούσα οικονομική ύφεση (Μουσούρου Α.Π., 2000).

6.9 Η εξέλιξη της διαζυγιότητας στην Ελλάδα

Ο αριθμός των διαζυγίων και η διαζυγιότητα αυξήθηκε σημαντικά στην Ελλάδα, ιδιαίτερα μετά την μεταπολεμική περίοδο. Στην δεκαετία του 1960 αντιστοιχούσαν 5 διαζύγια σε 100 γάμους ετησίως. Στο τέλος της δεκαετίας του 1970 έφτασαν σε 10 και στο τέλος του 1980 ο αριθμός αυξήθηκε ακόμα περισσότερο και έφτασε σε 13.(βλέπε πίνακα 2,3)

Πίνακας 2

Εκδοθείσες οριστικές αποφάσεις διαζυγίων, κατά λόγο διαζυγίου, υπαιτιότητα και διάρκεια λυθέντος γάμου :1971-1980

Divorces by grounds for divorce, by party against whom issued and duration of dissolved marriage: 1971-1980

		1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Σύνολο		3675	3395	4075	3631	3726	3768	4517	4322	4716	6684
<i>α) Λόγοι διαζυγίου:</i>											
μοιχεία	Του άνδρα	8	13	30	12	21	18	8	5	14	14
	Της γυναίκας	52	53	89	52	67	54	39	32	50	4
Κακόβουλη εγκατάλειψη		842	735	811	678	614	594	566	493	462	478
Ισχυρός κλονισμός της σχέσεως του γάμου		2554	2323	2990	2710	2904	3048	3888	3752	3645	4612
Άλλοι νόμιμοι λόγοι		72	31	37	41	13	14	16	37	21	10
Ν. 868/79 Μακροχρόνιος διακοπή έγγαμου συμβιώσεως (αυτόματο)		—	—	—	—	—	—	—	—	115	1528
Δεν δηλώθηκε αιτία		147	240	118	138	107	40	3	3	409	2
β)Υπαιτιότητα:	Του άνδρα	730	637	815	674	627	638	641	575	570	2168
	Της γυναίκας	871	775	859	728	703	662	626	653	578	1144
	Και των δύο	2074	1983	2395	2212	2395	2468	3239	3093	3566	3378
	Διαζύγια λόγω ασθένειας	—	—	6	17	1	—	11	1	2	
γ)διάρκεια λυθέντος γάμου:	Μέχρι 2 ετών	311	292	352	376	487	563	622	643	681	827
	2-5 »	875	711	1038	864	843	907	1001	928	1042	1262
	5-10 »	1031	897	1230	1012	1039	1021	1235	1294	1119	1381
	10 ετών και άνω	1267	1224	1261	1215	1178	1191	1492	1364	1496	3207
	Δεν δηλώθηκε η διάρκεια γάμου	191	271	194	164	179	86	167	93	378	7

Πίνακας 3.

Εκδοθείσες αποφάσεις ιδιωτικού δικαίου από τα Πρωτοδικεία κατά τις περιφέρειες Εφετειών : 1981-1990

Private law decisions issued by the Court of First Instance, by districts of Courts of Appeal: 1981-1990

		1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Σύνολο		6349	5558	5907	8672	7568	8939	8830	8335	6360	6037
<i>α) Λόγοι διαζυγίου:</i>											
μοιχεία	Του άνδρα	8	6	17	20	15	6	7	—	3	3
	Της γυναίκας	32	38	33	55	33	15	9	3	7	2
Κακόβουλη εγκατάλειψη		373	253	284	225	151	116	77	51	46	37
Ισχυρός κλονισμός της σχέσεως του γάμου		4336	4246	4593	2104	1697	144	4	—	—	—
Ν. 868/79 Υπερξεατής διάσταση (αυτόματο)		1041	513	183	140	237	10	3	—	2	—

Υπερτετραετής διάσταση		—	—	—	610	797	1260	1264	911	784	849
Συναινετικό		—	—	—	5104	4598	6195	5737	6013	4313	4125
Άλλοι νόμιμοι λόγοι		8	7	9	4	10	1172	1729	1357	1205	1019
Δεν δηλώθηκε αιτία		551	496	788	410	32	21	—	—	—	2
β)Υπαιτιότητα:	Του άνδρα	1539	937	571	694	353	205	375	303	280	288
	Της γυναίκας	576	418	378	548	402	242	346	318	294	346
	Και των δύο	4234	4203	4958	7430	6813	8492	8109	7714	5786	5406
γ)διάρκεια λυθέντος γάμου:	Μέχρι 2 ετών	615	526	560	649	631	716	208	172	95	131
	2-5 »	1187	1117	1058	1473	1307	1771	1459	1332	1171	1003
	5-10 »	1295	1155	1275	1950	1830	2249	2169	2016	1515	1609
	10 ετών και άνω	2504	1768	1762	3003	3405	3887	3905	3442	2994	3027
	Δεν δηλώθηκε η διάρκεια γάμου	748	992	1252	1597	395	316	1089	1373	585	267

Με τον Ν.1329/1983 έγινε η τροποποίηση του Οικογενειακού Δικαίου που βασίστηκε στην συνταγματική αρχή της ισότητας των φύλων. Οι σημαντικότερες τροποποιήσεις που έφερε αυτός ο νόμος ήταν η κατάργηση του θεσμού του αρχηγού της οικογένειας, η διατήρηση του οικογενειακού επωνύμου της γυναίκας, η κατάργηση της προίκας, η αξίωση συμμετοχής και των δύο συζύγων στην περιουσία που αποκτήθηκε κατά τη διάρκεια του γάμου, η επιλογή του επωνύμου των παιδιών και απλούστευση των διαδικασιών έκδοσης του διαζυγίου με το Ν. 1329. Λόγω των τροποποιήσεων αυτών τα διαζύγια παρουσίασαν αυξητική πορεία, (βλέπε πίνακα 6), δείχνει των αριθμό των γάμων, των διαζυγίων που τελούνται το ίδιο έτος.

Πίνακας 6.		
Γάμοι και διαζύγια στην Ελλάδα 1971 – 2002		
ΕΤΟΣ	ΓΑΜΟΙ	ΔΙΑΖΥΓΙΑ
1971	73.350	3.675
1972	60.144	3.395
1973	73.762	4.075
1974	68.059	3.631
1975	76.452	3.726
1976	63.540	3.768
1977	76.228	4.517
1978	72.523	4.322
1979	79.023	4.716

1980	62.352	6.684
1981	71.178	6.349
1982	67.784	5.558
1983	71.143	5.907
1984	54.793	8.672
1985	63.709	7.568
1986	58.091	8.939
1987	66.166	8.830
1988	47.873	8.335
1989	61.884	6.360
1990	59.052	6.037
1991	65.568	6.351
1992	48.631	6.156
1993	62.195	7.725
1994	56.813	7.675
1995	63.987	10.995
1996	45.408	9.360
1997	60.535	9.422
1998	55.489	9.814
1999	61.165	9.629
2000	48.880	11.369
2001	58.491	11.184
2002	57.872	11.080

Παρατηρείται λοιπόν ότι το 1984 εκδόθηκαν 8672 διαζύγια. Το 1986 πλησιάζουν τις 9000 και έκτοτε εμφανίζουν πτωτική πορεία. Οι Έλληνες αποφασίζουν να ζητήσουν διαζύγιο κατόπιν ωρίμου σκέψεως και όχι μπροστά στις πρώτες δυσκολίες.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι περισσότεροι άτυχοι γάμοι διαλύονται μετά από 10 χρόνια συμβίωσης ενώ ελάχιστοι αποφασίζουν να χωρίσουν τα δύο πρώτα χρόνια του γάμου. Σημαντικός παράγοντας είναι η παρουσία ή μη παιδιού. Τα περισσότερα ζευγάρια το 1991 χώρισαν (1819 διαζύγια), επειδή δεν είχαν παιδιά, ακολούθησαν τα διαζύγια με ένα παιδί που κυμάνθηκε στα 1690 διαζύγια, με δύο παιδιά στα 1481 διαζύγια, ενώ οι πολύτεκνοι δεν αποφασίζουν εύκολα. Έχουμε 300 διαζύγια σε οικογένειες με 3 παιδιά, 71 διαζύγια με 4 παιδιά, 15 διαζύγια με 5 παιδιά, 5 διαζύγια με 6 παιδιά και 2 με περισσότερα από 7 παιδιά.

Σχεδόν ένα στα τρία ζευγάρια που ζουν στην Αθήνα καταλήγει σε διαζύγιο. Η επαρχία παρουσιάζεται πιο «συντηρητική». Το ποσοστό των γάμων που διαλύεται στο σύνολο της χώρας ως προς τους γάμους που τε-

λούνται στο ίδιο έτος κυμαίνεται γύρω στο 10% μετά το 1989. Στην Αθήνα λόγω ότι οι συνθήκες διαβίωσης γίνονται αφόρητες από το άγχος και η δυνατότητα που έχει η γυναίκα να επιβιώσει μετά το διαζύγιο λειτουργεί ως πρόσθετος παράγοντας αυξάνει τη διαζυγιότητα. Εξ' άλλου σήμερα ο διαζευγμένος και ιδιαίτερα η διαζευγμένη γυναίκα δεν αντιμετωπίζεται με τον ίδιο τρόπο όπως παλιότερα που το διαζύγιο ήταν ένα είδος στίγματος.

Η αύξηση της διαζυγιότητας επιπλέον αποτελεί αιτία περιορισμού της γονιμότητας διότι ο αριθμός των διαζυγίων αφορά κυρίως τις ηλικίες κάτω του 50^{ου} έτους που δεν έχουν ολοκληρώσει την παραγωγική τους περίοδο, επομένως έχει και δυσμενείς δημογραφικές εκτός από κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις.

Την δεκαετία του 1991-2000 παρατηρείται μια αύξηση των διαζυγίων ιδίως το 1995 και μετά μια κάμψη την χρονιά του 1998. Από το 1991 μέχρι το 2002 που έχουμε τα επίσημα τελευταία αποτελέσματα της Στατιστικής Υπηρεσίας, τα διαζύγια έχουν σχεδόν διπλασιαστεί. Τα περισσότερα διαζύγια που έχουν δηλωθεί είναι συναινετικά και υπαίτιοι είναι και οι δύο σύζυγοι. (βλέπε πίνακα 4,5).

Πίνακας 4. Εκδοθείσες οριστικές αποφάσεις διαζυγίων, κατά λόγο διαζυγίου, υπαιτιότητα και διάρκεια ληθέντος γάμου: 1998 - 2000					
	1998	1999	2000	2001	2002
Σύνολο	7.814	9.629	11.309	11.184	11.080
α) Λόγοι διαζυγίου:					
Μοιχεία του άνδρα	12		7	1	
Μοιχεία της γυναίκας	2	4	12	2	
Κακόβουλη εγκατάλειψη	45	15	32	27	32
Ισχυρός κλονισμός της σχέσεως του γάμου					
N. 1329/83 Υπερτετραετής διάσταση	978	1.148	2.527	2.691	2.662
Συναινετικό	6.264	7.877	7.947	7.601	7.641
Άλλοι νόμιμοι λόγοι	465	487	672	803	687
Δε δηλώθηκε αιτία	48	98	112	59	58
β) Υπαιτιότητα					
Του άνδρα	236	204	292	353	306
Της γυναίκας	192	161	235	261	221
Και των δύο	7.236	9.264	10.782	10.570	10.553

γ) Διάρκεια λυθέντος γάμου:					
Μέχρι 2 ετών	82	88	88	64	38
2-5 ετών	1.361	1.742	1.745	1.866	1.715
5-10 ετών	2.219	2.665	3.105	2.732	2.899
10 ετών και άνω	3.978	4.908	6.226	6.428	6.205
Δε δηλώθηκε η διάρκεια γάμου	174	226	145	94	223

Πίνακας 5.

Εκδοθείσες οριστικές αποφάσεις διαζυγίων, κατά λόγο διαζυγίου, υπαιτιότητα και διάρκεια λυθέντος γάμου: 1991-1995

Divorces by ground for divorce, by party against whom issued and duration of dissolved marriage 1991-1995

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Σύνολο.....	6.351	6.156	7.725	7.675	10.995	9.360	9.422	7.814	9.629	11.309
α) Λόγοι διαζυγίου										
Μοιχεία										
Του άνδρα.....	-	2	1	2	-	2	-	12	-	7
Της γυναίκας	1	2	1	3	3	3	-	2	4	12
Κακόβουλη εγκατάλειψη.....	34	27	32	27	47	74	32	45	15	32
Ισχυρός κλονισμός της σχέσεως του γάμου Ν.868/79 Υπερεξαετής διάσταση (αυτόμα- το)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Υπερτετραετής διάσταση.....	744	579	739	693	1.775	1.802	1.475	978	1.148	2.527
Συναινετικό	4.578	4.768	6.283	6.230	8.077	6.740	7.076	6.264	7.877	7.947
Άλλοι νόμιμοι λόγοι	993	655	527	573	862	680	719	465	487	672
Δε δηλώθηκε αιτία	1	105	142	147	231	59	120	48	98	112
β) Υπαιτιότητα:										
Του άνδρα.....	242	171	198	186	310	241	268	236	204	292
Της γυναίκας	271	225	188	162	287	244	258	192	161	235
Και των δύο	5.838	5.760	7.339	7.327	10.398	8.875	8.896	7.386	9.264	10.782
γ) Διάρκεια λυθέντος γάμου:										
Μέχρι 2 ετών.....	110	66	67	70	74	174	106	82	88	38
2-5 ετών	1.170	1.187	1.595	1.482	2.036	1.604	1.689	1.361	1.742	1.715
5-10 ετών.....	1.649	1.614	1.984	2.062	2.806	2.568	2.406	2.219	2.665	3.899
10 ετών και άνω.....	3.087	2.972	3.832	3.706	5.708	5.013	4.901	3.978	4.908	6.205
Δε δηλώθηκε η διάρκεια γάμου.....	335	317	247	355	371	1	320	174	226	223

Την δεκαετία 1981-1990 φαίνεται ότι οι λόγοι διαζυγίου μεταβάλλονται. Το 1981-1983 ο κυριότερος λόγος διαζυγίου ήταν ο ισχυρός κλονισμός της σχέσεως του γάμου και λιγότερο το 1984 και 1985 και το 1986 εξαλείφεται. Τα περισσότερα διαζύγια που δηλώθηκαν από το 1984 και μετά ήταν με κοινή συναίνεση και των δύο συζύγων. Παρατηρούμε αλλαγή νοοτροπίας και απελευθέρωση (βλέπε πίνακα 3) και των δύο συζύγων.

Με την τελευταία απογραφή του πληθυσμού που πραγματοποιήθηκε στις 18 Μαρτίου 2001 έχουμε μια συνολική εικόνα της οικογενειακής κατάστασης της χώρας τα τελευταία χρόνια (βλ. πίνακα 7).

Πίνακας 7. Πραγματικός πληθυσμός κατά ομάδες, φύλο και οικογενειακή κατάσταση												
Σύνολο Ελλάδος, περιφέρεια, νομός και δήμος/κοινότητα												
Απογραφή Πληθυσμού 18 ¹⁵ Μαρτίου 2001												
Ομάδες ηλικιών Σύνολο Ελλάδος, περιφέρεια, νομός και δή- μος/κοινότητα	Οικογενειακή κατάσταση											
	Αμφότερων φύλων						Άρρενες					
	Σύνολο	Άγαμοι	Έγγαμοι	Χήροι	Διαζευμένοι	Σε Διά- σταση	Σύνολο	Άγαμοι	Έγγαμοι	Χήροι	Διαζευμένοι	Σε Διά- σταση
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	10.964.020	4.347.731	5.469.441	778.470	271.271	97.107	5.427.682	2.423.871	2.746.283	126.290	96.472	34.766
0-4	530.269	530.269	0	0	0	0	271.741	271.741	0	0	0	0
5-9	546.014	546.014	0	0	0	0	280.959	280.959	0	0	0	0
10-14	587.802	587.432	296	51	12	11	306.063	306.028	12	18	2	3
15-19	728.918	713.364	14.832	350	247	125	381.964	378.832	2.950	102	58	22
20-24	836.402	725.428	98.399	3.592	4.958	4.025	437.659	411.206	21.458	1.587	1.772	1.636
25-29	850.087	506.169	314.319	6.659	14.646	8.294	437.801	321.332	106.654	2.562	4.450	2.803
30-34	873.071	276.024	547.313	9.422	27.933	12.379	443.373	188.577	238.756	2.719	8.977	4.344
35-39	785.853	135.464	591.401	11.259	34.962	12.767	393.459	92.603	281.464	2.365	12.396	4.631
40-44	783.897	86.779	626.120	16.872	40.712	13.414	388.367	57.083	308.674	2.718	15.035	4.857
45-49	715.477	55.817	587.214	23.419	37.617	11.410	356.414	34.317	299.844	3.348	14.600	4.305
50-54	689.211	42.319	568.777	36.510	31.864	9.741	338.470	23.746	293.751	4.668	12.593	3.712
55-59	562.657	28.625	459.503	46.878	21.372	6.279	272.154	14.709	240.793	5.748	8.491	2.413
60-64	642.822	28.932	508.071	80.933	19.144	5.742	299.523	12.702	268.208	9.471	7.033	2.109
65-69	625.202	28.560	466.494	110.700	14.813	4.635	292.730	11.324	259.061	15.528	5.157	1.660
70-74	546.243	25.862	366.280	139.588	10.985	3.528	247.769	8.952	213.810	20.451	3.402	1.154
75-79	329.529	15.860	187.816	117.726	6.033	2.094	145.035	5.135	118.754	19.136	1.453	557
80-84	188.470	8.674	86.311	88.862	3.325	1.298	78.804	2.555	58.705	16.606	639	299
85-89	105.331	4.591	38.985	59.020	1.814	921	46.011	1.454	28.890	15.159	321	187
90-94	29.566	1.030	6.453	21.125	631	327	8.068	352	4.098	3.511	64	43
95-99	5.483	183	602	4.456	154	88	778	82	246	420	15	15
>=100	1.716	335	255	1.048	49	29	182	182	155	173	14	16

Πίνακας 7. Πραγματικός πληθυσμός κατά ομάδες, φύλο και οικογενειακή κατάσταση						
Σύνολο Ελλάδος, περιφέρεια, νομός και δήμος/κοινότητα						
Απογραφή Πληθυσμού 18 ^{ης} Μαρτίου 2001						
Ομάδες ηλικιών Σύνολο Ελλάδος, περιφέρεια, νομός και δήμος/κοινότητα	Οικογενειακή κατάσταση					
	Θήλεις					
	Σύνολο	Άγαμοι	Έγγαμοι	Χήροι	Διαζευμένοι	Σε Διάσταση
ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ	5.536.338	1.923.860	2.723.158	652.180	174.799	62.341
0-4	258.528	258.528	0	0	0	0
5-9	265.055	265.055	0	0	0	0
10-14	281.739	281.404	284	33	10	8
15-19	346.954	334.532	11.882	248	189	103
20-24	398.743	314.222	76.941	2.005	3.186	2.389
25-29	412.286	184.837	207.665	4.097	10.196	5.491
30-34	429.698	87.447	308.557	6.703	18.956	8.035
35-39	392.394	42.861	309.937	8.894	22.566	8.136
40-44	395.530	29.696	317.446	14.154	25.677	5.557
45-49	359.063	21.500	287.370	20.071	23.017	7.105
50-54	350.741	18.573	275.026	31.842	19.271	6.029
55-59	290.503	13.916	218.710	41.130	12.881	3.866
60-64	343.299	16.230	239.863	71.462	12.111	3.633
65-69	332.472	17.236	207.433	95.172	9.656	2.975
70-74	298.474	16.910	152.470	119.137	7.583	2.374
75-79	184.494	10.725	69.062	98.590	4.580	1.537
80-84	109.666	6.119	27.606	72.256	2.686	999
85-89	59.320	3.137	10.095	43.861	1.493	734
90-94	21.498	678	2.355	17.614	567	284
95-99	4.705	101	356	4.036	139	73
>=100	1.176	153	100	875	35	13

6.10 ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με τα παραπάνω η επικράτηση της ρευστότητας στη σύγχρονη οικογένεια είναι αποτέλεσμα της ρήξης του “παρελθόντος” και του “παρόντος”. Στη ρήξη, αυτή συντέλεσαν οι αλλαγές των αξιών των θεσμών, των προτύπων, που πήγαζαν στην παραδοσιακή αγροτική κοινωνία.

Οι μεταβολές αυτές προήλθαν από την αστεακή εκβιομηχάνηση της χώρας, η γυναίκα πήρε μια διαφορετική θέση στην κοινωνία. Εισέβαλε στο χώρο της εκπαίδευσης, διαμόρφωσε μια νεοτερίστικη κουλτούρα που στόχος της είναι η επαγγελματική της σταδιοδρομία. Η επαγγελματοποίηση των γυναικών σε συνδυασμό με την εκπαίδευσή τους ασκούν μια αυξανόμενη πίεση για τον επαναπροσδιορισμό των ρόλων, των φύλων και των γενεών τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο βίο.

Στον ιδιωτικό βίο παρατηρείται σταδιακή μετάβαση από το «συζυγικό» τύπο οικογένειας στο «συντροφικό» και κατ’ επέκταση αλλαγή συνθηκών και παρουσίαση νέων «φαινομένων – προβλημάτων» στην κοινωνία που χρειάζεται να ληφθούν υπόψιν, πως αυτά επηρεάζουν την κοινωνία. Τέτοιου είδους φαινόμενα – προβλήματα είναι η αύξηση των διαζυγίων, η μείωση της γαμηλιότητας, η μείωση των γεννήσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

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 ενημέρωση. Αποσκοπεί στην δημιουργία οικογενειών από ευτυχισμένους γονείς και από επιθυμητά, υγιή και ευτυχισμένα παιδιά θεμελιώδης προϋπόθεση, για την εκπλήρωση αυτού του σκοπού είναι η διάδοση και η ορθολογική χρήση των μέσων ελέγχου της αναπαραγωγικότητας, αλλά και η γνώση μέτρων, με τα οποία αντιμετωπίζεται η στειρώση ή παροχή συμβουλών πάνω στα προβλήματα ευγονικής, ανατροφής των παιδιών, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, πρόληψης αφροδίσιων νοσημάτων κλπ.

Δυστυχώς όμως, ο οικογενειακός προγραμματισμός ταυτίστηκε με τον έλεγχο των γεννήσεων που εφαρμόζεται σε ορισμένες υπο-ανάπτυξη χώρες, που μαστίζονται από το πρόβλημα του υπερπληθυσμού. Γιαυτό έχει δημιουργηθεί σε πολλές χώρες αντίδραση στη γενικότερη εφαρμογή των σκοπών του οικογενειακού προγραμματισμού. Οι δύο όμως αυτή κλάδοι της πολιτικής της αναπαραγωγικότητας διαφέρουν σημαντικά σε αρκετά σημεία.

1) έχουν διαφορετικούς στόχους. Ο οικογενειακός προγραμματισμός επιδιώκει να καταστήσει την αναπαραγωγικότητα εκούσια, υπεύθυνα και συνειδητή. Προσφέρει, επομένως, στα ζευγάρια όλες τις πληροφορίες, τις υπεύθυνες συμβουλές και τα σχετικά μέσα. Αντίθετα η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων αποβλέπει στο σύνολο, δεν λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες κάθε ατόμου, έχει ποσοτικό χαρακτήρα και βασικός της στόχος

είναι η αύξηση ή η μείωση των γεννήσεων για να επιταχύνει ή να επιβραδύνει το ρυθμό αύξησης του πληθυσμού.

2) Έχουν διαφορετικά κριτήρια στη χρήση των τεχνικών μέσων της ρύθμισης της αναπαραγωγικότητας. Επομένως, έτσι ακόμα και όταν η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων αποβλέπει στην μείωση των γεννήσεων, ο οικογενειακός προγραμματισμός προσπαθεί να θεραπεύσει την στειρότητα, για να δώσει το δικαίωμα σε κάθε ζεύγος να δημιουργήσει το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας.

3) Η αιτιολογική και ιδεολογική τοποθέτηση διαφέρουν ουσιαστικά. Έτσι, η πολιτική ελέγχου των γεννήσεων υπαγορεύεται μόνο από την ανάγκη αντιμετώπισης προβλημάτων υπερπληθυσμού ή υποπληθυσμού, ενώ αδιαφορεί για τις επιθυμίες, αλλά και για τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη. Αντίθετα, ο οικογενειακός προγραμματισμός αδιαφορεί για τα παραπάνω προβλήματα και θεμελιώνει την πολιτική του πάνω σε παραδεκτές από το κοινωνικό σύνολο αξίες.

Επομένως, ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί κοινωνική πρόοδο και θεωρείται θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, που προστατεύεται σε εθνική και παγκόσμια κλίμακα. Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί:

- Στην επίλυση δημογραφικών προβλημάτων
- Στην μείωση των εκτρώσεων
- Στην προαγωγή της υγείας της μητέρας
- Στην προαγωγή της υγείας των παιδιών
- Στην αντιμετώπιση της στειρότητας
- Στην πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων

Ας δούμε το ρόλο του οικογενειακού προγραμματισμού σε καθένα από τα παραπάνω:

7.1 Δημογραφικά προβλήματα

Η σημαντική μείωση της γεννητικότητας που σημειώθηκε αισθητά στις αναπτυγμένες χώρες αλλά και στην Ελλάδα δημιούργησε κυρίως προβλήματα ορθολογικής ηλικιακής δομής του πληθυσμού. Η υπέρμετρη αύξηση του γεροντικού πληθυσμού αυξάνει τις ανάγκες σε καταναλωτικά αγαθά και κοινωνικές παροχές τίθεται σε κίνδυνο η πορεία για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής, εφόσον, περιορίζεται αναγκαστικά η δυνατότητα ουσιαστικών επενδύσεων για την αντιμετώπιση των αυξανόμενων αναγκών.

Επιβάλλεται, επομένως, η ενθάρρυνση και η ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας. Επίσης υπάρχουν σημαντικές δυσχέρειες που συνδέονται άμεσα με τα αίτια μείωσης της αναπαραγωγικότητας που πρέπει να ρυθμιστούν όπως η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, η ανύψωση του μορφωτικού επιπέδου, την αστικοποίηση και την συνεχώς αυξανόμενη επαγγελματική απασχόληση της γυναίκας.

7.2 Μείωση των εκτρώσεων

Ένας από τους βασικούς στόχους του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η μείωση της συχνότητας των εκτρώσεων. Στη χώρα μας η αποφυγή των εκτρώσεων αποτελεί τον κυριότερο λόγο και την πιεστικότερη ανάγκη διάδοσης των αρχών και των μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού. Η έκτρωση βέβαια δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά το τελευταίο καταφύγιο, όταν έχει γίνει σύλληψη που δεν είναι επιθυμητή. Άρα ο αριθμός των εκτρώσεων φανερώνει το μέγεθος αποτυχίας του οικογενειακού προγραμματισμού. Ο αριθμός των εκτρώσεων έχει άμεση σχέση με το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας και τη διάδοση, γνώση και σωστή εφαρμογή των μεθόδων αντισύλληψης.

Στην Ελλάδα έχει αποδειχθεί ότι το 35% με 40% των Ελληνίδων έχουν κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση. Οι εκτρώσεις είναι συχνότερες

στις πόλεις παρά στα χωριά, στις γυναίκες κατώτερης κοινωνικής τάξης παρά ανώτερης και αυξάνονται με την ηλικία, τα χρόνια έγγαμης ζωής και τον αριθμό των παιδιών που έχουν ήδη κάνει.

Πιστεύεται ότι ο αριθμός των εκτρώσεων σήμερα είναι ίσος ή μεγαλύτερος από τον αριθμό των γεννήσεων. Το πρόβλημα παρουσιάζεται ακόμα πιο σημαντικό, όταν αναφερθεί ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες αγνοούν την ύπαρξη αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης και ότι υποβάλλονται σε έκτρωση, ξέροντας ότι είναι παράνομη και επικίνδυνη για την υγεία τους και παρά τις θρησκευτικές και κοινωνικές τους πεποιθήσεις. Αυτό και μόνο το γεγονός επισημάνει την επιτακτική ανάγκη πληροφόρησης του Ελληνικού πληθυσμού και παροχής των μέσων για την εφαρμογή αποτελεσματικών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού.

Επίσης, με τις εκτρώσεις οι γυναίκες θέτουν τον εαυτό τους σε κινδύνους όπως:

α) Άμεσοι κίνδυνοι και επιπλοκές. Σε κάθε έκτρωση, υπάρχει μικρός άμεσος κίνδυνος θανάτου από αιμορραγία, εμβολή ή λοίμωξη. Η θνητότητα αυξάνεται σημαντικά όταν η κύηση είναι μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες.

β) Έμμεσες επιπλοκές. Εκτός από τις άμεσες αυτές επιπλοκές, οι προκλητές εκτρώσεις είναι δυνατόν να δημιουργήσουν και αψώτερες. Πράγματι, έχει ιδιαίτερα τονισθεί ότι αρκετές γυναίκες καθίστανται στείρες μετά από προκλητή έκτρωση. Επίσης, δεν πρέπει να παραβλέπει κανείς τις επιπτώσεις των εκτρώσεων στην ψυχική υγείας της γυναίκας. Οι επιπτώσεις αυτές προέρχονται και προκαλούνται συνήθως από την αρνητική συμπεριφορά του άμεσου περιβάλλοντός της.

γ) Επιπτώσεις στις επόμενες κυήσεις

Οι εκτρώσεις εκτός από τις δυσμενείς επιδράσεις τους στην υγεία της γυναίκας, έχει αποδειχθεί ότι μεγάλος αριθμός από αυτές, επιδρούν και στην πορεία των επόμενων κυήσεων και τοκετών, όπως:

- i) Υπάρχει σχέση μεταξύ αιμορραγιών κατά την κύηση και αριθμού προηγηθεισών εκτρώσεων. Έτσι, διαπιστώθηκε ότι χωρίς ιστορικό εκτρώσεων η συχνότητα αιμορραγιών ήταν 10,8%. Η συχνότητα όμως ανέβαινε σε 18,3% όταν οι γυναίκες είχαν κάνει 1 έως 2 εκτρώσεις και σε 25,8% όταν ο αριθμός των εκτρώσεων ήταν πάνω από 3.
- ii) Η πρώιμη ρήξη του θυλακίου είναι πιο συχνή σε γυναίκες με ιστορικό έκτρωσης (5,4%) παρά σε γυναίκες που δεν είχαν κάνει έκτρωση (2,0%). Η πρώιμη ρήξη του θυλακίου είναι δυνατόν να προδιαθέσει και σε ενδομήτρια λοίμωξη του εμβρύου.
- iii) Διαπιστώθηκε ότι προηγηθείσες εκτρώσεις αυξάνουν την συχνότητα έπτοπης εγκυμοσύνης. Επίσης, αυξάνουν και τη συχνότητα ανώμαλων προβολών του εμβρύου, όπως είναι η εγκάρσια θέση και η προσωπική προβολή, οι οποίες απαιτούν διορθωτικούς χειρισμούς και επομένως συνοδεύονται από περισσότερα μαιευτικά συμβάντα.
- iv) Οι προηγηθείσες εκτρώσεις αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού και αυτόματης έκτρωσης κατά το πρώτο τρίμηνο της επόμενης εγκυμοσύνης. Έτσι, λοιπόν, η περιγεννητική θνησιμότητα – όπως και η νεογνική – είναι πολύ υψηλότερη, όταν υπάρχει ιστορικό εκτρώσεων.

Είναι επομένως φανερό ότι οι κίνδυνοι από τις εκτρώσεις στις γυναίκες, άμεσοι ή αψότεροι αλλά και οι κίνδυνοι πάνω σε μελλοντικές εγκυμοσύνες, είναι πολλαπλοί. Βασικός σκοπός επομένως του οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να είναι η διαφώτιση των νεαρών ιδίως γυναικών, πάνω σε αυτούς του κινδύνους, αλλά συγχρόνως και η ενημέρωση για τις μεθόδους αντισύλληψης, ώστε με αυτές και όχι με τις εκτρώσεις να αποφεύγεται η ανεπιθύμητη κύηση.

Παρακάτω θα αναφέρουμε πως συντελεί ο οικογενειακός προγραμματισμός στην διατήρηση της ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής ευεξίας σε καθένα από τα παρακάτω:

7.3. Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία της μητέρας

Ο οικογενειακός προγραμματισμός προάγει την ψυχική υγεία και ευτυχία της γυναίκας. Καταρχήν την απαλλάσσει από το άγχος και την αγωνία της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, με τις μεθόδους αντισύλληψης που κάνει γνωστές και παραδεκτές. Αυτές συνήθως εφαρμόζονται από γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου, οι οποίες παρουσιάζουν μικρότερη αναπαραγωγικότητα. Αυτό οφείλεται στην καθυστέρηση σύναψης γάμου και στην επιθυμία επαγγελματικής τους αναγνώρισης. Επιδίωξη όμως του οικογενειακού προγραμματισμού είναι η ενημέρωση όλων των γυναικών και κυρίως των γυναικών χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και κατά κανόνα χαμηλού οικονομικού επιπέδου, στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη δημιουργεί πιο ζωτικά προβλήματα, κυρίως κοινωνικά και οικονομικά, που έχουν σχέση με την ποιότητα της ζωής τους, την οποία υποβιβάζουν. Σημαντική όμως είναι και η βοήθεια που προσφέρει στις ανύπαντρες γυναίκες, στις οποίες η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επιφέρει συσσώρευση σοβαρών ψυχικών προβλημάτων και ερωτηματικών για την παραπέρα πορεία τους.

Εκτός όμως από την εξασφάλιση της ψυχικής τους υγείας προάγει και την σωματική τους υγεία. Πράγματι, βοηθάει να αποφεύγεται η εγκυμοσύνη με την προσωρινή εφαρμογή κατάλληλης αντισυλληπτικής μεθόδου σε γυναίκες οι οποίες πάσχουν από ανοικτή φυματίωση, ενεργό καρδιοπάθεια, χρόνιες φλεγμονές του ουροποιητικού συστήματος, ψυχωτικές καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρούς κινδύνους για την ζωή ή την υγεία τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Επίσης, βοηθάει στην διατήρηση της καλής σωματικής κατάστασης της γυναίκας με τον προγραμματισμό των επόμενων κυήσεων και την αναβολή τους για το χρονικό διάστημα (2-3) χρόνια, το οποίο θεωρείται απαραίτητο σε κάθε περίπτωση.

Τέλος, συντελεί στην μείωση της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας. Στις υπο-ανάπτυξη περιοχές, η εφαρμογή οικογενειακού προγραμματισμού θα βοηθήσει στην αποφυγή εγκυμοσύνης σε πολύτοκες γυναίκες και στην αύξηση του μεσοδιαστήματος μεταξύ των κυήσεων, θα συντελέσει στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας, που σήμερα βρίσκεται σε απαράδεκτα υψηλά επίπεδα.

7.4. Οικογενειακός προγραμματισμός και υγεία του παιδιού

Ο οικογενειακός προγραμματισμός προσφέρει την δυνατότητα σε κάθε ζευγάρι να προγραμματίζει το μέγεθος της οικογένειάς του. Έτσι συμβάλει στη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ζευγαριού καθώς και των παιδιών τους.

Η ευθύνη για την ανάπτυξη του παιδιού ανήκει βασικά στους γονείς, αυτοί πρέπει τελικά να αποφασίζουν πότε οι συνθήκες μέσα στην οικογένεια επιτρέπουν και ευνοούν την σωστή παροχή φροντίδων στο παιδί, φροντίδων απαραίτητων για την καλή ψυχοσωματική και πνευματική του εξέλιξη. Πράγματι, τα ερεθίσματα και οι εμπειρίες που δέχεται, κυρίως κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του, έχουν αποφασιστική σημασία για την συγκρότησή του και την είσοδό του στην κοινωνία όταν μεγαλώνει. Έτσι, παιδιά, των οποίων η γέννηση δεν επιθυμούν οι γονείς και δεν μεγαλώνουν με αρκετή στοργή και φροντίδα, γίνονται συνήθως παιδιά με αισθήματα ανασφάλειας κατά την παιδική, αλλά και κατά την εφηβική ηλικία, παιδιά που δύσκολα προσαρμόζονται κοινωνικά. Όταν οι λόγοι, για τους οποίους είναι ανεπιθύμητο ένα παιδί είναι οικονομικοί, τότε η κατάσταση είναι θλιβερή. Μεγαλώνουν στην φτώχεια, πολύ συχνά

υποσιτίζονται και είναι εκτεθειμένα σε λοιμώξεις. Χαμηλή ποιότητα ζωής και δυνατότητες εκπαίδευσης.

Με τον οικογενειακό προγραμματισμό, δεν θα δοθεί βέβαια λύση στα προβλήματα των φτωχών οικογενειών, θα δοθεί όμως η δυνατότητα να γεννιούνται λιγότερα παιδιά, ώστε όλα να είναι επιθυμητά, για να μπορούν να μεγαλώνουν με λιγότερη φτώχεια, αλλά κυρίως με περισσότερη φροντίδα. Το επιθυμητό μέγεθος της οικογένειας θα επιφέρει την άνοδο του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της οικογένειας, που θα έχει επιπλέον αντίκτυπο και στην καλύτερη σωματική υγεία των μελών της.

7.5. Αντιμετώπιση της στειρότητας και οικογενειακός προγραμματισμός

Ένα ζευγάρι χαρακτηρίζεται στείρο, όταν δεν συμβαίνει σύλληψη μετά από ενός χρόνου κοινή συμβίωση. Η χρονική περίοδο είναι αυθαίρετη, γιατί εξαρτάται από την συχνότητα των σεξουαλικών επαφών, θεωρείται όμως οδηγός για να αρχίσει εντατική διερεύνηση της αιτίας της στειρότητας. Οι υπεύθυνοι των μονάδων οικογενειακού προγραμματισμού πρέπει να προσφέρουν σωστή ενημέρωση για την πρόληψη της στειρότητας και να παραπέμπουν σε ειδικά κατά περίπτωση κέντρα για την διερεύνηση της αιτιολογίας και την κατάλληλη θεραπευτική της αντιμετώπιση. Οι καταπληκτικές πρόοδοι στο επίπεδο της γυναικολογίας-μαιευτικής και της τεχνικής γονιμοποίησης έχουν συντελέσει, ώστε ο αριθμός των οικογενειών χωρίς παιδιά να έχει μειωθεί αισθητά.

7.6. Πρόληψη αφροδίσιων νοσημάτων

Οι μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στην πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η συμμετοχή τους συνίσταται στη σωστή ενημέρωση των προσερχόμενων, αλλά και του γενικότερου πληθυσμού. Η αναζήτηση των

πασχόντων, των φορέων και των επαφών και η παραπομπή τους σε ειδικά κέντρα θεραπείας είναι δυνατόν να συμβάλλει στην αντιμετώπιση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και, έμμεσα, στην μείωση της στειρότητας και των πιθανών επιπτώσεων στα παιδιά. Στη συνέχεια θα επισημανθούν τα προβλήματα που παρεμποδίζουν την εφαρμογή των αρχών και των μεθόδων του οικογενειακού προγραμματισμού.

Εμπόδια, στην διάδοση και εφαρμογή του οικογενειακού προγραμματισμού.

- Αντιδραστική διάθεση στην αντισύλληψη.

Οι αντιδράσεις στις μεθόδους αντισύλληψης, συνοδεύονται, συνήθως από υστερικές εκρήξεις φόβου αφανισμού της φυλής από τη διαφαινόμενη μείωση του ρυθμού αύξησης του πληθυσμού. Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια να αποσυνδεθεί η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού από τον έλεγχο των γεννήσεων και να αποδειχθεί ότι χωρίς την εδραιωμένη χαμηλή παραγωγικότητα ο οικογενειακός προγραμματισμός όχι μόνο δεν συντελεί σε μεγαλύτερη μείωση της γεννητικότητας αλλά μπορεί να βοηθήσει στη σταθεροποίησή της σε αποδεκτά όρια. Η συντηρητικότητα και η ατολμία της πολιτικής ηγεσίας καθυστερεί απαραίτητες νομοθετικές ρυθμίσεις και οι σχετικές πιστώσεις δεν διατίθενται. Συντηρητικές κοινωνικές και θεραπευτικές ομάδες απορρίπτουν κάθε σεξουαλική δραστηριότητα των νέων-ιδίως των εφήβων. Η αρνητική στάση στην σεξουαλικότητα των εφήβων είναι ανεδαφική διότι με κατάλληλη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση στις αρχές του οικογενειακού προγραμματισμού θα έχει ασφαλώς ευνοϊκές επιπτώσεις στα άτομα και γενικότερα στο κοινωνικό σύνολο.

- Ανεπάρκεια υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού

Στον οικογενειακό προγραμματισμό δίνεται πολύ μικρότερη προτεραιότητα από πολλές άλλες κοινωνικές και υγειονομικές παροχές. Έτσι, ανεξάρτητες ειδικές υπηρεσίες, λείπουν ή είναι ανεπαρκείς και περιορί-

ζονται σε ορισμένες περιοχές. Έτσι, σπάνια η παροχή των υπηρεσιών ή ακόμα και η πληροφόρηση φθάνει στους αγράμματους, αμόρφωτους, φτωχούς και κοινωνικά μειονεκτούντες και απομονωμένους, ενώ αυτοί είναι που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη διαφώτισης και εξυπηρέτησης. Σε αυτό, συντελεί και η ανεπαρκής εκπαίδευση των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Επίσης, στις ορεινές και αγροτικές περιοχές όχι μόνο δεν υπάρχουν υπηρεσίες κι δυνατότητες παροχής μέσω οικογενειακού προγραμματισμού, αλλά επικρατεί πλήρης άγνοια των αρχών και των μεθόδων του.

- Έλλειψη καλής οργάνωσης της διοίκησης των προγραμμάτων

Κληρονομιά του πρωτοποριακού και εθελοντικού κινήματος του παρελθόντος αποτελεί η παράδοση της εφαρμογής των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού από την επιτροπή. Η επιτροπή αυτή στη βάση της διευθύνεται από το κράτος και αυτό βοηθάει στη νομιμοποίηση του προγράμματος. Το τίμημα όμως της νομιμοποίησης είναι βαρύ από την συνυπάρχουσα γραφειοκρατική δομή τέτοιων επιτροπών, στις οποίες οι εκτελεστικοί διευθυντές είναι ισχυρά συνδεδεμένοι με διοικητικές επιτροπές. Για να είναι αποτελεσματικά τα προγράμματα, χρειάζεται υπεύθυνη και δυναμική διοίκηση χωρίς να εμπλέκεται σε γραφειοκρατικά γρανάζια.

7.7. Οικογενειακός προγραμματισμός και μέσα ελέγχου των γεννήσεων

Η σύγχυση πάνω στους ορισμούς προγραμματισμός της οικογένειας και έλεγχος γεννήσεων, οδηγεί σε αβεβαιότητα για το πώς θα μπορούσαμε να προσφέρουμε υπηρεσία, αλλά και για το γιατί. Ο προγραμματισμός της οικογένειας, μπορεί να ορισθεί ως πρόνοια των υπηρεσιών ελέγχου των γεννήσεων, ώστε τα άτομα να μπορούν να ρυθμίζουν τη γονιμότητά τους για λόγους προσωπικής άνεσης ή για το ευ ζην. Κατά το παρελθόν,

τέτοιες υπηρεσίες προτρέπονταν για πολλούς σκοπούς, από φιλανθρωπικούς μέχρι πολιτικούς. Ενώ ο έλεγχος των γεννήσεων μπορεί να ορισθεί ως ελάττωση της αύξησης του πληθυσμού σε επίπεδο συμβατό με τις κοινωνικοοικονομικές αξίες και φιλοδοξίες μιας κοινωνίας: Περιλαμβάνει δραστικά μέτρα όπως ελάττωση των κοινωνικοοικονομικών υποστηριγμάτων για μεγάλες οικογένειες, ελάττωση των φόρων για οικογένειες με ένα παιδί, εκπαιδευτικά μαθήματα για όλες τις ηλικίες. Κατά των μεγάλων οικογενειών είναι δυνατόν επίσης να περιλαμβάνει και μέτρα καταναγκαστικά, όπως καθολική χρήση φαρμάκων.

Συμπερασματικά, τα προγράμματα ελέγχου των γεννήσεων έχουν αρκετή ενοχή απέναντι στην ελευθερία του ανθρώπινου γένους, σε αντίθεση με τις υψηλές ιδέες του προγραμματισμού της οικογένειας που σκοπό έχει την καταστολή της γονιμότητας, για να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής και όχι για πολιτικούς ή για οποιονδήποτε άλλο λόγο (Γ. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Κ. ΤΣΙΜΠΟΣ, 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΣΟΥΗΔΙΚΟΥ
ΜΟΝΤΕΛΟΥ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΟΥΗΔΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

8.1. ΤΟ ΣΟΥΗΔΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Συχνά βλέπουμε πολιτικούς να μεταδίδουν στην κοινή γνώμη πως έλκονται από τις κοινωνίες του Ευρωπαϊκού Βορρά και να αναδεικνύουν ως πρότυπό τους τις σκανδιναβικές χώρες, επειδή κατάφεραν να καλύψουν τη διπλή ανάγκη της σύγχρονης εποχής για ανταγωνιστική οικονομία και ισχυρό κοινωνικό κράτος.

Ένα μοντέλο δηλαδή που θα αναδεικνύει και θα αξιοποιεί τη νέα γνώση, θα κινείται στο ρυθμό των νέων τεχνολογιών, θα δημιουργεί νέα ανταγωνιστικά αγαθά και υπηρεσίες και ταυτόχρονα θα διαθέτει τους απαιτούμενους πόρους για την κάλυψη των ασθενέστερων, των φτωχών.

Κατ' αρχήν θα πρέπει να επισημάνουμε ότι το σκανδιναβικό-σοσιαλδημοκρατικό-μοντέλο έχει μια ιστορία τουλάχιστον 70 χρόνων. Η ύπαρξη τους χρονολογείται σχεδόν από το 1930, αλλά η σημερινή δομή του είναι αποτέλεσμα μιας μεγάλης συμφωνίας μεταξύ των κοινωνικών εταίρων, μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Από το 1945 οι Σκανδιναβοί-και ειδικώς οι Σουηδοί-αποφάσισαν ότι θα ζήσουν με υψηλή φορολογία, προκειμένου να στηρίξουν το ευρύ δίκτυο κοινωνικής προστασίας. Έκτοτε τα τελευταία 60 χρόνια η χώρα κυβερνάται σχεδόν αδιατάρακτα από το Σοσιαλιστικό κόμμα, με εξαίρεση 9 έτη διακυβέρνησης των συντηρητικών.

Οι φόροι στο εισόδημα φτάνουν στο 60 % και ο ανώτατος φορολογικός συντελεστής εφαρμόζεται από σχετικά χαμηλά επίπεδα. Το 28% με 30% είναι δημοτικοί φόροι, δηλαδή πόροι για τους δήμους και τις νομαρχίες που διαχειρίζονται σε μεγάλο βαθμό το σύστημα κοινωνικής προστασίας.

α) Η κρατική μηχανή

Ο δημόσιος τομέας είναι εκτεταμένος, καλύπτει σχεδόν το 65% της οικονομίας, αλλά λειτουργεί με το 1/3 του δικού μας προσωπικού καθώς δεν υπάρχει υπουργείο που να απασχολεί περισσότερους από 350 υπαλλήλους. Οι υπηρεσίες του κράτους- οι εφορίες, τα τελωνεία, η αστυνομία, τα σχολεία, τα Πανεπιστήμια, τα νοσοκομεία είναι ανεξάρτητες, αυτοδιοικούμενες μονάδες, οι οποίες λειτουργούν βάσει συγκεκριμένων στόχων, λογοδοτούν με ετήσιες εκθέσεις πεπραγμένων και βρίσκονται σε καθεστώς διαρκούς αξιολόγησης.

Τα υπουργία χαράσσουν στρατηγική – δεν ασχολούνται με διορισμούς και άλλα ευτελή. Δεν υφίσταται μονιμότητα των δημοσίων υπαλλήλων και το προσωπικό είναι απόλυτα εξειδικευμένο. Το σύστημα αμοιβών είναι διαφοροποιημένο και στηρίζεται σε μηχανισμούς μέτρησης της παραγωγικότητας. Οι υπάλληλοι μετακινούνται ή απολύονται όταν αλλάξουν τα δεδομένα της υπηρεσίας. Γενικώς οι απαιτήσεις –και οι υποχρεώσεις – από τους εργαζόμενους του δημόσιου τομέα είναι υψηλές, σε τίποτα δεν ταιριάζουν με τα εδώ ισχύοντα.

β) Επιδόματα

Παραλλήλως όμως εφαρμόζεται εκτεταμένο δίκτυο κοινωνικών παροχών, που ελέγχεται από τους δήμους και στηρίζεται, σε αξιόπιστο μηχανισμό πληροφόρησης. Κάθε παιδί μόλις γεννηθεί λαμβάνει επίδομα υψηλότερο των 100 € το μήνα ενώ οι παροχές του συστήματος υγείας θεωρούνται πρωτοποριακές. Από εκεί και πέρα προβλέπεται συνδυασμός εξατομικευμένων παροχών, ανάλογα με το οικογενειακό ή κοινωνικό προφίλ του δικαιούχου.

Αν κάποιος θεωρεί ότι έχει πρόβλημα απευθύνεται στον αρμόδιο κοινωνικό λειτουργό του δήμου, ο οποίος καταγράφει τα στοιχεία, κωδικοποιεί τις ανάγκες του ιδίου ή της οικογένειας και ορίζει π.χ την κατα-

βολή του ενοικίου ή ποσοστό αυτού ή τη χορήγηση πρόσφατων εισοδηματικών ενισχύσεων. Και αν δεν εμπίπτει σε αυτό το μηχανισμό, υπάρχει υπεραναπτυγμένη κοινωνική πρόνοια, η οποία έρχεται και συμπληρώνει την κάλυψη των αναγκών. Το σύστημα των κοινωνικών παροχών είναι προφανές ότι στηρίζεται σε αμοιβαία εμπιστοσύνη, πολύ καλή πληροφόρηση και ευσυνειδησία, τόσο των κοινωνικών λειτουργών όσο και των δικαιούχων, οι οποίοι δεν προσπαθούν να κοροϊδέψουν ή να κλέψουν αλλά να καλύψουν τις πραγματικές ανάγκες. Επίσης οι άνεργοι δεν αφήνονται στην τύχη τους. Απολαμβάνουν ισχυρά επιδόματα, αλλά βρίσκονται σε συνεχή παρακολούθηση, είναι υποχρεωμένοι να μετεκπαιδεύονται, να απορροφούν καινούριες γνώσεις μέχρι να στεριώσουν σε μια δουλειά.

γ) Η εκπαίδευση

Άμεσα συνδεδεμένο με την παραπάνω πρακτική για τους ανέργους είναι και το σύστημα παιδείας. Η επένδυση στην παιδεία είναι τεράστια. Οι μεγάλες επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα έχουν ερευνητικά προγράμματα, πραγματοποιούν εφαρμοσμένη έρευνα, είναι συνδεδεμένες με τα Πανεπιστήμια, όπου ευνοείται η ακαδημαϊκή έρευνα μέσω ενός εκτεταμένου δικτύου υποτροφιών. Οι νέοι ενθαρρύνονται να σπουδάσουν, ενώ υπάρχουν νέοι μηχανισμοί σύνδεσης της παραγωγής με την εκπαίδευση μέσω των περίφημων ερευνητικών χωριών τα οποία είναι χτισμένα δίπλα στα πανεπιστήμια, από μεικτά σχήματα συνεργασίας επιχειρήσεων και ΑΕΙ.

Η εισαγωγή στα Πανεπιστήμια γίνεται χωρίς εξετάσεις, υπάρχει ο θεσμός εισαγωγής στα ΑΕΙ ακόμη και για μη απόφοιτους λυκείου με την προϋπόθεση να μην ξεπερνούν τα 25 έτη και να έχουν 5ετή προϋπηρεσία. Πρόκειται για τον μηχανισμό της ελεγχόμενης «δεύτερης ευκαιρίας», ο οποίος επεκτείνεται σε νυχτερινά σχολεία για ηλικιωμένους και σε Πανεπιστημιακές σπουδές «μισής ταχύτητας», οι οποίες προσφέρονται σε ώ-

ριμους εργαζόμενους πολίτες, οι οποίοι σε ένα χρόνο μπορούν να ολοκληρώνουν σπουδές ενός εξαμήνου.

δ) Η δύναμη της γνώσης

Όλο το σύστημα υποστηρίζει προσπάθειες απόκτησης γνώσης, με σκοπό τη βελτίωση του γνωστικού επιπέδου των πολιτών. Επικρατεί το δόγμα πως ο εκπαιδευμένος επαγγελματίας είναι καλύτερος επαγγελματίας.

Εκεί ίσως κρύβεται το μυστικό του συστήματος, που εξασφαλίζει τεράστια αποδοτικότητα και υψηλά επίπεδα παραγωγικότητας στην οικονομία.

Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι οι βιβλιοθήκες είναι γεμάτες και πλούσιες όσο πουθενά στον κόσμο.

Υπερανπτυγμένη επίσης είναι η στεγαστική πολιτική. Σε όλη τη Σουηδία κατασκευάζονται αξιόπιστες κατοικίες ικανές να υποδεχθούν οποιονδήποτε μετακινούμενο εργαζόμενο, γεγονός που ευνοεί την κινητικότητα του εργατικού δυναμικού εντός της χώρας, επαυξάνοντας την οικονομική δραστηριότητα σε όλη την κλίμακα της χώρας.

ε) Ο ιδιωτικός τομέας

Από την άλλη πλευρά ο ιδιωτικός τομέας είναι συγκροτημένος σε ανταγωνιστική βάση, διεθνοποιημένος, με ευελιξία στην αγορά εργασίας, υψηλές απαιτήσεις ως προς την παραγωγικότητα και ελευθερία στις απολύσεις. Τα ίδια τα συνδικάτα δεν διακρίνονται από διάθεση προστατευτισμού για τους φθίνοντες κλάδους. Αντιθέτως, ευνοείται η εκκαθάριση αντιπαραγωγικών μονάδων και η μεταφορά πόρων σε κλάδους σύγχρονους και αποδοτικούς.

Γενικώς το μοντέλο μπορεί να προσφέρει, αλλά είναι απολύτως απαιτητικό. Οι εργαζόμενοι είναι συνειδητοποιημένοι, άκρως παραγωγικοί και έχουν αντίληψη της ευθύνης που κάθε φορά αναλαμβάνουν. Γίνεται φανερό πως το όλο σύστημα στηρίζεται σε μηχανισμό πολλαπλών α-

ξιών και σε μια γενικευμένη αίσθηση εμπιστοσύνη η οποία ξεκινά από την καταβολή των φόρων και φτάνει μέχρι τα στοιχεία που θα δηλωθούν στον κοινωνικό λειτουργό. Οι Σουηδοί εμπιστεύονται το κράτος, γνωρίζουν ότι οι φόροι που πληρώνουν θα τους ε4πιστραφούν με μορφή παροχών και προφανώς αυτό εξηγεί πως εκεί γίνονται εκλογές με αίτημα την αύξηση και όχι τη μείωση των φόρων.

Όπως λέει και ο Χριστόφορος Σαρδελής, (Καρακούσης, 2005), ο οποίος υπηρέτησε στην Κεντρική Τράπεζα τα Σουηδίας και τα τελευταία χρόνια ήρθε στην Ελλάδα προκειμένου να δημιουργήσει τον Οργανισμό Διαχείρισης Δημοσίου Χρέους, «το σουηδικό μοντέλο ούτε απλό είναι, ούτε μπορεί να μεταφερθεί στην ελληνική πραγματικότητα, ως μια λίστα μέτρων και παροχών. Αν γίνει έτσι δεν κάνουμε τίποτα. Εκείνο που πρέπει να διερευνήσουμε είναι αυτός ο συνδυασμός ευθύνης, προσφοράς και απόδοσης, που χαρακτηρίζει όλο το σύστημα και οδηγεί σε ένα κράτος παροχών αλλά και απαιτήσεων.

Με άλλα λόγια, το σουηδικό μοντέλο μπορεί να είναι ένα όραμα για την Ελλάδα, ένας οδηγός για το μέλλον (Καρακούσης, 2005).

**8.2 ΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ
ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ**

Χώρα	Οικογένεια με 1 παιδί	Οικογένεια με 2 παιδιά	Οικογένεια με 3 παιδιά	Οικογένεια με 4 παιδιά	Ποσό για κάθε επιπλέον παιδί
Βέλγιο	840	2.388	4.704	7.020	2.316
Δανία	1.476	2.952	4.428	5.904	1.476
Γερμανία	1.656	3.312	5.148	7.296	2.148
Ελλάδα	70,44	216	480	576	96,84
Ισπανία	288	576	864	1.152	288
Γαλλία	0	1.284	2.928	4.584	1.644
Ιρλανδία	648	1.296	2.148	3.000	852
Ιταλία	526,79	1.338,66	2.900,42	4.889,81	1.202,32
Λουξεμβούργο	1.680	4.092	7.644	11.196	3.552
Ολλανδία	936	2.112	3.276	4.752	1.236
Αυστρία	1.488	3.120	4.908	6.696	1.788
Πορτογαλία	300	300	1.044	1.488	444
Φιλανδία	1.080	2.400	3.972	5.796	2.064
Σουηδία	1.284	2.568	4.200	6.168	2.568
Μ. Βρετανία	1.236	2.064	2.892	3.720	828

Πηγή: ΕΚΚΕ (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών)

ΟΙ ΓΟΝΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε. ΤΟ 2001

Χώρα	Δικαίωμα	Αμοιβή	Μέγιστη διάρκεια	Μερική άδεια	Διάσπαση της άδειας	Ηλικία παιδιού
Αυστρία	Οικογενειακό	Επίδομα με πάγιο πληρωτέο ποσό των 410 Ευρώ τον μήνα	24 μήνες	Ναι	Όχι	0-2 έτη
Βέλγιο	Ατομικό	536,65 Ευρώ τον μήνα (2002)	3 μήνες	Ναι	Όχι	0-4 έτη
Γαλλία	Οικογενειακό	Καμία	3 χρόνια	Ναι	Ναι	0-3 έτη
Γερμανία	Οικογενειακό	Ευρώ 307 τον μήνα	36 μήνες	Ναι	Ναι	0-3 έτη
Δανία	Οικογενειακό	Υπολογίζεται βάσει του βασικού μισθού του εργαζόμενου με ανώτατο όριο τα 394 Ευρώ την εβδομάδα.	10 εβδομάδες	Ναι	Όχι	Σχετίζεται με τη γέννησή του παιδιού
Ελλάδα	Ατομικό	Καμία	3 μήνες	Όχι	Όχι	0-3 ½ έτη
Ην. Βασίλειο	Ατομικό	Καμία	13 εβδομάδες	Ναι	Ναι	0-5 έτη
Ιρλανδία	Ατομικό	Καμία	14 εβδομάδες	Ναι	Ναι	0-5 έτη
Ισπανία	Ατομικό	Καμία	3 χρόνια	Όχι	Όχι	0-3 έτη
Ιταλία	Οικογενειακό	30% του τελευταίου μισθού	10 μήνες	Όχι	Όχι	0-8 έτη
Λουξεμβούργο	Ατομικό	Επίδομα με πάγιο πληρωτέο ποσό των Ευρώ 1.611 τον μήνα	6 μήνες	Ναι	Όχι	0-5 έτη
Ολλανδία	Ατομικό	Καμία	13 εβδομάδες	Ναι	Όχι	0-8 έτη
Πορτογαλία	Ατομικό	Καμία	3 μήνες	Όχι	Όχι	0-3 έτη
Σουηδία	Ανάμεικτο	390 ημέρες το 80% του εισοδήματος με ανώτατο όριο το 7,5 X του (βασικό ποσό το 2002: 3.981,40 Ευρώ). Κατά τις τελευταίες 90 ημέρες σένα πάγιο ποσό των 6,39 Ευρώ την ημέρα.	480 ημέρες	Ναι	Ναι	0-9 έτη
Φιλανδία	Οικογενειακό	Το ποσό καθορίζεται βάσει του εισοδήματος και το ίδιο είναι ως ελάχιστο 269 ευρώ τον μήνα (01-05-2000). Being on average 60% of an employees pay.	26 εβδομάδες 158 (εργάσιμες ημέρες, συμπ. άββατα)	Όχι	Όχι	0-2 έτη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο ρόλος που έχει επιτελέσει ο Κοινωνικός Λειτουργός ώστε να συμβάλει στην επίλυση του προβλήματος της υπογεννητικότητας θεωρείται σημαντικός καθώς έχει τη δυνατότητα μέσα από τις αρχές και τις αξίες του επαγγέλματός του να βοηθήσει στη συνειδητή επιλογή γέννησης τέκνων από τα ενδιαφερόμενα άτομα.

Έτσι μπορούμε να έχουμε και ποιοτική αύξηση του πληθυσμού και ποιοτική βελτίωση της ζωής τους αφού εκτός του ότι ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά στην συνειδητή επιλογή απαίτησης τέκνου, αγωνίζεται και για την βελτίωση των απαραίτητων δομών που θα υποστηρίξουν παιδιά, ενήλικες και ηλικιωμένους όταν χρειάζεται π.χ. ιδρύματα φροντίδας γ' ηλικίας, συμβουλευτικούς σταθμούς κτλ.

Πιο συγκεκριμένα ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να βοηθήσει: με την κλασσική μέθοδο συμβουλευτικής και να υποστηρίζει την οικογένεια από οποιοδήποτε φορέα εργάζεται.

- με εξειδικευμένη βοήθεια προ του γάμου για ενημέρωση επαναπροσδιορίζοντας τον οικογενειακό προγραμματισμό σχετικά με τη δυνατότητα απόκτησης επιπλέον παιδιών όταν οι αριθμοί είναι επιτρεπτές.
- με τη δημιουργία εθελοντικών ομάδων για πληροφόρηση στο εκπαιδευτικό πλαίσιο, ώστε να μην αποθαρρύνονται οι νέοι από τη δημιουργία οικογένειας μακροπρόθεσμα
- με την προβολή των αξιών της παραδοσιακής ελληνικής οικογένειας προσαρμοσμένων στα σημερινά δεδομένα

- με την ενημέρωση για τα πλεονεκτήματα της πολυτεκνίας στη μοριοδότηση σε διαγωνισμούς, την εισαγωγή σε σχολές γ'βάθμιας εκπαίδευσης και στην επαγγελματική αποκατάσταση.
- με την άσκηση πίεσης, με την καθοδήγηση του Κοινωνικού Λειτουργού σε οργανώσεις, φορείς κλπ. προκειμένου να εξασφαλιστεί δωρεάν ή με μικρή τουλάχιστον τουλάχιστον συμμετοχή η προσπάθεια για εξωσωματική γονιμοποίηση, η οποία είναι πολυδάπανη και μέχρι την τελική επιτυχία μπορεί να χρειαστούν μέχρι και 8 προσπάθειες.
- Με την διαφύλαξη της γονιμότητας που επιτυγχάνεται με την ενημέρωση σε συνεργασία με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στους νέους μέσα από την ββάθμια και γβάθμια εκπαίδευση.
- Με την συνεργασία του Κοινωνικού Λειτουργού με γυναικείες οργανώσεις για την προβολή του ρόλου της μητρότητας καθότι πολλές φορές παρατηρείται η παρακινδυνευμένη άποψη για προτεραιότητα μόνο στην πνευματική ανέλιξη του ανεξαρτητοποίηση της γυναίκας.
- Με τον εντοπισμό παιδιών ή και εφήβων με αρνητικές επιρροές από την οικογένεια καθώς και παιδιών που οι γονείς του είναι σε διάσταση.
- Με θεραπευτική παρέμβαση προς αποτροπή ακραίων θέσεων κατά την ενηλικίωση που καταλήγει σε απόρριψη μόνιμης σχέσης και απόκτησης οικογένειας.

Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί και η αναγκαιότητα της ενθάρρυνσης για λήψη πρωτοβουλιών και η αποφυγή της υπερπροστασία και της παροχής αγαθών πολιτείας χωρίς μέτρα που αποτρέπει τους νέους στο μέλλον προετοιμάζονται για την λήψη των ευθυνών της οικογένειας προσπαθώντας για την κάλυψη μόνων των δικών τους αναγκών.

Εκτός όμως από τα παραπάνω που αφορούν κυρίως το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στα πλαίσια της οικογένειας γενικά θα πρέπει να

αναφερθούμε και στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στην ποιότητα ζωής των ατόμων της γ ηλικίας.

Όπως αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο η υπογεννητικότητα επιφέρει δημογραφική γήρανση με αποτέλεσμα να έχουμε αυξημένα ποσοστά ηλικιωμένων ατόμων.

Τα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν εκείνη την ομάδα πληθυσμού η οποία όμως είναι φυσικό να αντιμετωπίζει προβλήματα κοινωνικής απομόνωσης, συναισθηματικής αποξένωσης, βιολογικής φθοράς και οικονομικής δυσπραγίας. Για να συνεχίσουν να ζουν με αξιοπρέπεια και αυτοσεβασμό, έχουν ανάγκη από συμπαράσταση στο βαθμό που μειώνεται η κοινωνική συναισθηματική και οικονομική τους αυτάρκεια. Εκτιμάται ότι η οικογένεια προσφέρει αυτή την συμπαράσταση σε μεγάλο ποσοστό, ένα 10% όμως των ηλικιωμένων χρησιμοποιεί τις κοινωνικές υπηρεσίες. Δεν υπολογίζεται ότι στο 1% διαβιώνουν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης (Σταθόπουλος, 1999).

Στόχος της κρατικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους είναι η παραμονής τους στην κοινωνία με την υποστήριξη της οικογένειας και των κοινωνικών υπηρεσιών ανοικτής περίθαλψης μέσα στην κοινότητα.

Η πολιτική αυτή περικλείει κατά σειρά προτεραιότητα την φροντίδα στο σπίτι την κοινότητα. Σε ανάλογες οικογένειες, σε κέντρα προστασίας γήρατος, σε ιδρύματα κλειστής και σε θεραπευτήριο χρόνιες παθήσεων για ηλικιωμένους που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (ανίατη).

Δηλαδή η παροχή υπηρεσιών περιλαμβάνει βασικά δύο κατηγορίες: στην εξωιδρυματική και την ιδρυματική περίθαλψη.

Και στις δύο κατηγορίες ο Κοινωνικός Λειτουργός γενικά προσπαθεί να διασφαλίσει την κοινωνική υποστήριξη του ηλικιωμένου. Με εξασφαλισμένη τη ζεστή και άνετη παραμονή σε ένα οικογενειακό περιβάλλον, υγιεινή διατροφή και πλήρη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, φροντίδα να διατηρεί ο ηλικιωμένος την ταυτότητά του, θα διατηρεί τις κοινω-

νικές του επαφές με φίλους και συγγενείς, αλλά και με άτομα ίδιας ηλικίας ή και ενδιαφερόντων μέσω των κέντρων και λεσχών που απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα. Στα πλαίσια των χώρων αυτών οι κοινωνικοί λειτουργοί εκτός από την ψυχολογική υποστήριξη, και ενημέρωση για διάφορα θέματα, όπως θέματα υγείας, θα φροντίζουν για την ψυχαγωγία των ηλικιωμένων οργανώνοντας διάφορες εκδηλώσεις, εκδρομές κλπ.

Παρόμοια είναι τα καθήκοντα του κοινωνικού λειτουργού και στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης όπου ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει για την ψυχολογική υποστήριξη των τροφίμων του ιδρύματος. Την εξάλειψη ή την μείωση του αισθήματος εγκατάλειψης και απομόνωσης, την διασφάλιση των δικαιωμάτων τους, την διατήρηση των κοινωνικών επαφών τους με άτομα εκτός ιδρύματος (συγγενείς, φίλους κλπ.) και σαφώς την βελτίωση των συνθηκών ζωής μέσα στο ίδρυμα.

Έτσι αφού με τη σωστή καθοδήγηση των κοινωνικών λειτουργών του κράτους που ελέγχουν τις προσφερόμενες υπηρεσίες αλλά και τις συνθήκες μέσα από τις οποίες προσφέρονται γίνεται προσπάθεια για την βελτίωση της ποιότητας των ηλικιωμένων στα ιδρύματα.

Ένα επιτυχημένο πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα θεωρούνται τα ΚΑΠΗ που καλύπτουν ουσιαστικές ανάγκες ηλικιωμένων σε όλους σχεδόν του δήμους της χώρας. Ο θεσμός αυτός θεωρείται η μόνη κοινωνικοιατρική υπηρεσία πρόληψης και αποκατάστασης ηλικιωμένων. Μία βασική αιτία είναι ότι τα ΚΑΠΗ είναι πρωτογενείς κοινωνικές υπηρεσίες που προσελκύουν ηλικιωμένους από την κατώτερη και μεσαία οικονομική τάξη. Σ' αυτό ίσως να οφείλεται η πολιτική στήριξη του θεσμού από όλες τις κομματικές παρατάξεις καθώς και η προσήλωση των συντονιστών κοινωνικών λειτουργών σε αξιοκρατικά κριτήρια παροχής υπηρεσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. Ο ΚΑΤΗΦΟΡΟΣ ΤΗΣ
ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
-ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Ο ΚΑΤΗΦΟΡΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΜΕΤΡΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Οι θάνατοι από το 1998 υπερβαίνουν σταθερώς τις γεννήσεις

Από το έτος 1998 και μετά οι θάνατοι στη χώρα μας υπερβαίνουν συνεχώς τις γεννήσεις και οι αριθμοί είναι χαρακτηριστικοί του κατήφορου που μαστίζει τη χώρας μας από την υπογεννητικότητα.

ΕΤΟΣ	ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ
1998	100.894	102.668
1999	100.643	103.304
2000	103.267	105.219
2001	102.282	102.559
2002	103.569	103.915

- Η Ελλάδα το 2001 ήταν η 2^η γηρασμένη χώρα του κόσμου μετά την Ιταλία

Δείγμα της εφιαλτικής καταστάσεως της υπογεννητικότητας στην χώρα μας αποτελεί και το γεγονός ότι η Ελλάδα το 2001 ήταν η 2^η γηρασμένη χώρα του κόσμου, αφού το ποσοστό του πληθυσμού των κατοίκων της ηλικίας πάνω των 65 ετών έφθασε το 17,8%.

Οι 20 πιο γηρασμένες χώρες του κόσμου					
Πληθυσμός ηλικίας άνω των 65 ετών σε ποσοστό (%) επί του συνόλου:					
1.	Ιταλία	18,4	11.	Πορτογαλία	15,8
2.	Ελλάδα	17,8	12.	Αυστρία	15,6
3.	Ιαπωνία	17,7	13.	Εσθονία	15,4
4.	Σουηδία	17,4	14.	Λετονία	15,4
5.	Βέλγιο	17,2	15.	Νορβηγία	15,3
6.	Ισπανία	16,9	16.	Φιλανδία	15,1
7.	Γερμανία	16,7	17.	Δανία	15,0
8.	Γαλλία	16,1	18.	Ουγγαρία	14,7
9.	Βρετανία	15,9	19.	Λιθουανία	14,3
10.	Κροατία	15,9	20	Σλοβενία	14,2

- Από την 2^η θέση το 1981 που είχε η Ελλάδα στις γεννήσεις κατήλθε στην τελευταία θέση των 15 χωρών της Ε.Ε. το 2003 με την μεγαλύτερη μείωση του δείκτη γονιμότητας (42,%).

Δείκτης γονιμότητας (μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας στις 15 χώρες της Ε.Ε. τα έτη 1980 και 2003) (Θεοτοκάτος, 2004).

ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε.	ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ 1980	2003	ΜΕΤΑΒΟΛΗ
Αγγλία	1,90	1,71	10,0
Αυστρία	1,60	1,39	-14,2
Βέλγιο	1,68	1,61	-4,2
Γαλλία	1,95	1,89	-3,1
Γερμανία	1,56	1,34	-14,1
Δανία	1,55	1,76	13,5
ΕΛΛΑΔΑ	2,21 (2 ^η)	1,27 (15 ^η)	-42,5
Ιρλανδία	3,25 (1 ^η)	1,98	-39,1
Ισπανία	2,20	1,29	-41,4
Ιταλία	1,64	1,29	-21,3
Λουξεμβούργο	1,49	1,63	9,4
Ολλανδία	1,60	1,75	9,4
Πορτογαλία	2,18	1,44	-33,9
Σουηδία	1,68	1,71	1,8
Φιλανδία	1,63	1,76	8,0

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.

Για την αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος της χώρας το ΕΚΚΕ προτείνει δέσμη μέτρων για την οικογενειακή - δημογραφική πολιτική η οποία θα πρέπει να στοχεύει α) στην αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος και β) στην εξασφάλιση κρατικής υποδομής για την εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής των ζευγαριών.

Το κόστος για την υλοποίηση της προτεινόμενης πολιτικής είναι 2,6 δις ευρώ άπαξ και 2,905 δις ευρώ σε ετήσια βάση. Η ερευνητική ομάδα του ΕΚΚΕ αναφέρει πως οι δαπάνες για την παιδεία και υγεία - πρόνοια του τακτικού προϋπολογισμού και του προϋπολογισμού Δημοσίων Επενδύσεων ανέρχονταν το 2004 σε 5,55 και 4,434 δις ευρώ αντίστοιχα, δηλαδή

συνολικά σε περίπου σε 10 δις ευρώ. Επομένως η πολιτική αν υλοποιηθεί, συνεπάγεται ένα ετήσιο κόστος που ανέρχεται περίπου στο 1/3 του Τακτικού Προϋπολογισμού και του προϋπολογισμού Δημοσίων Επενδύσεων για την παιδεία, την υγεία και την πρόνοια. Η συνδυασμένη χρήση των παρακάτω μέτρων μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του μέσου αριθμού των παιδιών ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας από 1,3 περίπου σε 1,72 παιδιά κατά μέσο όρο.

Δημοσιονομική πολιτική : η μελέτη του ΕΚΚΕ προτείνει την άμεση οικονομική ενίσχυση οικογενειών που έχουν περιορισμένο εισόδημα και περισσότερα από ένα παιδιά, σε αντικατάσταση του μέτρου της φοροαπαλλαγής. Αντί δηλαδή να ισχύουν οι φοροαπαλλαγές, προτείνεται να δοθεί άμεση εισοδηματική ενίσχυση. Για παράδειγμα μια οικογένεια με ένα παιδί και μέσο ετήσιο εισόδημα 15.100 ευρώ να παίρνει 452 ευρώ τον χρόνο, ενώ μια οικογένεια με έξι παιδιά και μέσο εισόδημα 12.100 ευρώ να παίρνει 3.944 ευρώ. Όπως διαφαίνεται άλλωστε, και από στοιχεία του Υπ. Οικονομικών, από τα 199.350 άτομα, των οποίων το εισόδημα ήταν μέχρι 6.000 ευρώ, μόνο 30 έκαναν χρήση των φοροαπαλλαγών.

Κρατική υποδομή.

Όπως υπογραμμίζεται, η συγκεκριμένη δημοσιονομική πολιτική πρέπει να συνδυαστεί με μια σειρά από άλλα μέτρα για να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (σημειώνεται πως η έρευνα ολοκληρώθηκε στις αρχές του 2004):

Βρεφονηπιακοί σταθμοί: πρέπει να κατασκευαστούν συνολικά 3.962 βρεφονηπιακοί σταθμοί για 100% κάλυψη των παιδιών ηλικίας 1-4 ετών με συνολικό σταθερό κόστος κατασκευής 580 εκ. ευρώ και λειτουργίας 57,4 εκ. ευρώ το έτος.

Βοηθοί μητέρες : ο θεσμός των βοηθών μητέρων (φύλαξη 5 παιδιών ανά μία ειδικευόμενη μητέρα) θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά. Για αυτό το σκοπό θα χρειαζόνταν 35.783 βοηθοί μητέρες με ετήσιο κόστος 183,78 εκ. ευρώ, ενώ αντίστοιχα θα μειωνόταν το κόστος σε σταθμούς.

Δημοτικά: για να λειτουργούν μόνο πρωινά τμήματα στα δημοτικά χρειάζονται συνολικά 86 νέα σχολεία στην αττική και 309 στην υπόλοιπη χώρα (κόστος 290,7 εκ. ευρώ)

Νηπιαγωγεία : χρειάζεται να κατασκευαστούν 75 στην Αττική και 135 στην λοιπή χώρα, με συνολικό σταθερό κόστος 78 εκ. ευρώ.

Ολοήμερα σχολεία: για να επεκταθεί ο θεσμός των ολοήμερων σχολείων σε όλα τα δημοτικά και νηπιαγωγεία της χώρας απαιτείται να γίνουν ολοήμερα 2.297 δημοτικά και επιπλέον 3.529 νηπιαγωγεία, με κόστος λειτουργίας 48,93 εκ. ευρώ ανά έτος.

Γονικές άδειες : αν οι γονικές άδειες διαρκούν για ένα χρόνο και αμείβονται με το βασικό μισθό, υπολογίζεται πως το κόστος τους θα ανέλθει σε 1,5 δις ευρώ άπαξ για 210.000 εργαζόμενες γυναίκες ηλικίας 25- 40 ετών που αναμένεται να αποκτήσουν επιπλέον 1 παιδί.

Γυναικεία απασχόληση: ενισχύοντας τη γυναικεία απασχόληση ενισχύεται έμμεσα το οικογενειακό εισόδημα και επομένως η γονιμότητα. Μια πολιτική απασχόλησης με στόχο την κάλυψη 468.000 θέσεων εργασίας θα έχει κόστος επιμόρφωσης των γυναικών (10% του βασικού μισθού για 6 μήνες) ισοδύναμο με 158,6 εκ ευρώ άπαξ και 951,3 δις ευρώ ανά έτος (ετήσια επιδότηση των επιχειρήσεων με 30% του βασικού μισθού για κάθε προσλαμβανόμενη γυναίκα).

Σύμφωνα με άρθρο της κας Χ. Συμεωνίδου, (Εθνος Σάββατο 26 Μαρτίου 2005), Διευθύντρια ερευνών ΕΚΚΕ, αποδεικνύεται πως το δημογραφικό πρόβλημα μπορεί να επιλυθεί με την εφαρμογή της κατάλληλης πολιτικής και σ' αυτό θα βοηθήσει η αξιοποίηση της έρευνας του ΕΚΚΕ που υπάρχει στο υπουργείο Υγείας εδώ και έναν χρόνο, και να μην έχει την

τύχη πλήθους άλλων ερευνών... να αξιοποιηθεί όχι μόνο για τη γενικότερη αντιμετώπιση του δημογραφικού, αλλά και ειδικότερα για την ενίσχυση των οικογενειών με τρία παιδιά στη στήριξη της οποίας δίνει πολύ μεγάλη σημασία η πολιτεία. Ωστόσο θεωρείται απορίας άξιον πως αν και ο υφυπουργός υγείας έχει εκφραστεί πολύ θετικά για τη συγκεκριμένη μελέτη, το υπουργείο ακόμη χρωστά στους ερευνητές και στο ίδρυμα την αμοιβή που ορίζει η σύμβαση...

Η ανάλυση των μέτρων δημογραφικής πολιτικής που έχουν κατά καιρούς εφαρμοστεί στη χώρα μας έδειξε ότι τα μέτρα που αυξάνουν τη γονιμότητα των μικρών ηλικιών (15-24 ετών) είναι διαφορετικά από εκείνα που επιδρούν θετικά στις μεγαλύτερες ηλικίες (25-44). Το πρώτο σύνολο μέτρων σχετίζεται περισσότερο με οικονομικές παροχές, ενώ το δεύτερο με εργασιακές διευκολύνσεις.

Ένα από τα θεωρούμενα ως σημαντικότερα μέτρα δημογραφικής πολιτικής, η γονική άδεια, όπως εφαρμόζεται στην Ελλάδα χωρίς αποδοχές, εμφανίζεται ως εξαιρετικά αναποτελεσματικό μέτρο. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της μελέτης η γονική άδεια ασκεί θετική επίδραση στο δείκτη γονιμότητας ενός μόνο νομού της χώρας, αρνητική σε τρεις, ενώ σε όλους τους υπόλοιπους δεν έχει σημαντική επίδραση.

Ωστόσο τα δεδομένα αλλάζουν στο Δημόσιο, όπου οι υπάλληλοι κάνουν χρήση της γονικής άδειας, καθώς δεν φοβούνται πως μπορεί να χάσουν τη δουλειά τους. Συγκεκριμένα η γονική άδεια στο δημόσιο τομέα φαίνεται ως αποτελεσματικό μέτρο εφόσον επενεργεί θετικά σε 20 νομούς και αρνητικά μόνο σε έναν.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 1983 ΕΩΣ ΤΟ 1999

ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	ΕΡΕΥΝΑ 1983				ΕΡΕΥΝΑ 1997	ΕΡΕΥΝΑ 1999
	ΠΕΡ..ΑΘΗΝΑΣ	ΛΟΓΠΕΣ αστικές ΠΕΡ.	ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡ.	ΕΛΛΑΔΑ	ΑΘΗΝΑ	ΕΛΛΑΔΑ
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΣ	1,75	1.97	2,21	1.98	2,02	1,3
ΕΠΙΘΥΜΗΤΟΣ	2,16	2,27	2,40	2.29	2.20	2.3
ΙΔΑΝΙΚΟΣ *	2,55	2,70	2,84	2.70	2,77	2,71
ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	1.881	2.164	2.259	6.135	503	3.032
* Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΟΥ ΘΕΩΡΕΙ Η ΓΥΝΑΙΚΑ ΙΔΑΝΙΚΟ ΠΑ ΜΙΑ ΕΛΛ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ. ΕΡΕΥΝΑ 1983: ΕΓΓΑΜΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 15-49 ΕΤΩΝ. ΕΡΕΥΝΑ 1997: ΕΓΓΑΜΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 30-63 ΕΤΩΝ. ΕΡΕΥΝΑ 1999: ΟΛΕΣ ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ 18-49.						

(Έθνος Σάββατο 26 Μαρτίου 2005).

Μέτρα Προτάσεις

Για την ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας

Προστασία του θεσμού του γάμου. Όλα τα νομοθετικά, κοινωνικά και οικονομικά μέτρα, πρέπει να αποσκοπούν στην ενίσχυση του θεσμού του γάμου. Όπως ορισμένες απαγορευτικές διατάξεις του νόμου περί διαζυγίων και η απαγόρευση τετάρτου γάμου ή φορολογικές ελαφρύνσεις, τα επιδόματα γάμου, επιδρούν θετικά στην αναπαραγωγικότητα.

Προστασία της μητρότητας στον τομέα αυτόν, δεν εφαρμόζεται πρόγραμμα και δεν υπάρχει συντονισμός δραστηριοτήτων των διαφόρων φορέων. Θα πρέπει να παρέχεται πλήρης ιατροφαρμακευτική κάλυψη και πλήρης κάλυψη των δαπανών του τοκετού. Συνοπτικά, από τους σπουδαιότερους, φορείς που προσφέρονται οι παρακάτω υγειονομικές και κοινωνικό – οικονομικές παροχές είναι:

Α. Δημόσιοι υπάλληλοι και υπάλληλοι ΝΠ.Δ.Δ. Παρέχεται πλήρης ιατροφαρμακευτική κάλυψη και άδεια από τον όγδοο μήνα της εγκυμοσύνης που παρατείνεται για δύο μήνες μετά τον τοκετό.

Β. ΙΚΑ. Με την προϋπόθεση συμπλήρωσης 200 ημερομισθίων, παρέχεται πλήρης ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, άδεια 42 ημερών πριν και 42 ημερών μετά τον τοκετό, καθώς και ειδικό επίδομα τοκετού.

Γ. ΟΓΑ. Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αντιμετωπίζονται ως τμήμα της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης.

Δ. Οι παροχές των υπόλοιπων ασφαλιστικών οργανισμών. (ΔΕΗ, ΤΑΠΟΤΕ, Τραπεζών, ΤΕΒΕ κ.λ.π.) διαφέρουν ανάλογα με τις καταστατικές τους διατάξεις, αλλά κυμαίνονται περίπου στα πλαίσια των παροχών του Ι.Κ.Α.

Όλες αυτές παροχές δεν αντιμετωπίζουν τις δαπάνες του τοκετού, που τις περισσότερες φορές είναι πολλαπλάσιες των παρεχόμενων.

Υγειονομική προστασία. Είναι απαραίτητη η συμβολή των φορέων στο τομέα της προληπτικής Ιατρικής με τους συμβουλευτικούς σταθμούς επιτόκων και βρεφών και η ίδρυση οργανωμένων πολυκλινικών και ιατροκοινωνικών κέντρων.

Προστασία εργαζόμενης μητέρας. Οι ιδιωτικοί οργανισμοί και οι επιχειρήσεις πρέπει να ακολουθούν ομοιόμορφο σύστημα με το δημόσιο όπως η εργαζόμενη μητέρα να απαγορεύεται να ακολουθεί κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Οι μητέρες πρέπει να έχουν μειωμένο ωράριο εργασίας κατά 2 ώρες μέχρι τη συμπλήρωση του δευτέρου έτους του παιδιού και μια ώρα μέχρι την συμπλήρωση του τετάρτου έτους του παιδιού όπως οι μητέρες δημόσιοι υπάλληλοι.

Οικονομικές διευκολύνσεις και παροχές.

6. Φορολογικές απαλλαγές. Διευκόλυνση των μελών της οικογένειας μέχρι το κάθε παιδί να συμπληρώσει το 18^ο έτος της ζωής του ή το 25^ο έτος, εφόσον σπουδάζουν.

7. Πολύτεκνοι. Άσχετα από το οικογενειακό εισόδημα πρέπει η οικογένεια πάνω από 2 μέλη να προσφέρεται ένα μηνιαίο οικογενειακό επίδομα το οποίο θα καλύπτει τις ανάγκες των παιδιών για δωρεάν εκπαίδευση, νοσοκομειακή περίθαλψη, προτίμηση σε διορισμούς, εκπτώσεις σε εισιτήρια και άλλες παροχές. Τα ειδικά επιδόματα, όπως της υγειονομικής και κοινωνικής προστασίας έχουν μεγάλη ανομοιομορφία και καθορίζονται ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα.

8. Κοινωνική προστασία για απροσάρμοστα παιδιά, για ορφανά, νόθα, εγκαταλειμμένα ή παιδιά με γονείς άρρωστους ή ανίκανους να τα φροντίσουν. Μέχρι τώρα υπάρχει στο ΥΚΥ η επιτροπή παιδικής προστασίας που φροντίζει την εισαγωγή των παιδιών αυτών σε ορφανοτροφεία, σε άλλα ειδικά ιδρύματα ή σε οικογένειες με μηνιαία επιδότηση. Επίσης ίδρυση περισσότερων Βρεφονηπιακών σταθμών αποτελεί σημαντικό μέτρο κοινωνικής προστασίας γιατί έμμεσα συμβάλλει σημαντικά στην ενίσχυση της αναπαραγωγικότητας. Ο αριθμός τους είναι μικρός και δεν καλύπτει τις υπάρχουσες ανάγκες.

9. Η ενίσχυση του οικογενειακού προγραμματισμού. Με καλή οργάνωση της διοίκησης προγραμμάτων, με την στελέχωση και ανάθεση εκπαιδευμένου προσωπικού με την απαραίτητη συμμετοχή γιατρών και συνεργασία τους στην εφαρμογή των προγραμμάτων του οικογενειακού προγραμματισμού που απαιτεί καινοτομίες και ευκαμψία για την αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος.

Επομένως να γίνει συνείδηση ότι είναι απαραίτητη από την ίδια την πολιτεία, αλλά και ωφέλιμη, η δημοσιότητα και η κριτική πάνω σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Οι σκοποί του πρέπει να γίνουν γνωστοί στο ευρύ κοινό, γιατί προσφέρονται για όλους τους ανθρώπους και αποσκοπούν στο να βοηθήσουν να αποκτήσουν ευτυχισμένη ζωή και οικογένεια. Έτσι, η αμυντική ψυχολογία του παρελθόντος πρέπει να αντικατασταθεί με πρωτοβουλία για ευρεία ενημέρωση, αλλά και με διάθεση σω-

στής αντιμετώπισης της κριτικής και των αντιδράσεων που θα παρουσιασθούν κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού.

Θα πρέπει επίσης να εκδοθούν υπουργικές αποφάσεις που θα θεσμοθετήσουν τον οικογενειακό προγραμματισμό και την αντισύλληψη και θα καθιερώσουν τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού και προγεννητικής διάγνωσης. Τότε μόνο η αντισύλληψη θα εφαρμόζεται σωστά, ώστε να μην χρειάζεται έκτρωση και να επιτυγχάνεται το επιθυμητό από κάθε ζευγάρι μέγεθος της οικογένειας. Τότε μόνο και η πλήρης νομιμοποίηση των εκτρώσεων είναι βέβαιο ότι δεν θα αυξήσει το συνολικό τους αριθμό, όπως ακριβώς συνέβη σε αρκετές αναπτυγμένες χώρες της Δύσης.

Το Σουηδικό Μοντέλο επίσης θα μπορούσε να είναι πρότυπο και ένα όραμα για την χώρα μας έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί το δημογραφικό πρόβλημα.

Προτείνουμε την ευαισθητοποίηση και την άμεση παρέμβαση της πολιτείας. Διαφορετικά τα επόμενα 30 χρόνια ο Ελληνικός πληθυσμός θα μειωθεί κατά το ήμισυ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Μπαρόνα – Μαμαλή Φωτεινή**, “*Βιολογία*”, Έκδοση Οργανισμού Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα, 1999.
2. **Εμκε – Πουλοπούλου Ήρα**, “*Το Δημογραφικό*”, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1994.
3. **Εμκε – Πουλοπούλου Ήρα**, “*Η Δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της στο “Η Δημογραφική κρίση στην Ελλάδα: εθνικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις”*”, (Πρακτικά Δημογραφικής Εφημερίδας ΕΔΗΜ), Αθήνα, 1985.
4. **Υφαντόπουλος**, “*Κοινωνική Εργασία, Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών*”, έτος 8^ο, τεύχος 32, Αθήνα, 1993.
5. **Τσαούση Δ.Γ.**, “*Κοινωνική Δημογραφία*”, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 1999.
6. **Μισέλ Α.**, “*Κοινωνιολογία της οικογένειας και του γάμου*”, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 1987.
7. **Ζαφείρης Α. Αλέξανδρος, Ζαφείρη Α. Ελένη, Μουζακίτης Μ. Χρήστος**, “*Οικογενειακή Θεραπεία*”, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999, γ’ έκδοση.
8. **Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ.**, “*Ιατρική Δημογραφία και οικογενειακός προγραμματισμός*”, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1993.
9. **Τσαούση Δ.Γ.**, “*Η Κοινωνία του ανθρώπου*”, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2000.
10. **Μουσούρου**, “*Κοινωνιολογία της σύγχρονης Οικογένειας*”, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2000.
11. **Σταθόπουλος Πέτρος**, “*Κοινωνική Πρόνοια, μία γενική θεώρηση*”, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 1999, 2^η έκδοση.

12. **Θεοτοκάτος**, Περιοδικό: “*Ο κόσμος των Πολυτέκνων*”, εκδόσεις Θεοτοκάτος, έτος ε', περίοδος 2^η, αριθμ. φύλλου 21, Οκτώμβριος – Δεκέμβριος 2004.
13. **Φώσκολος Γ.**, “*Η φτώχεια «γεννά» ... μοναχοπαίδια*”, εφημερίδα “ΕΘΝΟΣ”, Σάββατο 26 Μαρτίου 2005.
14. **Καρακούσης Α.**, “*Το υψηλόν απαιτήσεων Σουηδικό Μοντέλο*”, εφημερίδα “ΤΑ ΝΕΑ”, Σαββατοκύριακο 14 – 15 Μαΐου 2005.
15. **Δετοράκης Ι.**, “*ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ*”, ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ, 2001.

Πίνακας 1

Πίνακας 2

Πίνακας 3

Με την τελευταία απογραφή του πληθυσμού που πραγματοποιήθηκε στις 18 Μαρτίου 2001 έχουμε μια συνολική εικόνα της οικογενειακής κατάστασης της χώρας τα τελευταία χρόνια (βλ. πίνακα 7)

Πίνακας 7

Πίνακας