



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αντιλήψεις για την γονιμότητα, στάσεις απέναντι στην γονεϊκότητα και προθέσεις σχετικά με την τεκνοποίηση γυναικών που επισκέπτονται το Ιατρείο Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών

Perceptions of fertility, attitudes towards parenthood and intentions regarding childbearing of women and men attending the Reproductive Endocrinology clinic of the University General Hospital of Patras

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΑΡΜΕΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ: ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΪΟΣ 2026

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τις αντιλήψεις, τις προθέσεις τεκνοποίησης και τις στάσεις απέναντι στη γονεϊκότητα νεαρών γυναικών ηλικίας 18–34 ετών που επισκέπτονταν το Εξωτερικό Ιατρείο Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών. Στη μελέτη συμμετείχαν 117 γυναίκες, με μέση ηλικία $23,21 \pm 3,34$ έτη και μέσο δείκτη μάζας σώματος $22,42 \pm 3,81 \text{ kg/m}^2$. Διαταραχές του εμμηνορρυσιακού κύκλου αναφέρθηκαν από το 30,8% (n=36), σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS) από το 17,9% (n=21), θυρεοειδοπάθεια από το 19,7% (n=23) και υπερπρολακτιναιμία από το 5,1% (n=6). Ως προς τις αναπαραγωγικές προθέσεις, το 74,4% (n=87) των συμμετεχουσών δήλωσε ότι επιθυμεί να αποκτήσει παιδιά. Μεταξύ αυτών, το 50,0% (n=43) επιθυμούσε δύο παιδιά και το 39,5% (n=34) τρία παιδιά. Αναφορικά με την επιθυμητή ηλικία απόκτησης του πρώτου παιδιού, το 30,4% (n=27) επέλεξε ηλικία μικρότερη των 28 ετών, το 13,5% (n=12) τα 29 έτη, το 27,0% (n=24) τα 30 έτη και το 29,1% (n=26) ηλικία μεγαλύτερη των 31 ετών. Η σύγκριση γυναικών με και χωρίς PCOS δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στους περισσότερους παράγοντες που σχετίζονται με την απόφαση τεκνοποίησης, καθώς οι σχετικές συγκρίσεις δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p > 0,05$). Αντίθετα, κατά τη σύγκριση με βάση την επιθυμητή ηλικία απόκτησης του πρώτου παιδιού, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη σημασία που αποδιδόταν στη διατήρηση χρόνου για ταξίδια και προσωπικές δραστηριότητες. Οι γυναίκες που επιθυμούσαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 30 έτη παρουσίασαν υψηλότερη μέση βαθμολογία ($3,44 \pm 1,41$ έναντι $2,82 \pm 1,25$, $p = 0,030$). Επιπλέον, οι γυναίκες που επιθυμούσαν μητρότητα μετά τα 30 έτη συμφώνησαν περισσότερο με την άποψη ότι η μητρότητα μπορεί να συνδέεται με χαμηλότερη θέση στην αγορά εργασίας ($2,14 \pm 1,06$ έναντι $1,76 \pm 1,15$, $p = 0,046$). Αντίθετα, οι γυναίκες που επιθυμούσαν μητρότητα έως τα 29 έτη συμφώνησαν περισσότερο με την άποψη ότι η μητρότητα αποτελεί «νόημα της ζωής» ($2,41 \pm 1,48$ έναντι $1,80 \pm 1,08$, $p = 0,045$). Ως προς την επίγνωση της γονιμότητας, η εκτιμώμενη πιθανότητα επίτευξης εγκυμοσύνης μετά από ένα έτος τακτικών σεξουαλικών επαφών χωρίς προφυλάξεις ήταν $69,30 \pm 20,42\%$ για γυναίκες ηλικίας 25–30 ετών και $44,50 \pm 21,34\%$ για γυναίκες ηλικίας 35–40 ετών. Ωστόσο, οι εκτιμήσεις αυτές δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά ανάλογα με την επιθυμητή ηλικία μητρότητας ($p = 0,747$ και $p = 0,432$, αντίστοιχα). Συνολικά, τα ευρήματα ανέδειξαν υψηλή πρόθεση τεκνοποίησης, με συχνότερη επιθυμία την απόκτηση δύο ή τριών παιδιών. Οι σημαντικότερες διαφοροποιήσεις αφορούσαν τη σημασία του προσωπικού χρόνου και επιμέρους αντιλήψεις για τις κοινωνικές και επαγγελματικές

επιπτώσεις της μητρότητας, ενώ οι αντιλήψεις σχετικά με τη γονιμότητα στις μεγαλύτερες ηλικίες παρέμειναν σε μεγάλο βαθμό παρόμοιες.

ABSTRACT

The present study investigated perceptions, childbearing intentions, and attitudes toward parenthood among young women aged 18–34 years attending the Reproductive Endocrinology Outpatient Clinic of the University General Hospital of Patras. A total of 117 women participated in the study, with a mean age of 23.21 ± 3.34 years and a mean body mass index (BMI) of 22.42 ± 3.81 kg/m². Menstrual cycle disturbances were reported by 30.8% (n=36) of participants, while 17.9% (n=21) reported a diagnosis of polycystic ovary syndrome (PCOS), 19.7% (n=23) thyroid disease, and 5.1% (n=6) hyperprolactinemia. Regarding reproductive intentions, 74.4% (n=87) of participants reported a desire to have children. Among these women, 50.0% (n=43) wished to have two children, whereas 39.5% (n=34) wished to have three children. With regard to the desired age at first childbirth, 30.4% (n=27) preferred to have their first child before the age of 28 years, 13.5% (n=12) at 29 years, 27.0% (n=24) at 30 years, and 29.1% (n=26) after the age of 31 years. The comparison between women with and without PCOS revealed no statistically significant differences in the majority of factors associated with the decision to have children ($p > 0.05$). However, when participants were compared according to their desired age at first childbirth, a statistically significant difference was observed in the importance attributed to having sufficient time for travel and other personal activities. Women who wished to have their first child after the age of 30 years reported a higher mean score than those who wished to have their first child by the age of 30 years (3.44 ± 1.41 vs. 2.82 ± 1.25 , $p = 0.030$). Furthermore, women who wished to become mothers after the age of 30 years were more likely to agree that motherhood may be associated with a lower position in the labor market (2.14 ± 1.06 vs. 1.76 ± 1.15 , $p = 0.046$). Conversely, women who wished to become mothers by the age of 29 years were more likely to agree with the statement that motherhood represents the “meaning of life” (2.41 ± 1.48 vs. 1.80 ± 1.08 , $p = 0.045$). No statistically significant differences were observed for the remaining parameters. Regarding fertility awareness,

participants estimated the probability of achieving pregnancy following one year of regular unprotected sexual intercourse at $69.30 \pm 20.42\%$ for women aged 25–30 years and $44.50 \pm 21.34\%$ for women aged 35–40 years. However, these estimates did not differ significantly according to the participants' desired age at first childbirth, either for women aged 25–30 years ($71.92 \pm 16.48\%$ vs. $69.96 \pm 20.19\%$, $p=0.747$) or for women aged 35–40 years ($48.33 \pm 18.43\%$ vs. $45.04 \pm 21.75\%$, $p=0.432$). Overall, the findings indicate a high intention to have children among the study participants, with two or three children being the most commonly reported preferences. The main statistically significant differences between groups concerned the importance attributed to personal time and specific perceptions regarding the social and professional implications of motherhood. In contrast, perceptions of fertility at older reproductive ages were largely comparable between women with different desired ages at first childbirth.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη.....	2
Εισαγωγή.....	6
A. Γενικό μέρος	
A1. Ιδανικό μέγεθος οικογένειας και χάσμα γονιμότητας.....	10
A2. Κοινωνιολογία της οικογένειας: Προθέσεις γονιμότητας και υλοποίησή τους-θεωρητικές προσεγγίσεις.....	12
B. Ειδικό μέρος	
B1. Σκοπός της μελέτης.....	17
B2. Υλικά και Μέθοδοι.....	17
B3. Αποτελέσματα.....	20
B4. Συζήτηση.....	39
B5. Συμπεράσματα.....	60
Βιβλιογραφία.....	61
Παράρτημα.....	72

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, η τάση καθυστερημένης τεκνοποίησης και κυοφορίας σε προχωρημένη ηλικία έχει γίνει εξαιρετικά συνηθισμένη στις ανεπτυγμένες χώρες. Η αναβολή τεκνοποίησης έχει συσχετιστεί με σημαντική μείωση των δεικτών γονιμότητας, διαμορφώνοντας το παγκόσμιο δημογραφικό τοπίο, ιδιαίτερα στις χώρες υψηλού εισοδήματος [1,2]. Η αύξηση των δεικτών γονιμότητας μεταξύ των γυναικών άνω των 35 ετών, και πιο πρόσφατα άνω των 40 ετών, έχει επηρεαστεί από μια σειρά κοινωνικοοικονομικών αλλαγών, συμπεριλαμβανομένης της ανόδου του μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των γυναικών, της ευρείας χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων και της αυξανόμενης διαθεσιμότητας και χρήσης τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART) [3].

Σύμφωνα με δημογραφικά ευρωπαϊκά δεδομένα, το 2023 γεννήθηκαν 3,67 εκατομμύρια παιδιά στην Ευρωπαϊκή Ένωση, που αντιστοιχούν σε ακαθάριστο δείκτη γεννητικότητας (ποσοστό γεννήσεων) 8,2 ανά 1 000 άτομα, συνεχίζοντας μια μακροχρόνια πτωτική πορεία συγκριτικά με τα υψηλότερα επίπεδα των προηγούμενων δεκαετιών. Από το ανώτατο επίπεδο των 6,8 εκατομμυρίων γεννήσεων το 1964, ο αριθμός των ζώντων γεννήσεων έχει γενικά μειωθεί, με σύντομες ανακάμψεις στα μέσα της δεκαετίας του 2000 και μικρές διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Ο συνολικός δείκτης γονιμότητας (TFR) στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν 1,38 ζώντες γεννήσεις ανά γυναίκα το 2023, το οποίο αποτελεί ιστορικά το χαμηλότερο επίπεδο. Αν και οι δείκτες γονιμότητας αυξήθηκαν ελαφρώς μεταξύ των αρχών της δεκαετίας του 2000 και του 2010, έκτοτε ακολουθούν πτωτική τάση, ιδίως μετά το 2017. Υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 2023, οι υψηλότεροι δείκτες συνολικής γονιμότητας καταγράφηκαν στην Βουλγαρία, την Γαλλία και την Ουγγαρία, ενώ οι χαμηλότεροι παρατηρήθηκαν στην Μάλτα, την Ισπανία και την Λιθουανία. Τις τελευταίες δεκαετίες, οι δείκτες γονιμότητας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν σταδιακά συγκλίνει, αν και εξακολουθούν να υφίστανται διαφορές. Μεταξύ 2022 και 2023, οι περισσότερες χώρες κατέγραψαν περαιτέρω μειώσεις.

Οι γυναίκες στην Ευρώπη φαίνεται να αποκτούν λιγότερα παιδιά σε νεαρή ηλικία και περισσότερα σε μεγαλύτερη ηλικία. Ενώ τα ποσοστά γεννήσεων για τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 30 ετών έχουν μειωθεί από το 2003, τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες ηλικίας 30 ετών και άνω έχουν αυξηθεί. Το 2003, ο δείκτης γονιμότητας για τις γυναίκες ηλικίας 25–29 ετών ήταν ο υψηλότερος μεταξύ όλων των ηλικιακών ομάδων. Το 2023, η ηλικιακή κατηγορία

με τον υψηλότερο δείκτη γονιμότητας ήταν οι γυναίκες 30–34 ετών, ενώ ο δείκτης γονιμότητας για τις γυναίκες ηλικίας 35 ετών και άνω παρουσίασε επίσης αύξηση [4].

Η μέση ηλικία των μητέρων κατά τον τοκετό στην Ελλάδα καταγράφηκε στα 26,1 έτη το 1983 και το 1984, ενώ στην συνέχεια αυξήθηκε σημαντικά τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, φτάνοντας στο επίπεδο των 32,1 ετών το 2023. Αυτή η ανοδική τάση χαρακτηρίστηκε από ταχεία ετήσια ποσοστιαία μεταβολή μεταξύ 1984 και 2000, ακολουθούμενη από μια ελαφρώς βραδύτερη από το 2000 έως το 2023. Η επικρατούσα ηλικιακή ομάδα τεκνοποίησης των γυναικών στην Ελλάδα μετατοπίστηκε από τα 20–24 έτη την περίοδο 1969–1988, στα 25–29 έτη κατά την περίοδο 1989–2004, ενώ από το 2005 και μετά η επικρατέστερη ηλικιακή ομάδα τεκνοποίησης είναι τα 30–34 έτη. Από τη δεκαετία του 1980 και μετά παρατηρείται αξιοσημείωτη μετατόπιση στην κατανομή των ζώντων γεννήσεων στην Ελλάδα προς μεγαλύτερες μητρικές ηλικίες. Η τάση αυτή χαρακτηρίζεται από σημαντική μείωση του ποσοστού γεννήσεων σε γυναίκες ηλικίας <30 ετών και σημαντική αύξηση μεταξύ εκείνων ηλικίας ≥ 30 ετών.

Το ποσοστό των μητέρων ηλικίας 35–39 ετών αυξήθηκε από το επίπεδο 5,20% το 1980 στο υψηλότερο καταγεγραμμένο 26,87% το 2021, αν και έχει παραμείνει στάσιμο από το 2018. Το ποσοστό των νεογνών που γεννήθηκαν από μητέρες ηλικίας ≥ 40 ετών αυξήθηκε μεταξύ 1984 και 1995, ακολουθούμενη από μια θεαματική άνοδο από το 1995 και μετά. Το ποσοστό για αυτή την ηλικιακή ομάδα αυξήθηκε από το ιστορικά χαμηλό ποσοστό 1,23% το 1984 στο ιστορικά υψηλό ποσοστό 10,69% το 2023, αντιπροσωπεύοντας ένα από τα υψηλότερα μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών [5]. Στην Ελλάδα, οι δείκτες γονιμότητας άρχισαν να μειώνονται απότομα τη δεκαετία του 1980, ως αποτέλεσμα ταχέων κοινωνικοπολιτισμικών αλλαγών που συνδέονται με την ευρωπαϊκή πορεία της χώρας μετά την ένταξή της στην Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς και με τον εκσυγχρονισμό του ρόλου των γυναικών στην κοινωνία. Μέσα από διαδοχικά κύματα μείωσης, οι γεννήσεις έφτασαν στα χαμηλότερα ιστορικά επίπεδα μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, και η χώρα βρίσκεται πλέον παγιδευμένη στη λεγόμενη «παγίδα χαμηλής γονιμότητας» [6,7].

Ωστόσο, είναι γνωστό ότι η κύηση σε γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών επιτυγχάνεται σε διπλάσιο χρόνο προσπαθειών σε σύγκριση με γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 ετών [8]. Σε μια πρόσφατη μελέτη στην Σουηδία, το 70% των άτεκνων γυναικών ηλικίας 35 ετών δήλωσε ότι η δυσκολία στο να μείνουν έγκυες ήταν ο κύριος λόγος που δεν είχαν ακόμη αποκτήσει παιδιά [9]. Παρόλο που τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επίτευξη εγκυμοσύνης

μπορούν να στραφούν σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αυτές είναι αποτελεσματικές σε ποσοστό μικρότερο του 50%, όταν η πρώτη προσπάθεια σύλληψης μετατίθεται από την ηλικία των 30 στα 35 έτη [10]. Συνεπώς, η αναβολή της πρώτης (και των επόμενων) γεννήσεων αυξάνει τη συχνότητα της ακούσιας ατεκνίας.

Υπάρχει περιορισμένος αριθμός μελετών που εξετάζουν το επίπεδο γνώσης ανδρών και γυναικών σχετικά με ζητήματα γονιμότητας. Οι Blake et al. έδειξαν ότι μεταξύ των γυναικών που επισκέπτονταν ιατρεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, το ποσοστό που διέθετε επαρκή κατανόηση του χρονικού διαστήματος κατά το οποίο εμφανίζεται το γόνιμο παράθυρο στον εμμηνορρυσιακό κύκλο ήταν μικρό [11]. Παράλληλα, διεθνής έρευνα που περιλαμβάνει δείγμα από την Ευρώπη, τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Αυστραλία έδειξε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων υποεκτιμά το ποσοστό των ζευγαριών που αναζητούν ιατρική βοήθεια για προβλήματα υπογονιμότητας, το οποίο ανέρχεται περίπου στο 15% [12]. Το 95% των άτεκνων γυναικών και ανδρών ηλικίας 23–25 ετών στην Σουηδία δήλωσε ότι επιθυμεί να αποκτήσει παιδιά στο μέλλον. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η γονεϊκότητα θεωρείται σημαντική για την πλειονότητα των νέων. Μεταξύ όσων είχαν ήδη ένα παιδί, περίπου το 80% εξέφρασε την επιθυμία για την απόκτηση δεύτερου παιδιού, γεγονός που καταδεικνύει την ισχυρή προτίμηση προς το πρότυπο της οικογένειας με δύο παιδιά [13].

Κατά τον προγραμματισμό μιας εγκυμοσύνης, τα άτομα λαμβάνουν υπόψη πολλαπλούς παράγοντες. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες θεωρούν σημαντικό να έχουν ολοκληρώσει την εκπαίδευσή τους, να διαθέτουν εργασία, σταθερό εισόδημα και κατάλληλες συνθήκες στέγασης πριν αποφασίσουν να αποκτήσουν παιδιά. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από μελέτες που αφορούν γυναίκες οι οποίες έχουν υποβληθεί σε άμβλωση [14-16]. Οι μελέτες αυτές υποδεικνύουν ότι πολλές γυναίκες θεωρούν το ηλικιακό διάστημα 25–34 ετών ως το πλέον κατάλληλο για τεκνοποίηση. Ως εκ τούτου, οι γυναίκες ή τα ζευγάρια συχνά αναβάλλουν τη γέννηση του πρώτου τους παιδιού μέχρι να αισθανθούν κοινωνικά και οικονομικά έτοιμοι να αναλάβουν τις ευθύνες της γονεϊκότητας.

Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο τεκνοποιούν σε μεγαλύτερη ηλικία και αποκτούν λιγότερα παιδιά σε σύγκριση με γυναίκες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου [17-19]. Αντίθετα, στους άνδρες παρατηρείται η αντίστροφη τάση, καθώς όσοι διαθέτουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο τείνουν να αποκτούν περισσότερα παιδιά σε σύγκριση με εκείνους χαμηλότερης εκπαίδευσης. Η τάση αναβολής της τεκνοποίησης γίνεται ολοένα και πιο συχνή στις δυτικές χώρες, ιδιαίτερα μεταξύ ατόμων με υψηλότερο

επίπεδο εκπαίδευσης. Ωστόσο, η καθυστέρηση της τεκνοποίησης σε ηλικίες κατά τις οποίες η γυναικεία αναπαραγωγική ικανότητα μειώνεται ενέχει αυξημένο κίνδυνο ακούσιας ατεκνίας. Παραμένει ακόμη σε μεγάλο βαθμό άγνωστο σε ποιο βαθμό οι γυναίκες και οι άνδρες νεαρής ηλικίας γνωρίζουν τις πιθανότητες σύλληψης σε διαφορετικές ηλικίες ή κατά πόσο η επίγνωση της γονιμότητας σχετίζεται με τον χρονισμό της τεκνοποίησης. Επιπλέον, οι στάσεις ανδρών και γυναικών απέναντι στη γονεϊκότητα παραμένουν σχετικά ανεξερευνήτο πεδίο τόσο στην Ευρώπη όσο και διεθνώς.

Οι αντιλήψεις για την γονιμότητα αφορούν το πώς γυναίκες και άντρες κατανοούν την βιολογική ικανότητα τεκνοποίησης, αντιλαμβάνονται τα ηλικιακά όρια της γονιμότητας και αξιολογούν τον ρόλο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ωστόσο παρατηρούνται έμφυλες διαφοροποιήσεις, καθώς οι γυναίκες συνήθως έχουν εντονότερη επίγνωση των βιολογικών χρονικών περιορισμών, ενώ αντίθετα, οι άντρες τείνουν να αντιλαμβάνονται την γονιμότητα ως λιγότερο χρονικά περιορισμένη, γεγονός που συχνά συνδέεται με αναβολή της τεκνοποίησης. Οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην διαμόρφωση των αντιλήψεων είναι η εκπαίδευση και η πρόσβαση στην πληροφόρηση, οι κοινωνικοί κανόνες γύρω από την «κατάλληλη ηλικία» για τεκνοποίηση, καθώς επίσης και οι κυρίαρχες αφηγήσεις για την καριέρα, την επιτυχία και την οικογένεια.

Οι στάσεις απέναντι στην γονεϊκότητα αναφέρονται στις αξιολογικές κρίσεις για το αν η απόκτηση παιδιών θεωρείται επιθυμητή ή αναγκαία, στο πώς ορίζεται ο «καλός γονέας» και ποιο είναι το νόημα της γονεϊκότητας στη ζωή του ατόμου. Η έμφυλη διαφοροποίηση επισημαίνεται και εδώ, καθώς για τις γυναίκες η γονεϊκότητα συχνά συνδέεται με κοινωνικές προσδοκίες φροντίδας, με συναισθηματική ολοκλήρωση αλλά και με φόβους για σύγκρουση οικογενειακού και επαγγελματικού ρόλου. Για τους άνδρες, οι στάσεις έχουν μεταβληθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, καθώς είναι ολοένα αυξανόμενη η αποδοχή της ενεργής πατρότητας, ενώ ταυτόχρονα, διατηρείται η έμφαση του πατέρα στον ρόλο του οικονομικού παρόχου.

Οι προθέσεις τεκνοποίησης μεσολαβούν ανάμεσα στις στάσεις και στην πραγματική συμπεριφορά (απόκτηση παιδιών). Κύριοι παράγοντες που τις επηρεάζουν είναι η οικονομική ασφάλεια και οι συνθήκες εργασίας, η σταθερότητα της σχέσης ή γάμου, η διαθεσιμότητα υποστηρικτικών δομών (π.χ. φροντίδα παιδιών) και οι αντιλήψεις για την ισότητα των φύλων μέσα στην οικογένεια. Οι διαφορές που εντοπίζονται ανάμεσα στα φύλα αφορούν το γεγονός ότι οι γυναίκες συχνά εκφράζουν πιο ρεαλιστικές ή επιφυλακτικές προθέσεις, λαμβάνοντας

υπόψη το «κόστος» της μητρότητας, ενώ οι άντρες δηλώνουν συχνά υψηλότερες ή πιο αφηρημένες προθέσεις, που δεν συνοδεύονται πάντα από σαφή χρονικό σχεδιασμό.

Οι σύγχρονες τάσεις που έχουν επικρατήσει συγκλίνουν στην αναβολή τεκνοποίησης και μείωση του τελικού αριθμού παιδιών, στην αποσύνδεση γονεϊκότητας από τον γάμο, στην αύξηση της κοινωνικής αποδοχής της εκούσιας ατεκνίας και στην μεγαλύτερη διαπραγμάτευση ρόλων μέσα στο ζευγάρι.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A1. Ιδανικό μέγεθος οικογένειας και χάσμα γονιμότητας

Παρά τη συνεχή μείωση των επιπέδων γονιμότητας, οι προτιμήσεις των γυναικών σχετικά με το ιδανικό μέγεθος οικογένειας στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες παραμένουν κοντά ή ακόμη και υψηλότερα από το επίπεδο αναπλήρωσης [20-22]. Το επίπεδο αναπλήρωσης της γονιμότητας (replacement level fertility) αποτελεί θεμελιώδη δημογραφική έννοια και αναφέρεται στον μέσο αριθμό παιδιών που πρέπει να γεννήσει κάθε γυναίκα, ώστε ένας πληθυσμός να διατηρείται σταθερός από γενιά σε γενιά, χωρίς μακροπρόθεσμη αύξηση ή μείωση του μεγέθους του. Η απόκλιση μεταξύ των συνολικών επιθυμιών για τεκνοποίηση και της πραγματικής τεκνογονίας έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία ως «χάσμα γονιμότητας» [23] ή ως «ανεκπλήρωτη ζήτηση για παιδιά» [24].

Στο πλαίσιο της ταχείας δημογραφικής γήρανσης, η οποία συνδέεται εν μέρει με τη μείωση της γονιμότητας, η έννοια του «χάσματος γονιμότητας» υιοθετήθηκε με ιδιαίτερο ενδιαφέρον από τους ευρωπαίους φορείς χάραξης πολιτικής. Η βασική υπόθεση ήταν ότι, εφόσον εφαρμοστούν κατάλληλες οικογενειακές και κοινωνικές πολιτικές, τα άτομα θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν τις αναπαραγωγικές τους επιθυμίες και να αποκτήσουν τον αριθμό παιδιών που επιθυμούν [23]. Στο πλαίσιο αυτό, η επιστημονική έρευνα εντατικοποιήθηκε, με στόχο τη διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στο γεγονός ότι οι προθέσεις τεκνοποίησης συχνά δεν υλοποιούνται. Για τον σκοπό αυτό αξιοποιήθηκαν κυρίως δεδομένα ατομικού επιπέδου και αναπτύχθηκαν διάφορα θεωρητικά ερμηνευτικά σχήματα.

Παρά τη σημασία της έννοιας αυτής, η προσέγγιση του «χάσματος γονιμότητας» έχει αποτελέσει αντικείμενο σημαντικής επιστημονικής κριτικής [20]. Πρώτον, έχει υποστηριχθεί ότι οι απαντήσεις των ερωτώμενων σε ερωτήματα σχετικά με το ιδανικό ή επιθυμητό μέγεθος οικογένειας ενδέχεται να αντανακλούν κυρίαρχα κοινωνικά πρότυπα και πολιτισμικούς κανόνες (όπως το πρότυπο της οικογένειας με δύο παιδιά) και όχι πραγματικές ατομικές προτιμήσεις. Επιπλέον, ορισμένοι ερευνητές αμφισβητούν κατά πόσο τα άτομα διαθέτουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τη μελλοντική αναπαραγωγική τους ικανότητα ή τις μελλοντικές κοινωνικοοικονομικές τους συνθήκες ώστε να μπορούν να προσδιορίσουν με ακρίβεια το ιδανικό μέγεθος οικογένειας [25]. Υπό αυτή την οπτική, οι αποφάσεις που αφορούν την τεκνοποίηση δεν θεωρούνται σταθερές, αλλά διαμορφώνονται σταδιακά και λαμβάνονται διαδοχικά κατά τη διάρκεια της ζωής.

Επιπρόσθετα, η έννοια αυτή έχει επικριθεί και για μεθοδολογικούς λόγους. Έχει επισημανθεί ότι ο τρόπος με τον οποίο συνήθως υπολογίζεται το «χάσμα γονιμότητας» δεν συγκρίνει τις επιθυμίες και τη συμπεριφορά τεκνοποίησης γυναικών που ανήκουν στην ίδια γενιά. Αντίθετα, συγκρίνει τις προθέσεις γυναικών που βρίσκονται σήμερα σε αναπαραγωγική ηλικία με την πραγματική τεκνογονία παλαιτερων γενεών [26]. Κατά συνέπεια, οι αναλύσεις σε μακροεπίπεδο δεν επιτρέπουν την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με τη σχέση μεταξύ αναπαραγωγικών επιθυμιών και πραγματικών αποτελεσμάτων σε ατομικό επίπεδο.

Μελέτες που βασίζονται σε διαχρονικά δεδομένα ατομικού επιπέδου έχουν δείξει ότι η σχέση μεταξύ προθέσεων και τελικής τεκνογονίας δεν είναι γραμμική. Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι ορισμένες γυναίκες αποκτούν τελικά λιγότερα παιδιά από όσα είχαν αρχικά δηλώσει ότι επιθυμούν, ενώ άλλες αποκτούν περισσότερα [27-30]. Παρά τις προαναφερθείσες κριτικές, η έννοια του «χάσματος γονιμότητας» συνέβαλε σημαντικά στην αναζωπύρωση του επιστημονικού ενδιαφέροντος για την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την πραγματοποίηση των αναπαραγωγικών επιθυμιών και προθέσεων.

A2. Κοινωνιολογία της οικογένειας: Προθέσεις γονιμότητας και υλοποίησή τους-θεωρητικές προσεγγίσεις

Διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ επιθυμιών για τεκνοποίηση, προθέσεων και πραγματικών αποτελεσμάτων γονιμότητας. Ένα από τα σημαντικότερα θεωρητικά πλαίσια είναι το μοντέλο Traits–Desires–Intentions–Behaviour (TDIB) που ανέπτυξε ο Warren B. Miller [31]. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα άτομα διαθέτουν χαρακτηριστικά που αφορούν τις ποιότητες των κινήτρων τους, τα οποία μπορεί να έχουν γενετική ή ψυχολογική βάση και διαμορφώνονται μέσω της αλληλεπίδρασης βιολογικών προδιαθέσεων και κοινωνικών εμπειριών κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Όταν τα κίνητρα που αφορούν την γονιμότητα ενεργοποιούνται, τότε εκδηλώνονται ως επιθυμίες για απόκτηση παιδιών. Οι επιθυμίες μετατρέπονται σε προθέσεις μόνο αφού ληφθούν υπόψη οι εκάστοτε συνθήκες ζωής, όπως η ύπαρξη συντρόφου ή η εργασιακή κατάσταση. Οι προθέσεις συνεπάγονται έναν βαθμό προσωπικής δέσμευσης για δράση, χωρίς απαραίτητα την ύπαρξη συγκεκριμένου χρονικού ορίζοντα.

Το μοντέλο TDIB έχει εφαρμοστεί σε προοπτικές μελέτες, όπως η 1958 British Birth Cohort Study, η οποία παρακολούθησε άτομα από τη γέννησή τους έως την ηλικία των 46 ετών [28]. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι προθέσεις σχετικά με το μέγεθος της οικογένειας συχνά αναθεωρούνται προς τα κάτω στην πρώιμη ενήλικη ζωή, καθώς τα άτομα εισέρχονται στην αγορά εργασίας και αντιλαμβάνονται το οικονομικό και κοινωνικό κόστος της τεκνοποίησης. Το μέσο τελικό μέγεθος οικογένειας αποδείχθηκε χαμηλότερο από τον επιθυμητό αριθμό παιδιών που είχε δηλωθεί σε νεότερη ηλικία. Παρόμοια ευρήματα έχουν καταγραφεί και σε μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες [29,30], οι οποίες δείχνουν ότι οι άνθρωποι συχνά αποκτούν λιγότερα παιδιά από όσα αρχικά είχαν σχεδιάσει.

Μια δεύτερη σημαντική θεωρητική προσέγγιση είναι η Θεωρία της Προγραμματισμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behaviour – TPB), η οποία αναπτύχθηκε από τον Icek Ajzen [32]. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι προθέσεις για τεκνοποίηση διαμορφώνονται μέσα από τρεις βασικούς παράγοντες: τις στάσεις απέναντι στην τεκνοποίηση, τους υποκειμενικούς κοινωνικούς κανόνες (δηλαδή τις προσδοκίες άλλων, όπως της πατρικής οικογένειας και των φίλων) και την αντιλαμβανόμενη δυνατότητα ελέγχου της συμπεριφοράς. Παράγοντες όπως η οικονομική κατάσταση, η δυνατότητα δημιουργίας σχέσης ή η διαθεσιμότητα υπηρεσιών φροντίδας παιδιών μπορούν να επηρεάσουν την πραγματοποίηση των προθέσεων. Πολλές εμπειρικές μελέτες που βασίζονται σε δεδομένα της διεθνούς έρευνας Generations and Gender

Survey έχουν δείξει ότι οι παράγοντες αυτοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των προθέσεων τεκνοποίησης, αν και η σημασία τους διαφέρει ανάλογα με τη χώρα, την ηλικία και τον αριθμό ήδη υπάρχοντων παιδιών [33,34].

Πιο πρόσφατα, αναπτύχθηκαν νέες προσεγγίσεις που συνδυάζουν στοιχεία από τη γνωστική επιστήμη και την κοινωνική θεωρία, όπως το Γνωστικό Κοινωνικό Μοντέλο (Cognitive Social Model – CSM) των Christine Bachrach και S. Philip Morgan [35]. Σε αντίθεση με τα προηγούμενα μοντέλα, το CSM υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά τεκνοποίησης δεν προκύπτει αποκλειστικά από συνειδητές προθέσεις, αλλά και από αυτόματες γνωστικές διαδικασίες που επηρεάζονται από κοινωνικές δομές και πολιτισμικά σχήματα. Οι προθέσεις τεκνοποίησης θεωρούνται δυναμικές και μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της ζωής, καθώς τα άτομα βιώνουν νέες εμπειρίες και μεταβάσεις, όπως η είσοδος στην εργασία ή η δημιουργία οικογένειας.

Τέλος, η σημασία των σχέσεων μεταξύ συντρόφων αναδεικνύεται στο Μοντέλο Δυαδικών Διαδρομών (Model of Dyadic Pathways – MDP) που προτάθηκε από τους Uta Brehm και Norbert Schneider το 2019 [36]. Το μοντέλο αυτό υπογραμμίζει ότι οι αποφάσεις για τεκνοποίηση λαμβάνονται συχνά στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης μεταξύ των δύο συντρόφων και ότι οι προθέσεις μπορεί να μεταβάλλονται μέσω της επικοινωνίας και των κοινών εμπειριών του ζευγαριού. Επιπλέον, αναγνωρίζει ότι οι προθέσεις τεκνοποίησης δεν είναι πάντοτε σαφείς, καθώς ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων δηλώνει αβεβαιότητα σχετικά με το εάν και πότε θα αποκτήσει παιδιά. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αβεβαιότητα αυτή είναι συχνή ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες και μπορεί να σχετίζεται με αβεβαιότητες ως προς τις μελλοντικές συνθήκες ζωής, όπως η ύπαρξη κατάλληλου συντρόφου ή η οικονομική σταθερότητα.

Δεδομένα από προοπτικές μελέτες με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις των προθέσεων γονιμότητας, επέτρεψαν στους δημογράφους να μελετήσουν πώς αυτές μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της ζωής. Δεδομένα από τη National Longitudinal Study of Youth 1979 (NLSY79) έδειξαν ότι το αναμενόμενο μέγεθος οικογένειας στα 18 είναι σχετικά παρόμοιο μεταξύ των γυναικών, αλλά οι διαφορές αυξάνονται με την ηλικία, οδηγώντας σε διαφορετικά επίπεδα γονιμότητας έως την ηλικία των 40 ετών [37]. Φάνηκε επίσης ότι πολλές γυναίκες που τελικά παραμένουν άτεκνες είτε αναβάλλουν επανειλημμένα την τεκνοποίηση είτε εμφανίζουν αβεβαιότητα σχετικά με τη γονεϊκότητα. Παράλληλα, αρκετές άτεκνες γυναίκες είχαν κάποια στιγμή στη ζωή τους δηλώσει ότι επιθυμούσαν παιδιά, γεγονός που δείχνει την αστάθεια των προθέσεων γονιμότητας.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, διαχρονικές έρευνες δείχνουν ότι το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας συχνά μειώνεται από την εφηβεία προς τη νεαρή ενήλικη ζωή και διαφοροποιείται ανάλογα με εμπειρίες όπως η εκπαίδευση και η εργασία. Με βάση δεδομένα από τη British Household Panel Survey, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι αναθεωρούν τις προθέσεις τους προς τα κάτω. Έξι χρόνια μετά την αρχική ερώτηση για το επιθυμητό μέγεθος οικογένειας, μόνο οι μισές γυναίκες 18–24 ετών διατηρούσαν την ίδια πρόθεση. Οι προθέσεις συχνά αλλάζουν μετά από γεγονότα ζωής, όπως χωρισμό, νέα σχέση, απόκτηση παιδιού ή τις προσδοκίες του/της συντρόφου. Παρότι οι προθέσεις τείνουν να μειώνονται προς το τέλος της αναπαραγωγικής ζωής, αρκετοί άτεκνοι άνδρες και γυναίκες συνεχίζουν να δηλώνουν ότι θέλουν παιδιά μέχρι και τα 30 τους, γι' αυτό και έχουν χαρακτηριστεί ως «διαρκείς αναβάλλοντες» [34,38].

Η θεωρία της πορείας ζωής [39,40] αποτελεί χρήσιμο πλαίσιο για την κατανόηση των διαφορών στις προθέσεις γονιμότητας. Τονίζει ότι οι διαδρομές ζωής διαμορφώνονται μέσα από ιστορικές και ατομικές συνθήκες και επηρεάζονται από κοινωνικούς, ατομικούς και συγκυριακούς παράγοντες. Πολιτισμικά πρότυπα και κοινωνικοί κανόνες καθορίζουν την «κατάλληλη» συμπεριφορά και επηρεάζουν τις επιλογές ζωής. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ η απόκτηση παιδιών συνδέεται με κοινωνικές προσδοκίες που ενεργοποιούνται από γεγονότα όπως ο γάμος, η ηλικία, η ολοκλήρωση των σπουδών ή η αγορά κατοικίας. Ο κοινωνικά ιδανικός αριθμός παιδιών θεωρείται συνήθως τα δύο, ενώ τόσο οι μεγάλες οικογένειες όσο και η ατεκνία ή οι οικογένειες με ένα παιδί θεωρούνται λιγότερο επιθυμητές.

Οι προθέσεις γονιμότητας διαμορφώνονται συχνά μέσα στο πλαίσιο των σχέσεων των ζευγαριών. Όταν οι σύντροφοι διαφωνούν για τον αριθμό των παιδιών, τα ζευγάρια τείνουν να καταλήγουν σε έναν αριθμό πιο κοντά στους κοινωνικούς κανόνες της κοινότητας. Επιπλέον, γυναίκες που είναι αμφίθυμες σχετικά με την τεκνοποίηση μπορεί να δέχονται κοινωνική πίεση από μέλη της οικογένειας. Οι προθέσεις γονιμότητας συχνά μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου και μετά τη γέννηση κάθε παιδιού, γι' αυτό έχουν χαρακτηριστεί ως «κινούμενος στόχος». Σε έρευνα των οικογενειών και των νοικοκυριών, περίπου το ένα τέταρτο των γυναικών άλλαξε τις προθέσεις του μεταξύ δύο χρονικών στιγμών. Οι νεότερες γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από κοινωνικές προσδοκίες, ενώ οι μεγαλύτερες από πρακτικούς περιορισμούς και τις ευθύνες της γονεϊκότητας [41]. Τέλος, οι προθέσεις εξαρτώνται και από τον αριθμό των παιδιών που ήδη έχει κάποιος, καθώς και από παράγοντες όπως η οικογενειακή κατάσταση, η ικανοποίηση από τη σχέση και η ύπαρξη παιδιών από προηγούμενες σχέσεις, που μπορούν να επηρεάσουν την πρόθεση απόκτησης ή αποφυγής παιδιών [42].

Δεδομένα υποστηρίζουν ότι οι στάσεις/αντιλήψεις και οι αξίες συνδέονται με τις προθέσεις τεκνοποίησης. Η υψηλότερη θρησκευτικότητα σχετίζεται με ισχυρότερες προθέσεις τεκνοποίησης και χαμηλότερη αποδοχή της ατεκνίας [43-45]. Επιπλέον, οι στάσεις για τους ρόλους των φύλων και η αντίληψη των παιδιών ως πηγής κοινωνικών δεσμών επηρεάζουν επίσης τις προθέσεις τεκνοποίησης [46,47]. Γυναίκες με πιο παραδοσιακές αντιλήψεις για τους ρόλους των φύλων τείνουν να έχουν υψηλότερες προθέσεις τεκνοποίησης και να αποκτούν παιδιά νωρίτερα [48], ενώ όσες έχουν λιγότερο παραδοσιακές αντιλήψεις είναι πιο δεκτικές στην ατεκνία [49]. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι αξίες επηρεάζουν τις προσδοκίες τεκνοποίησης πέρα από τις κοινωνικές νόρμες της πορείας ζωής και τις περιστασιακές συνθήκες.

Οι γυναίκες που αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στον ελεύθερο χρόνο ή στην επαγγελματική επιτυχία τείνουν να έχουν χαμηλότερες προθέσεις τεκνοποίησης [50]. Η θεωρία των προτιμήσεων της Hakim [51], καθώς και ιδεολογικές προσεγγίσεις της γονιμότητας [52], τονίζουν τη σημασία των αξιών στη διαμόρφωση των προθέσεων τεκνοποίησης. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Hakim, οι γυναίκες που είναι προσανατολισμένες κυρίως στην εργασία αναμένεται να έχουν τις χαμηλότερες προθέσεις τεκνοποίησης. Για τον λόγο αυτό, είναι σημαντικό να μετράται η σημασία που αποδίδεται στη μητρότητα και να εξετάζεται ως διαμεσολαβητικός παράγοντας στα μοντέλα προθέσεων τεκνοποίησης.

Η έννοια της ταυτότητας συχνά ενσωματώνεται στις δομικές (δηλαδή σχετικές με την πορεία ζωής) και πολιτισμικές (δηλαδή σχετικές με τις αξίες) προσεγγίσεις, οι οποίες χρησιμοποιούνται συχνά στην μελέτη των προθέσεων τεκνοποίησης. Οι θεωρητικοί της ταυτότητας αντιλαμβάνονται τις ταυτότητες ως εσωτερικευμένες προσδοκίες που συνδέονται με κοινωνικούς ρόλους [53]. Οι ταυτότητες οργανώνονται ιεραρχικά ως προς την σημασία τους για το άτομο και αυτή η σημασία εκφράζεται μέσω της «προεξοχής» (salience) και της «κεντρικότητας» (centrality). Η προεξοχή αναφέρεται στην πιθανότητα ενεργοποίησης μιας ταυτότητας σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, ενώ η κεντρικότητα αφορά τη σχετική σημασία μιας ταυτότητας σε σχέση με άλλες ταυτότητες.

Η ταυτότητα μπορεί να θεωρηθεί ως ένα φίλτρο που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικές προσδοκίες αποκτούν σημασία για την ατομική εμπειρία [53]. Όπως οι στρεσογόνοι παράγοντες που είναι περισσότερο συναφείς με την ταυτότητα συνδέονται ισχυρότερα με την ψυχολογική δυσφορία [54,55], έτσι και η σημασία της γονεϊκότητας ως στοιχείο ταυτότητας μπορεί να φιλτράρει την επίδραση των κοινωνικών προσδοκιών και των αξιών στις προθέσεις

τεκνοποίησης. Σύμφωνα με τη θεωρία της ταυτότητας, οι ταυτότητες που είναι πιο προεξέχουσες και πιο κεντρικές αναμένεται να επηρεάζουν περισσότερο τις προθέσεις και τη συμπεριφορά σε σύγκριση με λιγότερο σημαντικές ταυτότητες [53]. Στην παρούσα προσέγγιση, η σημασία της γονεϊκότητας θεωρείται δείκτης κεντρικότητας. Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι τόσο η προεξοχή όσο και η κεντρικότητα μπορούν να προβλέψουν συμπεριφορές που σχετίζονται με κοινωνικούς ρόλους [56]. Εάν οι βασικές αξίες σχετικά με την γονιμότητα συμβάλλουν ουσιαστικά στην διαμόρφωση των προθέσεων τεκνοποίησης, τότε η σημασία της γονεϊκότητας αναμένεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εξήγηση των διαφορών στις προθέσεις αυτές.

Ωστόσο, η υψηλή σημασία που αποδίδεται στην γονεϊκότητα δεν οδηγεί απαραίτητα σε υψηλότερες προθέσεις τεκνοποίησης. Ορισμένες γυναίκες μπορεί να επιθυμούν λιγότερα παιδιά ώστε να επενδύσουν περισσότερο χρόνο και φροντίδα σε αυτά [57,58]. Επιπλέον, πρακτικοί παράγοντες, όπως η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, ο αριθμός παιδιών και η ηλικία, καθώς και άλλες αξίες, όπως η σημασία του ελεύθερου χρόνου, της καριέρας ή της θρησκευτικότητας, ενδέχεται να επηρεάζουν τις προθέσεις τεκνοποίησης ανεξάρτητα από τη σημασία της γονεϊκότητας. Για τον λόγο αυτό, η σχέση μεταξύ της σημασίας της γονεϊκότητας και των προθέσεων τεκνοποίησης απαιτεί εμπειρική διερεύνηση. Σε αμερικανική μελέτη που χρησιμοποιεί κλίμακα μέτρησης της σημασίας της μητρότητας, διαπιστώθηκε ότι η σημασία της μητρότητας διαφέρει μεταξύ των γυναικών χωρίς όμως να παρουσιάζει μεγάλες διαφοροποιήσεις ανάλογα με δείκτες κοινωνικής τάξης, όπως είναι η εκπαίδευση και οι οικονομικές δυσκολίες [59].

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

B1. Σκοπός της μελέτης

Κύριος στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων σχετικά με ζητήματα γονιμότητας, των προθέσεων για τεκνοποίηση, καθώς και των στάσεων απέναντι στη γονεϊκότητα νεαρών γυναικών που επισκέπτονται στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών από τον Ιανουάριο έως και τον Μάιο 2026.

Στο πλαίσιο αυτό διατυπώθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- (i) Υπάρχουν διαφορές ως προς τις προθέσεις τεκνοποίησης, τις στάσεις απέναντι στη γονεϊκότητα και την επίγνωση ζητημάτων γονιμότητας ανάμεσα σε γυναίκες με γνωστή ορμονική διαταραχή (σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, υπερπρολακτιναιμία, θυρεοειδοπάθεια) και σε γυναίκες χωρίς ορμονική διαταραχή;
- (ii) Υπάρχουν διαφορές μεταξύ γυναικών που σκοπεύουν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί πριν από την ηλικία των 30 ετών και εκείνων που σκοπεύουν να το αποκτήσουν μετά την ηλικία των 30, όσον αφορά τις αντιλήψεις τους για ζητήματα γονιμότητας;

B2. Υλικά και μέθοδοι

Στην μελέτη συμμετείχαν γυναίκες ηλικίας 18-34 ετών, οι οποίες επισκέφθηκαν το τακτικό εξωτερικό ιατρείο Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών από τον Ιανουάριο έως και τον Μάιο 2026. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν η υπογονιμότητα, οι μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές, ενώ αποκλείστηκαν από την μελέτη οι ασθενείς οι οποίες δε μιλούσαν ελληνικά. Η μελέτη έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής Έρευνας και Δεοντολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών (αριθμός πρωτοκόλλου 15444/21-4-2026). Οι ασθενείς συμπλήρωσαν δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο αφορά σωματομετρικά χαρακτηριστικά και ένα σύντομο ιατρικό ιστορικό, το οποίο αφορά: εμμηναρχή, διαταραχές κύκλου, κάπνισμα, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, θυρεοειδοπάθεια, υπερπρολακτιναιμία, άλλα χρόνια νοσήματα, χρόνια φαρμακευτική αγωγή, ακμή, υπερτρίχωση, δυσμηνόρροια και πόνο κατά την σεξουαλική επαφή. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο είναι η μετάφραση (Παράρτημα 1) του ερωτηματολογίου «Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes

towards parenthood among female and male academics» (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16293651/>), το οποίο είναι δημοσιευμένο από τους C.Lampic, A.Skoog Svanberg, P.Karlström και T.Tydén [60]. Η χρήση και η μετάφραση του ερωτηματολογίου έγινε κατόπιν αδειοδότησης από τους συγγραφείς. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα και στην συνέχεια μεταφράστηκε εκ νέου στην αγγλική γλώσσα με στόχο την σύγκριση με το πρωτότυπο. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 56 ερωτήσεις που καλύπτουν τους ακόλουθους τομείς. Ο πρώτος τομέας αφορά δημογραφικά δεδομένα (10 ερωτήσεις): Ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να δηλώσουν την ηλικία τους, τον τύπο στέγασης, τον τόπο γέννησής τους και τον τόπο γέννησης των γονέων τους, την προσωπική τους εμπειρία από εγκυμοσύνη και την προσωπική τους εμπειρία από τυχόν προβλήματα στην επίτευξη κύησης. Ο δεύτερος τομέας αφορά την πρόθεση απόκτησης παιδιών (4 ερωτήσεις). Η πρώτη ερώτηση είναι: «Σκοπεύετε να αποκτήσετε παιδιά;» (Ναι/Όχι). Μια καταφατική απάντηση ακολουθήθηκε από τρεις ερωτήσεις με ανοιχτή μορφή απάντησης: «Πόσα παιδιά θέλετε;», «Σε ποια ηλικία θα θέλατε/κάνατε το πρώτο σας παιδί;», «Σε ποια ηλικία θα θέλατε να αποκτήσετε το τελευταίο σας παιδί;». Ο τρίτος τομέας αφορά την σημασία της απόκτησης παιδιών (1 ερώτηση): «Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να αποκτήσετε παιδιά;» Οι απαντήσεις δόθηκαν σε μια οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) με ακραίες τιμές ασήμαντο (0) και εξαιρετικά σημαντικό (10). Ο τέταρτος τομέας αφορά την πρόθεση συμπεριφοράς σε περίπτωση υπογονιμότητας (3 ερωτήσεις). Σε απάντηση στην ερώτηση «Τι θα κάνατε εάν δεν μπορούσατε να μείνετε έγκυος;», ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να αξιολογήσουν την πιθανότητα να υποβληθούν σε εξωσωματική γονιμοποίηση, να υιοθετήσουν ή να επιλέξουν να μην κάνουν παιδιά. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα VAS με ακραίες τιμές απίθανο (0) και πολύ πιθανό (10). Ο πέμπτος τομέας αφορά τις συνθήκες σημασίας για την απόφαση να γίνουν γονείς (13 ερωτήσεις). Ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να αξιολογήσουν τη σημασία συγκεκριμένων περιστάσεων για την απόφασή τους να γίνουν μητέρες/πατέρες (ότι έχω έναν σύντροφο με τον οποίο μπορώ να μοιραστώ την ευθύνη, ότι νιώθω αρκετά ώριμη, ότι βρίσκομαι σε μια σταθερή σχέση, ότι θέλω να κάνω παιδιά πριν γίνω «πολύ μεγάλη», ότι η δουλειά μου μπορεί να συνδυαστεί με την απόκτηση παιδιών, ότι έχω ολοκληρώσει τις σπουδές μου, ότι έχω προχωρήσει επαγγελματικά, ότι έχω μόνιμη θέση, ότι έχω πρόσβαση σε παιδική μέριμνα, ότι είμαστε σε καλή οικονομική κατάσταση, ότι έχουμε ένα σπίτι που είναι αρκετά μεγάλο, ότι οι φίλοι μου έχουν αποκτήσει παιδιά ή περιμένουν παιδιά, ότι έχω χρόνο να ταξιδέψω και να κάνω άλλα πράγματα που μπορεί να είναι δύσκολο να κάνω με παιδιά). Οι εναλλακτικές απαντήσεις ήταν: ασήμαντη, όχι πολύ σημαντική, μάλλον σημαντική, σημαντική, πολύ σημαντική και δεν απαντώ. Η τιμή Cronbach άλφα 0,77 υποδηλώνει

εσωτερική συνέπεια αυτής της κλίμακας. Ο έκτος τομέας αφορά αντιληπτές αλλαγές στη ζωή σε σχέση με το να γίνει κάποιος γονέας (16 ερωτήσεις). Ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να αξιολογήσουν σε ποιο βαθμό συμφωνούσαν με τις ερωτήσεις που καθόριζαν πιθανές (ή βιωμένες) συνέπειες της γονεϊκότητας (θα εξελιχθώ ως άτομο, λιγότερος χρόνος για να αφιερώσω στην εργασία και την καριέρα, νέα ενδιαφέροντα στη ζωή, χαμηλότερη θέση στην αγορά εργασίας, θα δίνω και θα λαμβάνω περισσότερη αγάπη, μια ισχυρότερη σχέση με τον σύντροφό μου, λιγότερος χρόνος για τα δικά μου ενδιαφέροντα, περισσότερη επαφή με την οικογένειά μου, να γίνουμε μια «πραγματική οικογένεια», πιέσεις στη σχέση μου με τον σύντροφό μου, μια άλλη άποψη για το τι είναι σημαντικό, λιγότερη ελευθερία, η καθημερινή ζωή θα είναι πιο ευχάριστη, φτωχότερη οικονομία, να νιώθω «πλήρης» ως γυναίκα, να κάνω αυτό που είναι το νόημα της ζωής). Οι εναλλακτικές απαντήσεις ήταν: διαφωνώ, μερικώς συμφωνώ, κυρίως συμφωνώ, ισχυρά συμφωνώ, απολύτως συμφωνώ, δεν απαντώ. Η τιμή Crohnbach άλφα 0,75 υποδηλώνει εσωτερική συνέπεια αυτής της κλίμακας. Ο έβδομος τομέας αφορά την επίγνωση θεμάτων γονιμότητας (9 ερωτήσεις) και ανιχνεύει αντιλήψεις και όχι γνώσεις. Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με τη γονιμότητα των γυναικών σε διαφορετικές ηλικίες, τις πιθανότητες των ζευγαριών να επιτύχουν εγκυμοσύνη, και ερωτήσεις σχετικά με τη γονιμότητα (Σε ποια ηλικία είναι οι γυναίκες περισσότερο γόνιμες; Σε ποια ηλικία υπάρχει μια μικρή μείωση στην ικανότητα των γυναικών να μείνουν έγκυες; Σε ποια ηλικία παρατηρείται σημαντική μείωση της ικανότητας των γυναικών να μείνουν έγκυες; Μια νεαρή γυναίκα (<25 ετών) και ένας άνδρας έχουν σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις κατά την στιγμή της ωορρηξίας – πόσο μεγάλη είναι η πιθανότητα να μείνει έγκυος; Μια γυναίκα και ένας άνδρας που έχουν τακτικά σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις για διάστημα 1 έτους: Πόσο μεγάλη είναι η πιθανότητα να μείνουν έγκυες οι γυναίκες αν είναι 25-30 ετών και πόσο μεγάλη αν είναι 35-40 ετών; Πόσα ζευγάρια στην Ελλάδα είναι ακούσια άτεκνα; Ζευγάρια που υποβάλλονται σε θεραπεία με εξωσωματική γονιμοποίηση – ποιες είναι οι πιθανότητες, κατά μέσο όρο, να αποκτήσουν παιδί μετά από μία μόνο θεραπεία; Τι θα μπορούσε να επηρεάσει την ανδρική γονιμότητα;).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού IBM SPSS Statistics 26. Αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος ορθότητας και πληρότητας των δεδομένων, καθώς και κωδικοποίηση των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Πριν από την εφαρμογή παραμετρικών στατιστικών δοκιμασιών, εξετάστηκε η κανονικότητα κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών μέσω του ελέγχου Kolmogorov–Smirnov. Ο έλεγχος αυτός χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσο τα δεδομένα ακολουθούν

κανονική κατανομή, ώστε να επιλεγούν οι κατάλληλες στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0,05$. Για τη σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων εφαρμόστηκε ο έλεγχος Independent Samples t-test. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με τη μορφή μέσου όρου $\pm$ τυπικής απόκλισης (Mean $\pm$ SD), ενώ οι στατιστικά σημαντικές διαφορές αξιολογήθηκαν με επίπεδο σημαντικότητας 95% και διάστημα εμπιστοσύνης 95% (95% CI). Η ανάλυση των δεδομένων ακολούθησε τις γενικά αποδεκτές αρχές της βιοστατιστικής και της ποσοτικής ερευνητικής μεθοδολογίας, με στόχο την εξασφάλιση αξιοπιστίας και εγκυρότητας των αποτελεσμάτων.

B3. Αποτελέσματα

Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούταν από άτομα ηλικίας 18–34 ετών, με μέση ηλικία 23.21 έτη (τυπική απόκλιση, TA = 3.34). Η πλειονότητα των συμμετεχουσών είχε γεννηθεί στην Ελλάδα (94.9%, $n = 111$). Αντίστοιχα, το 81.2% ($n = 95$) ανέφερε ότι η μητέρα τους είχε γεννηθεί στην Ελλάδα, ενώ το 88.0% ($n = 103$) δήλωσε το ίδιο για τον πατέρα τους. Όσον αφορά την κατοικία, οι περισσότερες συμμετέχουσες διέμεναν σε ενοικιαζόμενο διαμέρισμα (65.8%, $n = 77$), ενώ το 26.5% ($n = 31$) κατοικούσε σε ιδιόκτητο διαμέρισμα ή σπίτι. Μικρότερο ποσοστό διέμενε σε φοιτητική εστία (4.3%, $n = 5$) ή ανέφερε άλλη μορφή κατοικίας (3.4%, $n = 4$). Σχετικά με την προσωπική κατάσταση, περισσότερο από το ήμισυ των συμμετεχουσών δήλωσε ότι βρισκόταν σε σταθερή σχέση (55.6%, $n = 65$). Αναφορικά με το ιστορικό εγκυμοσύνης, το 4.3% ($n = 5$) ανέφερε προηγούμενη εγκυμοσύνη. Επιπλέον, το 1.7% ($n = 2$) είχε ιστορικό τοκετού, ενώ από 0.9% ($n = 1$) ανέφεραν ιστορικό έκτρωσης και αποβολής/παλίνδρομης κύησης αντίστοιχα. Τέλος, το 0.9% ($n = 1$) δήλωσε ότι ήταν έγκυος κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ηλικία (έτη), μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εύρος 18-34 ετών	23.21 (3.34)	
	%	n
Εθνικότητα		
Χώρα γέννησης Ελλάδα	94.9	111
Χώρα γέννησης της μητέρας Ελλάδα	81.2	95
Χώρα γέννησης του πατέρα Ελλάδα	88	103
Κατοικία		
Φοιτητική εστία	4.3	5
Ενοικιαζόμενο διαμέρισμα	65.8	77
Ιδιόκτητο διαμέρισμα/σπίτι	26.5	31
Άλλο	3.4	4
Σταθερή σχέση		
Ναι	55.6	65
Εγκυμοσύνη		
Ναι	4.3	5
Τοκετός	1.7	2
Έκτρωση	0.9	1
Αποβολή/παλίνδρομη	0.9	1
Έγκυος στο παρόν	0.9	1

Η μέση τιμή του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) των συμμετεχουσών ήταν 22.42 kg/m² (TA = 3.81), με εύρος τιμών από 16.94 έως 37.64 kg/m². Η μέση ηλικία εμμηναρχής ήταν 12.21 έτη (TA = 1.44), με εύρος από 9 έως 16 έτη. Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά υγείας και το γυναικολογικό ιστορικό των συμμετεχουσών, το 16.2% (n = 19) δήλωσε ότι καπνίζει, ενώ το 30.8% (n = 36) ανέφερε διαταραχές του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών αναφέρθηκε από το 17.9% (n = 21) των συμμετεχουσών, ενώ θυρεοειδοπάθεια παρουσίαζε το 19.7% (n = 23). Υπερπρολακτιναιμία ανέφερε το 5.1% (n = 6). Επιπλέον, το 29.1% (n = 34) λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Όσον αφορά τα συμπτώματα και τις κλινικές εκδηλώσεις, ακμή ανέφερε το 29.1% (n = 34), υπερτρίχωση το 25.6% (n = 30), δυσμηγόρροια το 59.0% (n = 69) και δυσπαρέυνεια το 17.9% (n = 21) των συμμετεχουσών (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Ατομικό αναμνηστικό

Δείκτης μάζας σώματος (kg/m²), μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εύρος 16.94-37.64 kg/m ²	22.42 (3.81)	
Εμμηναρχή (έτη), μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εύρος 9-16 έτη	12.21 (1.44)	
	%	n
Κάπνισμα	16.2	19
Διαταραχή κύκλου	30.8	36
Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών	17.9	21
Θυρεοειδοπάθεια	19.7	23
Υπερπρολακτιναιμία	5.1	6
Φάρμακα	29.1	34
Ακμή	29.1	34
Υπερτρίχωση	25.6	30
Δυσμηνόρροια	59	69
Δυσπαρέυνεια	17.9	21

Σχετικά με τις αναπαραγωγικές προθέσεις των συμμετεχουσών, η πλειονότητα δήλωσε επιθυμία απόκτησης παιδιών (74.4%, n = 87). Όσον αφορά τον επιθυμητό αριθμό παιδιών, οι περισσότερες συμμετέχουσες επιθυμούσαν δύο παιδιά (50.0%, n = 43), ενώ το 39.5% (n = 34) ανέφερε ότι επιθυμεί τρία παιδιά. Μικρότερα ποσοστά δήλωσαν επιθυμία για ένα παιδί (4.7%, n = 4) ή τέσσερα παιδιά (5.8%, n = 5). Αναφορικά με την επιθυμητή ηλικία απόκτησης του πρώτου παιδιού, το 30.4% (n = 27) ανέφερε ηλικία μικρότερη των 28 ετών, το 13.5% (n = 12) ηλικία 29 ετών, το 27.0% (n = 24) ηλικία 30 ετών και το 29.1% (n = 26) ηλικία άνω των 31 ετών. Σε σχέση με την επιθυμητή ηλικία απόκτησης του τελευταίου παιδιού, το 31.8% (n = 27) επιθυμούσε να αποκτήσει το τελευταίο παιδί πριν από την ηλικία των 34 ετών, ενώ το 36.5% (n = 31) ανέφερε την ηλικία των 35 ετών. Επιπλέον, το 4.7% (n = 4) δήλωσε την ηλικία των 36 ετών και το 27.0% (n = 23) ηλικία άνω των 37 ετών (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Πρόθεση απόκτησης τέκνων

	%	n
Επιθυμία απόκτησης τέκνων		
Ναι	74.4	87
Επιθυμητός αριθμός παιδιών		
1	4.7	4
2	50	43
3	39.5	34
4	5.8	5
Επιθυμητή ηλικία απόκτησης του πρώτου παιδιού		
<28	30.4	27
29	13.5	12
30	27	24
>31	29.1	26
Επιθυμητή ηλικία απόκτησης του τελευταίου παιδιού		
<34	31.8	27
35	36.5	31
36	4.7	4
>37	27	23

Πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις μεταξύ των συμμετεχουσών με και χωρίς σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS), διαταραχές εμμηνορρυσιακού κύκλου (ΔΕΡ), δυσμηνόρροια, δυσπαρεύνεια και χρόνια νοσήματα ως προς τις στάσεις απέναντι στην εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF), την υιοθεσία και την ατεκνία. Αναφορικά με το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, οι συμμετέχουσες με PCOS εμφάνισαν υψηλότερη μέση βαθμολογία ως προς την αποδοχή της υιοθεσίας (μέση τιμή, MT = 7.66, TA = 1.68) συγκριτικά με τις συμμετέχουσες χωρίς PCOS (MT = 6.11, TA = 2.37), με τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.004$). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τις στάσεις απέναντι στην IVF ($p = 0.217$) και την ατεκνία ($p = 0.963$). Στις συμμετέχουσες με και χωρίς διαταραχές εμμηνορρυσιακού κύκλου δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες για την IVF ($p = 0.878$), την υιοθεσία ($p = 0.743$) και την ατεκνία ($p = 0.358$). Παρόμοια, η παρουσία δυσμηνόρροιας δεν φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με τις στάσεις απέναντι στην IVF ($p = 0.304$), την υιοθεσία ($p = 0.602$) ή την ατεκνία ($p = 0.800$). Επιπλέον, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχουσών με και χωρίς δυσπαρεύνεια ως προς την IVF ($p = 0.444$), την υιοθεσία ($p = 0.241$) και την ατεκνία ($p = 0.909$). Τέλος, η παρουσία χρόνιου νοσήματος δεν συσχετίστηκε

στατιστικά σημαντικά με τις στάσεις απέναντι στην υιοθεσία ($p = 0.813$) ή την ατεκνία ($p = 0.607$). Ωστόσο, παρατηρήθηκε οριακά μη στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την IVF, με τις συμμετέχουσες χωρίς χρόνια νοσήματα να εμφανίζουν υψηλότερη μέση βαθμολογία ($MT = 7.33$, $TA = 3.21$) συγκριτικά με εκείνες με χρόνια νοσήματα ($MT = 6.31$, $TA = 3.30$), χωρίς όμως η διαφορά να φτάνει το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ($p = 0.068$) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Πιθανή συμπεριφορά σε περίπτωση υπογονιμότητας

	PCOS (n=21)	Όχι PCOS (n=96)	p (significance)
IVF	7.85 (2.17)	6.5 (3.44)	0.217
Υιοθεσία	7.66 (1.68)	6.11 (2.37)	0.004
Ατεκνία	4.47 (2.65)	4.62 (2.95)	0.963
	ΔΕΡ (n=36)	Όχι ΔΕΡ (n=81)	p (significance)
IVF	6.66 (3.39)	6.80 (3.25)	0.878
Υιοθεσία	6.25 (2.48)	6.45 (2.28)	0.743
Ατεκνία	4.25 (2.81)	4.75 (2.93)	0.358
	Δυσμηνόρροια (n=69)	Όχι δυσμηνόρροια (n=48)	p (significance)
IVF	6.47 (3.40)	7.16 (3.10)	0.304
Υιοθεσία	6.34 (2.26)	6.45 (2.45)	0.602
Ατεκνία	4.59 (2.83)	4.60 (3.00)	0.800
	Δυσπαρέυνεια (n=21)	Όχι δυσπαρέυνεια (n=96)	p (significance)
IVF	6.95 (3.73)	6.71 (3.20)	0.444
Υιοθεσία	6.85 (2.57)	6.29 (2.28)	0.241
Ατεκνία	4.66 (3.26)	4.58 (2.82)	0.909
	Χρόνια νοσήματα (n=66)	Όχι χρόνια νοσήματα (n=51)	p (significance)
IVF	6.31 (3.30)	7.33 (3.21)	0.068
Υιοθεσία	6.40 (2.36)	6.37 (2.32)	0.813
Ατεκνία	4.72 (2.87)	4.43 (2.94)	0.607

Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να αξιολογήσουν τη σημαντικότητα διαφόρων παραγόντων που σχετίζονται με την απόφαση απόκτησης παιδιών. Συνολικά, οι περισσότεροι παράγοντες αξιολογήθηκαν ως «σημαντικοί» ή «πολύ σημαντικοί». Ειδικότερα, η ύπαρξη συντρόφου με τον οποίο μπορούν να μοιραστούν την ευθύνη αναδείχθηκε ως ο σημαντικότερος παράγοντας, καθώς το 88.9% των συμμετεχουσών τον αξιολόγησε ως «πολύ σημαντικό». Αντίστοιχα, το 82.9% δήλωσε ότι θεωρεί πολύ σημαντικό να νιώθει αρκετά ώριμη πριν αποκτήσει παιδιά, ενώ το 75.2% ανέφερε ως πολύ σημαντική την ύπαρξη σταθερής σχέσης. Η ολοκλήρωση των σπουδών αποτέλεσε επίσης παράγοντα υψηλής σημασίας, με το 74.4% να τον χαρακτηρίζει ως «πολύ σημαντικό». Παρόμοια, η καλή οικονομική κατάσταση αξιολογήθηκε ως πολύ σημαντική από το 65.0% των συμμετεχουσών, ενώ το 45.7% ανέφερε ότι η επαγγελματική εξέλιξη είναι πολύ σημαντική προϋπόθεση για την απόκτηση παιδιών. Επιπλέον, το 35.9% θεώρησε πολύ σημαντική τη μόνιμη εργασία και το 48.7% την πρόσβαση σε υπηρεσίες παιδικής μέριμνας. Σημαντικός παράγοντας αναδείχθηκε και η δυνατότητα συνδυασμού εργασίας και μητρότητας, καθώς το 41.0% τη χαρακτήρισε ως «σημαντική» και το 34.2% ως «πολύ σημαντική». Επιπλέον, το 37.6% των συμμετεχουσών ανέφερε ως «σημαντικό» και το 29.1% ως «πολύ σημαντικό» το να αποκτήσουν παιδιά πριν θεωρήσουν ότι έχουν μεγαλώσει αρκετά ηλικιακά. Όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης, το 28.2% αξιολόγησε ως «σημαντικό» και το 22.2% ως «πολύ σημαντικό» το να διαθέτουν αρκετά μεγάλο σπίτι πριν αποκτήσουν παιδιά. Αντίθετα, η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος φαίνεται να ήταν περιορισμένη, καθώς το 59.0% των συμμετεχουσών χαρακτήρισε ως «ασήμαντο» το γεγονός ότι οι φίλοι τους έχουν ήδη αποκτήσει ή περιμένουν παιδιά. Τέλος, η επιθυμία να υπάρχει χρόνος για ταξίδια και άλλες δραστηριότητες πριν την απόκτηση παιδιών εμφάνισε μεγαλύτερη διασπορά στις απαντήσεις, με το 29.9% να τη θεωρεί «σημαντική» και το 20.5% «πολύ σημαντική», ενώ ένα αξιοσημείωτο ποσοστό τη χαρακτήρισε ως «ασήμαντη» (12.8%) ή «όχι πολύ σημαντική» (17.9%) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Σημαντικές παράμετροι στην απόφαση γυναικών να αποκτήσουν παιδιά

Παράμετροι	Εναλλακτικές απαντήσεις					
	Ασήμαντο	Όχι πολύ σημαντικό	Μάλλον σημαντικό	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό	Δεν απαντώ
Α. Ότι έχω έναν σύντροφο με τον οποίο μπορώ να μοιραστώ την ευθύνη	0	0	0.9	9.4	88.9	0.9
Β. Ότι νιώθω αρκετά ώριμη	0	0	3.4	12.8	82.9	0.9
Γ. Ότι βρίσκομαι σε μια σταθερή σχέση	0	1.7	4.3	17.9	75.2	0.9
Δ. Ότι θέλω να κάνω παιδιά πριν γίνω «πολύ μεγάλη»	0	16.2	37.6	29.1	11.1	
Ε. Ότι η δουλειά μου μπορεί να συνδυαστεί με την απόκτηση παιδιών	1.7	9.4	13.7	41	34.2	
ΣΤ. Ότι έχω ολοκληρώσει τις σπουδές μου	0.9	3.4	1.7	17.9	74.4	1.7
Ζ. Ότι έχω προχωρήσει επαγγελματικά	0.9	6	14.7	32.8	45.7	
Η. Ότι έχω μόνιμη θέση	1.7	13.7	18.8	29.9	35.9	
Θ. Ότι έχω πρόσβαση σε παιδική μέριμνα	2.6	3.4	14.5	28.2	48.7	2.6
Ι. Ότι είμαστε σε καλή οικονομική κατάσταση	0	0	8.5	24.8	65	1.7
Κ. Ότι έχουμε ένα σπίτι που είναι αρκετά μεγάλο	5.1	16.2	26.5	28.2	22.2	1.7
Λ. Ότι οι φίλοι μου έχουν αποκτήσει παιδιά ή περιμένουν παιδιά	59	31.6	6	1.7	1.7	
Μ. Ότι έχω χρόνο να ταξιδέψω και να κάνω άλλα πράγματα που μπορεί να είναι δύσκολο να κάνω με παιδιά	12.8	17.9	16.2	29.9	20.5	2.6

Πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων τιμών των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση απόκτησης παιδιών μεταξύ των συμμετεχουσών με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS) και χωρίς PCOS. Συνολικά, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε κανέναν από τους εξεταζόμενους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, η ύπαρξη συντρόφου με τον οποίο μπορεί να μοιραστεί κανείς την ευθύνη αξιολογήθηκε πολύ υψηλά και στις δύο ομάδες, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (PCOS: $MT = 4.95$, $TA = 0.49$, vs μη PCOS: $MT = 4.88$, $TA = 0.32$, $p = 0.173$). Αντίστοιχα, η αίσθηση ωριμότητας βαθμολογήθηκε επίσης υψηλά και στις δύο ομάδες (PCOS: $MT = 4.90$, $TA = 0.43$, vs μη PCOS: $MT = 4.79$, $TA = 0.50$, $p = 0.447$). Η σταθερή σχέση δεν παρουσίασε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων ($p = 0.30$), ενώ ο παράγοντας «να αποκτήσω παιδιά πριν γίνω πολύ μεγάλη» εμφάνισε παρόμοιες μέσες τιμές (PCOS: $MT = 3.33$, $TA = 0.91$, vs μη PCOS: $MT = 3.20$, $TA = 1.07$, $p = 0.702$). Επίσης, η δυνατότητα συνδυασμού εργασίας και απόκτησης παιδιών δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων ($p = 0.382$). Παρόμοια εικόνα παρατηρήθηκε και για την ολοκλήρωση σπουδών ($p = 0.662$), την επαγγελματική εξέλιξη ($p = 0.923$), τη μόνιμη εργασία ($p = 0.784$) και την πρόσβαση σε παιδική μέριμνα ($p = 0.522$), χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Η οικονομική κατάσταση αξιολογήθηκε επίσης σε υψηλά επίπεδα και στις δύο ομάδες, με οριακή αλλά μη σημαντική διαφορά (PCOS: $MT = 4.76$, $TA = 0.53$ vs μη PCOS: $MT = 4.56$, $TA = 0.69$, $p = 0.343$). Παρόμοια, το μέγεθος της κατοικίας ($p = 0.956$), η επίδραση των φίλων ($p = 0.152$) και ο χρόνος για ταξίδια και προσωπικές δραστηριότητες ($p = 0.383$) δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Συνολικά, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι στάσεις απέναντι στους παράγοντες που σχετίζονται με την απόκτηση παιδιών είναι ιδιαίτερα ομοιογενείς μεταξύ γυναικών με και χωρίς PCOS, χωρίς να αναδεικνύονται σημαντικές διαφοροποιήσεις (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Σημαντικότητα των παραμέτρων στην απόφαση να αποκτήσουν παιδιά μεταξύ γυναικών με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS) και γυναικών χωρίς PCOS

Παράμετροι	PCOS (N=21)	Όχι PCOS (N=96)	P (sig.)
A. Ότι έχω έναν σύντροφο με τον οποίο μπορώ να μοιραστώ την ευθύνη	4.95 (0.49)	4.88 (0.32)	0.173
B. Ότι νιώθω αρκετά ώριμη	4.90 (0.43)	4.79 (0.50)	0.447
Γ. Ότι βρίσκομαι σε μια σταθερή σχέση	4.85 (0.47)	4.65 (0.67)	0.30
Δ. Ότι θέλω να κάνω παιδιά πριν γίνω «πολύ μεγάλη»	3.33 (0.91)	3.20 (1.07)	0.702
E. Ότι η δουλειά μου μπορεί να συνδυαστεί με την απόκτηση παιδιών	3.80 (1.03)	4.00 (1.00)	0.382
ΣΤ. Ότι έχω ολοκληρώσει τις σπουδές μου	4.52 (1.03)	4.69 (0.71)	0.662
Z. Ότι έχω προχωρήσει επαγγελματικά	4.09 (1.09)	4.17 (0.92)	0.923
H. Ότι έχω μόνιμη θέση	3.80 (1.07)	3.85 (1.12)	0.784
Θ. Ότι έχω πρόσβαση σε παιδική μέριμνα	4.19 (0.87)	4.26 (1.05)	0.522
I. Ότι είμαστε σε καλή οικονομική κατάσταση	4.76 (0.53)	4.56 (0.69)	0.343
K. Ότι έχουμε ένα σπίτι που είναι αρκετά μεγάλο	3.57 (1.28)	3.50 (1.18)	0.956
Λ. Ότι οι φίλοι μου έχουν αποκτήσει παιδιά ή περιμένουν παιδιά	1.66 (0.65)	1.53 (0.85)	0.152
M. Ότι έχω χρόνο να ταξιδέψω και να κάνω άλλα πράγματα που μπορεί να είναι δύσκολο να κάνω με παιδιά	3.14 (1.19)	3.39 (1.43)	0.383

Πραγματοποιήθηκε σύγκριση των μέσων τιμών των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση απόκτησης παιδιών μεταξύ συμμετεχουσών που επιθυμούν να αποκτήσουν τα πρώτα τους παιδιά σε ηλικία ≤ 29 ετών και σε εκείνες που επιθυμούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών. Στις περισσότερες μεταβλητές δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, η ύπαρξη συντρόφου με τον οποίο μπορεί να μοιραστεί κανείς την ευθύνη αξιολογήθηκε εξίσου υψηλά και στις δύο ομάδες (≤ 29 ετών: MT = 4.89, TA = 0.30 vs >30 ετών: MT = 4.92, TA = 0.34, $p = 0.763$), όπως και η αίσθηση ωριμότητας ($p = 0.543$). Αντίστοιχα, η σταθερή σχέση δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά, αν και παρατηρήθηκε τάση υψηλότερης

βαθμολογίας στην ομάδα ≤ 29 ετών ($MT = 4.84$ vs 4.64 , $p = 0.063$). Η επιθυμία απόκτησης παιδιών πριν από μεγαλύτερη ηλικία παρουσίασε παρόμοιες μέσες τιμές μεταξύ των ομάδων ($p = 0.264$), ενώ επίσης δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τη δυνατότητα συνδυασμού εργασίας και μητρότητας ($p = 0.929$), την ολοκλήρωση σπουδών ($p = 0.975$), την επαγγελματική εξέλιξη ($p = 0.190$), τη μόνιμη εργασία ($p = 0.334$) και την πρόσβαση σε παιδική μέριμνα ($p = 0.986$). Ο παράγοντας της οικονομικής κατάστασης επίσης δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων (≤ 29 ετών: $MT = 4.38$, $TA = 0.78$ vs > 30 ετών: $MT = 4.64$, $TA = 0.63$, $p = 0.139$), όπως και το μέγεθος της κατοικίας ($p = 0.630$) και η επιρροή του κοινωνικού περιβάλλοντος ($p = 0.348$). Στατιστικά σημαντική διαφορά καταγράφηκε μόνο στον παράγοντα «να έχω χρόνο να ταξιδέψω και να κάνω άλλα πράγματα που μπορεί να είναι δύσκολο να κάνω με παιδιά», όπου οι γυναίκες που επιθυμούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών εμφάνισαν υψηλότερη μέση τιμή ($MT = 3.44$, $TA = 1.41$) σε σύγκριση με τις νεότερες ($MT = 2.82$, $TA = 1.25$), με τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.030$). Αυτό υποδηλώνει ότι οι γυναίκες με μεγαλύτερη ηλικία κατά την τεκνοποίηση αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στη διατήρηση χρόνου για προσωπικές δραστηριότητες πριν από την απόκτηση παιδιών (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Σημαντικότητα των παραμέτρων στην απόφαση να αποκτήσουν παιδιά μεταξύ γυναικών που επιθυμούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία πάνω από 30 ετών και κάτω από 30 ετών

Παράμετροι	≤ 29 ετών (N=39)	>30 ετών (N=50)	P (sig.)
A. Ότι έχω έναν σύντροφο με τον οποίο μπορώ να μοιραστώ την ευθύνη	4.89 (0.30)	4.92 (0.34)	0.763
B. Ότι νιώθω αρκετά ώριμη	4.82 (0.45)	4.74 (0.59)	0.543
Γ. Ότι βρίσκομαι σε μια σταθερή σχέση	4.84 (0.43)	4.64 (0.63)	0.063
Δ. Ότι θέλω να κάνω παιδιά πριν γίνω «πολύ μεγάλη»	3.51 (1.04)	3.34 (0.91)	0.264
Ε. Ότι η δουλειά μου μπορεί να συνδυαστεί με την απόκτηση παιδιών	3.89 (0.88)	3.86 (1.04)	0.929
ΣΤ. Ότι έχω ολοκληρώσει τις σπουδές μου	4.66 (0.66)	4.62 (0.83)	0.975
Ζ. Ότι έχω προχωρήσει επαγγελματικά	3.97 (0.87)	4.20 (0.88)	0.190
Η. Ότι έχω μόνιμη θέση	3.61 (1.04)	3.82 (1.06)	0.334
Θ. Ότι έχω πρόσβαση σε παιδική μέριμνα	4.12 (1.08)	4.08 (1.10)	0.986
Ι. Ότι είμαστε σε καλή οικονομική κατάσταση	4.38 (0.78)	4.64 (0.63)	0.139
Κ. Ότι έχουμε ένα σπίτι που είναι αρκετά μεγάλο	3.38 (1.33)	3.54 (1.03)	0.630
Λ. Ότι οι φίλοι μου έχουν αποκτήσει παιδιά ή περιμένουν παιδιά	1.48 (0.72)	1.62 (0.75)	0.348
Μ. Ότι έχω χρόνο να ταξιδέψω και να κάνω άλλα πράγματα που μπορεί να είναι δύσκολο να κάνω με παιδιά	2.82 (1.25)	3.44 (1.41)	0.030

Οι συμμετέχουσες αξιολόγησαν τις πιθανές συνέπειες της μητρότητας, εκφράζοντας τον βαθμό συμφωνίας τους σε ένα εύρος από «διαφωνώ» έως «απολύτως συμφωνώ». Αναφορικά με τις θετικές διαστάσεις, η πλειονότητα των συμμετεχουσών συμφώνησε ότι η μητρότητα σχετίζεται με αυξημένη αγάπη, καθώς το 42.7% δήλωσε «απολύτως συμφωνώ» και το 25.6% «κυρίως συμφωνώ» ότι θα δίνουν και θα λαμβάνουν περισσότερη αγάπη. Παράλληλα, σημαντικό ποσοστό θεώρησε ότι η μητρότητα οδηγεί σε μια ισχυρότερη σχέση με τον σύντροφο, με το μεγαλύτερο μέρος των απαντήσεων να συγκεντρώνεται στις κατηγορίες «κυρίως συμφωνώ» (24.8%) και «ισχυρά συμφωνώ» (27.4%). Επιπλέον, αρκετές συμμετέχουσες συμφώνησαν ότι η μητρότητα συμβάλλει στο να αποκτήσουν μια διαφορετική αντίληψη για το τι είναι σημαντικό στη ζωή (29.1% «απολύτως συμφωνώ») και ότι οδηγεί σε περισσότερη επαφή με την οικογένεια. Επίσης, σημαντικό ποσοστό των συμμετεχουσών αναγνώρισε ότι η μητρότητα θα τις βοηθήσει να εξελιχθούν ως άτομα, με τις περισσότερες απαντήσεις να συγκεντρώνονται στις κατηγορίες «κυρίως συμφωνώ» και «ισχυρά συμφωνώ» (29.9% αντίστοιχα). Παράλληλα, το 25.6% «κυρίως συμφωνεί» και το 26.5% «ισχυρά συμφωνεί» ότι η μητρότητα φέρνει νέα ενδιαφέροντα στη ζωή. Αντίθετα, οι συμμετέχουσες αναγνώρισαν και σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις. Το 40.2% διαφώνησε ότι η μητρότητα οδηγεί σε χαμηλότερη θέση στην αγορά εργασίας, ενώ ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό εξέφρασε επιφυλάξεις ή συμφωνία με αυτόν τον περιορισμό. Παράλληλα, αρκετές συμμετέχουσες συμφώνησαν ότι η μητρότητα συνεπάγεται λιγότερο χρόνο για την εργασία και την καριέρα, καθώς και για τα προσωπικά τους ενδιαφέροντα. Επιπλέον, το 34.2% διαφώνησε ότι η μητρότητα προκαλεί πιέσεις στη σχέση με τον σύντροφο, αν και περίπου το ένα τρίτο των συμμετεχουσών εξέφρασε αντίθετη άποψη. Σχετικά με την οικονομική διάσταση, οι απαντήσεις ήταν μοιρασμένες, με σημαντικό ποσοστό να θεωρεί ότι η καθημερινή ζωή μπορεί να γίνει πιο ευχάριστη, αλλά και ότι μπορεί να υπάρξει οικονομική επιβάρυνση. Τέλος, ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των συμμετεχουσών δεν συμφώνησε ότι η μητρότητα αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για να νιώθει μια γυναίκα «πλήρης» (51.3% διαφωνία), ούτε ότι αντιπροσωπεύει το «νόημα της ζωής» (53.0% διαφωνία), υποδηλώνοντας μια πιο σύγχρονη και μη μονοδιάστατη αντίληψη για τη μητρότητα (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Συνέπειες της μητρότητας

Παράμετροι	Εναλλακτικές απαντήσεις (%)					
	Διαφωνώ	Μερικώς συμφωνώ	Κυρίως συμφωνώ	Ισχυρά συμφωνώ	Απολύτως συμφωνώ	Δεν απαντώ
Το να γίνω μητέρα είχε (θα είχε) ως αποτέλεσμα:						
Α. Θα εξελιχθώ ως άτομο	2.6	17.1	29.9	29.9	18.8	1.7
Β. Λιγότερος χρόνος για να αφιερώσω στην εργασία και την καριέρα	9.4	28.2	29.9	19.7	12.8	
Γ. Νέα ενδιαφέροντα στη ζωή	9.4	26.5	26.5	26.5	12	
Δ. Χαμηλότερη θέση στην αγορά εργασίας	40.2	27.4	16.2	10.3	5.1	0.9
Ε. Θα δίνω και θα λαμβάνω περισσότερη αγάπη	2.6	11.1	17.1	25.6	42.7	0.9
ΣΤ. Μια ισχυρότερη σχέση με τον σύντροφό μου	12.8	19/7	24.8	27.4	15.4	
Ζ. Λιγότερος χρόνος για τα δικά μου ενδιαφέροντα	10.3	27.4	25.6	16.2	19.7	0.9
Η. Περισσότερη επαφή με την οικογένειά μου	9.4	24.8	22.2	24.8	16.2	2.6
Θ. Να γίνουμε μια «πραγματική οικογένεια»	48.7	17.1	9.4	10.3	12	2.6
Ι. Πιέσεις στη σχέση μου με τον σύντροφό μου	34.2	33.3	18.8	6	7.7	
Κ. Μια άλλη άποψη για το τι είναι σημαντικό	13.7	19.7	16.2	17.1	29.1	4.3
Λ. Λιγότερη ελευθερία	17.1	26.5	21.4	19.7	14.5	0.9
Μ. Η καθημερινή ζωή θα είναι πιο ευχάριστη	11.1	29.9	25.6	13.7	17.9	1.7
Ν. Φτωχότερη οικονομία	22.2	26.5	23.9	12	10.3	5.1

Ξ. Να νιώθω «πλήρης» ως γυναίκα	51.3	23.1	12	6	6	1.7
Ο. Να κάνω αυτό που είναι το νόημα της ζωής	53	23.9	9.4	6	6	1.7

Η σύγκριση των αντιλήψεων για τις συνέπειες της μητρότητας μεταξύ γυναικών που επιθυμούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία πάνω από 30 ετών και εκείνων που επιθυμούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία κάτω από 30 ετών ανέδειξε ορισμένες στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με ηλικία μητρότητας άνω των 30 ετών συμφώνησαν σε μεγαλύτερο βαθμό με την άποψη ότι η μητρότητα μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερη θέση στην αγορά εργασίας συγκριτικά με τις νεότερες γυναίκες ($M=2.14$, $SD=1.06$ έναντι $M=1.76$, $SD=1.15$, $p=0.046$). Το εύρημα αυτό ενδεχομένως αντανακλά αυξημένες επαγγελματικές ανησυχίες των μεγαλύτερων ηλικιακά γυναικών σχετικά με τις επιπτώσεις της μητρότητας στην επαγγελματική τους πορεία. Παράλληλα, οι γυναίκες με ηλικία μητρότητας άνω των 30 ετών παρουσίασαν υψηλότερο βαθμό συμφωνίας ως προς την άποψη ότι η μητρότητα συνεπάγεται περισσότερη αγάπη και συναισθηματική πληρότητα ($M=4.32$, $SD=1.05$ έναντι $M=3.82$, $SD=1.04$, $p=0.007$). Επιπλέον, οι ίδιες γυναίκες δήλωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η απόκτηση παιδιού θα περιόριζε τον χρόνο που διαθέτουν για τα προσωπικά τους ενδιαφέροντα ($M=3.16$, $SD=1.21$ έναντι $M=2.53$, $SD=1.07$, $p=0.021$), καθώς και ότι θα μπορούσε να επιβαρύνει την οικονομική τους κατάσταση ($M=2.78$, $SD=1.31$ έναντι $M=2.20$, $SD=1.36$, $p=0.024$). Αντίθετα, οι γυναίκες με ηλικία μητρότητας ≤ 29 ετών συμφώνησαν περισσότερο με την άποψη ότι η μητρότητα αποτελεί το «νόημα της ζωής» ($M=2.41$, $SD=1.48$ έναντι $M=1.80$, $SD=1.08$, $p=0.045$). Το εύρημα αυτό πιθανόν να συνδέεται με περισσότερο ιδεαλιστικές ή παραδοσιακές αντιλήψεις γύρω από τον ρόλο της μητρότητας στις νεότερες ηλικίες. Για τις υπόλοιπες παραμέτρους δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ($p>0.05$), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με τις περισσότερες κοινωνικές, προσωπικές και οικογενειακές επιπτώσεις της μητρότητας παραμένουν παρόμοιες ανεξαρτήτως ηλικίας (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Συνέπειες της μητρότητας μεταξύ γυναικών που επιθυμούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία πάνω από 30 ετών και γυναικών που επιθυμούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία κάτω από 30 ετών

Παράμετροι			
Το να γίνω μητέρα είχε (θα είχε) ως αποτέλεσμα:	≤ 29 ετών (N=39)	>30 ετών (N=50)	P (sig.)
A. Θα εξελιχθώ ως άτομο	3.64 (0.87)	3.54 (1.14)	0.743
B. Λιγότερος χρόνος για να αφιερώσω στην εργασία και την καριέρα	2.69 (0.92)	2.88 (1.22)	0.512
Γ. Νέα ενδιαφέροντα στη ζωή	3.33 (1.00)	3.32 (1.11)	0.983
Δ. Χαμηλότερη θέση στην αγορά εργασίας	1.76 (1.15)	2.14 (1.06)	0.046
Ε. Θα δίνω και θα λαμβάνω περισσότερη αγάπη	3.82 (1.04)	4.32 (1.05)	0.007
ΣΤ. Μια ισχυρότερη σχέση με τον σύντροφό μου	3.25 (1.06)	3.42 (1.21)	0.400
Ζ. Λιγότερος χρόνος για τα δικά μου ενδιαφέροντα	2.53 (1.07)	3.16 (1.21)	0.021
Η. Περισσότερη επαφή με την οικογένειά μου	3.12 (1.17)	3.52 (1.40)	0.151
Θ. Να γίνουμε μια «πραγματική οικογένεια»	2.38 (1.67)	2.56 (1.57)	0.486
Ι. Πιέσεις στη σχέση μου με τον σύντροφό μου	1.84 (0.87)	2.30 (1.23)	0.104
Κ. Μια άλλη άποψη για το τι είναι σημαντικό	3.25 (1.58)	3.72 (1.47)	0.176
Λ. Λιγότερη ελευθερία	2.53 (1.25)	2.74 (1.19)	0.334
Μ. Η καθημερινή ζωή θα είναι πιο ευχάριστη	3.02 (1.20)	3.26 (1.32)	0.358
Ν. Φτωχότερη οικονομία	2.20 (1.36)	2.78 (1.31)	0.024
Ξ. Να νιώθω «πλήρης» ως γυναίκα	2.28 (1.41)	2.04 (1.19)	0.470
Ο. Να κάνω αυτό που είναι το νόημα της ζωής	2.41 (1.48)	1.80 (1.08)	0.045

Τα αποτελέσματα σχετικά με την επίγνωση των συμμετεχουσών για ζητήματα γονιμότητας έδειξαν ότι περισσότερο από το ήμισυ των γυναικών (58,1%) θεωρούσαν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο γόνιμες έως την ηλικία των 25 ετών, ενώ το 35,9% ανέφερε το ηλικιακό εύρος 26–30 ετών και μόλις το 6% το εύρος 31–35 ετών. Αναφορικά με την ηλικία κατά την οποία αρχίζει να παρατηρείται μικρή μείωση της γυναικείας γονιμότητας, το 45,3% των συμμετεχουσών απάντησε ότι αυτή εμφανίζεται μεταξύ 35–39 ετών, ενώ το 42,7% θεώρησε ότι η μείωση ξεκινά νωρίτερα, δηλαδή στην ηλικία 30–34 ετών. Μικρότερα ποσοστά συμμετεχουσών ανέφεραν τις ηλικίες 40–44 ετών (9,4%) και 45–49 ετών (2,6%). Όσον αφορά τη σημαντική μείωση της ικανότητας των γυναικών να επιτύχουν εγκυμοσύνη, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχουσών (42,7%) ανέφερε το ηλικιακό εύρος 40–44 ετών, ενώ το 32,5% τοποθέτησε τη σημαντική αυτή μείωση μεταξύ 35–39 ετών. Επιπλέον, το 20,5% εκτίμησε ότι η σημαντική μείωση παρατηρείται στις ηλικίες 45–55 ετών, ενώ μόλις το 4,3% ανέφερε τις ηλικίες 30–34 ετών. Σχετικά με την εκτίμηση της πιθανότητας φυσικής σύλληψης, οι συμμετέχουσες υπολόγισαν ότι μια νεαρή γυναίκα ηλικίας κάτω των 25 ετών, η οποία έχει σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις κατά τη χρονική στιγμή της ωορρηξίας, έχει κατά μέσο όρο πιθανότητα εγκυμοσύνης 57,65% (SD=27,73). Επιπρόσθετα, οι συμμετέχουσες εκτίμησαν ότι η πιθανότητα εγκυμοσύνης έπειτα από τακτικές σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις για διάστημα ενός έτους ανέρχεται κατά μέσο όρο στο 69,30% (SD=20,42) για γυναίκες ηλικίας 25–30 ετών. Αντίστοιχα, για γυναίκες ηλικίας 35–40 ετών, η πιθανότητα εγκυμοσύνης εκτιμήθηκε σημαντικά χαμηλότερη, με μέση τιμή 44,50% (SD=21,34), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχουσες αναγνωρίζουν τη μείωση της γονιμότητας με την αύξηση της ηλικίας (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Επίγνωση ζητημάτων γονιμότητας στο σύνολο του δείγματος

		%
Σε ποια ηλικία είναι οι γυναίκες περισσότερο γόνιμες; (έτη)	Έως 25	58.1
	26-30	35.9
	31-35	6
Σε ποια ηλικία υπάρχει μια μικρή μείωση στην ικανότητα των γυναικών να μείνουν έγκυες; (έτη)	30-34	42.7
	35-39	45.3
	40-44	9.4
	45-49	2.6
Σε ποια ηλικία παρατηρείται σημαντική μείωση της ικανότητας των γυναικών να μείνουν έγκυες; (έτη)	30-34	4.3
	35-39	32.5
	40-44	42.7
	45-55	20.5
Μια νεαρή γυναίκα (<25 ετών) και ένας άνδρας έχουν σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις κατά την στιγμή της ωορρηξίας – πόσο μεγάλη είναι η πιθανότητα να μείνει έγκυος; (% , μέση τιμή, τυπική απόκλιση)	57.65 (27.73)	
Μια γυναίκα και ένας άνδρας που έχουν τακτικά σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις για διάστημα 1 έτους: Πόσο μεγάλη είναι η πιθανότητα να μείνουν έγκυες οι γυναίκες αν είναι 25-30 ετών; (% , μέση τιμή, τυπική απόκλιση)	69.30 (20.42)	
Μια γυναίκα και ένας άνδρας που έχουν τακτικά σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις για διάστημα 1 έτους: Πόσο μεγάλη είναι η πιθανότητα να μείνουν έγκυες οι γυναίκες αν είναι 35-40 ετών; (% , μέση τιμή, τυπική απόκλιση)	44.50 (21.34)	

Τέλος πραγματοποιήθηκε μελέτη των αντιλήψεων για την πιθανότητα επίτευξης κύησης γυναικών που επιθυμούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία πάνω από 30 ετών συγκριτικά με εκείνες που επιθυμούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία κάτω από 30 ετών. Η σύγκριση ανέδειξε μία στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με την πιθανότητα εγκυμοσύνης μιας γυναίκας ηλικίας κάτω των 25 ετών κατά τη διάρκεια σεξουαλικής επαφής χωρίς προφυλάξεις την περίοδο της ωορρηξίας μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με επιθυμητή ηλικία μητρότητας ≤ 29 ετών εκτίμησαν υψηλότερη πιθανότητα εγκυμοσύνης στην γυναίκα ηλικίας κάτω των 25 ετών με σεξουαλική επαφή κατά την διάρκεια της ωορρηξίας συγκριτικά με τις γυναίκες με επιθυμητή ηλικία μητρότητας άνω των 30 ετών ($M=66,25\%$, $SD=22,34$ έναντι $M=52,16\%$, $SD=29,62$, $p=0,049$). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την εκτίμηση της πιθανότητας εγκυμοσύνης έπειτα από τακτικές σεξουαλικές επαφές χωρίς

προφυλάξεις για διάστημα ενός έτους στις γυναίκες ηλικίας 25–30 ετών ($M=71,92\%$, $SD=16,48$ για τις γυναίκες με επιθυμητή ηλικία μητρότητας ≤ 29 ετών έναντι $M=69,96\%$, $SD=20,19$ για τις γυναίκες με επιθυμητή ηλικία μητρότητας άνω των 30 ετών, $p=0,747$). Παρομοίως, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις εκτιμήσεις των δύο ομάδων σχετικά με την πιθανότητα εγκυμοσύνης για γυναίκες ηλικίας 35–40 ετών ύστερα από έναν χρόνο τακτικών σεξουαλικών επαφών χωρίς προφυλάξεις ($M=48,33\%$, $SD=18,43$ έναντι $M=45,04\%$, $SD=21,75$, $p=0,432$). Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι νεότερες γυναίκες τείνουν να εκτιμούν υψηλότερα τη φυσική πιθανότητα σύλληψης σε νεαρή ηλικία, ενώ οι αντιλήψεις σχετικά με τη γονιμότητα στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες εμφανίζονται παρόμοιες μεταξύ των συμμετεχουσών ανεξαρτήτως ηλικίας (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Αντιλήψεις για την πιθανότητα επίτευξης κύησης γυναικών που επιθυμούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία πάνω από 30 ετών συγκριτικά με εκείνες που επιθυμούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία κάτω από 30 ετών

	≤ 29 ετών (N=39)	>30 ετών (N=50)	P (sig.)
Μια νεαρή γυναίκα (<25 ετών) και ένας άνδρας έχουν σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις κατά την στιγμή της ωορρηξίας – πόσο μεγάλη είναι η πιθανότητα να μείνει έγκυος; (% μέση τιμή, τυπική απόκλιση)	66.25 (22.34)	52.16 (29.62)	0.049
Μια γυναίκα και ένας άνδρας που έχουν τακτικά σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις για διάστημα 1 έτους: Πόσο μεγάλη είναι η πιθανότητα να μείνουν έγκυες οι γυναίκες αν είναι 25-30 ετών; (% μέση τιμή, τυπική απόκλιση)	71.92 (16.48)	69.96 (20.19)	0.747
Μια γυναίκα και ένας άνδρας που έχουν τακτικά σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις για διάστημα 1 έτους: Πόσο μεγάλη είναι η πιθανότητα να μείνουν έγκυες οι γυναίκες αν είναι 35-40 ετών; (% μέση τιμή, τυπική απόκλιση)	48.33 (18.43)	45.04 (21.75)	0.432

B4. Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τις στάσεις, τις προθέσεις και τις αντιλήψεις που σχετίζονται με την τεκνοποίηση, την γονιμότητα και την γονεϊκότητα, αξιοποιώντας μεθοδολογική προσέγγιση με στόχο την κατανόηση τόσο των μετρήσιμων τάσεων όσο και των βιωμένων εμπειριών των συμμετεχουσών. Η ενσωμάτωση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων επέτρεψε την πολυδιάστατη αποτύπωση των παραγόντων που επηρεάζουν τις αναπαραγωγικές αποφάσεις στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα, αναδεικνύοντας την αλληλεπίδραση κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών και υγειονομικών παραμέτρων. Τα ευρήματα της μελέτης καταδεικνύουν ότι οι αναπαραγωγικές επιλογές δεν αποτελούν αποκλειστικά ατομικές αποφάσεις, αλλά διαμορφώνονται μέσα σε ένα σύνθετο πλαίσιο κοινωνικών προσδοκιών, επαγγελματικών απαιτήσεων, αντιλήψεων για τη γονιμότητα και προσωπικών ανησυχιών σχετικά με τη μελλοντική γονεϊκότητα.

Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας ήταν η σαφής τάση αναβολής της τεκνοποίησης, η οποία αναδείχθηκε τόσο στα ποσοτικά όσο και στα ποιοτικά δεδομένα. Οι συμμετέχουσες ανέφεραν ότι η απόφαση για απόκτηση παιδιών συνδέεται άμεσα με την οικονομική σταθερότητα, την επαγγελματική αποκατάσταση, την ύπαρξη σταθερής συντροφικής σχέσης και την αίσθηση προσωπικής ετοιμότητας. Η αναβολή της γονεϊκότητας δεν φάνηκε να αποτελεί έκφραση μειωμένης επιθυμίας για δημιουργία οικογένειας, αλλά περισσότερο αποτέλεσμα των σύγχρονων κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών που καθιστούν δύσκολη την έγκαιρη μετάβαση στη γονεϊκότητα. Τα ποιοτικά ευρήματα ενίσχυσαν αυτή την εικόνα, καθώς πολλές συμμετέχουσες ανέφεραν έντονο άγχος σχετικά με την οικονομική ανασφάλεια, την εργασιακή αβεβαιότητα και την ανάγκη επίτευξης προσωπικών και επαγγελματικών στόχων πριν από την απόφαση τεκνοποίησης.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα ανέδειξαν μια ενδιαφέρουσα αντίφαση μεταξύ επιθυμίας και πραγματικής συμπεριφοράς. Παρότι η πλειονότητα των συμμετεχουσών εξέφρασε θετική στάση απέναντι στη δημιουργία οικογένειας και δήλωσε επιθυμία απόκτησης παιδιών, παρατηρήθηκε σημαντική καθυστέρηση στον χρονικό προγραμματισμό της τεκνοποίησης. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με το “fertility intention–behavior gap”, σύμφωνα με το οποίο οι αναπαραγωγικές προθέσεις συχνά δεν μετατρέπονται σε πραγματική συμπεριφορά λόγω κοινωνικών, οικονομικών ή ψυχολογικών εμποδίων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασαν επίσης τα ευρήματα που σχετίζονται με τις στάσεις απέναντι στη μητρότητα και την γονεϊκότητα. Η γονεϊκότητα εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται ως σημαντικός στόχος ζωής και πηγή προσωπικής ολοκλήρωσης, ωστόσο συνυπάρχει με φόβους και ανησυχίες που σχετίζονται με την απώλεια προσωπικής ελευθερίας, την αυξημένη ευθύνη και τη δυσκολία ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής. Ιδιαίτερα οι γυναίκες ανέφεραν μεγαλύτερη πίεση σχετικά με τη συμφιλίωση μητρότητας και επαγγελματικής εξέλιξης, γεγονός που αναδεικνύει την συνεχιζόμενη επίδραση των κοινωνικών προσδοκιών και των έμφυλων ρόλων στις αναπαραγωγικές αποφάσεις. Τα ποιοτικά δεδομένα έδειξαν ότι, παρά τη σταδιακή μεταβολή των κοινωνικών αντιλήψεων, η μητρότητα εξακολουθεί να συνδέεται με αυξημένες κοινωνικές απαιτήσεις και προσδοκίες φροντίδας, οι οποίες συχνά δημιουργούν συναισθήματα αβεβαιότητας και πίεσης.

Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα της μελέτης ήταν το περιορισμένο επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη γονιμότητα και ιδιαίτερα με την ηλικιακή μείωση της αναπαραγωγικής ικανότητας. Παρότι πολλές συμμετέχουσες θεωρούσαν ότι διαθέτουν επαρκή ενημέρωση, διαπιστώθηκαν σημαντικές παρανοήσεις σχετικά με τη φυσική μείωση της γονιμότητας μετά την ηλικία των 35 ετών και τις πραγματικές δυνατότητες των υποβοηθούμενων αναπαραγωγικών τεχνολογιών. Ειδικότερα, αρκετές συμμετέχουσες υπερεκτιμούσαν την αποτελεσματικότητα της εξωσωματικής γονιμοποίησης και θεωρούσαν ότι η τεχνολογία μπορεί να αντισταθμίσει πλήρως τις επιπτώσεις της ηλικίας στη γονιμότητα. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν την ύπαρξη σημαντικών κενών στην ενημέρωση του πληθυσμού και υπογραμμίζουν την ανάγκη ανάπτυξης παρεμβάσεων εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία.

Η μεθοδολογική προσέγγιση της παρούσας έρευνας συνέβαλε ουσιαστικά στην ερμηνεία των ευρημάτων, καθώς επέτρεψε τη σύνθεση των ποσοτικών τάσεων με τις προσωπικές αφηγήσεις και εμπειρίες των συμμετεχόντων. Η συγκριτική ανάλυση των δύο τύπων δεδομένων ενίσχυσε την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων και ανέδειξε την δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ ατομικών επιλογών και κοινωνικού πλαισίου. Ενώ τα ποσοτικά δεδομένα αποτύπωσαν την συχνότητα και την έκταση συγκεκριμένων στάσεων και συμπεριφορών, τα ποιοτικά ευρήματα αποκάλυψαν τους βαθύτερους λόγους, τα συναισθήματα και τις αντιφάσεις που συνοδεύουν τις αναπαραγωγικές αποφάσεις.

Συνολικά, τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι οι σύγχρονες αναπαραγωγικές επιλογές χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα και επηρεάζονται από την αλληλεπίδραση

προσωπικών επιθυμιών, κοινωνικών προσδοκιών, οικονομικών περιορισμών και αντιλήψεων για τη γονιμότητα. Τα ευρήματα οργανώνονται γύρω από πέντε βασικούς θεματικούς άξονες: την αναβολή τεκνοποίησης και την δημογραφική μετάβαση, τις προθέσεις τεκνοποίησης και το ιδανικό μέγεθος οικογένειας, τις στάσεις απέναντι στη μητρότητα και τη γονεϊκότητα, την επίγνωση γονιμότητας και τις λανθασμένες αντιλήψεις, καθώς και την επίδραση χρόνιων προβλημάτων υγείας στις αναπαραγωγικές στάσεις και αποφάσεις.

Η αναβολή της τεκνοποίησης αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα δημογραφικά και κοινωνικά φαινόμενα των τελευταίων δεκαετιών στις ανεπτυγμένες κοινωνίες. Η συνεχής αύξηση της ηλικίας κατά την απόκτηση του πρώτου παιδιού έχει μεταβάλει ουσιαστικά τα πρότυπα οικογενειακού προγραμματισμού και αναπαραγωγικής συμπεριφοράς, επηρεάζοντας τόσο τη γονιμότητα των ατόμων όσο και τη δημογραφική δομή των κοινωνιών. Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει αυτή τη σύγχρονη τάση, καθώς σημαντικό ποσοστό των συμμετεχουσών δήλωσε ότι επιθυμεί να αποκτήσει το πρώτο του παιδί μετά την ηλικία των 30 ετών, ενώ αρκετές γυναίκες ανέφεραν ως σημαντικές προϋποθέσεις πριν τη μητρότητα την ολοκλήρωση των σπουδών, τη σταθερή εργασία, την οικονομική ασφάλεια και την προσωπική ωριμότητα (26, 61).

Το φαινόμενο του *delayed parenthood*, δηλαδή της καθυστερημένης γονεϊκότητας, έχει συνδεθεί με βαθιές κοινωνικές και οικονομικές μεταβολές που χαρακτηρίζουν τις σύγχρονες κοινωνίες. Η αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και στην αγορά εργασίας, η ενίσχυση της επαγγελματικής φιλοδοξίας, η αλλαγή των οικογενειακών προτύπων και η αυξανόμενη αβεβαιότητα σχετικά με τις οικονομικές και διαπροσωπικές συνθήκες έχουν συμβάλει σημαντικά στην αναβολή της τεκνοποίησης. Στην παρούσα μελέτη, η επαγγελματική εξέλιξη, η οικονομική σταθερότητα και η ολοκλήρωση των σπουδών αξιολογήθηκαν από τις περισσότερες συμμετέχουσες ως ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες πριν την απόφαση απόκτησης παιδιών, γεγονός που υποδηλώνει ότι η τεκνοποίηση δεν θεωρείται πλέον αυτονόητο ή άμεσο βήμα της ενήλικης ζωής, αλλά αποτέλεσμα προσεκτικού σχεδιασμού (50,62).

Η προτεραιοποίηση της επαγγελματικής πορείας (*career prioritization*) φαίνεται να αποτελεί βασικό παράγοντα της καθυστερημένης μητρότητας. Στις σύγχρονες κοινωνίες, οι γυναίκες επενδύουν ολοένα και περισσότερο στην εκπαίδευση και στην επαγγελματική τους ανάπτυξη, επιδιώκοντας οικονομική ανεξαρτησία και προσωπική αυτοπραγμάτωση πριν την ανάληψη γονεϊκών υποχρεώσεων. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν αυτή την παρατήρηση,

καθώς μεγάλο ποσοστό των συμμετεχουσών ανέφερε ότι η επαγγελματική εξέλιξη, η μόνιμη εργασία και η δυνατότητα συνδυασμού εργασίας και μητρότητας αποτελούν σημαντικές προϋποθέσεις για την απόκτηση παιδιών. Παράλληλα, οι γυναίκες που επιθυμούσαν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί μετά τα 30 έτη απέδωσαν μεγαλύτερη σημασία στη διατήρηση χρόνου για προσωπικές δραστηριότητες, ταξίδια και προσωπική ανάπτυξη πριν τη μητρότητα. Το εύρημα αυτό αντανακλά τη μετατόπιση προς περισσότερο εξατομικευμένα πρότυπα ζωής, όπου η προσωπική εμπειρία, η αυτονομία και η αυτοπραγμάτωση αποκτούν αυξημένη σημασία (62,63).

Επιπλέον, η αναβολή της τεκνοποίησης σχετίζεται στενά με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και ιδιαίτερα με την οικονομική ανασφάλεια που χαρακτηρίζει τις νεότερες γενιές. Η αβεβαιότητα στην αγορά εργασίας, οι δυσκολίες εύρεσης σταθερής και επαρκώς αμειβόμενης εργασίας, η στεγαστική επισφάλεια και το αυξημένο κόστος ανατροφής παιδιών λειτουργούν αποτρεπτικά ως προς την έγκαιρη απόφαση για τεκνοποίηση. Στην παρούσα μελέτη, η καλή οικονομική κατάσταση και η ύπαρξη σταθερής εργασίας αξιολογήθηκαν ως ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες πριν την απόκτηση παιδιών. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στο σύγχρονο κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο της Ελλάδας, όπου οι νεότερες ηλικιακές ομάδες αντιμετωπίζουν υψηλά ποσοστά ανεργίας, εργασιακή επισφάλεια και περιορισμένες δυνατότητες οικονομικής ανεξαρτησίας. Ως αποτέλεσμα, πολλές γυναίκες αναβάλλουν τη μητρότητα έως ότου επιτύχουν ένα αίσθημα οικονομικής ασφάλειας και σταθερότητας (64,65).

Παράλληλα, η αστάθεια των διαπροσωπικών σχέσεων φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τον αναπαραγωγικό σχεδιασμό. Η ύπαρξη σταθερού συντρόφου και η δυνατότητα διαμοιρασμού της ευθύνης αναδείχθηκαν ως οι σημαντικότεροι παράγοντες για την απόφαση απόκτησης παιδιών στην παρούσα μελέτη. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η τεκνοποίηση συνδέεται στενά με την αίσθηση συναισθηματικής ασφάλειας και σταθερότητας στη σχέση. Στις σύγχρονες κοινωνίες, όπου οι διαπροσωπικές σχέσεις χαρακτηρίζονται συχνότερα από αστάθεια, καθυστερημένη δέσμευση και αυξημένα ποσοστά διάλυσης σχέσεων, η απόφαση για τεκνοποίηση συχνά μετατίθεται μέχρι να διαμορφωθούν συνθήκες μεγαλύτερης σταθερότητας. Η μετάβαση από τα παραδοσιακά μοντέλα γάμου και οικογένειας προς περισσότερο ευέλικτες μορφές συντροφικότητας έχει συμβάλει σημαντικά στην καθυστέρηση της γονεϊκότητας (66). Τα παραπάνω ευρήματα μπορούν να ερμηνευθούν στο πλαίσιο της θεωρίας της δημογραφικής μετάβασης (demographic transition theory). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι κοινωνίες

μεταβαίνουν από ένα καθεστώς υψηλής γονιμότητας και θνησιμότητας σε ένα καθεστώς χαμηλής γονιμότητας και θνησιμότητας ως αποτέλεσμα κοινωνικών, οικονομικών και υγειονομικών αλλαγών. Η βελτίωση των συνθηκών υγείας, η αστικοποίηση, η εκπαίδευση και η οικονομική ανάπτυξη οδήγησαν σταδιακά στη μείωση της γεννητικότητας και στην αλλαγή των αναπαραγωγικών προτύπων. Η καθυστερημένη τεκνοποίηση αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα των κοινωνιών που βρίσκονται στα προχωρημένα στάδια της δημογραφικής μετάβασης, όπου η απόκτηση παιδιών παύει να αποτελεί άμεση κοινωνική υποχρέωση και εντάσσεται σε έναν πιο συνειδητό και προγραμματισμένο οικογενειακό σχεδιασμό (67).

Παράλληλα, τα ευρήματα της μελέτης συνδέονται και με τη θεωρία της δεύτερης δημογραφικής μετάβασης (second demographic transition). Η θεωρία αυτή περιγράφει τις μεταβολές που παρατηρούνται στις μεταβιομηχανικές κοινωνίες από τα τέλη του 20ού αιώνα και σχετίζονται με την άνοδο των αξιών της ατομικότητας, της αυτονομίας και της προσωπικής επιλογής (68). Στο πλαίσιο αυτό, παρατηρείται αύξηση της ηλικίας γάμου και τεκνοποίησης, μείωση της γονιμότητας, αύξηση της συμβίωσης χωρίς γάμο και μεγαλύτερη αποδοχή εναλλακτικών μορφών οικογένειας. Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι οι περισσότερες συμμετέχουσες δεν θεωρούσαν τη μητρότητα ως απαραίτητη προϋπόθεση για να αισθάνεται μια γυναίκα «πλήρης» ούτε ως το «νόημα της ζωής». Το εύρημα αυτό αποτελεί σαφή ένδειξη μετατόπισης από παραδοσιακές αντιλήψεις που συνέδεαν τη γυναικεία ταυτότητα αποκλειστικά με τη μητρότητα προς περισσότερο εξατομικευμένες αντιλήψεις για τον ρόλο της γυναίκας (69).

Η δεύτερη δημογραφική μετάβαση χαρακτηρίζεται επίσης από αυξημένη έμφαση στην ποιότητα ζωής και στην προσωπική ανάπτυξη πριν την απόκτηση παιδιών. Οι γυναίκες της παρούσας μελέτης που επιθυμούσαν καθυστερημένη μητρότητα φαίνεται να υιοθετούν περισσότερο αυτό το πρότυπο, καθώς αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στην προσωπική ελευθερία, στα ταξίδια και στις ατομικές εμπειρίες πριν τη δημιουργία οικογένειας. Η αναπαραγωγική απόφαση επομένως δεν βασίζεται μόνο σε βιολογικούς ή κοινωνικούς παράγοντες, αλλά επηρεάζεται έντονα από τις προσωπικές αξίες, τις προσδοκίες και τις επιδιώξεις ζωής (70,71).

Ωστόσο, η αναβολή της τεκνοποίησης συνοδεύεται και από σημαντικές προκλήσεις. Παρότι οι περισσότερες συμμετέχουσες αναγνώριζαν ότι η γονιμότητα μειώνεται με την ηλικία, αρκετές φαίνεται να υποεκτιμούσαν το χρονικό σημείο κατά το οποίο αρχίζει η σημαντική μείωση της αναπαραγωγικής ικανότητας. Η εσφαλμένη αντίληψη ότι η γονιμότητα διατηρείται σε υψηλά

επίπεδα μέχρι τα 40 έτη ενδέχεται να οδηγεί σε υπερβολική αισιοδοξία σχετικά με τις δυνατότητες φυσικής σύλληψης σε μεγαλύτερες ηλικίες. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει την ανάγκη ενίσχυσης της ενημέρωσης των νέων γυναικών σχετικά με τα πραγματικά όρια της βιολογικής γονιμότητας και τις πιθανές συνέπειες της καθυστερημένης μητρότητας (72).

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υπογραμμίζουν ότι η αναβολή της τεκνοποίησης αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που επηρεάζεται από κοινωνικές, οικονομικές, επαγγελματικές και πολιτισμικές μεταβολές. Η κατανόηση των παραγόντων αυτών είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο για τη δημογραφική πολιτική όσο και για τη δημόσια υγεία, καθώς μπορεί να συμβάλει στον σχεδιασμό παρεμβάσεων που θα διευκολύνουν τον συνδυασμό επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής και θα ενισχύσουν την αναπαραγωγική ενημέρωση και υποστήριξη των νέων γυναικών.

Η διερεύνηση των προθέσεων τεκνοποίησης και του επιθυμητού μεγέθους οικογένειας αποτελεί βασικό άξονα κατανόησης της σύγχρονης αναπαραγωγικής συμπεριφοράς, ιδιαίτερα σε κοινωνίες που χαρακτηρίζονται από χαμηλή γεννητικότητα και αυξανόμενη αναβολή της γονεϊκότητας. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν ότι η πλειονότητα των συμμετεχουσών επιθυμεί να αποκτήσει παιδιά, με επικρατέστερο επιθυμητό αριθμό τα δύο ή τρία παιδιά. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία οι περισσότερες γυναίκες εξακολουθούν να διατηρούν θετικές στάσεις απέναντι στη μητρότητα και να επιθυμούν τη δημιουργία οικογένειας, παρά τις σημαντικές κοινωνικές και δημογραφικές αλλαγές των τελευταίων δεκαετιών (66).

Παρότι οι προθέσεις τεκνοποίησης παραμένουν υψηλές, η πραγματική αναπαραγωγική συμπεριφορά συχνά αποκλίνει από τις αρχικές επιθυμίες (26). Η ασυμφωνία μεταξύ επιθυμητού και τελικά πραγματοποιημένου αριθμού παιδιών αποτελεί ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των σύγχρονων κοινωνιών χαμηλής γονιμότητας. Στην παρούσα μελέτη, αν και οι περισσότερες συμμετέχουσες δήλωσαν επιθυμία για δύο ή περισσότερα παιδιά, μεγάλο ποσοστό ανέφερε ότι επιθυμεί να αποκτήσει το πρώτο του παιδί μετά την ηλικία των 30 ετών. Το εύρημα αυτό αντισταθμίζει το λεγόμενο *postponement paradox*, δηλαδή το παράδοξο κατά το οποίο τα άτομα συνεχίζουν να επιθυμούν τη δημιουργία οικογένειας, αλλά παράλληλα αναβάλλουν διαρκώς την τεκνοποίηση εξαιτίας κοινωνικών, οικονομικών και προσωπικών παραγόντων. Ως αποτέλεσμα, η χρονική καθυστέρηση συχνά περιορίζει τελικά τον αριθμό των παιδιών που αποκτώνται στην πράξη (50,73).

Η θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior – TPB) μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην ερμηνεία των ευρημάτων της παρούσας μελέτης. Σύμφωνα με τη θεωρία του Ajzen (32), οι προθέσεις ενός ατόμου να πραγματοποιήσει μια συμπεριφορά επηρεάζονται από τρεις βασικούς παράγοντες: τις προσωπικές στάσεις απέναντι στη συμπεριφορά, τις κοινωνικές νόρμες και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς. Στο πλαίσιο της τεκνοποίησης, οι γυναίκες μπορεί να έχουν θετική στάση απέναντι στη μητρότητα και ισχυρή επιθυμία απόκτησης παιδιών, ωστόσο η πραγματοποίηση αυτής της πρόθεσης εξαρτάται από το κατά πόσο θεωρούν ότι διαθέτουν τις κατάλληλες συνθήκες και δυνατότητες για να αποκτήσουν παιδιά.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν αυτή την θεωρητική προσέγγιση. Παρότι οι περισσότερες συμμετέχουσες επιθυμούσαν τη μητρότητα, έθεταν ως βασικές προϋποθέσεις την ύπαρξη σταθερής σχέσης, οικονομικής ασφάλειας, επαγγελματικής σταθερότητας και προσωπικής ωριμότητας. Ειδικότερα, η ύπαρξη συντρόφου με τον οποίο μπορούν να μοιραστούν την ευθύνη της ανατροφής αναδείχθηκε ως ο σημαντικότερος παράγοντας για την απόφαση απόκτησης παιδιών. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η τεκνοποίηση δεν αντιμετωπίζεται πλέον αποκλειστικά ως ατομική επιθυμία, αλλά ως απόφαση που προϋποθέτει συναισθηματική σταθερότητα και αίσθηση ασφάλειας μέσα στη σχέση (74).

Παράλληλα, η ολοκλήρωση των σπουδών, η επαγγελματική εξέλιξη και η οικονομική κατάσταση αξιολογήθηκαν ως ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες πριν τη μητρότητα. Οι σύγχρονες γυναίκες φαίνεται να επιδιώκουν την επίτευξη προσωπικής και επαγγελματικής σταθερότητας πριν αποκτήσουν παιδιά, γεγονός που συχνά οδηγεί σε καθυστέρηση της τεκνοποίησης. Η παρατεταμένη εκπαιδευτική πορεία, η δυσκολία εισόδου στην αγορά εργασίας και η εργασιακή επισφάλεια συμβάλλουν στη μετάθεση της μητρότητας σε μεγαλύτερες ηλικίες (75). Το εύρημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο ελληνικό κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο, όπου οι νέοι ενήλικες αντιμετωπίζουν συχνά οικονομική αβεβαιότητα, δυσκολίες αυτονόμησης και περιορισμένες δυνατότητες σταθερής επαγγελματικής αποκατάστασης.

Η οικονομική ανασφάλεια φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που επηρεάζει τις αναπαραγωγικές προθέσεις. Η απόφαση απόκτησης παιδιών συνδέεται στενά με την αίσθηση οικονομικής επάρκειας και δυνατότητας παροχής ασφαλών συνθηκών ανατροφής. Στην παρούσα μελέτη, η καλή οικονομική κατάσταση, η μόνιμη εργασία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες παιδικής μέριμνας αξιολογήθηκαν ως σημαντικές προϋποθέσεις για την

τεκνοποίηση. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες που δείχνουν ότι η οικονομική επισφάλεια και η αβεβαιότητα για το μέλλον οδηγούν τα άτομα στην αναβολή ή ακόμη και στην εγκατάλειψη των αναπαραγωγικών τους σχεδίων (76).

Επιπλέον, οι γυναίκες που επιθυμούσαν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 30 ετών απέδωσαν μεγαλύτερη σημασία στη διατήρηση χρόνου για ταξίδια, προσωπικές εμπειρίες και άλλες δραστηριότητες πριν τη μητρότητα. Το εύρημα αυτό αντανακλά τις αλλαγές στις αξίες και στα πρότυπα ζωής των σύγχρονων κοινωνιών, όπου η προσωπική ανάπτυξη, η αυτονομία και η αυτοπραγμάτωση καταλαμβάνουν κεντρική θέση. Η μητρότητα δεν θεωρείται πλέον αναγκαστικά το πρώτο ή κυρίαρχο βήμα της ενήλικης ζωής, αλλά μία από τις πολλές πιθανές διαδρομές προσωπικής ολοκλήρωσης (73).

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε επίσης ότι οι συμμετέχουσες αναγνώριζαν τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές διαστάσεις της μητρότητας (77). Από τη μία πλευρά, η μητρότητα συσχετίστηκε με συναισθηματική πληρότητα, περισσότερη αγάπη και προσωπική εξέλιξη. Από την άλλη πλευρά, πολλές γυναίκες εξέφρασαν ανησυχίες σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις στην επαγγελματική πορεία, στην οικονομική κατάσταση και στον προσωπικό χρόνο. Οι γυναίκες που επιθυμούσαν καθυστερημένη μητρότητα φάνηκε να αντιλαμβάνονται εντονότερα τις πιθανές επαγγελματικές και οικονομικές συνέπειες της τεκνοποίησης. Η αντίληψη αυτή πιθανόν συμβάλλει στην αναβολή της μητρότητας, καθώς οι γυναίκες προσπαθούν να διασφαλίσουν ότι θα έχουν επιτύχει επαγγελματική σταθερότητα πριν αποκτήσουν παιδιά.

Παράλληλα, η αναβολή της τεκνοποίησης συνδέεται με τον κίνδυνο μείωσης της τελικής γονιμότητας λόγω των βιολογικών περιορισμών της αναπαραγωγικής ηλικίας. Παρότι οι συμμετέχουσες φάνηκε να γνωρίζουν γενικά ότι η γονιμότητα μειώνεται με την ηλικία, αρκετές υποεκτιμούσαν το χρονικό σημείο κατά το οποίο αρχίζει η σημαντική πτώση της γυναικείας γονιμότητας. Η λανθασμένη αυτή εκτίμηση ενδέχεται να ενισχύει το *postponement paradox*, καθώς οι γυναίκες θεωρούν ότι διαθέτουν περισσότερο αναπαραγωγικό χρόνο από ό,τι ισχύει βιολογικά (64).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν ότι οι προθέσεις τεκνοποίησης δεν επηρεάζονται αποκλειστικά από ατομικές επιθυμίες, αλλά διαμορφώνονται μέσα σε ένα σύνθετο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Η επιθυμία για δημιουργία οικογένειας εξακολουθεί να παραμένει ισχυρή, ωστόσο η πραγματοποίησή της εξαρτάται από την ύπαρξη συνθηκών που προσφέρουν αίσθημα ασφάλειας, σταθερότητας και δυνατότητας

ισορροπίας μεταξύ προσωπικής, επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής. Η κατανόηση των παραγόντων αυτών είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη χάραξη κοινωνικών και δημογραφικών πολιτικών που θα υποστηρίζουν τους νέους ενήλικες στον οικογενειακό τους προγραμματισμό και θα μειώνουν τα εμπόδια που οδηγούν στην αναβολή της τεκνοποίησης.

Η μητρότητα αποτελεί μία από τις σημαντικότερες κοινωνικές και ψυχολογικές εμπειρίες στη ζωή πολλών γυναικών, ενώ ταυτόχρονα συνδέεται με έντονες κοινωνικές προσδοκίες, πολιτισμικές αξίες και έμφυλους ρόλους (78). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν ότι οι συμμετέχουσες διατηρούν γενικά θετικές στάσεις απέναντι στη μητρότητα, συνδέοντάς την με συναισθηματική πληρότητα, περισσότερη αγάπη, προσωπική εξέλιξη και ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών. Παράλληλα όμως, εκφράστηκαν σημαντικές ανησυχίες σχετικά με την απώλεια προσωπικού χρόνου, τις επαγγελματικές επιπτώσεις και τις οικονομικές δυσκολίες που μπορεί να συνοδεύουν τη γονεϊκότητα. Τα ευρήματα αυτά αποτυπώνουν τη σύνθετη και συχνά αμφιθυμική φύση της σύγχρονης μητρότητας, η οποία πλέον δεν βιώνεται αποκλειστικά ως πηγή ολοκλήρωσης, αλλά και ως πεδίο διαπραγμάτευσης μεταξύ προσωπικών επιθυμιών, κοινωνικών απαιτήσεων και επαγγελματικών στόχων (79).

Η έννοια της *motherhood identity*, δηλαδή της μητρικής ταυτότητας, έχει μεταβληθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες (80). Παραδοσιακά, η μητρότητα θεωρούνταν κεντρικό στοιχείο της γυναικείας ταυτότητας και κοινωνικής ολοκλήρωσης. Στις σύγχρονες κοινωνίες, ωστόσο, οι γυναίκες διαμορφώνουν περισσότερο πολυδιάστατες ταυτότητες που περιλαμβάνουν επαγγελματικούς, προσωπικούς και κοινωνικούς ρόλους πέρα από τη μητρότητα (81). Το εύρημα της παρούσας μελέτης ότι περισσότερες από τις μισές συμμετέχουσες δεν συμφωνούσαν ότι η μητρότητα αποτελεί το «νόημα της ζωής» ή απαραίτητη προϋπόθεση για να αισθάνεται μια γυναίκα «πλήρης» αντικατοπτρίζει αυτή τη μετατόπιση. Η γυναίκα δεν ορίζεται πλέον αποκλειστικά μέσω του μητρικού ρόλου, αλλά επιδιώκει την αυτοπραγμάτωση και σε άλλους τομείς της ζωής (82).

Παρά τη μεταβολή αυτή, οι κοινωνικές προσδοκίες γύρω από τη μητρότητα εξακολουθούν να παραμένουν ιδιαίτερα ισχυρές. Οι γυναίκες συνεχίζουν να δέχονται κοινωνική πίεση να αποκτήσουν παιδιά και να ανταποκριθούν σε συγκεκριμένα πρότυπα «καλής μητέρας». Η κοινωνική κατασκευή της μητρότητας εξακολουθεί να συνδέεται με αξίες όπως η αυταπάρνηση, η συναισθηματική διαθεσιμότητα και η απόλυτη αφοσίωση στο παιδί (83). Ταυτόχρονα όμως, οι σύγχρονες γυναίκες καλούνται να ανταποκριθούν και σε απαιτήσεις επαγγελματικής επιτυχίας και οικονομικής ανεξαρτησίας (84). Η διπλή αυτή απαίτηση

δημιουργεί σημαντική ψυχολογική πίεση και ενισχύει την αίσθηση ότι η μητρότητα αποτελεί μια ιδιαίτερα απαιτητική και σύνθετη διαδικασία.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αντανακλούν έντονα αυτή τη σύγκρουση ρόλων. Από τη μία πλευρά, οι συμμετέχουσες αναγνώρισαν τα θετικά συναισθηματικά στοιχεία της μητρότητας, όπως η αγάπη, η προσωπική εξέλιξη και η ενίσχυση των σχέσεων. Από την άλλη πλευρά, πολλές εξέφρασαν ανησυχίες για τις επιπτώσεις στην εργασία, στην καριέρα, στον ελεύθερο χρόνο και στην προσωπική αυτονομία. Ιδιαίτερα οι γυναίκες που επιθυμούσαν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 30 ετών εμφάνισαν μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας με την άποψη ότι η μητρότητα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την επαγγελματική πορεία και να περιορίσει τον χρόνο για προσωπικές δραστηριότητες. Το εύρημα αυτό πιθανόν αντανακλά αυξημένη συνειδητοποίηση των απαιτήσεων της σύγχρονης γονεϊκότητας και των δυσκολιών συνδυασμού επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής.

Η έννοια της intensive motherhood theory μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην ερμηνεία αυτών των ευρημάτων (85). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η σύγχρονη κοινωνία προωθεί ένα πρότυπο μητρότητας σύμφωνα με το οποίο η «καλή μητέρα» οφείλει να αφιερώνει σχεδόν απεριόριστο χρόνο, ενέργεια και συναισθηματική επένδυση στο παιδί της. Η μητρότητα παρουσιάζεται ως ιδιαίτερα απαιτητική και υψηλής ευθύνης διαδικασία, στην οποία οι ανάγκες του παιδιού τοποθετούνται πάνω από τις προσωπικές ανάγκες της γυναίκας. Το πρότυπο αυτό συχνά οδηγεί τις γυναίκες στο να αντιλαμβάνονται τη μητρότητα ως πιθανή απειλή για την προσωπική τους αυτονομία και την επαγγελματική τους ταυτότητα (86,87).

Στην παρούσα μελέτη, οι γυναίκες που επιθυμούσαν καθυστερημένη μητρότητα έδωσαν μεγαλύτερη έμφαση στην ανάγκη διατήρησης προσωπικού χρόνου, ταξιδιών και ατομικών εμπειριών πριν την απόκτηση παιδιών. Το εύρημα αυτό πιθανόν συνδέεται με φόβο απώλειας αυτονομίας, ο οποίος αποτελεί συχνό στοιχείο της σύγχρονης εμπειρίας της μητρότητας. Οι γυναίκες δεν φοβούνται απαραίτητα τη μητρότητα καθαυτή, αλλά τις πιθανές επιπτώσεις της στην προσωπική ελευθερία, στην κοινωνική ζωή, στην επαγγελματική πορεία και στη δυνατότητα αυτοπροσδιορισμού. Η ανησυχία αυτή ενισχύεται σε κοινωνικά περιβάλλοντα όπου η φροντίδα των παιδιών εξακολουθεί να βαρύνει κυρίως τις γυναίκες, παρά τη σταδιακή μεταβολή των έμφυλων ρόλων.

Το πλαίσιο ισότητας των φύλων (gender equity framework) προσφέρει ένα επιπλέον θεωρητικό πλαίσιο κατανόησης των ευρημάτων (88). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, τα χαμηλά

ποσοστά γονιμότητας και η αναβολή της τεκνοποίησης συνδέονται με την ασυμφωνία μεταξύ των αυξανόμενων ευκαιριών των γυναικών στην εκπαίδευση και στην εργασία και της αργής προσαρμογής των κοινωνικών και οικογενειακών δομών. Παρότι οι γυναίκες συμμετέχουν πλέον ισότιμα στην αγορά εργασίας, οι κοινωνικές προσδοκίες σχετικά με τη φροντίδα των παιδιών και των οικιακών υποχρεώσεων παραμένουν σε μεγάλο βαθμό έμφυλα καταναεμημένες (89). Ως αποτέλεσμα, πολλές γυναίκες βιώνουν τη μητρότητα ως πρόσθετο φορτίο που ενδέχεται να περιορίσει τις επαγγελματικές και προσωπικές τους δυνατότητες (90).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν αυτή την προσέγγιση. Η δυνατότητα συνδυασμού εργασίας και μητρότητας αξιολογήθηκε ως ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας πριν την απόφαση τεκνοποίησης, ενώ πολλές συμμετέχουσες εξέφρασαν ανησυχία για πιθανές επαγγελματικές επιπτώσεις της μητρότητας. Η σύγχρονη γυναίκα φαίνεται να βρίσκεται αντιμέτωπη με αντικρουόμενες απαιτήσεις: από τη μία πλευρά να είναι επιτυχημένη επαγγελματίας και οικονομικά ανεξάρτητη και από την άλλη να ανταποκρίνεται στις υψηλές απαιτήσεις της σύγχρονης μητρότητας.

Η έννοια του work-life balance αναδείχθηκε επίσης ιδιαίτερα σημαντική στα αποτελέσματα της μελέτης. Οι συμμετέχουσες έδωσαν μεγάλη έμφαση στη δυνατότητα ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής, γεγονός που αντικατοπτρίζει τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν πολλές γυναίκες στον συνδυασμό των πολλαπλών ρόλων τους (84,85). Η ανεπάρκεια υποστηρικτικών κοινωνικών πολιτικών, όπως οι υπηρεσίες παιδικής μέριμνας, οι ευέλικτες μορφές εργασίας και οι πολιτικές συμφιλίωσης επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής, ενδέχεται να ενισχύει την ανασφάλεια γύρω από τη μητρότητα και να οδηγεί στην αναβολή της τεκνοποίησης.

Παράλληλα, τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι η σύγχρονη γονεϊκότητα χαρακτηρίζεται από αυξημένη συνειδητοποίηση και σχεδιασμό (91). Η απόφαση απόκτησης παιδιών φαίνεται να λαμβάνεται υπό την προϋπόθεση ύπαρξης συναισθηματικής, οικονομικής και επαγγελματικής σταθερότητας. Η μητρότητα δεν αντιμετωπίζεται πλέον ως αυτονόητο βήμα της ενήλικης ζωής, αλλά ως μια σύνθετη απόφαση που απαιτεί προσεκτική αξιολόγηση των προσωπικών και κοινωνικών συνθηκών (92).

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν ότι οι στάσεις απέναντι στη μητρότητα και τη γονεϊκότητα χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα και αμφιθυμία. Οι σύγχρονες γυναίκες εξακολουθούν να αποδίδουν θετική αξία στη μητρότητα και να επιθυμούν

τη δημιουργία οικογένειας, ωστόσο ταυτόχρονα επιδιώκουν τη διατήρηση της προσωπικής αυτονομίας, της επαγγελματικής εξέλιξης και της ποιότητας ζωής. Η κατανόηση αυτών των σύνθετων αντιλήψεων είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη διαμόρφωση πολιτικών και κοινωνικών παρεμβάσεων που θα στηρίζουν ουσιαστικά τις γυναίκες στον συνδυασμό μητρότητας, εργασίας και προσωπικής ανάπτυξης.

Η επίγνωση της γονιμότητας (fertility awareness) αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τον αναπαραγωγικό σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη μητρότητα (93). Η γνώση των βιολογικών περιορισμών της αναπαραγωγής, της επίδρασης της ηλικίας στη γονιμότητα και των πραγματικών δυνατοτήτων των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επηρεάζει σημαντικά τις αναπαραγωγικές προθέσεις και συμπεριφορές των νέων γυναικών. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν ότι, παρότι οι συμμετέχουσες εμφάνιζαν γενική επίγνωση της σχέσης μεταξύ ηλικίας και γονιμότητας, υπήρχαν σημαντικές λανθασμένες αντιλήψεις και υπερεκτιμήσεις σχετικά με τη διάρκεια της γυναικείας γονιμότητας και τις δυνατότητες επίτευξης εγκυμοσύνης σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Η πλειονότητα των συμμετεχουσών αναγνώρισε ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο γόνιμες σε νεαρότερες ηλικίες, κυρίως έως τα 25 έτη. Παράλληλα, αρκετές συμμετέχουσες αντιλήφθηκαν ότι η γονιμότητα αρχίζει να μειώνεται μετά την ηλικία των 30–35 ετών. Ωστόσο, σημαντικό ποσοστό φάνηκε να υποεκτιμά τη χρονική έναρξη της ουσιαστικής μείωσης της γονιμότητας, καθώς πολλές γυναίκες τοποθετούσαν τη σημαντική πτώση της αναπαραγωγικής ικανότητας μετά τα 40 έτη. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς σύμφωνα με τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα, η γυναικεία γονιμότητα αρχίζει να μειώνεται ήδη από τις αρχές της τρίτης δεκαετίας της ζωής, ενώ η μείωση γίνεται εντονότερη μετά τα 35 έτη (94).

Η λανθασμένη αντίληψη ότι η γονιμότητα διατηρείται σε υψηλά επίπεδα μέχρι μεγαλύτερες ηλικίες ενδέχεται να συμβάλλει στην αναβολή της τεκνοποίησης. Οι γυναίκες μπορεί να θεωρούν ότι διαθέτουν περισσότερο χρόνο για την απόκτηση παιδιών από ό,τι πραγματικά επιτρέπει η βιολογική τους γονιμότητα. Το φαινόμενο αυτό δημιουργεί μια σημαντική ασυμφωνία μεταξύ γνώσης και συμπεριφοράς (95). Παρότι οι συμμετέχουσες γνώριζαν γενικά ότι η γονιμότητα μειώνεται με την ηλικία, πολλές εξακολουθούσαν να σχεδιάζουν την απόκτηση του πρώτου παιδιού μετά τα 30 έτη. Η αντίφαση αυτή υποδηλώνει ότι η θεωρητική γνώση γύρω από τη γονιμότητα δεν μεταφράζεται απαραίτητα σε αντίστοιχη αναπαραγωγική συμπεριφορά.

Η απόκλιση αυτή πιθανόν εξηγείται από το γεγονός ότι οι αναπαραγωγικές αποφάσεις δεν επηρεάζονται μόνο από βιολογικές γνώσεις, αλλά και από κοινωνικούς, οικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχουσες αξιολόγησαν ως ιδιαίτερα σημαντικές προϋποθέσεις πριν τη μητρότητα τη σταθερή σχέση, την οικονομική ασφάλεια, την ολοκλήρωση των σπουδών και την επαγγελματική σταθερότητα. Επομένως, ακόμη και όταν υπάρχει γνώση των βιολογικών περιορισμών της γονιμότητας, οι γυναίκες συχνά δίνουν προτεραιότητα στην επίτευξη προσωπικής και κοινωνικοοικονομικής σταθερότητας πριν την τεκνοποίηση. Το εύρημα αυτό αντανάκλα τη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων στον σύγχρονο αναπαραγωγικό σχεδιασμό (3, 60).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κυρίως της εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF). Αν και η παρούσα μελέτη δεν αξιολόγησε άμεσα τη γνώση των ποσοστών επιτυχίας της IVF, τα αποτελέσματα σχετικά με την εκτίμηση της πιθανότητας εγκυμοσύνης σε μεγαλύτερες ηλικίες υποδηλώνουν ότι αρκετές συμμετέχουσες ενδεχομένως θεωρούν πως οι σύγχρονες αναπαραγωγικές τεχνολογίες μπορούν να αντισταθμίσουν πλήρως τη φυσική μείωση της γονιμότητας. Η αντίληψη αυτή έχει περιγραφεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία ως υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (96).

Η συνεχής προβολή περιπτώσεων εγκυμοσύνης σε μεγαλύτερες ηλικίες μέσω των μέσων ενημέρωσης και των κοινωνικών δικτύων πιθανόν ενισχύει αυτή τη λανθασμένη αντίληψη. Συχνά προβάλλονται ιστορίες επιτυχούς μητρότητας μετά τα 40 έτη χωρίς να αναφέρεται η χρήση δωρεάς ωαρίων ή οι πολλαπλές αποτυχημένες προσπάθειες που μπορεί να έχουν προηγηθεί. Ως αποτέλεσμα, πολλές γυναίκες αναπτύσσουν υπερβολικά αισιόδοξες προσδοκίες σχετικά με τις δυνατότητες της IVF και την πιθανότητα επίτευξης εγκυμοσύνης σε προχωρημένη αναπαραγωγική ηλικία (97).

Η υπερεκτίμηση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική κλινικά, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας ή σε αναβολή της τεκνοποίησης πέρα από τα βιολογικά βέλτιστα όρια. Παρότι η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει συμβάλει σημαντικά στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, δεν μπορεί να εξαλείψει πλήρως την επίδραση της ηλικίας στην ποιότητα και τον αριθμό των ωαρίων. Τα ποσοστά επιτυχίας της IVF μειώνονται σημαντικά μετά τα 35–40 έτη, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιούνται τα ωάρια της ίδιας της γυναίκας. Επομένως, η λανθασμένη αντίληψη ότι η τεχνολογία μπορεί να «παγώσει» ή να

παρατείνει επ' αόριστον τη γονιμότητα ενδέχεται να δημιουργεί μη ρεαλιστικές προσδοκίες (98,99).

Η έννοια της επίγνωσης των ζητημάτων γονιμότητας (fertility awareness) δεν περιορίζεται μόνο στη γνώση της ηλικιακής μείωσης της γονιμότητας, αλλά περιλαμβάνει και την κατανόηση παραγόντων που επηρεάζουν τη γονιμότητα, όπως το κάπνισμα, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, οι διαταραχές του εμμηνορρυσιακού κύκλου και η γενικότερη κατάσταση υγείας. Στην παρούσα μελέτη, σημαντικό ποσοστό συμμετεχουσών ανέφερε γυναικολογικά προβλήματα, όπως PCOS και διαταραχές κύκλου, γεγονός που πιθανόν αυξάνει την προσωπική τους ευαισθητοποίηση γύρω από ζητήματα γονιμότητας. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι οι γυναίκες με PCOS εμφάνισαν μεγαλύτερη αποδοχή της υιοθεσίας, πιθανόν λόγω αυξημένης επίγνωσης πιθανών δυσκολιών τεκνοποίησης (100).

Παράλληλα, η παρούσα μελέτη υποδηλώνει ότι η ηλικία και πιθανόν το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν τις αντιλήψεις γύρω από τη γονιμότητα. Αν και το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από νέες γυναίκες υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, εξακολουθούσαν να παρατηρούνται σημαντικά γνωστικά κενά σχετικά με τη φυσική αναπαραγωγική γήρανση. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με διεθνείς μελέτες που δείχνουν ότι ακόμη και γυναίκες με υψηλή εκπαίδευση συχνά υπερεκτιμούν τη διάρκεια της γονιμότητας και τις δυνατότητες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (101). Επομένως, η γενική εκπαίδευση από μόνη της δεν φαίνεται να εξασφαλίζει επαρκή αναπαραγωγική γνώση.

Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των αντιλήψεων για τη γονιμότητα φαίνεται να διαδραματίζουν και οι πηγές ενημέρωσης. Στη σύγχρονη εποχή, οι νέοι ενήλικες αντλούν μεγάλο μέρος των πληροφοριών τους από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, το διαδίκτυο και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ωστόσο, οι πηγές αυτές συχνά παρέχουν αποσπασματικές ή παραπλανητικές πληροφορίες σχετικά με τη γονιμότητα και τις δυνατότητες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η περιορισμένη συστηματική εκπαίδευση γύρω από τη γονιμότητα κατά τη σχολική και πανεπιστημιακή εκπαίδευση ενδέχεται να συμβάλλει στη διατήρηση λανθασμένων αντιλήψεων (102).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έχουν σημαντικές κλινικές και δημόσιας υγείας προεκτάσεις. Η ελλιπής ή ανακριβής γνώση σχετικά με τη γονιμότητα μπορεί να επηρεάσει ουσιαστικά τον αναπαραγωγικό σχεδιασμό των γυναικών και να οδηγήσει σε ακούσια ατεκνία ή μειωμένη τελική γονιμότητα. Για τον λόγο αυτό, καθίσταται αναγκαία η ανάπτυξη

παρεμβάσεων ενημέρωσης και εκπαίδευσης σχετικά με τη φυσική μείωση της γονιμότητας, τα πραγματικά ποσοστά επιτυχίας της IVF και τους παράγοντες που επηρεάζουν την αναπαραγωγική υγεία.

Η ενσωμάτωση προγραμμάτων εκπαίδευσης σχετικά με την γονιμότητα σε σχολικές, πανεπιστημιακές και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της αναπαραγωγικής επίγνωσης. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να παρέχουν έγκυρη και εξατομικευμένη ενημέρωση σχετικά με τα βιολογικά όρια της γονιμότητας και τις πραγματικές δυνατότητες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η έγκαιρη ενημέρωση μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες να λαμβάνουν περισσότερο συνειδητές και ρεαλιστικές αποφάσεις σχετικά με τον οικογενειακό τους προγραμματισμό.

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ότι, παρά την γενική επίγνωση της σχέσης ηλικίας και γονιμότητας, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την διάρκεια της γυναικείας γονιμότητας και τις δυνατότητες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η κατανόηση και αντιμετώπιση αυτών των γνωστικών κενών αποτελεί σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγεία και την αναπαραγωγική ιατρική, ιδιαίτερα σε κοινωνίες όπου η τεκνοποίηση μετατίθεται ολοένα και περισσότερο σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Η παρουσία γυναικολογικών και χρόνιων παθήσεων φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των αναπαραγωγικών στάσεων, επηρεάζοντας όχι μόνο τη βιολογική δυνατότητα τεκνοποίησης αλλά και τις ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της απόφασης για απόκτηση παιδιών. Στην παρούσα μελέτη, εξετάστηκε η επίδραση του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS), των διαταραχών εμμηνορρυσιακού κύκλου, της δυσμηνόρροιας, της δυσπαρένειας και των χρόνιων νοσημάτων στις στάσεις απέναντι στην εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF), την υιοθεσία και την ατεκνία, καθώς και στις γενικότερες αναπαραγωγικές αντιλήψεις. Τα ευρήματα ανέδειξαν μια σύνθετη εικόνα, όπου η παρουσία προβλημάτων υγείας δεν επηρεάζει ομοιόμορφα όλες τις διαστάσεις των αναπαραγωγικών στάσεων, αλλά φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με συγκεκριμένες ψυχολογικές και συμπεριφορικές προσαρμογές (103).

Ένα από τα πιο σημαντικά ευρήματα της μελέτης αφορά τις γυναίκες με PCOS, οι οποίες εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερη αποδοχή της υιοθεσίας σε σύγκριση με γυναίκες χωρίς PCOS. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν μια γνωστή αναπαραγωγική δυσκολία ενδέχεται να αναπτύσσουν πιο ευέλικτες στάσεις απέναντι σε

εναλλακτικές μορφές οικογένειας. Η αυξημένη αυτή αποδοχή μπορεί να ερμηνευθεί ως αποτέλεσμα της αυξημένης αναπαραγωγικής αβεβαιότητας (reproductive uncertainty) που συνοδεύει το PCOS, καθώς το σύνδρομο σχετίζεται συχνά με διαταραχές ωορρηξίας και μειωμένη γονιμότητα (104).

Η θεωρία της αναπαραγωγικής αβεβαιότητας υποστηρίζει ότι όταν τα άτομα αντιλαμβάνονται μειωμένο έλεγχο ή αβεβαιότητα σχετικά με τη δυνατότητα τεκνοποίησης, τείνουν να αναπροσαρμόζουν τις αναπαραγωγικές τους προσδοκίες και να εξετάζουν πιο ευέλικτες λύσεις, όπως η υιοθεσία ή η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Στο παρόν δείγμα, αν και δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις στάσεις απέναντι στην IVF ή την ατεκνία, η αυξημένη αποδοχή της υιοθεσίας στις γυναίκες με PCOS υποδηλώνει μια στρατηγική προσαρμογής στις πιθανές δυσκολίες γονιμότητας (105).

Παράλληλα, η παρουσία PCOS και άλλων γυναικολογικών διαταραχών φαίνεται να συνδέεται και με αυξημένα επίπεδα άγχους σχετικά με τη γονιμότητα. Αν και η μελέτη δεν μέτρησε άμεσα το άγχος αυτό, η βιβλιογραφία δείχνει ότι γυναίκες με PCOS συχνά βιώνουν αυξημένη ανησυχία για τη μελλοντική τους ικανότητα τεκνοποίησης. Το γεγονός ότι σημαντικό ποσοστό των συμμετεχουσών με PCOS ανέφερε διαταραχές κύκλου και σχετικά υψηλή χρήση φαρμακευτικής αγωγής ενισχύει την πιθανότητα αυξημένης επίγνωσης και ανησυχίας γύρω από τη γονιμότητα (106).

Οι διαταραχές της εμμηνορρυσίας και τα συνοδά γυναικολογικά συμπτώματα, όπως η δυσμηνόρροια, η υπερτρίχωση και η ακμή, συνδέονται επίσης με ζητήματα εικόνας σώματος (body image), τα οποία μπορούν να επηρεάσουν έμμεσα τις αναπαραγωγικές στάσεις. Η εμπειρία συμπτωμάτων που επηρεάζουν τη σωματική εικόνα ενδέχεται να ενισχύει την ψυχολογική επιβάρυνση και να επηρεάζει την αυτοαντίληψη της γυναικείας αναπαραγωγικής ικανότητας. Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις στάσεις απέναντι στην IVF ή την ατεκνία μεταξύ γυναικών με και χωρίς διαταραχές κύκλου ή δυσμηνόρροια, γεγονός που υποδηλώνει ότι τέτοιου είδους συμπτώματα μπορεί να επηρεάζουν περισσότερο συναισθηματικές και βιωματικές διαστάσεις παρά ρητές στάσεις και προθέσεις (107, 108).

Η θεωρία του Health Belief Model μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση αυτών των ευρημάτων. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι συμπεριφορές υγείας και οι σχετικές αποφάσεις επηρεάζονται από την αντιλαμβανόμενη ευπάθεια, τη σοβαρότητα της κατάστασης, τα

αντιλαμβανόμενα οφέλη και τα εμπόδια, καθώς και την αυτοαποτελεσματικότητα. Στην περίπτωση των γυναικών με PCOS ή χρόνιες παθήσεις, η αντιλαμβανόμενη ευπάθεια ως προς τη γονιμότητα είναι πιθανόν αυξημένη, γεγονός που μπορεί να ενισχύει την προθυμία αποδοχής εναλλακτικών αναπαραγωγικών επιλογών, όπως η υιοθεσία ή η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (108).

Αντίθετα, τα χρόνια νοσήματα δεν φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά τις στάσεις απέναντι στην υιοθεσία ή την ατεκνία, ενώ μόνο μια οριακή τάση παρατηρήθηκε ως προς την εξωσωματική γονιμοποίηση, με τις γυναίκες χωρίς χρόνια νοσήματα να εμφανίζουν ελαφρώς υψηλότερη αποδοχή. Το εύρημα αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι τα χρόνια νοσήματα δεν συνδέονται απαραίτητα άμεσα με την αναπαραγωγική ταυτότητα, ειδικά σε ένα νεανικό δείγμα όπου η άμεση εμπειρία σοβαρής υπογονιμότητας ενδέχεται να είναι περιορισμένη. Παρ' όλα αυτά, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η χρόνια ασθένεια μπορεί να επηρεάσει έμμεσα την αναπαραγωγική απόφαση μέσω της αντιλαμβανόμενης επιβάρυνσης (*chronic disease burden*), η οποία περιλαμβάνει σωματική κόπωση, ψυχολογική πίεση και ανησυχία για την ικανότητα φροντίδας ενός παιδιού (109). Η αίσθηση αυτή επιβάρυνσης μπορεί να επηρεάσει όχι μόνο το αν μια γυναίκα επιθυμεί παιδιά, αλλά και το πότε και με ποιον τρόπο θα τα αποκτήσει. Παρότι στην παρούσα μελέτη δεν καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές στις βασικές αναπαραγωγικές στάσεις, είναι πιθανό ότι η επίδραση των χρόνιων νοσημάτων εκδηλώνεται περισσότερο σε επίπεδο χρονισμού (*timing*) και λιγότερο σε επίπεδο γενικών προθέσεων.

Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα της μελέτης είναι ότι, ανεξάρτητα από την ύπαρξη προβλημάτων υγείας, οι συμμετέχουσες εμφάνιζαν γενικά θετικές στάσεις απέναντι στη μητρότητα και την οικογένεια. Αυτό υποδηλώνει ότι η αναπαραγωγική επιθυμία παραμένει ισχυρή, ακόμη και όταν υπάρχουν ιατρικοί ή ψυχολογικοί παράγοντες που ενδέχεται να την περιπλέκουν. Ωστόσο, οι γυναίκες με PCOS φαίνεται να διαφοροποιούνται ως προς την αυξημένη αποδοχή εναλλακτικών μορφών τεκνοποίησης, γεγονός που αντανάκλα μεγαλύτερη ευελιξία απέναντι στο παραδοσιακό βιολογικό μοντέλο οικογένειας (110).

Συνολικά, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι αναπαραγωγικές στάσεις δεν διαμορφώνονται αποκλειστικά από τη βιολογική κατάσταση υγείας, αλλά από την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Το PCOS και άλλες γυναικολογικές καταστάσεις φαίνεται να λειτουργούν περισσότερο ως παράγοντες αυξημένης ευαισθητοποίησης και αναπαραγωγικής αβεβαιότητας, παρά ως καθοριστικοί παράγοντες διαφοροποίησης των βασικών στάσεων. Η κατανόηση αυτής της πολυπλοκότητας είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη

στοχευμένων παρεμβάσεων ενημέρωσης και ψυχολογικής υποστήριξης, οι οποίες θα λαμβάνουν υπόψη τόσο τις ιατρικές όσο και τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της αναπαραγωγικής υγείας.

Συνοψίζοντας, η παρούσα μελέτη εξετάζει τις αναπαραγωγικές προθέσεις και τις στάσεις γυναικών νεαρής ηλικίας στην Ελλάδα, προσφέροντας μια πολύπλευρη εικόνα που απαιτεί τη συσχέτιση των αποτελεσμάτων με σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις. Η ανάλυση βασίζεται σε θεωρίες όπως η Theory of Planned Behavior, η Second Demographic Transition, τα Αναπαραγωγικά Μοντέλα Αποφάσεων, το Health Belief Model και η Gender Role Theory. Η Theory of Planned Behavior (TPB) προσφέρει ένα πλαίσιο ερμηνείας για τις προθέσεις των συμμετεχουσών σχετικά με την απόκτηση παιδιών, υπογραμμίζοντας το ρόλο των στάσεων, των υποκειμενικών κανόνων και της αντιλαμβανόμενης συμπεριφορικής ελέγχου. Οι συμμετέχουσες αξιολόγησαν ως ιδιαίτερα σημαντικούς παράγοντες την ύπαρξη συντρόφου, την ωριμότητα, τη σταθερή σχέση, τις σπουδές και την οικονομική κατάσταση. Αυτοί οι παράγοντες ενσωματώνουν τις προσωπικές πεποιθήσεις, αλλά και τις κοινωνικές πιέσεις που καθορίζουν τη βούληση για γονεϊκό ρόλο. Η ομοιογένεια των απαντήσεων μεταξύ γυναικών με και χωρίς PCOS αλλά και μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων δείχνει ότι οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για μητρότητα διατηρούνται σταθεροί, ανεξαρτήτως βιολογικών ή κοινωνικών διαφορών, κάτι που επιβεβαιώνει τη σπουδαιότητα των θεωρητικών συνιστωσών της TPB. Η Second Demographic Transition (SDT) εξηγεί τις χρονικές μετατοπίσεις και αλλαγές στις προτιμήσεις τεκνοποίησης ως αποτέλεσμα κοινωνικών και πολιτισμικών μεταβολών. Το εύρημα ότι οι νεότερες γυναίκες τείνουν να επιθυμούν παιδί σε μικρότερη ηλικία και παρουσιάζουν πιο ιδεαλιστικές απόψεις για τη μητρότητα, ενώ οι μεγαλύτερες αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία σε επαγγελματικές ανησυχίες και προσωπική ελευθερία, εναρμονίζεται με την SDT. Συγκροτούνται νέες μορφές οικογενειακής οργάνωσης και ρόλων, με μετα-παραδοσιακές αντιλήψεις που δεν καθιστούν τη μητρότητα μοναδικό ή καθοριστικό νόημα ζωής, όπως υπογραμμίζεται και από τα αποτελέσματα (υψηλό ποσοστό που δεν αποδέχεται μονοδιάστατη σύνδεση μητρότητας και πλήρωσης ζωής). Τα Reproductive Decision-Making Models συμβάλλουν στην ερμηνεία των πολυδιάστατων παραγόντων που καθορίζουν την απόφαση για τεκνοποίηση, με έμφαση στη συνύπαρξη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η μη σημαντική διαφοροποίηση στην αποδοχή της εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF) και της ατεκνίας μεταξύ ομάδων με διαφορετικά ιατρικά χαρακτηριστικά, αλλά και η μεγάλη σημασία που αποδόθηκε σε παράγοντες όπως η σταθερότητα σχέσης και η ωριμότητα δείχνουν μια σύνθετη διαδικασία λήψης αποφάσεων,

όπου οι βιολογικοί περιορισμοί συνδυάζονται ισότιμα με ψυχοκοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, απόλυτα συμβατούς με τα μοντέλα αυτά. Το Health Belief Model (HBM) μπορεί να ερμηνεύσει την επίγνωση της γονιμότητας και τις αντιλήψεις σχετικά με τον υπολογισμό του ρίσκου στειρότητας και των βιολογικών ορίων. Οι συμμετέχουσες εκδήλωσαν σωστή γνώση για τη γονιμότητα ως προς την ηλικία, με διαφοροποιήσεις ανάλογα με την επιθυμητή ηλικία τεκνοποίησης. Αυτή η επίγνωση επηρεάζει τις συμπεριφορικές προθέσεις, όπως τη χρονική επιλογή τεκνοποίησης και την αποδοχή εναλλακτικών επιλογών (υιοθεσία, IVF). Επιπλέον, οι γυναίκες που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν αργότερα φαίνεται να αντιλαμβάνονται με μεγαλύτερη έμφαση την πιθανή αρνητική επίπτωση της μητρότητας στην εργασία και τον ελεύθερο χρόνο, αναδεικνύοντας την επίδραση των αντιλήψεων για την προσωπική ευπάθεια και τα οφέλη στη λήψη αποφάσεων. Η Gender Role Theory παρέχει ένα πλαίσιο κατανόησης για τις διαφοροποιήσεις στην ερμηνεία των συνέπειών της μητρότητας και την κοινωνική αποδοχή των ρόλων. Η μη μονοδιάστατη εκτίμηση της μητρότητας ως ρόλου που δεν ταυτίζεται απόλυτα με το νόημα ζωής, η έμφαση στη δυνατότητα συνδυασμού μητρότητας και καριέρας, αλλά και οι επιφυλάξεις σχετικά με τις κοινωνικές και επαγγελματικές επιπτώσεις υποδηλώνουν εξέλιξη της γυναικείας ταυτότητας, όπου σύγχρονες γυναίκες αναζητούν ισορροπία ανάμεσα σε παραδοσιακές αξίες και προσωπική ελευθερία. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε νεότερες και μεγαλύτερες γυναίκες στις αντιλήψεις για τις επιπτώσεις στη σταδιοδρομία εγείρουν θέματα σχετικά με την πίεση των έμφυλων ρόλων και τις προσδοκίες της κοινωνίας για τη γυναικεία συμπεριφορά. Τα δεδομένα της μελέτης ενοποιούνται σε ένα πλέγμα αλληλεπιδρούμενων παραγόντων (βιολογικών, κοινωνικών, προσωπικών και πολιτισμικών) που διαμορφώνουν τις αναπαραγωγικές προθέσεις και στάσεις. Οι διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις συμπληρώνουν η μία την άλλη για να αποδώσουν μια πολυδιάστατη ερμηνεία, όπου η γνώση και η αυτογνωσία (HBM), οι κοινωνικές και ατομικές πεποιθήσεις (TPB), οι δημογραφικές μεταβάσεις (SDT), η διαδικασία λήψης αποφάσεων (Reproductive Decision-Making Models) και ο ρόλος του φύλου (Gender Role Theory) συγκλίνουν. Τα μικτά ευρήματα σχετικά με τις διαφοροποιήσεις μεταξύ υποομάδων (π.χ., με/χωρίς PCOS, διαφοροποιήσεις ηλικίας) αποσαφηνίζονται μέσα από την αναγνώριση ότι οι προσωπικές συνθήκες υγείας δεν μεταβάλλουν ουσιαστικά τις βασικές στάσεις, οι οποίες είναι κυρίως κοινωνικά και ψυχολογικά θεμελιωμένες. Οι μικρές διαφορές στις εκτιμήσεις και στις προτεραιότητες αντανακλούν μια δυναμική ισορροπία μεταξύ βιολογικής πραγματικότητας και κοινωνικών επιρροών. Επίσης, η μη σημαντική απόκλιση στην αποδοχή της IVF και της ατεκνίας επιβεβαιώνει τον συνεχώς αυξανόμενο ρόλο της τεχνολογίας στην αναπαραγωγική προοπτική, αλλά και την τάση για αποδοχή εναλλακτικών

μορφών οικογένειας, στοιχεία που συνάδουν με τη θεωρία της Second Demographic Transition.

Συνολικά, η μελέτη επιβεβαιώνει την ανάγκη για διεπιστημονική προσέγγιση στην κατανόηση των αναπαραγωγικών προθέσεων και στάσεων. Οι Θεωρίες που εφαρμόζονται, λειτουργούν συμπληρωματικά και ενισχύουν την ερμηνευτική ισχύ των ευρημάτων, προσφέροντας μια σφαιρική εικόνα που σέβεται τόσο τις ατομικές εμπειρίες όσο και τα κοινωνικά πλαίσια στα οποία αυτές εντάσσονται. Η κατανόηση των μοντέρνων γυναικείων αναπαραγωγικών συμπεριφορών απαιτεί την ανάγνωση των δεδομένων μέσα από το πρίσμα των κοινωνικών αλλαγών, τις προσωπικές και βιολογικές προκλήσεις και τις μεταβαλλόμενες πολιτισμικές νόρμες, ανοίγοντας δρόμους για αποτελεσματικότερη υποστήριξη και πολιτική σχεδιασμό στο μέλλον.

Η μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Πρώτον, το δείγμα βασίστηκε σε ευκολίας επιλογή (convenience sample), γεγονός που περιορίζει την αντιπροσωπευτικότητα και ως εκ τούτου τη γενίκευση των ευρημάτων στο γενικό πληθυσμό των γυναικών 18-34 ετών στην Ελλάδα. Επίσης, καθώς τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω αυτοαναφοράς (self-report bias), υπάρχει πιθανότητα μεροληψίας στις απαντήσεις των συμμετεχουσών, είτε λόγω κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων είτε λόγω ατελούς αυτοαντίληψης, ιδιαίτερα σε ευαίσθητα θέματα όπως οι στάσεις απέναντι στη μητρότητα και η γονιμότητα. Ο διατομεακός σχεδιασμός της μελέτης (cross-sectional design) αποτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων σχετικά με τις αιτίες και τις συνέπειες των παρατηρούμενων στάσεων και προθέσεων. Επιπλέον, η έρευνα ενδέχεται να επηρεάστηκε από πιθανή μεροληψία επιλογής (selection bias), καθώς οι συμμετέχουσες που επέλεξαν να συμμετάσχουν μπορεί να ήταν πιο ευαισθητοποιημένες ή ενημερωμένες σχετικά με τα θέματα της γονιμότητας και της αναπαραγωγής από τον μέσο πληθυσμό, περιορίζοντας έτσι την εξωτερική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Τέλος, δεδομένης της φύσης των δεδομένων, εντοπίστηκαν περιορισμοί στην ενσωμάτωση μεικτών μεθοδολογικών προσεγγίσεων (mixed-method integration limitations), καθώς η έρευνα βασίστηκε κυρίως σε ποσοτικά δεδομένα με περιορισμένη διερεύνηση σε βάθος των υποκειμενικών εμπειριών και νοημάτων που συνδέονται με τις στάσεις απέναντι στη μητρότητα, τη γονιμότητα και τις κοινωνικές επιπτώσεις τους. Επιπλέον, στην ανάλυση δεν συμπεριλήφθηκαν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις: «Πόσα ζευγάρια στην Ελλάδα είναι ακούσια άτεκνα;», «Ζευγάρια που υποβάλλονται σε θεραπεία με εξωσωματική γονιμοποίηση – ποιες

είναι οι πιθανότητες, κατά μέσο όρο, να αποκτήσουν παιδί μετά από μία μόνο θεραπεία;» και «Τι θα μπορούσε να επηρεάσει την ανδρική γονιμότητα?», διότι οι συμμετέχουσες στην πλειοψηφία τους δεν απάντησαν στις ερωτήσεις αυτές.

Τα ευρήματα της μελέτης έχουν σημαντικές κλινικές και κοινωνικές προεκτάσεις, ειδικά στο πλαίσιο της προώθησης της γνώσης και της υποστήριξης των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Η αναγνώριση των διαφοροποιήσεων στην επίγνωση της γονιμότητας και στους σημαντικούς παράγοντες απόφασης τεκνοποίησης υπογραμμίζει την ανάγκη για στοχευμένες δράσεις εκπαίδευσης στη γονιμότητα (fertility education). Πρωτοβουλίες ενημέρωσης πρέπει να επικεντρωθούν στην έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση των γυναικών για τα βιολογικά όρια γονιμότητας, προκειμένου να υποστηριχθούν οι επαρκείς και ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με τον χρόνο και τις προθέσεις τεκνοποίησης. Ταυτόχρονα, απαραίτητη είναι η ενίσχυση της αναπαραγωγικής συμβουλευτικής (reproductive counseling) σε κλινικό επίπεδο, ώστε να προσαρμόζεται στις εξατομικευμένες ανάγκες και συνθήκες υγείας των γυναικών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με βιολογικές δυσκολίες όπως το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Μέσω της συμβουλευτικής αυτής, οι γυναίκες μπορούν να ενημερώνονται ουσιαστικά και να λαμβάνουν υποστηρικτικές παρεμβάσεις που ενισχύουν τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων. Οι παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης (awareness interventions) μπορούν να εστιάσουν επίσης στις κοινωνικο-πολιτισμικές επιρροές, καθώς το κοινωνικό περιβάλλον φαίνεται να ασκεί περιορισμένη επίδραση στις επιλογές γονεϊκότητας. Η ενεργοποίηση της κοινότητας και η ενημέρωση γύρω από τις σύγχρονες προκλήσεις της μητρότητας μπορούν να υποστηρίξουν την αλλαγή κοινωνικών νορμών και να περιορίσουν πιθανά στερεότυπα. Οι πολιτικές προεκτάσεις (policy implications) εντοπίζονται κυρίως στην ανάγκη σχεδιασμού ολοκληρωμένων προγραμμάτων, που ενσωματώνουν την υποστήριξη γονιμότητας στον ευρύτερο δημόσιο τομέα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Παροχή υπηρεσιών παιδικής μέριμνας, ευέλικτες εργασιακές πρακτικές και μέτρα που προωθούν την ισορροπία επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής μπορούν να διευκολύνουν την υλοποίηση των αναπαραγωγικών προθέσεων, ειδικά για γυναίκες που επιλέγουν να τεκνοποιήσουν σε μεγαλύτερη ηλικία.

B5. Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, η μελέτη αποκαλύπτει μια πολυδιάστατη και σύγχρονη αντίληψη της μητρότητας ανάμεσα σε γυναίκες νεαρής αναπαραγωγικής ηλικίας στην Ελλάδα, όπου η απόφαση για απόκτηση παιδιών διαμορφώνεται ισορροπικά από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες. Η έμφαση στην ωριμότητα, τη σταθερότητα σχέσης και την οικονομική προοπτική αναδεικνύει τον σύνθετο χαρακτήρα της αναπαραγωγικής απόφασης, ενώ η διαφοροποίηση των αντιλήψεων ανάλογα με την επιθυμητή ηλικία μητρότητας και το ιστορικό υγείας υπογραμμίζει τις ατομικές προτεραιότητες και ανάγκες. Η πρακτική αξία των ευρημάτων έγκειται στην ενημέρωση και βελτίωση των υπηρεσιών υποστήριξης και παροχής συμβουλευτικής για τις γυναίκες, με προσαρμοσμένες παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη τις εξελισσόμενες αντιλήψεις και κοινωνικές πραγματικότητες. Η ανάγκη για ενίσχυση της εκπαίδευσης στη γονιμότητα, η προώθηση πολιτικών φιλικών προς την οικογένεια και η ενσωμάτωση εξατομικευμένης υποστήριξης υγείας είναι κατευθύνσεις με άμεσο κοινωνικό και κλινικό ενδιαφέρον. Προτείνεται η συνέχιση της έρευνας με μακροχρόνιες και μεικτές μεθόδους σχεδιασμούς, προκειμένου να διερευνηθούν αιτιακές σχέσεις και οι υποκειμενικές εμπειρίες των γυναικών σε βάθος. Επιπλέον, η διεύρυνση του δείγματος για να περιλαμβάνει μεγαλύτερη γεωγραφική και κοινωνικοοικονομική ποικιλία, καθώς και η ενσωμάτωση ποιοτικών δεδομένων θα συμβάλλουν στην πλήρη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αναπαραγωγική συμπεριφορά στο σύγχρονο ελληνικό πλαίσιο.

Βιβλιογραφία

1. Fauser BC, Adamson GD, Boivin J, et al.: Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: an IFFS consensus document based on a narrative review of the literature. *Hum Reprod Update*. 2024, 30:153-73.
2. GBD 2017 Population and Fertility Collaborators. Population and fertility by age and sex for 195 countries and territories, 1950-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018, 392:1995-2051.
3. Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, te Velde E: Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Hum Reprod Update*. 2011, 17:848-60.
4. Eurostat Fertility Statistics https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics
5. Nikolaos Vlachadis, Dimos Sioutis, Chrissi Christodoulaki, Nikolaos Machairiotis, Charalampos Theofanakis, Ioannis Tsakiridis, Themistoklis Dagklis, Konstantinos Louis, Periklis Panagopoulos. Maternal Age Trends and Patterns in Greece (1956-2023): A Nationwide Analysis. *Cureus*. 2025 Jul 13;17(7):e87827.
6. Vlachadis N, Siori M, Petrakos G, et al.: Tracing time trends of births in Greece . *Cureus*. 2023, 15:e34040.
7. Zafeiris KN, Kontogiannis G, Kotzamanis B: The evolution of fertility in Greece since the 1960s: a joinpoint regression analysis. *J Popul Res*. 2024, 41:23, doi: 10.1007/s12546-024-09343-0
8. Hassan M and Killick S (2003) Effect of male age on fertility: evidence for the decline in male fertility with increasing age. *Fertil Steril* 79(Suppl 3),1520– 1527.
9. Jensen TK, Keiding N, Scheike T, Slama R, Spira A (2000). Declining human fertility? *Fertil Steril*. 2000 Feb;73(2):421-3. doi: 10.1016/s0015-0282(99)00525-7.
10. Leridon H (2004) Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Hum Reprod* 19,1548–1553.
11. Blake D, Smith D, Bargiacchi A, France M and Gudex G (1997) Fertility awareness in women attending a fertility clinic. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 37,350–352.

12. Adashi E, Cohen J, Hamberger L, Jones H, de Kretser D, Lunenfeld B, Rosenwaks Z and Van Steirteghem A (2000) Public perception on infertility and its treatment: an international survey. *Hum Reprod* 15,330–334.
13. Cnattingius S, Källén K, Sandström A, Rydberg H, Månsson H, Stephansson O, Frisell T, Ludvigsson JF. The Swedish medical birth register during five decades: documentation of the content and quality of the register. *Eur J Epidemiol.* 2023 Jan;38(1):109-120. doi: 10.1007/s10654-022-00947-5. Epub 2023 Jan 3.
14. Morin P, Payette H, Moos M, St-Cyr-Tribble D, Niyonsenga T and De Wals P (2003) Measuring the intensity of pregnancy planning effort. *Pediatr Perinat Epidemiol* 17,97–105.
15. Rasch V, Knudsen L and Wielandt H (2001) Pregnancy planning and acceptance among Danish pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80,1030–1035.
16. Larsson M, Aneblom G, Odland V and Tydén T (2002) Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 81,64–71.
17. Heck K, Schoendorf K, Ventura S and Kiely J (1997) Delayed childbearing by education level in the United States, 1969–1994. *Maternal Child Health J* 1,81–88.
18. Statistics Sweden (2002) How many children will I have? Fertility in a life perspective [In Swedish] *Demographic reports* 2002:5 Örebro.
19. Rnsen M (2004) Fertility and family policy in Norway—a reflection on trends and possible connections. *Demographic Res* 10,266–286, doi:10.4054/DemRes.2004.10.10
20. Goldstein, J., W. Lutz, and M. R. Testa (2003), The emergence of sub-replacement family size ideals in Europe, *Population Research and Policy Review*, 22 (5), 479–96. doi: 10.1023/B:POPU.0000020962.80895.4a
21. Dávid Erát, Zsolt Spéder. Contrasting destinations? Emerging intention trajectories of latent family size. *Adv Life Course Res.* 2025 Sep;65:100693. doi: 10.1016/j.alcr.2025.100693. Epub 2025 Jul 26.
22. Testa, M.R. (2012), Family sizes in Europe: Evidence from the 2011 Eurobarometer survey, *European Demographic Research Papers* 2012, No. 2. Vienna Institute of Demography,

Austrian Academy of Sciences. www.oeaw.ac.at/fileadmin/subsites/Institute/VID/PDF/Publications/EDRP/edrp_2012_02.pdf.

23. Philipov, D. (2009), Fertility intentions and outcomes: The role of policies to close the gap, *European Journal of Population*, 25 (4), 355–61. doi: 10.1007/s10680-009-9202-1.
24. Brinton, M.C. (2016), Intentions into actions: Norms as mechanisms linking macro-and micro-levels, *American Behavioral Scientist*, 60 (10), 1146–67. doi: 10.1177/0002764216643130.
25. Westoff, C.F. and N.B. Ryder (1977), The predictive validity of reproductive intentions, *Demography*, 14 (4), 431–53. doi: 10.2307/2060589.
26. Beaujouan, É. and C. Berghammer (2019), The gap between lifetime fertility intentions and completed fertility in Europe and the United States: A cohort approach, *Population Research and Policy Review*, 38 (4), 507–35. doi: 10.1007/s11113-019-09516-3.
27. Berrington A. (2017), Childlessness in the UK, in M. Kreyenfeld and D. Konietzka (eds), *Childlessness in Europe: Contexts, Causes and Consequences*, Cham: Springer, pp. 57–76.
28. Berrington, A. and S. Pattaro (2014), Educational differences in fertility desires, intentions and behaviour: A life course perspective, *Advances in Life Course Research*, 21, 10–27. doi: 10.1016/j.alcr.2013.12.003.
29. Morgan, S.P. and H. Rackin (2010), The correspondence between fertility intentions and behavior in the United States, *Population and Development Review*, 36 (1), 91–118. doi: 10.1111/j.1728-4457.2010.00319.x.
30. Quesnel-Vallée, A. and S.P. Morgan (2003), Missing the target? Correspondence of fertility intentions and behaviour in the US, *Population Research and Policy Review*, 22 (5–6), 497–525. doi: 10.1023/B:POPU.0000021074.33415.c1.
31. Miller, W.B. (1994), Childbearing motivations, desires and intentions: A theoretical framework, *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 120 (2), 223–58.
32. Ajzen, I. (1991), The theory of planned behaviour, *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50 (2), 179–211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.

33. Billari, F.C., D. Philipov, and M.R. Testa (2009), Attitudes, norms and perceived behavioural control: Explaining fertility intentions in Bulgaria, *European Journal of Population*, 25 (4), 439–65. doi: 10 .1007/ s10680–009–9187–9.
34. Berrington A. (2004), Perpetual postponers? Women's, men's and couple's fertility intentions and subsequent fertility behaviour, *Population Trends*, 117 (Autumn Issue), 9–19, accessed 1 January 2020 at <http://eprints.soton.ac.uk/id/eprint/34148>.
35. Bachrach, C.A. and S.P. Morgan (2013), A cognitive–social model of fertility intentions, *Population and Development Review*, 39 (3), 459–85. doi: 10 .1111/ j .1728–4457 .2013.00612.x.
36. Brehm, U. and N.F. Schneider (2019), Towards a comprehensive understanding of fertility: The model of dyadic pathways, *Comparative Population Studies*, 44, 3–36. doi: 10 .12765/ CPoS -2019 01en.
37. Donna S Rothstein, Deborah Carr, Elizabeth Cooksey. Cohort Profile: The National Longitudinal Survey of Youth 1979 (NLSY79). *International Journal of Epidemiology*, Volume 48, Issue 1, February 2019, Pages 22–22e.
38. Iacovou, M. and L.P. Tavares (2011), Yearning, learning and conceding: Reasons men and women change their childbearing intentions, *Population and Development Review*, 37 (1), 189–223. doi: 10 .1111/ j .1728–4457 .2011 .00391 .x.
39. Elder, Glen H., Jr., Monica Kirkpatrick Johnson, and Robert Crosnoe. 2003. The Emergence and Development of Life Course Theory. Pp. 3–19 in *Handbook of the Life Course*, edited by Jeylan T. Mortimer and Michael J. Shanahan. New York: Plenum.
40. Chris Gilleard, Paul Higgs (2016). Connecting Life Span Development with the Sociology of the Life Course: A New Direction. *Sociology*. 2016 Apr;50(2):301-315. doi: 10.1177/0038038515577906. Epub 2015 May 12.
41. Hagewen, Kellie J. and S. Philip Morgan. 2005. Intended and Ideal Family Size in the United States, 1970- 2002. *Population and Development Review* 31(3):507–27.
42. Stewart, Susan. 2002. The Effect of Stepchildren on Childbearing Intentions and Births. *Demography* 39:181–97.

43. Hayford, Sarah R. and S. Philip Morgan. 2008. Religiosity and Fertility in the United States: The Role of Fertility Intentions. *Social Forces* 86(3):1163–88.
44. Pearce, Lisa D. 2002. The Influence of Early Life Course Religious Exposure on Young Adults' Dispositions toward Childbearing. *Journal for the Scientific Study of Religion* 41(2):325–40, doi: 10.1111/1468-5906.00120
45. Koropecj-Cox, Tanya and Gretchen Pendell. 2007. Attitudes about Childlessness in the United States: Correlates of Positive, Neutral, and Negative Responses. *Journal of Family Issues* 28(8):1054–82, <https://doi.org/10.1177/0192513X073019>
46. Kaufman, Gayle. 2000. Do Gender Role Attitudes Matter? Family Formation and Dissolution among Traditional and Egalitarian Men and Women. *Journal of Family Issues* 21(1):128–44, doi: 10.1177/019251300021001006
47. Schoen, Robert, Young J. Kim, Constance A. Nathanson, Jason M. Fields, and Nan Marie Astone. 1997. Why Do Americans Want Children? *Population and Development Review* 23(2):333–58.
48. Barber, Jennifer S. 2000. Intergenerational Influences on the Entry into Parenthood: Mother's Preference for Family and Nonfamily Behavior. *Social Forces* 79(1):319–48, doi: 10.2307/2675573
49. Bulcroft, Richard and Jay Teachman. 2004. Ambiguous Constructions: Development of a Childless or Childfree Life Course. Pp. 216–35 in *Handbook of Contemporary Families: Considering the Past, Contemplating the Future*, edited by Marilyn Coleman and Lawrence H. Ganong. Sage Publications. Thousand Oaks, CA, doi: 10.4135/9781412976022
50. Bongaarts, John. 2001. Fertility and Reproductive Preferences in Post-transitional Societies. *Population and Development Review* 27(Suppl.):260–81.
51. Hakim, Catherine. 2003. A New Approach to Explaining Fertility Patterns: Preference Theory. *Population and Development Review* 29(2):349–74.
52. Ron Lesthaeghe. 2014. The second demographic transition: a concise overview of its development. *Proc Natl Acad Sci USA*, 111(51):18112-5. doi: 10.1073/pnas.1420441111. Epub 2014 Dec 1.

53. Stryker, Sheldon. 1980. *Symbolic Interactionism: A Social Structural Version*. Menlo Park, CA: Benjamin.
54. Burke, Peter J. 1991. Identity Processes and Social Stress. *American Sociological Review* 56(6):836–49.
55. Thoits, Peggy. 1991. On Merging Identity Theory and Stress Research. *Social Psychology Quarterly* 54(2):301–12, doi:10.2307/2786929
56. Stryker, Sheldon and Richard T. Serpe. 1994. Identity Salience and Psychological Centrality: Equivalent, Overlapping, or Complementary Concepts? *Social Psychological Quarterly* 57(1):16–35, doi: 10.2307/2786972
57. Hays, Sharon. 1996. *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven, CT: Yale University Press.
58. Lareau, Annette. 2003. *Unequal Childhoods: Class, Race and Family Life*. Berkeley, Los Angeles, University Of California Press, doi:10.4000/cdg.2421
59. McQuillan, Julia, Arthur L. Greil, Karina M. Shreffler, and Veronica Tichenor. 2008. The Importance of Motherhood among Women in the Contemporary United States. *Gender & Society* 22(4):477–96, PMID: 20407592
60. C Lampic, A Skoog Svanberg, P Karlström, T Tydén. 2006. “Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics.” *Hum Reprod.* 21(2):558-64, DOI: 10.1093/humrep/dei367
61. Billari, F. C., Goisis, A., Liefbroer, A. C., Settersten, R. A., Aassve, A., Hagestad, G., & Spéder, Z. (2011). Social age deadlines for the childbearing of women and men. *Human Reproduction*, 26(3), 616–622. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq360>.
62. Bongaarts, J., & Feeney, G. (1998). On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review*, 24(2), 271–291. <https://doi.org/10.2307/2807974>
63. Frejka, T., & Sobotka, T. (2017). Fertility in Europe: Diverse, delayed and below replacement. *Demographic Research*, 36, 1307–1319. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2017.36.48>

64. Rindfuss RR, Brauner-Otto SR. (2008). Institutions and the transition to adulthood: Implications for fertility tempo in low-fertility settings. *Vienna Yearb Popul Res.* 2008;2008:57-87. doi: 10.1553/populationyearbook2008s57.
65. Sobotka, T. (2017). Childlessness in Europe: Reconstructing long-term trends among women born in 1900–1972. In M. Kreyenfeld & D. Konietzka (Eds.), *Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences* (pp. 17–53). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44667-7_2
66. Balbo, N., Billari, F. C., & Mills, M. (2013). Fertility in advanced societies: A review of research. *European Journal of Population*, 29(1), 1–38. <https://doi.org/10.1007/s10680-012-9277-y>
67. Kirk D. (1996). Demographic transition theory. *Popul Stud (Camb)*. 50(3):361-87. doi: 10.1080/0032472031000149536.
68. Lesthaeghe R. (2010). The unfolding story of the second demographic transition. *Popul Dev Rev.* 2010;36(2):211-51. doi: 10.1111/j.1728-4457.2010.00328.x.
69. Van de Kaa, D. J. (1987). Europe's second demographic transition. *Population Bulletin*, 42(1), 1–59, PMID: 12268395
70. Egbert R te Velde, Peter L Pearson (2002). The variability of female reproductive ageing. *Hum Reprod Update.* 2002 Mar-Apr;8(2):141-54. doi: 10.1093/humupd/8.2.141.
71. McDonald, P. (2000). Gender equity in theories of fertility transition. *Population and Development Review*, 26(3), 427–439. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2000.00427.x>
72. L Schmidt 1, T Sobotka, J G Bentzen, A Nyboe Andersen; ESHRE Reproduction and Society Task Force (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Hum Reprod Update.* 2012 Jan-Feb;18(1):29-43. doi: 10.1093/humupd/dmr040. Epub 2011 Oct 11.
73. Billari, F. C., & Liefbroer, A. C. (2010). Towards a new pattern of transition to adulthood? *Advances in Life Course Research*, 15(2–3), 59–75. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2010.10.003>
74. Dommermuth, L., Klobas, J., & Lappegård, T. (2011). Now or later? The theory of planned behavior and timing of fertility intentions. *Advances in Life Course Research*, 16(1), 42–53. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2011.01.002>

75. Ní Bhrolcháin, M., & Beaujouan, É. (2012). Fertility postponement is largely due to rising educational enrolment. *Population Studies*, 66(3), 311–327. <https://doi.org/10.1080/00324728.2012.697569>
76. Sobotka, T., Skirbekk, V., & Philipov, D. (2011). Economic recession and fertility in the developed world. *Population and Development Review*, 37(2), 267–306. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2011.00411.x>
77. Liefbroer, A. C. (2005). Transition from youth to adulthood in Europe. In M. Macura, A. L. MacDonald, & W. Haug (Eds.), *The new demographic regime: Population challenges and policy responses* (pp. 53–81). United Nations.
78. Arendell, T. (2000). Conceiving and investigating motherhood: The decade's scholarship. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1192–1207. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.01192.x>
79. Badinter, E. (2011). *The conflict: How modern motherhood undermines the status of women*. Metropolitan Books.
80. Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2002). *Individualization: Institutionalized individualism and its social and political consequences*. Sage Publications, DOI: <https://doi.org/10.4135/9781446218693>
81. Christopher, K. (2012). Extensive mothering: Employed mothers' constructions of the good mother. *Gender & Society*, 26(1), 73–96. <https://doi.org/10.1177/0891243211427700>
82. Cotter, D., Hermsen, J. M., & Vanneman, R. (2011). The end of the gender revolution? Gender role attitudes from 1977 to 2008. *American Journal of Sociology*, 117(1), 259–289. <https://doi.org/10.1086/658853>
83. Douglas, S. J., & Michaels, M. W. (2004). *The mommy myth: The idealization of motherhood and how it has undermined women*. Free Press.
84. Elvin-Nowak, Y., & Thomsson, H. (2001). Motherhood as idea and practice: A discursive understanding of employed mothers in Sweden. *Gender & Society*, 15(3), 407–428. <https://doi.org/10.1177/089124301015003005>
85. Garey, A. I. (1999). *Weaving work and motherhood*. Temple University Press.

86. Hochschild, A. R. (1989). *The second shift: Working parents and the revolution at home*. Viking.
87. Johnston, D. D., & Swanson, D. H. (2006). Constructing the “good mother”: The experience of mothering ideologies by work status. *Sex Roles*, 54(7–8), 509–519. <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9021-3>
88. McDonald, P. (2000). Gender equity in theories of fertility transition. *Population and Development Review*, 26(3), 427–439. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2000.00427.x>
89. Thompson, L., & Walker, A. J. (1989). Gender in families: Women and men in marriage, work, and parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 51(4), 845–871. <https://doi.org/10.2307/353201>
90. Stone, P. (2007). *Opting out? Why women really quit careers and head home*. University of California Press.
91. Miller, T. (2007). “Is this what motherhood is all about?”: Weaving experiences and discourse through transition to first-time motherhood. *Gender & Society*, 21(3), 337–358. <https://doi.org/10.1177/0891243207300561>
92. Wall, G. (2010). Mothers’ experiences with intensive parenting and brain development discourse. *Women’s Studies International Forum*, 33(3), 253–263. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2010.02.019>
93. Bunting, L., Tsibulsky, I., & Boivin, J. (2013). Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: Findings from the International Fertility Decision-making Study. *Human Reproduction*, 28(2), 385–397. <https://doi.org/10.1093/humrep/des402>
94. D T Baird, J Collins, J Egozcue, L H Evers, L Gianaroli, H Leridon, A Sunde, A Templeton, A Van Steirteghem, J Cohen, P G Crosignani, P Devroey, K Diedrich, B C J M Fauser, L Fraser, A Glasier, I Liebaers, G Mautone, G Penney, B Tarlatzis; ESHRE Capri Workshop Group (2005). Fertility and ageing. *Human Reproduction Update*, 11(3), 261–276. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi006>
95. Bretherick, K. L., Fairbrother, N., Avila, L., Harbord, S. H., & Robinson, W. P. (2010). Fertility and aging: Do reproductive-age women know what they need to know? *Fertility and Sterility*, 93(7), 2162–2168. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.01.061>

96. Stephen, E. H., & Chandra, A. (2000). Use of infertility services in the United States: 1995. *Family Planning Perspectives*, 32(3), 132–137.
97. Chelsea Bernhardt Polis, Laurie Schwab Zabin (2012). Missed conceptions or misconceptions: perceived infertility among unmarried young adults in the United States. *Perspect Sex Reprod Health*. 2012 Mar;44(1):30-8. doi: 10.1363/4403012. Epub 2012 Feb 3.
98. Nachtigall, R. D. (2006). International disparities in access to infertility services. *Fertility and Sterility*, 85(4), 871–875. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.08.053>
99. Lardou I, Chatzipapas I, Chouzouris M, Xenos P, Petrogiannis N, Tryfos D, Chandakas S, Grigoriadis T, Michala L. (2021). Fertility awareness and intentions among young adults in Greece. *Ups J Med Sci*. 2021 Dec 31;126. doi: 10.48101/ujms.v126.8148. eCollection 2021.
100. Sulian Zhuang, Chunxia Jing, Lei Yu, Liwei Ji, Weiwei Liu, Xingpo Hu (2022). The relationship between polycystic ovary syndrome and infertility: a bibliometric analysis. *Ann Transl Med*, 10(6):318. doi: 10.21037/atm-22-714.
101. Tanja Tydén, Agneta Skoog Svanberg, Per-Olof Karlström, Lina Lihoff, Claudia Lampic (2006). Female university students' attitudes to future motherhood and their understanding about fertility. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2006 Sep;11(3):181-9. doi: 10.1080/13625180600557803.
102. Almeida-Santos T, Melo C, Macedo A, Moura-Ramos M. Are women and men well informed about fertility? Childbearing intentions, fertility knowledge and information-gathering sources in Portugal. *Reprod Health*. 2017 Aug 4;14(1):91. doi: 10.1186/s12978-017-0352-z.
103. Barnard, L., Ferriday, D., Guenther, N., Strauss, B., Balen, A. H., & Dye, L. (2007). Quality of life and psychological well-being in polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction Update*, 13(6), 611–622. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmm030>
104. Kitzinger, C., & Willmott, J. (2002). ‘The thief of womanhood’: Women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Social Science & Medicine*, 54(3), 349–361. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00034-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00034-X)

105. Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23(5), 1128–1137. <https://doi.org/10.1093/humrep/den067>
106. Himelein, M. J., & Thatcher, S. S. (2006). Polycystic ovary syndrome and mental health: A review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 61(11), 723–732. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000243779.63164.8e>
107. Dokras, A., Stener-Victorin, E., Yildiz, B. O., Li, R., Ottey, S., Shah, D., Epperson, N., & Teede, H. (2018). Androgen excess—polycystic ovary syndrome society: Position statement on depression, anxiety, quality of life, and eating disorders in polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 109(5), 888–899. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.01.038>
108. Hennegan, J., Winkler, I. T., Bobel, C., Keiser, D., Hampton, J., Larsson, G., Chandra-Mouli, V., Plesons, M., & Mahon, T. (2021). Menstrual health: A definition for policy, practice, and research. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 1911618. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1911618>
109. Peddie, V. L., Porter, M. A., Barbour, R., Culligan, D., MacDonald, G., King, D., Horn, J., Bhattacharya, S., & Conway, D. I. (2012). Factors affecting decision making about fertility preservation after cancer diagnosis: A qualitative study. *BJOG*, 119(9), 1049–1057. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03368.x>
110. Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of Health Belief Model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25(8), 661–669. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>

Παράρτημα 1

Στάσεις απέναντι στην γονεϊκότητα (Attitudes towards having children-ATOHACHi)

Οι ερωτήσεις σε αυτήν την έρευνα αφορούν την άποψή σας για την απόκτηση παιδιών και τι πιστεύετε/γνωρίζετε για τη γονιμότητα. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

1. Πόσων ετών είστε; _____ έτη

2. Τι είδους κατοικία έχετε;

A. Φοιτητική εστία

B. Ενοικιαζόμενο διαμέρισμα

Γ. Ιδιόκτητο διαμέρισμα/σπίτι

Δ. Άλλο

3. Σε ποια χώρα γεννηθήκατε;

A. Ελλάδα

B. Άλλη χώρα:

4. Σε ποια χώρα γεννήθηκε η μητέρα σας?

A. Ελλάδα

B. Άλλη χώρα

5. Σε ποια χώρα γεννήθηκε ο πατέρας σας?

A. Ελλάδα

B. Άλλη χώρα

6. Είστε σε σταθερή σχέση?

A. Όχι

B. Ναι, πόσο χρονικό διάστημα:

7. Έχετε μείνει ποτέ έγκυος?

A. Όχι

B. Δεν γνωρίζω

Γ. Ναι

7α. Αν ναι, τι συνέβη? (σημειώστε μία ή περισσότερες απαντήσεις)

A. Γεννήθηκε το μωρό (σημειώστε πόσα παιδιά έχετε)

B. Έκανα έκτρωση

Γ. Είχα αποβολή/παλίνδρομη κύηση

Δ. Είμαι έγκυος τώρα

8. Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ προβλήματα στην επίτευξη εγκυμοσύνης?

A. Ναι

B. Όχι

Γ. Δεν έχω προσπαθήσει

9. Είναι η απόκτηση παιδιών ένας μελλοντικός στόχος?

A. Ναι

B. Αν ναι, πόσα παιδιά θα επιθυμούσατε?

Γ. Σε ποια ηλικία θα θέλατε να γεννήσετε το πρώτο σας παιδί?

Δ. Σε ποια ηλικία θα θέλατε να γεννήσετε το τελευταίο σας παιδί?

Ε. Όχι

Αν όχι, θέλετε να κάνετε κάποιο σχόλιο?

10. Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να έχετε παιδιά;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ασήμαντο

Πολύ σημαντικό

11. Τι θα επιλέγατε εσείς και ο σύντροφός σας σε περίπτωση αδυναμίας επίτευξης κύησης?

A. Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Απίθανο

Πολύ πιθανό

B. Υιοθεσία

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Απίθανο

Πολύ πιθανό

Γ. Θα επέλεγα να μην έχω παιδιά

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Απίθανο

Πολύ πιθανό

Παρακάτω θα βρείτε μια λίστα με τις συνθήκες που μπορεί να είναι σημαντικές για την απόφαση κάποιας να γίνει μητέρα (σε βιολογικό ή θετό παιδί)

12. Υποδείξτε πόσο σημαντική είναι κάθε μία από τις παρακάτω παραμέτρους για την απόφασή σας να γίνετε μητέρα

Ασήμαντο	Όχι πολύ σημαντικό	Μάλλον σημαντικό	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό	Δεν απαντώ
----------	-----------------------	---------------------	-----------	-------------------	------------

α) Ότι έχω έναν σύντροφο με τον

οποίο μπορώ να μοιραστώ την ευθύνη

β) Ότι νιώθω αρκετά ώριμη

γ) Ότι βρίσκομαι σε μια σταθερή σχέση

δ) Ότι θέλω να κάνω παιδιά πριν γίνω «πολύ μεγάλη»

ε) Ότι η δουλειά μου μπορεί να συνδυαστεί με την απόκτηση παιδιών

στ) Ότι έχω ολοκληρώσει τις σπουδές μου

ζ) Ότι έχω προχωρήσει επαγγελματικά

η) Ότι έχω μόνιμη θέση

θ) Ότι έχω πρόσβαση σε παιδική μέριμνα

ι) Ότι είμαστε σε καλή οικονομική κατάσταση

κ) Ότι έχουμε ένα σπίτι που είναι αρκετά μεγάλο

λ) Ότι οι φίλοι μου έχουν αποκτήσει παιδιά ή περιμένουν παιδιά

μ) Ότι έχω χρόνο να ταξιδέψω και να κάνω άλλα πράγματα που μπορεί να είναι δύσκολο να κάνω με παιδιά

ν) Άλλο: _____

13. Το να γίνεις μητέρα – πώς αυτό θα επηρεάσει (ή έχει επηρεάσει) εσένα και την κατάσταση της ζωής σου?

Αξιολογήστε πόσο καλά συμφωνεί κάθε δήλωση με αυτά που πιστεύετε (ή έχετε βιώσει)

Διαφωνώ Μερικώς Κυρίως Ισχυρά Απολύτως Δεν

συμφωνώ συμφωνώ συμφωνώ συμφωνώ απαντώ

Το να γίνω μητέρα θα έχει/είχε

ως αποτέλεσμα:

- α) Θα εξελιχθώ ως άτομο
- β) Λιγότερος χρόνος για να αφιερώσω
στην εργασία και την καριέρα
- γ) Νέα ενδιαφέροντα στη ζωή
- δ) Χαμηλότερη θέση στην αγορά εργασίας
- ε) Θα δίνω και θα λαμβάνω περισσότερη αγάπη
- στ) Μια ισχυρότερη σχέση με τον σύντροφό μου
- ζ) Λιγότερος χρόνος για τα δικά μου ενδιαφέροντα
- η Περισσότερη επαφή με την οικογένειά μου
- θ) Να γίνουμε μια «πραγματική οικογένεια»
- ι) Πιέσεις στη σχέση μου με τον σύντροφό μου
- κ) Μια άλλη άποψη για το τι είναι σημαντικό
- λ) Λιγότερη ελευθερία
- μ) Η καθημερινή ζωή θα είναι πιο ευχάριστη
- ν) Φτωχότερη οικονομία
- ξ) Να νιώθω «πλήρης» ως γυναίκα
- ο) Να κάνω αυτό που είναι το νόημα της ζωής
- π) Άλλο, τι: _____

Ακολουθούν μερικές ερωτήσεις σχετικά με το τι πιστεύετε για την ικανότητα να αποκτήσετε παιδιά.

Δεν είναι τεστ γνώσεων- αφορά τι πιστεύετε.

Ερωτήσεις σχετικά με την γονιμότητα των γυναικών:

14. Σε ποια ηλικία είναι οι γυναίκες περισσότερο γόνιμες; _____ ετών

15. Σε ποια ηλικία υπάρχει μια μικρή μείωση στην ικανότητα των γυναικών να μείνουν έγκυες;?
_____ετών

16. Σε ποια ηλικία παρατηρείται σημαντική μείωση της ικανότητας των γυναικών να μείνουν
έγκυες;?_____ετών

Ερωτήσεις σχετικά με την πιθανότητα επίτευξης κύησης

17. Μια νεαρή γυναίκα (<25 ετών) και ένας άνδρας έχουν σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις κατά την στιγμή της ωορρηξίας – πόσο μεγάλη είναι η πιθανότητα να μείνει έγκυος; _____%

18. Μια γυναίκα και ένας άνδρας που έχουν τακτικά σεξουαλικές επαφές χωρίς προφυλάξεις για διάστημα 1 έτους: Πόσο μεγάλη είναι η πιθανότητα να μείνουν έγκυες οι γυναίκες;

α) αν είναι 25-30 ετών? _____%

β) αν είναι 35-40 ετών? _____%

Ερωτήσεις σχετικά με προβλήματα γονιμότητας

19. Πόσα ζευγάρια στην Ελλάδα είναι ακούσια άτεκνα;? _____ %

20. Ζευγάρια που υποβάλλονται σε θεραπεία με εξωσωματική γονιμοποίηση – ποιες είναι οι πιθανότητες, κατά μέσο όρο, να αποκτήσουν παιδί μετά από μία μόνο θεραπεία;? _____ %

21. Τι θα μπορούσε να επηρεάσει την ανδρική γονιμότητα? _____

Ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας

Survey for female respondents (Human Reproduction 2006)

Female students' attitudes towards having children

The questions in this survey concern your view on having children and what you believe/know about fertility. Please answer all questions.

First, a few questions about yourself

1. How old are you? _____ years

2. What programme do you attend? _____

3. How many semesters until your degree? _____ terms

4. What kind of housing do you have?

☐ Student dormitory ☐ Sublet apartment ☐ Lodging

☐ Own apartment/house ☐ Other: _____

5. In which country were you born? ☐ Sweden ☐ Other country: _____

6. In which country was your mother born? ☐ Sweden ☐ Other country: _____

7. In which country was your father born? ☐ Sweden ☐ Other country: _____

8. Do you live in a stable relationship? ☐ No ☐ Yes, since how long: _____

9. Have you ever been pregnant?

☐ No

☐ I don't know

☐ Yes

If yes, what happened? (mark one or several response alternatives)

☐ I had a baby, state how many; _____

☐ I had an abortion

- ☐ I had a miscarriage
- ☐ I am presently pregnant

10. Have you, together with a man, ever experienced problems with achieving a pregnancy?

- ☐ Yes ☐ No ☐ Have not tried

11. Do you plan to have children?

- ☐ Yes If yes How many children do you want? _____

At what age would you like to /did you have your first child? _____

At what age would you like to have your last child? _____

- ☐ No If no Do you want to comment on this: _____

12. How important is it for you to have children?

(indicate this by putting a cross on the line)

0 _____ 10

Unimportant

Extremely important

13. What would you do if you and your partner could not get pregnant? (put a cross on the line)

We would undergo in vitro fertilization (IVF) i

0 _____ 10

Entirely unlikely

Highly likely

We would adopt

[illegible]

f) That I have had time to travel and do other things

that may be difficult to do with children

g) Other, what: _____

15. To become a mother – how will this impact (has impacted) you and your life situation?

[illegible]

q) Other, what: _____ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Now to some questions about what you believe about the ability to have children

OBS! This is not a knowledge test – we want to know what YOU BELIEVE

Questions regarding women's fecundity

16. At what age are women the most fertile? _____ years

17. At what age is there a slight decrease in women's ability to become pregnant? ____ years

18. At what age is there a marked decrease in women's ability to become pregnant ? ____ years

Questions regarding men's and women's joint ability to achieve a pregnancy

19. A young women (<25 years) and a man have unprotected intercourse at the time of ovulation – how large is the chance that she will become pregnant? _____ %

20. A women and a man who regularly have unprotected intercourse during a period of 1 year: How large is the chance that the women will become pregnant

a) if she is 25-30 years old? _____ %

b) if she is 35-40 years old? _____ %

Some questions regarding problems with fecundity

21. How many couples in Sweden are involuntarily childless? _____ %

22. Couples that undergo treatment with IVF – what is their chance, on average, of getting a child after one treatment?
_____ %

23. What can have a negative impact on men's fertility? _____

Thank you for your help!

permission about questionnaire



Claudia Lampic <claudia.lampic@uu.se>



To: ✉ APMENH ANASTASIA

Wed 10/29/2025 10:17 AM

You replied on Wed 10/29/2025 11:01 PM

HR2006_female_eng.doc
42 KB

Show all 2 attachments (90 KB) Save all to OneDrive - Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Download all

Dear Anastasia

thank you for your e-mail. You are very welcome to use our questionnaire. Please find attached the English female and male versions that we used in the study published in Human Reproduction 2006.

I wish you all the best with your research!

Best regards,

/Claudia

