



**Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

**Σχολή Επιστημών Διοίκησης & Οικονομίας**

**Τμήμα Οικονομικών Επιστημών**

**Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**ΘΕΜΑ: "Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού  
με εξειδίκευση στον ελληνικό χώρο."**

**Στεφανίδου Άννα**

**Επιβλέπων καθηγητής: Φωτόπουλος Γεώργιος**

**Τρίπολη, Σεπτέμβριος 2013**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματεύεται το θέμα της γήρανσης του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα εστιάζει στις επιδράσεις της γήρανσης στην ελληνική επικράτεια. Σκοπό της εργασίας αποτελεί η παρουσίαση, ανάλυση και μελέτη του φαινομένου από τις προηγούμενες δεκαετίες μέχρι και τις ημέρες που διανύουμε. Ακόμη, δίνεται φως σε όλες τις εκφάνσεις του φαινομένου ενώ ταυτόχρονα εκτιμώνται και ερμηνεύονται δείκτες γήρανσης, εξάρτησης και θνησιμότητας. Εξετάζονται και αναλύονται επίσης βασικές δημογραφικές έννοιες όπως ο πληθυσμός, η γονιμότητα, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Επίσης, διερευνάται αν και κατά πόσο συμβάλλουν στη γήρανση του πληθυσμού ως παράγοντες η μετανάστευση και η αστικοποίηση. Ακόμη πραγματοποιείται περιγραφική ανάλυση του φαινομένου. Τέλος, σε μικρότερο βαθμό, γίνεται σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης και στο σύνολο του πλανήτη και αναφέρονται τα αίτια κι οι επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού ενώ προτείνονται μέτρα και πολιτικές αντιμετώπισης του φαινομένου αυτού.

Τα περισσότερα αριθμητικά στοιχεία αντλήθηκαν από τις προγενέστερες απογραφές πληθυσμού που πραγματοποιήθηκαν και δημοσιεύτηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Εμπειρική έρευνα δεν κρίθηκε σκόπιμο να διεξαχθεί για τις ανάγκες της συγκεκριμένης εργασίας. Εν κατακλείδι, στο τελευταίο μέρος της εργασίας γίνεται μία σύντομη αναφορά των όσων προηγήθηκαν και παρουσιάζονται τα βασικότερα συμπεράσματα αυτής με έμφαση στις συνέπειες της γήρανσης. Το παρόν συγγραφικό έργο φιλοδοξεί να αποτελέσει εφαλτήριο για επόμενα με στόχο πάντα την αέναη μάθηση και την προαγωγή της επιστήμης. Μια πρόταση σε μελλοντικούς ερευνητές που κατά την άποψη του γράφοντος θα παρουσίαζε ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι η εξέταση του φαινομένου σε βαλκανικό ή μεσογειακό ή ακόμη και πανευρωπαϊκό επίπεδο μιας και η παρούσα έρευνα αφορά κατά βάση τον ελλαδικό χώρο.

# Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	2
Περιεχόμενα .....	3
Κεφάλαιο 1ο: Εισαγωγή .....	4
Κεφάλαιο 2ο: Γονιμότητα .....	13
Κεφάλαιο 3ο: Ζητήματα Αναπαραγωγής στην Ελληνική Πραγματικότητα.....	39
Κεφάλαιο 4ο : Η Δημογραφική γήρανση στην Υφήλιο, στην Ευρώπη και στην Ελλάδα με έμφαση στην Ελληνική πραγματικότητα .....	58
Κεφάλαιο 5ο: Οι αιτίες της γήρανσης.....	78
Κεφάλαιο 6ο: Δείκτες δημογραφικής γήρανσης.....	84
Κεφάλαιο 7ο: Θνησιμότητα .....	90
Κεφάλαιο 8ο: Νοσηρότητα .....	96
Κεφάλαιο 9ο: Μετανάστευση .....	114
Κεφάλαιο 10ο: Αστικοποίηση .....	124
Επίλογος - Συμπεράσματα .....	137
Βιβλιογραφία.....	144

# **Κεφάλαιο 1ο: Εισαγωγή**

## **1.1 Ο Πληθυσμός – Γενικά στοιχεία**

Κατά τη μελέτη των κοινωνιών ανά τον κόσμο, ένα από τα βασικά μεγέθη που εξετάζονται αποτελεί ο πληθυσμός και η αντίστοιχη σύστασή του. Επί της ουσίας, όταν αναφερόμαστε στον πληθυσμό εννοούμε ένα κοινωνικό σύνολο το οποίο παρουσιάζει κοινά χαρακτηριστικά. Το μέγεθος και η σύνθεση του πληθυσμού αποτελούν δομικά χαρακτηριστικά. Δε χωρά αμφιβολία το γεγονός ότι κάθε θεώρηση σε κοινωνικό επίπεδο οφείλει να εξετάζεται υπό δυναμικό πρίσμα το οποίο θα εστιάζεται στην περιγραφή και διερεύνηση του μηχανισμού που ορίζει τόσο τη δομή όσο και την εξελικτική πορεία ενός πληθυσμού.

### **1.1.2 Σε παγκόσμιο επίπεδο**

Σύμφωνα με υπολογισμούς του ΟΗΕ (2012) ο πληθυσμός του πλανήτη ξεπερνά τα 7 δις. Η ανησυχία για την ξέφρενη αύξηση είναι έντονη, κατόπιν μίας μακράς περιόδου σταθερής ανάπτυξης του πληθυσμού με ακανόνιστες αυξήσεις. Είναι χαρακτηριστικό ότι έντεκα χώρες αντιπροσωπεύουν το 59% του παγκόσμιου πληθυσμού, με περισσότερους από εκατό εκατομμύρια κατοίκους. Ο ΟΗΕ έχει διαμορφώσει τρία ενδεχόμενα σενάρια όσον αφορά την πορεία του παγκόσμιου πληθυσμού μέχρι το 2050. Σύμφωνα με το πρώτο ο πληθυσμός δε θα ξεπεράσει τα 8 δις, με το μέσο σενάριο να αντιστοιχεί σε 9 δις και με το υψηλότερο να υποστηρίζει πληθυσμό 10 δις και άνω.

### **1.1.3 Ο πληθυσμός στην Ευρωπαϊκή Ένωση**

Όσον αφορά την κατάσταση που επικρατεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση κυριαρχεί η αίσθηση ότι ο πληθυσμός της Ευρώπης θα περιέλθει σε μία κατάσταση στασιμότητας. Οι πλέον σημαντικοί λόγοι που συνηγορούν στην αναμενόμενη ελάττωση του πληθυσμού και τη συρρίκνωση του ρυθμού φυσικής αύξησης είναι η γήρανση του πληθυσμού και τα χαμηλά επίπεδα γονιμότητας. Προκειμένου να ανατραπεί η κατάσταση θα πρέπει να παρατηρηθεί συνεχής ροή μετανάστευσης προς διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

## 1.2 Η πυραμίδα των ηλικιών

Σε μια δημογραφική ανάλυση πρωτεύοντα ρόλο διαδραματίζουν το φύλο και η ηλικία. Η κατανομή ενός πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία αποτελεί δομικό στοιχείο κάθε ανάλυσης για την κοινωνία. Ο όρος πυραμίδα ηλικιών ουσιαστικά αναφέρεται στη διαγραμματική απεικόνιση της κατανομής του πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για ένα διπλό ιστόγραμμα, το οποίο ακολουθεί την εξής διάταξη: από την αριστερή πλευρά παρουσιάζεται ο πληθυσμός των ανδρών ενώ από τη δεξιά ο αντίστοιχος των γυναικών. Στον κάθετο άξονα έχει τοποθετηθεί η ηλικία σε κλίμακες. Στους παράγοντες που καθορίζουν την τελική διαμόρφωση της εικόνας μιας πυραμίδας ηλικιών περιλαμβάνονται η γεννητικότητα, η θνησιμότητα και η μετανάστευση. Σε αυτή συνοψίζεται το ιστορικό παρελθόν μιας δέσμης εκατό γενεών (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004). Για πληροφοριακούς λόγους θα μπορούσε στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι είναι δυνατή η κατηγοριοποίηση της πυραμίδας ηλικιών ως ακολούθως:

1. Νεάζοντος πληθυσμού: όπου η υψηλή γεννητικότητα είχε ως αποτέλεσμα τη διεύρυνση της βάσης, ενώ υπάρχει στενή κορυφή.
2. Ωριμου πληθυσμού: με αναλογικότητα - κανονικότητα στη διάταξη των ηλικιακών στρωμάτων.
3. Γηρασμένου πληθυσμού: συρρικνωμένη βάση (χαμηλή γεννητικότητα) και διευρυμένη κορυφή (υψηλά ποσοστά γήρανσης).

Ο ρυθμός μεταβολής στο νεάζοντα πληθυσμό είναι θετικός και υψηλός, ενώ στο γηρασμένο είναι είτε αρνητικός είτε θετικός αλλά μικρός. Σημειώνεται ότι υπάρχει φυσική και μεταναστευτική κίνηση, όπου η συνισταμένη τους καθορίζει τη μεταβολή του μεγέθους του πληθυσμού. Οι μεταβολές των χαρακτηριστικών του μεγέθους του πληθυσμού εξαρτώνται από τις διαρθρωτικές και ποιοτικές ιδιαιτερότητες των δημογραφικών φαινομένων, καθώς επίσης από τις μεταβολές των κοινωνικοοικονομικών δομών (εκπαίδευση, οικονομία, εργασία) (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004).

### 1.2.1. Παιδικός πληθυσμός

Η αναμφισβήτητη μείωση του παιδικού πληθυσμού, δηλαδή ατόμων ηλικίας 0-14 ετών στην Ελλάδα έχει ιστορική και κοινωνικοοικονομική βάση. Η αισθητή μείωση του ποσοστού του παιδικού πληθυσμού ιστορικά δικαιολογείται από τη μετάβαση της

Ελλάδας (μεταπολεμικά) στις λεγόμενες αναπτυσσόμενες χώρες του δυτικού κόσμου. Κύρια χαρακτηριστικά αυτής της κοινωνικής και οικονομικής φάσης αποτελούν αρχικά η μαζική μετανάστευση του κυρίως παραγωγικού τμήματος του πληθυσμού σε ξένες χώρες, αλλά και η μείωση της γαμλιότητας και των γεννήσεων, με άμεσα αποτελέσματα τη δημογραφική γήρανση (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004).

Παράλληλα, η οικονομική προσχώρηση της χώρας μας σταδιακά στο μοντέλο των αναπτυσσόμενων χωρών της δύσης κοινωνικά μεταφράζεται σε μείωση των γεννήσεων και της γαμλιότητας. Η μείωση των παιδιών κατά οικογένεια, καθώς θεωρείται ιδιαίτερα υψηλό πλέον το κόστος ανατροφής ανά παιδί και η πτώση των γάμων και των γεννήσεων, οδηγούν σε γενικότερη μείωση του παιδικού πληθυσμού, καθώς η ουσιαστική εκμηδένιση της βρεφικής θνησιμότητας δε μπορεί να καλύψει το μεγάλο αυτό έλλειμμα.

Επίσης, τονίζεται ότι το κοινωνικό status που επικρατεί στην εποχή μας γίνεται αντιληπτό ότι καθορίζει και τον αριθμό των παιδιών ανά οικογένεια. Άτομα με επαγγελματικό κύρος, οικονομική κάλυψη κλπ. έχουν και ανάλογα χαρακτηριστικά (π.χ. δεν κάνουν πολλά παιδιά).

Στο σημείο αυτό θα μπορούσε να σημειωθεί ότι στη σύγχρονη κοινωνία το ποσοστό του παιδικού πληθυσμού καθορίζεται από μία σειρά κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων. Από την πλευρά του κράτους η ενδεχόμενη αύξηση των δημόσιων δαπανών για διαρθρωτικά έργα που ευνοούν τις γεννήσεις μπορεί να δώσει κάποια ώθηση. Πιο συγκεκριμένα, ένα μέρος του σχετικού κόστους μπορεί να αναληφθεί από την ύπαρξη έργων υποδομής, όπως υγεία, εκπαίδευση, αθλητισμός, οικογενειακά προγράμματα κάλυψης κλπ..

### **1.2.2. Παραγωγικός πληθυσμός**

Το δυναμικότερο τμήμα του πληθυσμού αποτελεί ο αποκαλούμενος παραγωγικός πληθυσμός. Αντιστοιχεί στα άτομα ηλικίας 15-64 ετών, όπου κατά γενική ομολογία αποτελούν τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό, αλλά και σύνολο με τη μεγαλύτερη αναπαραγωγική δυναμική.

### **1.2.3. Γεροντικός πληθυσμός**

Η δημογραφική γήρανση αντιστοιχεί σε μια αύξηση του ποσοστού των υπερηλίκων (ηλικίας άνω των 65) πάνω από το επίπεδο του 10%. Η εκτεταμένη μείωση της

γεννητικότητα σε συνδυασμό με την άνοδο της μέσης διάρκειας ζωής έχει εντείνει την αίσθηση ανησυχίας για τη διεύρυνση της κορυφής στην πυραμίδα ηλικιών. Το φαινόμενο είναι γνωστό και ως γήρανση κορυφής και σταδιακά οδηγεί στη γήρανση του πληθυσμού, καθώς η δυνατότητα πιθανής αντιστάθμισης από την αύξηση του παιδικού πληθυσμού περιορίζεται στην εποχή μας. Η αύξηση των μεγάλων ηλικιών τονίζεται ότι ευνοείται από τη βελτίωση των συνθηκών ζωής, την πρόοδο της ιατρικής και άλλους παράγοντες (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004).

### **1.3 Ο ορισμός της δημογραφικής γήρανσης**

Με τον όρο δημογραφική γήρανση νοείται το φαινόμενο της σταδιακής μετατόπισης της ηλικιακής δομής του πληθυσμού προς τις υψηλότερες ηλικίες, δηλαδή η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων στο συνολικό πληθυσμό. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης ή γήρανσης του πληθυσμού έχει προκαλέσει το έντονο ενδιαφέρον των επιστημόνων τα τελευταία χρόνια. Μέχρι τα μέσα του εικοστού αιώνα, παρά το γεγονός ότι ο πληθυσμός των ηλικιωμένων σχεδόν διπλασιάστηκε σε αρκετές χώρες της Ευρώπης, ελάχιστες συζητήσεις είχαν γίνει γύρω από το θέμα αυτό.

Πληθώρα δημογραφικών μελετών έχει ασχοληθεί με το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού, τα αίτια και τις επιπτώσεις της. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο το ενδιαφέρον εστιάζεται στις δημογραφικές αλλαγές που πρόκειται να συντελεστούν στα κράτη μέλη της Ένωσης, όχι μόνο από τη δημογραφική σκοπιά.

Η δημογραφική γήρανση δεν είναι απλό ζήτημα και για να την προσεγγίσουμε με ορθό τρόπο θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι για να προβλέψουμε το μέλλον θα πρέπει να κατανοήσουμε το παρελθόν και να το συνδέσουμε με τις εξελίξεις που σημειώθηκαν σε τρία δημογραφικά φαινόμενα - κλειδιά:

- τη γονιμότητα,
- τη θνησιμότητα
- τη μετανάστευση

Τα σημαντικότερα αίτια της γήρανσης αποτελούν η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου επιβίωσης, ο έλεγχος της γονιμότητας και οι μεταναστεύσεις. Άλλοι παράγοντες που ενίσχυσαν αυτή την τάση και επιτάχυναν το ρυθμό γήρανσης αφορούν την εκβιομηχάνιση, την αστικοποίηση και τον περιορισμό του κράτους πρόνοιας.

Η μεταβολή και η ταχύτητα της δημογραφικής γήρανσης εκφράζονται συνήθως από την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό, καθώς κι από άλλους δημογραφικούς δείκτες που δύναται να περιγράψουν τη γήρανση.



## 1.4 Βασικές δημογραφικές έννοιες

Όλοι οι άνθρωποι, χωρίς εξαίρεση παρουσιάζουν ορισμένα κοινά γνωρίσματα που αφορούν τις φάσεις της ζωής τους. Τέτοια είναι τα εξής στάδια:

- νήπιο
- παιδί
- έφηβος
- μεσήλικας
- ηλικιωμένος

Η έννοια του γήρατος δεν έχει έναρξη συμβατικά καθορισμένη και διαφέρει από εποχή σε εποχή.

Ο Πυθαγόρας ξεχώριζε τη ζωή σε 4 περιόδους, διάρκειας 20 χρονών η καθεμιά, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία (άνοιξη) από 0-20 ετών, η εφηβεία (καλοκαίρι) από 20-40 ετών, η νεότητα (φθινόπωρο) από 40-60 ετών και τα γηρατεία (χειμώνας) από 60- 80 ετών ενώ ο Αριστοτέλης εντόπιζε τη φυσική ωριμότητα στα 35 και την πνευματική στα 49 έτη (Έμκε - Πουλοπούλου 1999).

Σήμερα θα μπορούσαμε να κατατάξουμε ένα άτομο στην κατηγορία των ηλικιωμένων μετά το πέρασμά του από την ηλικία των 65 ετών. Πολλές δεκαετίες πριν ήταν τα 60 ενώ συζητείται για τα επόμενα έτη να είναι τα 70 έτη. Υπάρχει βέβαια και η διαφοροποίηση μεταξύ "τρίτης ηλικίας" (από 60 ή 65 ετών μέχρι 75)<sup>1</sup> και "τέταρτης ηλικίας" (75 ετών και άνω).

---

1

Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, οι γυναίκες συνταξιοδοτούνται γρηγορότερα από τους άνδρες (στο 60ο έτος), ενώ σε πολλά επαγγέλματα που κυρίως προσελκύουν άνδρες, η αναλογία συμμετοχής μειώνεται σημαντικά στο κλιμάκιο 60 - 65 ετών με συνέπεια τα στατιστικά δεδομένα να έχουν ως σημείο εκκίνησης είτε το 60ο είτε το 65ο έτος αντίστοιχα (Franco 1996). Υποτίθεται ότι μετά το όριο των 60 ή 65 ετών ο ηλικιωμένος δε συμμετέχει στην οικονομικά ενεργό ζωή, ενώ μετά τα 75 του χρόνια έχει συνήθως την ανάγκη παρακολούθησης και στήριξης από τρίτους.

Ο καθορισμός των ανώτατων και των κατώτατων ηλικιακών ορίων, δείχνει την αναλογία των εξαρτημένων ατόμων που επιβαρύνει τα άτομα παραγωγικής ηλικίας τη στιγμή που η διαδικασία της γήρανσης σχετίζεται με τη διανομή του εισοδήματος, τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό, την ικανότητα για εργασία και την παραγωγικότητα της εργασίας, τις παραγωγικές επενδύσεις, την αύξηση των υγειονομικών δαπανών, το ασφαλιστικό σύστημα, την ισχύουσα νομοθεσία κ.κ. (United Nations 1996, Μπαλούρδος και Τζωρζοπούλου 1994, Μπαλούρδος 1997, Σιάμπος 1993).

## 1.5 Δημογραφικές Θεωρίες

Οι δημογραφικές θεωρίες για την εξέλιξη του πληθυσμού και τη μελλοντική πορεία του είναι η Θεωρία της Δημογραφικής Μετάβασης, η θεωρία του Saunv και η θεωρία του κύκλου. Τις θεωρίες αυτές θα αναλύσουμε στη συνέχεια.

### 1.5.1 Θεωρία της Δημογραφικής Μετάβασης

Η θεωρία αυτή αποτέλεσε ένα χρήσιμο εργαλείο κατά τη μελέτη των δημογραφικών εξελίξεων, αρχικά στη Δυτική Ευρώπη και έπειτα σε όλο τον πληθυσμό του πλανήτη. Ακολουθεί τις εξελίξεις της οικονομικής ανάπτυξης και της κοινωνικής αναβάθμισης από τον 19ο αιώνα μέχρι τις μέρες μας.

Αποτελείται από τέσσερις διαδοχικές φάσεις της γονιμότητας και της θνησιμότητας. Οι φάσεις αυτές προσδιορίζονται από εξωγενείς παράγοντες, όπως η εκβιομηχάνιση, ο ρόλος των γυναικών στην κοινωνία κ.ά. Με τη θεωρία αυτή παρατηρούνται οι αλλαγές στα επίπεδα της θνησιμότητας και της γονιμότητας (από εξαιρετικά υψηλά σε εξαιρετικά χαμηλά) και οι επιπτώσεις στη φυσική αύξηση που επιφέρουν οι αλλαγές αυτές.

Πίνακας :Οι φάσεις της δημογραφικής μετάβασης

Φάσεις	Θνησιμότητα	Γονιμότητα	Φυσική Αύξηση
Πρώτη	Υψηλή	Υψηλή	Χαμηλή
Δεύτερη	Σε πτώση	Υψηλή	Αυξανούσα
Τρίτη	Σε πτώση	Σε πτώση	Αυξανούσα
Τέταρτη	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή

*Πηγή: Κοτζαμάνης Β. (Δημογραφική Μετάβαση)*

Κατά την πρώτη φάση (προμεταβατική), τα ποσοστά γεννητικότητας και θνησιμότητας είναι εξαιρετικά υψηλά (45 % για τη γεννητικότητα και 40 % για τη θνησιμότητα) και η φυσική αύξηση σχετικά χαμηλή (5% ετησίως).

Κατά τη δεύτερη φάση, η θνησιμότητα τείνει να μειώνεται, κυρίως λόγω της καλύτερευσης του βιοτικού επιπέδου. Από την άλλη η γονιμότητα παραμένει υψηλή, έχοντας ως αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά φυσικής αύξησης.

Κατά την τρίτη φάση, η θνησιμότητα εξακολουθεί να μειώνεται, λόγω της προόδου της ιατρικής και της δημόσιας υγείας αυτή τη φορά. Ωστόσο, στη φάση αυτή αρχίζει η πτωτική πορεία και η γεννητικότητα. Ο συνδυασμός των δύο αυτών φθινουσών

πορειών, συμβάλλει στην ταχεία συρρίκνωση του ετήσιου ποσοστού φυσικής αύξησης.

Στην τέταρτη φάση (μετα-μεταβατική), οι δύο παράγοντες που μελετώνται φτάνουν στα ίδια χαμηλά επίπεδα (περίπου στο 10 %) και το ποσοστό φυσικής αύξησης τείνει να γίνει μηδενικό.

### **1.5.2 Αύξηση πληθυσμού ή γήρανση.**

Αρχικά το δίλημμα τέθηκε από το Γάλλο A. Sauvy: «Αύξηση του πληθυσμού ή γήρανση;» και στη συνέχεια απασχόλησε τον κόσμο ευρύτερα. Στο σενάριο όπου ο θάνατος καθυστερεί και η ζωή επεκτείνεται ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων τείνει να αυξάνει. Ωστόσο, για να εξακολουθήσει να υπάρχει ισορροπία στις ηλικιακές ομάδες, θα πρέπει να σημειωθεί η ίδια αύξηση και στις υπόλοιπες ηλικίες. Κάτι τέτοιο όμως θα δημιουργούσε σοβαρά οικονομικά θέματα. Κυρίως στο Δυτικό κόσμο, όπου παρατηρείται αύξηση του πληθυσμού και οι ηλικιωμένοι αποτελούν μεγάλο οικονομικό βάρος το παρών δίλημμα είναι από καιρό στο προσκήνιο.

### **1.5.3 Η θεωρία του κύκλου.**

Στην Ευρωπαϊκή Διάσκεψη Πληθυσμού του Στρασβούργου το 1982 διατυπώθηκαν δύο απόψεις: Η πρώτη (αισιόδοξη άποψη) υποστήριζε ότι η γονιμότητα θα επανέλθει χωρίς εξωτερικές επιδράσεις στο επίπεδο ή λίγο πιο πάνω από εκείνο που εξασφαλίζει την αντικατάσταση των γενεών (2,1 παιδιά ανά γυναίκα), όπως έγινε από το 1955 ως το 1964. Δε θα πρέπει να φοβάται κανείς τη μείωση του πληθυσμού, αλλά θα παραμείνουν ανωμαλίες στην κατά ηλικία δομή του πληθυσμού που προκαλούν οικονομικές δυσχέρειες.

Η δεύτερη άποψη (απαισιόδοξη άποψη) ισχυριζόταν ότι ο κύκλος των τελευταίων τεσσάρων δεκαετιών ήταν ένα εξαιρετικό γεγονός. Η ανάκαμψη της γονιμότητας μέχρι το 1964 ήταν αντίδραση στις απώλειες του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου που ενισχύθηκε από τη μεγάλη οικονομική άνοδο της δεκαετίας του 60. Στο μέλλον θα διατηρηθεί η χαμηλή γονιμότητα, χαμηλότερη του ορίου που εξασφαλίζει την αντικατάσταση των γενεών εξαιτίας της εξέλιξης των ηθών, της διαφοροποίησης του θεσμού του γάμου, της αύξησης των διαζυγίων, της γενίκευσης της αντισύλληψης και της άμβλωσης. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία η προοπτική για την Ευρώπη είναι η γήρανση που θα συνοδευτεί από μείωση του πληθυσμού (Εμκε-Πουλοπουλου 1999).

# Κεφάλαιο 2ο: Γονιμότητα

## 2.1. Η Γονιμότητα και δημογραφία

Είναι γεγονός ότι η γονιμότητα<sup>2</sup> αποτελεί μια θεματική για πολλούς επιστημονικούς κλάδους και με ξεχωριστό κάθε φορά πρίσμα ιδωμένη. Η γονιμότητα απασχολεί τους δημογράφους κατά κύριο λόγο ποσοτικά<sup>3</sup> οι οποίοι ξεχωρίζουν ανάμεσα σε πλειάδα αριθμών, εκείνους που αντιστοιχούν «στο συνολικό αριθμό παιδιών ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας»<sup>4</sup>. Για τους οικονομολόγους, η γονιμότητα αποτελεί ένα εργαλείο προβολών και στατιστικών αναλύσεων που εξυπηρετεί τη μελέτη των οικονομικών εξελίξεων και την αποτύπωση αποδοτικότερων υπολογισμών σε επίπεδο μικρο και μακρο-οικονομίας. Για τους κοινωνικούς δημογράφους, τους κοινωνιολόγους και γενικότερα τους κοινωνικούς επιστήμονες, η γονιμότητα ενδιαφέρει ως μέτρο αναπαραγωγικής συμπεριφοράς, ως τάση και στάση, ως επιλογή

---

2

Ο όρος γονιμότητα δηλώνει την αναπαραγωγική ικανότητα ενός πληθυσμού και παραπέμπει στην αναπαραγωγική ικανότητα του γυναικείου φύλου. Εκφράζει δηλαδή τον αριθμό των γεννήσεων στον πληθυσμό γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας (15-49 ετών) σε ετήσια βάση. Συχνά ο όρος γονιμότητα συγχέεται με τον όρο της γεννητικότητας και στην πραγματικότητα δε διαφέρουν και πολύ. Ο όρος γεννητικότητα χρησιμοποιείται για να δηλώσει τη συχνότητα των γεννήσεων σε ένα πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα ο δείκτης της γεννητικότητας ή αλλιώς Αδρός δείκτης Γεννήσεων (CBR) δίνει την αναλογία των γεννήσεων σε πληθυσμό 1.000 ατόμων σε ετήσια βάση. Παπαδάκης Μ. , Τσίμπος Κ., Δημογραφική Ανάλυση Αρχές- Μέθοδοι- Υποδείγματα, Εκδόσεις Αθ. Σταμούλης, Αθήνα 2004, σελ.251 και Κοτζαμάνης Β., «Γεννητικότητα- Γονιμότητα», (Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων)

3

«Η Δημογραφία είναι επιστήμη, η οποία έχει ως αντικείμενο της την ποσοτική κυρίως μελέτη των ανθρώπινων πληθυσμών, από απόψεως μεγέθους, δομής και αναπτύξεως αυτών». Για περισσότερα βλ. Σιάμπος, Σ. Γ. (1993). Δημογραφία, Αθήνα, Το Οικονομικό, σ. 2.

4

Ο ορισμός αυτός περιγράφει τον συντελεστή συνολικής γονιμότητας. Βλ. ο.π Σιάμπος, Σ. Γ., σ. 256.

αλλά και ως βασικός άξονας για την κατανόηση κοινωνικών προβλημάτων που απορρέουν από αυτήν. Επίσης, η χαμηλή γονιμότητα μπορεί να αποτελέσει αφορμή αντιπαράθεσεων αλλά και ανησυχίας για τον πολιτικό κόσμο, ο οποίος καλείται να συνδράμει με λύσεις και μέτρα έναντι των πολύπλευρων συνεπειών του φαινομένου αυτού. Σε ένα άλλο επίπεδο, εμπνέει βιολόγους-γενετιστές και κοινωνιο-ψυχολόγους όπως τον King Berkowitz (Morgan et al., 2001), οι οποίοι εισάγουν τη μελέτη του φαινομένου σε ένα θεωρητικό πλέγμα γύρω από τη «γενετική συμπεριφορά» (behavioural genetics). Τέλος, η ιατρική δημογραφία συγκαταλέγεται στους επιστημονικούς κλάδους, που σχετίζονται άμεσα με τη μελέτη της γονιμότητας και ασχολείται κατά κύριο λόγο με τη «βιολογική αναπαραγωγική ικανότητα του ανθρώπινου γένους» (Παπαευαγγέλου et al., 1992). Το γεγονός ότι υπάρχουν πολλοί επιστημονικοί κλάδοι που ασχολούνται με τη γονιμότητα, δηλώνει την πολυμορφία και την ιδιαιτερότητα του θέματος.

Η μελέτη της γονιμότητας μέσα μόνο από τα ποσοστά και τους αριθμούς μπορεί να ενέχει κίνδυνο «μονολιθικής» προσέγγισης, χωρίς να απαντά ουσιαστικά σε όλα αυτά που επιφυλάσσει για τις κοινωνίες όταν το ποσοστό αναπαραγωγής σε αυτές είναι χαμηλό. Στην παρούσα μελέτη η γονιμότητα απασχολεί ως μια μεταβλητή που ανήκει περισσότερο στη σφαίρα της «ποιοτικής» προσέγγισης παρά σε εκείνη των αριθμών που διέπουν την «ποσοτική δημογραφία»<sup>5</sup>. Πιο ειδικά, εστιάζομαστε στη γονιμότητα όχι ως δείκτη ή ποσοστό ούτε όμως και ως θεματική καταστροφολογίας γύρω από το μέλλον του δυτικού κόσμου, ο οποίος κλυδωνίζεται από την πληθυσμιακή γήρανση (Harper et al., 2008) όπως καταδεικνύει η παγκόσμια έρευνα για τη γήρανση (The Global Ageing Survey). Η γονιμότητα ενδιαφέρει ως μεταβλητή στο πλαίσιο μιας μεταβαλλόμενης πολιτισμικής πραγματικότητας όπου θέτει νέα δεδομένα στη φιλοσοφία απόκτησης παιδιού.

Για να γίνει κατανοητή η φιλοσοφία τεκνοποίησης έτσι όπως εκφράζεται τώρα, είναι αναγκαία μια ιστορική αναδρομή σε ότι αφορά στο φαινόμενο της γεννητικότητας

έχοντας ως αφετηρία τα πρώτα εκείνα δείγματα γραφής που έδωσαν μια διαφορετική ματιά στη μελέτη του φαινομένου. Υπό αυτό το σκεπτικό, η δημογραφική επανάσταση είναι ένας όρος που εισήγαγε στη Γαλλία στα πρώτα μισά του 20<sup>ου</sup> αιώνα, ο Adolphe Landry (Girard, 1982), που έδωσε τα πρώτα θεμέλια για συζητήσεις γύρω από τη γονιμότητα. Συγκεκριμένα για τον Landry η διάδοση της αντισύλληψης αποτέλεσε μια επανάσταση καθώς εισήγαγε νέες εκφάνσεις γύρω από το ευ ζην, την κοινωνική εξέλιξη, τη βελτίωση των υλικών όρων ζωής. Την περίοδο αυτή φάνηκε για πρώτη φορά το θέμα της επιλογής τεκνοποίησης να μετατοπίζεται από κοινωνικά κριτήρια που αντιστοιχούσαν σε πιέσεις από τον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο και την εκκλησία, σε εκλογικευμένα και εξατομικευμένα κριτήρια. Η αφορμή για τη μετατόπιση ήταν η καθιέρωση μέτρων και πρακτικών αντισύλληψης, αλλά και σε ένα σημαντικό βαθμό είχε να κάνει με ιστορικό-οικονομικούς παράγοντες όπως ήταν η διεύρυνση των φαινομένων μετακίνησης πληθυσμού, της αστυφιλίας, της μετανάστευσης, της εκβιομηχάνισης κτλ. Ουσιαστικά, μπορεί κανείς να δεχθεί ότι ήταν το πρώτο ερέθισμα για τη μελέτη της πορείας της γονιμότητας μέσα σε ένα νέο πλαίσιο, μέχρι αυτή να οδηγηθεί στη σημερινή της πραγματικότητα, με τη μορφή της υπογεννητικότητας.

Σε ένα άλλο επίπεδο, η θεωρία της «δημογραφικής μετάβασης» έτσι όπως διαστασιοποιήθηκε από τον Frank Wallace Notestein (1945) έχει τη δική της βαρύτητα ώστε να δώσει μια πιο ευρεία οπτική στη μελέτη της γεννητικότητας. Ο εν λόγω ακαδημαϊκός ως ιδρυτικό στέλεχος του Γραφείου Πληθυσμιακών Ερευνών των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (Office of Population Research), μέσα από την ερευνητική δράση του σε αυτό<sup>6</sup> αλλά και ως πρόεδρος του Population Division των Ηνωμένων Εθνών, έφερε στο επίκεντρο της συζήτησης το δημογραφικό πέρασμα των χωρών από πέντε στάδια μετάβασης ενώ σε ότι αφορά στο συντελεστή γονιμότητας, εισήγαγε ως ποιοτικά στοιχεία στη μελέτη του φαινομένου, κοινωνικούς και

«Ο ακαθάριστος συντελεστής γεννητικότητας ή ακαθάριστο ή αδρό ποσοστό γεννητικότητας», αποτελεί ένα συντελεστή μέτρησης της γονιμότητας και χαρακτηρίζει τη «σχέση μεταξύ του συνολικού αριθμού των γεννήσεων ενός ημερολογιακού έτους δια το μέσου πληθυσμού του έτους, εκφραζόμενος συνήθως ως ο αναλογών αριθμός γεννήσεων σε 1.000 κατοίκους», Για περισσότερα, ο.π. Σιάμπος, Σ. Γ., σ. 256.

ψυχολογικούς παράγοντες. Με αυτό τον τρόπο άρχισε να διαφαίνεται η ανάγκη για κατανόηση των διαστάσεων της πληθυσμιακής αλλαγής η οποία περνάει μέσα από ένα πρίσμα όπου συναντιούνται κοινωνικές, οικονομικές και ιατρικές μεταβλητές οδηγώντας με αυτό τον τρόπο στην ενασχόληση και με τις πολιτισμικές διαστάσεις κατά τη θεώρηση του φαινομένου.

Τα παραπάνω δίνουν ουσιαστική αφορμή, προκειμένου να «συναντήσουμε» τους δύο σημαντικότερους εκφραστές της «δεύτερης δημογραφικής μετάβασης», Ronny Lesthaeghe (1995) και Dirk Van De Kaa (2008). Οι δύο επιστήμονες, εμπλούτισαν σημαντικά τη μελέτη του φαινομένου μιλώντας για τους βασικότερους παράγοντες της δεύτερης δημογραφικής μετάβασης ανάμεσα στους οποίους συγκαταλέγουν τα εξής: την καθυστέρηση της γονιμότητας, τις δημογραφικές ενδογενείς αλλαγές που συντελούνται στη δομή της οικογένειας και της δυναμικής της, την καθιέρωση νέων μορφών οικογένειας, την αριθμητική αύξηση των διαζυγίων και των τεκνοποιήσεων εκτός γάμου. Επιπρόσθετα μέσα από το πιο πρόσφατο έργο του Robert Cliquet (2010) καθώς και την ερευνητική δράση του στο “Network for integrated European Population Studies” (NIEPS) στη μελέτη της γονιμότητας ως θεματική, προστίθεται η διάσταση της «οικειοθελούς ατεκνίας» που επιτυγχάνεται είτε μέσα από τη διακοπή κυοφορίας είτε μέσα από την καθολική απροθυμία για τεκνοποίηση. Ο Cliquet σήμερα κάνει λόγο για διαφοροποίηση της βιολογικής κληρονομιάς όσον αφορά στην αντιμετώπιση της τεκνοποίησης, η οποία έρχεται σε σύγκρουση με μια νεωτεριστική πραγματικότητα όπου οι βιο-κοινωνικές προκλήσεις ενδυναμώνονται, τοποθετώντας το σημερινό άνθρωπο σε ένα πεδίο ατομικιστικό κάτω από το οποίο πλέον δρα και δρομολογεί τις αποφάσεις ζωής του. Στο πλαίσιο μελέτης του Cliquet, προστίθενται η ομοφυλοφιλία, η τέλεση δεύτερου γάμου, η συμβίωση ή συγκατοίκηση των εν δυνάμει γόνιμων ατόμων που συνδράμουν σε βιο-κοινωνικές διαδράσεις οι οποίες μπορούν να έχουν αντίκτυπο στην επιλογή τεκνοποίησης κάτω από τη διάσταση πολιτισμικών μεταρρυθμίσεων.

Εμπλουτίζοντας τη μελέτη του φαινομένου της γονιμότητας, πολιτισμική χροιά φαίνεται να έχουν και τα ευρήματα της ευρωπαϊκής έρευνας “Improving Policy Responses and Outcome Socio-economic” (IPROSEC) στο πλαίσιο της οποίας



διερευνήθηκε η σχέση κοινωνικών και δημογραφικών τάσεων και πολιτικών μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών του Βορρά και του Νότου που αφορούν τη γονιμότητα. Μέσα από την έρευνα προέκυψε η ανάγκη για μια πιο ευρεία θεώρηση των εν δυνάμει πολιτικών γύρω από τη γονιμότητα η οποία λαμβάνει υπόψη κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες ζωής, τάσεις και ανάγκες του σύγχρονου ατόμου που καλείται να ανταπεξέλθει σε πολύεδρους ρόλους. Σύμφωνα με την έρευνα η ανάπτυξη πολιτικών που να πλαισιώνουν την απόφαση τεκνοποίησης των πολιτών δε μπορεί παρά να νοείται στο πλαίσιο μιας πρόκλησης όπου στις πολιτικές πρακτικές θα πρέπει να συνυπολογίζονται η νέα πραγματικότητα του ατόμου αλλά και η φιλοσοφία που συνδυαστικά το άτομο αναπτύσσει μέσα από το σύνολο των εκφάνσεων της ζωής του.

Μέχρι στιγμής, η επιστήμη της δημογραφίας συνδέεται με την ποσοτική διερεύνηση κλασικών και εμφανών προσδιοριστικών παραγόντων του εν λόγω φαινομένου, που είναι η χαμηλή γεννητικότητα, η θνησιμότητα, και κατ' επέκταση η απουσία πολιτικών ενίσχυσης της γονιμότητας. Η δημογραφική μετάβαση όμως, όπως τη μελετούν οι παραπάνω δημογράφοι αλλά και η διάσταση της νεωτεριστικής πραγματικότητας η οποία φαίνεται να αποκτά ηχηρό ρόλο, δίνει αφορμή για την προσέγγιση προσδιοριστικών παραγόντων της γονιμότητας που έχουν έμμεσο ή ειδικό ρόλο και χρήζουν ποιοτικής προσέγγισης. Πέρα όμως από το διαχωρισμό μεταξύ εμφανών και ειδικών (δευτερευόντων) παραγόντων, το σημαντικό είναι ότι ανοίγει ή θα πρέπει να διανοιχθεί ο δρόμος προκειμένου κανείς να αντιμετωπίσει το φαινόμενο με μια πιο σφαιρική ματιά όπως το απαιτεί η σύγχρονη πραγματικότητα, διαμορφώνοντας ένα αναλόγιο για συζήτηση και διεύρυνση του ορίζοντα μελέτης του φαινομένου μέσα και από νέες θεωρητικές πτυχές.

## 2.2 Ποσοτικά δεδομένα γονιμότητας μελέτη της Ελλάδας

Στις ΗΠΑ και στη Βόρεια Ευρώπη το «μικρόβιο» για τη διερεύνηση των θεμάτων γονιμότητας και μέσα από την πολιτισμική πραγματικότητα του ατόμου φαίνεται μέσα από τα παραπάνω επιστημονικά ερεθίσματα να είναι ενεργό. Τι γίνεται όμως στην περίπτωση της Ελλάδας που ως κύριος τόπος προσοχής της έρευνας, αποτελεί μια από τις χώρες της μεσημβρινής Ευρώπης, για την οποία δεν έχει αξιολογηθεί εκτενώς ο ρόλος της νεωτερικότητας και των σύγχρονων στάσεων, αντιλήψεων τουλάχιστον γύρω από το ζήτημα της γονιμότητας; Η Ελλάδα ανάμεσα σε άλλες χώρες της Δύσης την τελευταία εικοσαετία έχει απασχολήσει για τα χαμηλά ποσοστά γονιμότητας που εμφανίζει καθώς και την πορεία της σε όλο αυτό που ονομάζεται δημογραφική μετάβαση στο βαθμό που επιδέχεται όπως και άλλες χώρες της Μεσογείου σημαντική τροποποίηση της παραδοσιακής της ταυτότητας και εικόνας<sup>7</sup>. Η χώρα (Sandre et al., 1999) βρίσκεται σε εκείνο το στάδιο της δημογραφικής μετάβασης (Chesnais, 1986) που χαρακτηρίζεται από χαμηλούς δείκτες γονιμότητας και θνησιμότητας οι οποίοι βαίνουν σχεδόν παράλληλα, συμπαρασύροντας την στην ονομαζόμενη «δεύτερη δημογραφική μετάβαση» (Chesnais, 1986) και κατά συνέπεια σε μια πιο οξεία έκφανση της αλλαγής του δημογραφικού της τοπίου, προς μια κοινωνία εξαρτώμενων ηλικιωμένων.

Όσον αφορά τα παραπάνω, η έννοια «υπογεννητικότητα» είναι δημοφιλής σε επιστημονικούς και μη κύκλους, ενώ παράλληλα ενέχονται παράγοντες που παραπέμπουν σε μια κοινωνικοοικονομική πραγματικότητα με πολλαπλές διαστάσεις προβληματισμού. Ο φθίνων και γηράσκων πληθυσμός, η μείωση του ενεργού επαγγελματικά πληθυσμού, η επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων, σε σημείο που να αντιμετωπίζουν πρόβλημα βιωσιμότητας, είναι μερικά μόνο από τα προβλήματα που συνδέονται με την υπογεννητικότητα. Οι δείκτες γεννητικότητας είναι οι πλέον

*«Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από τις δύο εκθέσεις για την έρευνα του IFS στην Ιταλία και στην Ισπανία αντίστοιχα: Ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού είναι 0.21%, το ποσοστό γεννήσεων αγγίζει μόλις το 9.82 γεννήσεις ανά 1,000 κατοίκους ενώ το αντίστοιχο ποσοστό θνησιμότητας είναι 9.64 το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας είναι 6.51 θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων παιδιών, ο συνολικός δείκτης γονιμότητας αγγίζει το 1,33 και είναι από τους χαμηλότερους στην Ευρώπη». Για περισσότερα βλ. Eurostat (2005-06).*

χαμηλοί σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης (Eurostat) και πέρα από τα προβλήματα που επιφέρουν, δημιουργούν πλειάδα ερωτημάτων σχετικά με την κοινωνική μεταβολή και πως αυτή θα έχει αντίκτυπο στο μέσο πολίτη της εν λόγω γεωγραφικής περιοχής. Τόσο η γήρανση όσο και η συρρίκνωση του πληθυσμού ενός έθνους είναι φυσικό να εγείρει πλήθος προβληματισμών και συζητήσεων σχετικά με τις πολιτικές αναχαίτισης των δεινών που αυτές συνεπάγονται. Παρόλο όμως τον έντονο προβληματισμό, σαφή και ολοκληρωμένα μέτρα πολιτικής για την αντιμετώπιση της χαμηλής γονιμότητας δεν έχουν ληφθεί μέχρι στιγμής στην Ελλάδα όπως τουλάχιστον εφαρμόστηκαν σε χώρες όπως η Γαλλία (Thelot et al., 1998) και η Σουηδία (Hoem et al., 1996). Σε αυτές τις χώρες οι πολιτικές ηγεσίες ευαισθητοποιήθηκαν, σχετικά νωρίς τουλάχιστον, για να αντιμετωπίσουν παράπλευρα θέματα που απορρέουν από την υπογεννητικότητα όπως είναι το ασφαλιστικό, το μεταναστευτικό και γενικά θέματα που άπτονται της κοινωνικής πολιτικής.

Στην Ελλάδα από τα λίγα εκείνα μέτρα που εφαρμόστηκαν με αφορμή την υπογεννητικότητα<sup>8</sup> αρχικά το 1975 και στη συνέχεια στα μέσα της δεκαετίας του '80 με τη συνταγματική κατοχύρωση του Κοινωνικού Κράτους. Μόλις το 1993 συστάθηκε η πρώτη «Εθνική Επιτροπή Αντιμετώπισης του Δημογραφικού Προβλήματος»<sup>9</sup> ενώ ακολούθησε πυκνός διάλογος στη Βουλή των Ελλήνων<sup>10</sup> κατά

---

8

Μέτρα γύρω από τη μητρότητα, την ανεργία και τα οικογενειακά επιδόματα υπάρχουν, έτσι όπως παρατίθενται στην ιστοσελίδα NOMOS, στη βάση δεδομένων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την κοινωνική προστασία (MISSOC) και τη βάση δεδομένων για ειδικά μέτρα οικογενειακής πολιτικής του Αυστριακού Ινστιτούτου για θέματα οικογένειας. <http://iawdb.intrasoftnet.com> (επίσκεψη στις 12/7/12). MISSOC (2000). "Social Protection in the EU Member States and the European Economic Area". Commission of the European Communities: Brussels και Dorfler S. Stadtner K. (2002), European Family Policy Database. Database on Specific Family Policy Measures in 16 European Countries. MZES/OIF: Mannheim, Vienna, σελ.12.

9

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Αθήνα, 6 Μαΐου 1993.

10

τον οποίο τέθηκαν επί τάπητος για πρώτη φορά προτάσεις νόμου για τη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος της χώρας. Παράλληλα εφαρμόστηκε μια σειρά μέτρων πολιτικής για την οικογένεια (νόμοι 92 και 93), με ανάλογες τροποποιήσεις που ακολούθησαν τα επόμενα χρόνια (νόμοι 97 και 99)<sup>11</sup>. Τα τελευταία δέκα χρόνια έγινε πυκνότερος ο λόγος γύρω από την ανάγκη εύρεσης ενός πλαισίου δημογραφικής πολιτικής αλλά και συγγενών μέτρων πολιτικής τα οποία αφορούν στο ασφαλιστικό σύστημα και πιο έμμεσα στη μεταναστευτική κινητικότητα στη χώρα. Στη συνέχεια μέσα από τη νομοθετική ρύθμιση του 2006, δρομολογείται η αναθεώρηση του πλαισίου σχετικά με την απόδοση του τίτλου της πολυτεκνίας αλλά και των σχετικών παροχών, στις οικογένειες με τρία τέκνα έναντι τεσσάρων, που ίσχυε παλαιότερα. Συνολικά όμως η δραστηριοποίηση του πολιτικού κόσμου δεν ήταν επαρκής ώστε να κάνει τις φωνές γύρω από το δημογραφικό πρόβλημα της χώρας να ησυχάσουν.

Φαίνεται ότι όλα τα παραπάνω μέτρα δεν είχαν θετική επίδραση ή αποτελεσματικότητα, τουλάχιστον έτσι όπως προκύπτει από το δείκτη γονιμότητας ο οποίος μετά το 2000 κατέληξε στο 1,30 παιδιά για κάθε γυναίκα σε αναπαραγωγική ηλικία, κάτω επομένως από το όριο φυσικής αντικατάστασης του πληθυσμού (2,1). Πέρα επομένως από την αναζήτηση του πλαισίου πολιτικής που θα μπορούσε θεωρητικά να δώσει λύση στην υπογεννητικότητα ή να λειάνει τις πτυχές των προβλημάτων που επιφέρει, το φαινόμενο της υπογεννητικότητας θα πρέπει να νοείται ως τμήμα ενός ευρύτερου μηχανισμού, πράγμα που δεν πραγματοποιήθηκε μέχρι στιγμής.

Τα δημογραφικά μεγέθη υποδεικνύουν μια περίοδο δημογραφικών συγκυριών που καθιστά απαραίτητο να δει κανείς πώς διαμορφώνονται τελικά οι στάσεις γύρω από

---

Πρακτικά Βουλής: Συζήτηση στην Πρόταση Νόμου για τη «Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση του Δημογραφικού προβλήματος της χώρας», 23 Φεβρουαρίου, 1995. Στο: Πετραλιά, Φ. Π. (1997). Η Άτεκνη Χώρα. Δημογραφική Εξέλιξη-Προοπτικές. Ι. Σιδεράς: Αθήνα, σελ. 127.

την επιλογή της τεκνοποίησης σήμερα και να εμβαθύνει στους ειδικούς προσδιοριστικούς παράγοντες. Σε ότι αφορά τα ελληνικά δεδομένα και τους ειδικούς παράγοντες προσδιορισμού του φαινομένου, σύμφωνα με την έρευνα της δημογράφου Χ. Συμεωνίδου (1992) για τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες της γονιμότητας στην Ελλάδα καθώς και την Παγκόσμια Έρευνα για τη Γονιμότητα (Fertility and Family Survey)<sup>12</sup>, ως παράγοντες γονιμότητας αναδεικνύονται οι εξής: το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική ενασχόληση των γυναικών, οι εισοδηματικές κατανομές καθώς και ο καταμερισμός ρόλων και εργασίας μέσα στην οικία. Για παράδειγμα, η μέτρηση των στάσεων<sup>13</sup> των ζευγαριών γύρω από την ενασχόληση της συζύγου και σε συνάρτηση με την αύξηση του ποσοστού της γυναικείας απασχόλησης, βοηθά αρκετά στο να συμπεριληφθεί η επαγγελματική κινητικότητα των γυναικών στους προσδιοριστικούς παράγοντες της γονιμότητας και μάλιστα να θεωρείται (Συμεωνίδου, 1992) ότι συνδέεται αμιγώς αρνητικά με την εξέλιξή της. Η παραπάνω έρευνα, έδωσε το στίγμα αλλαγής που συντελείται μέσα στο νοικοκυριό, ανοίγοντας για την Ελλάδα το πλαίσιο θεώρησης των πολιτισμικών προσδιοριστικών παραγόντων της γονιμότητας.

Ολοκληρώνοντας τη σύντομη σκιαγράφιση της χώρας μας σε ότι αφορά στη δημογραφική της πραγματικότητα, αυτό που έχει ενδιαφέρον είναι ότι στο πλαίσιο αλλαγής των στάσεων γύρω από την επιλογή της τεκνοποίησης είναι πλέον ορατό το «νεωτεριστικό σενάριο» και είναι εκείνο που κάνει το φαινόμενο πιο πολύπλοκο και καθορίζει σε σημαντικό βαθμό τη δυναμική της εξέλιξής του. Ο θεσμός της οικογένειας όπως τον γνωρίζαμε παύει να ορίζεται ως αμιγώς «παραδοσιακός» ενώ ταυτόχρονα οδηγείται σε ένα ευρύτερο ορίζοντα με έκδηλες προκλήσεις

---

12

<http://www.unece.org/pau/ffs/ffs.htm> (προσπελάστηκε στις 8/7/12).

13

Σύμφωνα με τον Thurstone η στάση υποδεικνύει «το συνολικό άθροισμα των διαθέσεων και συναισθημάτων, προκαταλήψεων ή επιρροών, προλήψεων, ιδεών, φόβων, απειλών και πεποιθήσεων ενός ατόμου για κάποιο συγκεκριμένο θέμα». Βλ. ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. (1992). σελ. 14.

μετασχηματισμού και με σαφείς τάσεις αλλαγής των αξιών της ζωής αλλά και της «χρηστικής» αξίας του ίδιου του παιδιού στον οικογενειακό κύκλο. Με αφορμή λοιπόν αυτά, κρίνεται απαραίτητη η κατανόηση των επιλογών και των προτύπων τεκνοποίησης μέσα από μια κοινωνιολογική ματιά, που να καλύπτει εκείνες τις διαστάσεις που έχουν να κάνουν με τις αντιλαμβανόμενες έννοιες τεκνοποίηση, μητρότητα, οικογένεια στο σήμερα.

## 2.3 Γονιμότητα και Οικονομική Επιστήμη

Η γονιμότητα αποτελεί ένα δημογραφικό χαρακτηριστικό με το οποίο μπορούμε να προσδιορίσουμε πως λειτουργεί το ανθρώπινο κεφάλαιο μέσα σε μια οικονομία. Το οικονομικό μοντέλο υποστηρίζει ότι η γονιμότητα είναι αποτέλεσμα συνειδητής απόφασης και προσεκτικά αποφασισμένη πράξη όπου θα μπορούσαμε να την ονομάσουμε καταναλωτική ζήτηση για παιδιά.

Η οικονομική προσέγγιση της θεωρίας της γονιμότητας ξεκίνησε το 1957, από τον Harvey Leibenstein ο οποίος προσπάθησε να βρει το σημείο από το οποίο η διαδικασία της γονιμότητας αρχίζει να μειώνεται. Το μοντέλο του Leibenstein αναφέρεται στο σημείο ισορροπίας μιας οικογένειας μέσω της χρησιμότητας και μη χρησιμότητας που αποφέρει το νιοστό παιδί. Δηλαδή τότε ένα ζευγάρι που πράττει ορθολογικά επιλέγει να αποκτήσει ένα παιδί ακόμα ή να μην αποκτήσει (Warren, 1997).

Αργότερα ο Gary Becker έφτιαξε ένα πιο ολοκληρωμένο μοντέλο γονιμότητας βασισμένο στις υποθέσεις της νεοκλασικής θεωρίας για σταθερές προτιμήσεις (fixed preferences) τη μεγιστοποίηση της συμπεριφοράς (maximizing behavior) και τις λύσεις ισορροπίας σε όλες τις περιπτώσεις των αποφάσεων. Ο Becker προσάρμοσε το μοντέλο του στη συνάρτηση παραγωγής του νοικοκυριού θεωρώντας την απόφαση για γονιμότητα μια οικονομική διαδικασία και συμπεριέλαβε τη συμμετοχή στην προσφορά εργασίας καθώς επίσης και την κατανάλωση. Το νοικοκυριό είναι μια μονάδα που χρησιμοποιεί εσωτερικούς και εξωτερικούς παραγωγικούς συντελεστές για να παράγει τη μέγιστη χρησιμότητα υιοθετώντας παράλληλα και την απαραίτητη τεχνολογία νοικοκυριού. Η ζήτηση για παιδιά είναι η ζήτηση από τους γονείς για την εισροή υπηρεσιών που παρέχουν (παράγουν τα παιδιά) για τους ίδιους. Η κατανάλωση αυτού του είδους των υπηρεσιών από τους γονείς παράγει ευχαρίστηση - χρησιμότητα την οποία θέλουν να μεγιστοποιήσουν υπό περιορισμούς (Becker, 1981).

Το υπόδειγμα του νοικοκυριού σύμφωνα με την οικονομική θεωρία έχει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά. Πρώτον, την επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο, όπου τα οφέλη από τα παιδιά διαφοροποιούνται βάσει του εισοδηματικού περιορισμού. Δεύτερον, την κατανομή του διαθέσιμου χρόνου, όπου οι δραστηριότητες κατανέμονται μεταξύ της αγοράς και του νοικοκυριού υπό τον εισοδηματικό

περιορισμό και τον περιορισμό του χρόνου. Τρίτον, τη συνάρτηση παραγωγής του νοικοκυριού από την οποία προσδιορίζονται οι δραστηριότητες των ατόμων στο νοικοκυριό, οι δραστηριότητες αυτές είναι οι υπηρεσίες φύλαξης και φροντίδας των παιδιών, των ηλικιωμένων και λοιπές υπηρεσίες. Τέταρτον, η υπόθεση ότι το νοικοκυριό λειτουργεί ως καταναλωτική και παραγωγική μονάδα. Το υπόδειγμα της γονιμότητας υπόκειται σε περιορισμούς, δηλαδή υποθέτει τη μεγιστοποίηση της απόφασης για γονιμότητα και την ύπαρξη πλήρους πληροφόρησης και βεβαιότητας στη λήψη αποφάσεων. Επίσης υποθέτει την ύπαρξη συνάρτησης χρησιμότητας του νοικοκυριού και τέλος εξηγεί οριακές μεταβολές και όχι μεταβολές στο χρόνο. Δηλαδή εξετάζει την οριακή χρησιμότητα που αποφέρει το νιοστό παιδί.

Οι διαπιστώσεις στις οποίες καταλήγει το υπόδειγμα της γονιμότητας είναι ότι τα παιδιά θεωρούνται κανονικά αγαθά, μια αύξηση του μισθού προκαλεί αύξηση της αξίας χρόνου, η αύξηση της τιμής των πηγών χρησιμότητας που είναι λιγότερο απαιτητικές σε χρόνο προκαλούν αύξηση της «τιμής» των παιδιών και τέλος η δυσανάλογη αύξηση του διαθέσιμου χρόνου των γυναικών από αύξηση κατά μιας μονάδας της ποσότητας των παιδιών προκαλεί αύξηση της «τιμής» των παιδιών παρουσιάζεται δηλαδή χρονικός περιορισμός. Σύμφωνα με το υπόδειγμα της γονιμότητας προκύπτει μια σχέση «ποιότητας» και «ποσότητας» των παιδιών όπου οι ελαστικότητες εισοδήματος διαφοροποιούνται μεταξύ της ποιότητας και της ποσότητας. Η ζήτηση για ποιότητα ανταποκρίνεται πιο γρήγορα στις εισοδηματικές αυξήσεις από τη ζήτηση για ποσότητα, δηλαδή οι γονείς υποκαθιστούν ποσότητα με ποιότητα. Επίσης παρατηρείται συσχέτιση ανάμεσα στην ποιότητα και ποσότητα αφού μια μείωση της σκιώδους τιμής για ποιότητα προκαλεί μείωση στη ζήτηση για ποσότητα παιδιών.

Ο ρόλος της γυναίκας είναι σημαντικός σε αυτό το υπόδειγμα αφού ο χρόνος της μητέρας είναι βασικός παράγοντας προσδιορισμού της «τιμής» του παιδιού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η τιμή του παιδιού να προσδιορίζεται από το χρόνο που απαιτείται για την φροντίδα και ανατροφή του σύμφωνα με την προσέγγιση του Becker (κάθε αγαθό που εισέρχεται στη συνάρτηση χρησιμότητας είναι συνδυασμός αγαθών και χρόνου). Η ανατροφή των παιδιών είναι εντάσεως χρόνου αφού αναλογικά περικλείει περισσότερο χρόνο. Επίσης οι γονείς επενδύουν σε χρόνο για την παραγωγή του αγαθού «ανατροφή των παιδιών» για τον οποίο δεν αμείβονται



αλλά αντλούν χρησιμότητα από την κατανάλωσή του. Άρα σύμφωνα με την προσέγγιση του Becker το πρόβλημα κατανομής του διαθέσιμου χρόνου αφορά τρεις δραστηριότητες, την εργασία στην αγορά εργασίας, την εργασία στο σπίτι που περιλαμβάνει την ανατροφή των παιδιών και τέλος τη σχολή. Όσο αυξάνεται ο μισθός το άτομο έχει κίνητρο να υποκαταστήσει σχολή με εργασία ή να υποκαταστήσει τις δραστηριότητες εντάσεως χρόνου με δραστηριότητες εντάσεως εισοδήματος. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για το γυναικείο πληθυσμό αφού η υποκατάσταση που αναφέρθηκε παραπάνω οδηγεί στην αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στην αγορά εργασίας.

Το μοντέλο αυτό λαμβάνει υπόψη τον εισοδηματικό περιορισμό. Ο εισοδηματικός περιορισμός περιλαμβάνει χρηματικούς και χρονικούς παράγοντες δηλαδή, το εισόδημα κατανέμεται στην ποσότητα των παιδιών, την ποιότητα και την άντληση χρησιμότητας από άλλες πηγές. Τα πολλά άτομα σε ένα νοικοκυριό έχουν αρνητική επίπτωση στο εισόδημα αφού τα πολλά παιδιά έχουν σαν αποτέλεσμα να γίνονται μικρότερες επενδύσεις σε ανθρώπινο κεφάλαιο από τους γονείς ανά παιδί. Οι χαμηλές επενδύσεις οδηγούν σε χαμηλότερη ποιότητα και χαμηλότερα κέρδη για τις επόμενες γενιές (Chiswick, 1978).

Η γονιμότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη λειτουργία του ανθρώπινου κεφαλαίου σε μια οικονομία αφού εμπειρικά έχει αποδειχθεί η ύπαρξη αρνητικής σχέσης ανάμεσα στη γονιμότητα και την προσφορά εργασίας στις γυναίκες. Όπως έχουμε αναφέρει η σχέση ποιότητας - ποσότητας υποδηλώνει ότι καθώς το εισόδημα αυξάνει, η ζήτηση για ποιότητα αυξάνει με πιο γρήγορο ρυθμό από τη ζήτηση για ποσότητα. Καθώς οι οικονομίες αναπτύσσονται και ανεβαίνει το βιοτικό επίπεδο κάθε χώρας παρατηρείται μείωση στο δείκτη γονιμότητας που οφείλεται στην πιο γρήγορη αύξηση της ζήτησης για ποιότητα.

Συμπερασματικά η ζήτηση του νοικοκυριού για παιδιά εξηγεί τις αποφάσεις γονιμότητας σε όρους χρηματικού κόστους των παιδιών (εισοδηματικός περιορισμός) και σε όρους κόστους ευκαιρίας του διαθέσιμου χρόνου των γονέων. Τέλος το υπόδειγμα ζήτησης στην περίπτωση των αναπτυσσόμενων χωρών εξηγεί τους λόγους για παρατήρηση υψηλών ποσοστών γονιμότητας και στην περίπτωση των

αναπτυγμένων χωρών τους λόγους της μεταβολής της διαχρονικής τάσης των ποσοστών γονιμότητας.

Τα οικονομικά μοντέλα της γονιμότητας υποστηρίζουν ότι οι βασικότεροι προσδιοριστικοί παράγοντες για τη ζήτηση των παιδιών είναι ο μισθός των γυναικών, το εισόδημα του άντρα σε περίπτωση που είναι παντρεμένη ή εισόδημα από άλλες πηγές (non labor), το κόστος των αγαθών ως εισροή για την παραγωγή των παιδιών και οι προτιμήσεις για τα παιδιά από τη γυναίκα και την οικογένεια. Παραδοσιακά η γυναίκα αφιερώνει χρόνο για την ανατροφή των παιδιών, για αυτό και ο μισθός της έχει κόστος ευκαιρίας για την εισροή του χρόνου. Για το λόγο αυτό μία αύξηση στο μισθό της γυναίκας αναμένεται να έχει αρνητικό αποτέλεσμα στη ζήτηση για παιδιά (*ceteris paribus*). Αντιθέτως, ο μισθός του άντρα αναμένεται να αντιπροσωπεύει το διαθέσιμο εισόδημα της οικογένειας, μια αύξηση στο μισθό του άντρα μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της ζήτησης για ποιότητα καθώς επίσης και για ποσότητα για παιδιά (Becker, 1981).

Σήμερα το παιδί όπως φαίνεται και μέσα από το έργο του Gary Becker, ερμηνεύεται ξεκάθαρα ως αγαθό. Αν και σε συναισθηματικό επίπεδο η αξία ενός παιδιού είναι ανεκτίμητη, σε ρεαλιστικό επίπεδο το παιδί ως αγαθό κοστίζει και υπόκειται σε ανάλογο μηχανισμό με εκείνο που χαρακτηρίζει την απόκτηση κάθε άλλου αγαθού. Για τον Becker (1976) επομένως, η Νεοκλασική Μικροοικονομική Θεωρία αποτελεί θεμέλιο λίθο για την ανάλυση της αναπαραγωγικής συμπεριφοράς καθώς «οι γονείς αντιλαμβάνονται το τέκνο ως αγαθό», για την απόκτηση και την ανατροφή του οποίου αντιστοιχεί μεν ένα «όφελος» όσο και ένα σημαντικό «κόστος», δίνοντας με αυτό τον τρόπο μία διαφορετική κοινωνιολογική διάσταση για τη μελέτη της συμπεριφοράς τεκνοποίησης.

Περισσότερη τροφή για σκέψη έρχεται να δώσει ο Richard Easterline (1961, σ.σ. 869-911) καθώς υποστηρίζει ότι «η γονιμότητα καθορίζεται από τη δυνατότητα που έχουν τα νέα ζευγάρια να ικανοποιήσουν τις φιλοδοξίες που είχαν διαμορφώσει σε μικρότερη ηλικία για ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής». Και οι δύο προσεγγίσεις, ευνοούν στη διερεύνηση της θεωρητικής χοάνης σχετικά με την αποκωδικοποίηση των στάσεων τεκνοποίησης και παραπέμπουν συνειρμικά στη νεωτεριστική

πραγματικότητα, εμπλουτίζοντας τη μελέτη της αναπαραγωγικής δράσης με στοιχεία Μικροοικονομίας και Κοινωνιολογίας.

Ενισχύοντας το θεωρητικό ψηφιδωτό, και προχωρώντας σε ακόμη πιο στοχευόμενες προσεγγίσεις, μέσα από τη «θεωρία της ορθολογικής επιλογής» (Rational choice theory) του Peter Macdonald (2004) υποστηρίζεται ότι *«οι άνθρωποι υπολογίζουν ότι το όφελος από την απόκτηση επί πλέον παιδιού είναι αρνητικό διότι ξεπερνά εκείνο το οποίο πιθανά μπορούν να καλύψουν, είτε εάν αυτό μεταφράζεται σε υλικό, είτε σε ψυχικό κόστος»*. Περαιτέρω, ο Peter Macdonald (1996) μέσα από τη «θεωρία αποστροφής του κινδύνου» (risk aversion theory), προσθέτει ακόμη ένα προσδιοριστικό παράγοντα, που αναφέρεται στο «ρίσκο τεκνοποίησης», στον τρόπο με τον οποίο η απόκτηση παιδιού φαντάζει στα ζευγάρια ως «παρακινδυνευμένη επιλογή» πόσο μάλλον όταν δεν είναι σε θέση να προβλέψουν τις οικονομικές συνθήκες της οικογένειάς τους μελλοντικά. Επί πλέον όπως τόνισε ο David Coleman (1998), η επιλογή απόκτησης απογόνου μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια ριψοκίνδυνη επιλογή, δεδομένης της γενικότερης οικονομικής ανασφάλειας την οποία βιώνουν τα ζευγάρια, και η οποία γιγαντώνεται σημαντικά και με την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών. Η εκδοχή της διακινδύνευσης, συνδράμει στη συμπλήρωση ενός θεωρητικού πάζλ γύρω από νεωτεριστικούς παράγοντες της γονιμότητας, όπως επίσης και η θεωρία των «μετά-υλιστικών αξιών» (post-materialist values theory)<sup>14</sup> κατά την οποία τονίζεται η υλιστική επιλογή στις κοινωνίες της ευημερίας που συνδέεται με τις νέες τάσεις γονιμότητας στις νεωτεριστικές κοινωνίες (Van De Kaa, 1997). Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω προσεγγίσεις, φαίνεται ότι η έννοια του κόστους δε χαρακτηρίζει μόνο υλικά αγαθά, αλλά διαποτίζει και τα έμψυχα, γεγονός που ενισχύει τις εκλογικεύσεις από πλευράς του ανθρώπου πριν προβεί σε οποιαδήποτε απόφαση απόκτησης έμψυχων αγαθών.

Για τους εκφραστές της νέας δημογραφικής μετάβασης, Van De Kaa και Lesthaeghe οι αλλαγές στην κοινωνική και δημογραφική συμπεριφορά έχουν οδηγηθεί από τη

<sup>14</sup> Τουλάχιστον όπως προκύπτει από τη δεύτερη διάσταση της θεωρίας των Μαρξ και Ένγκελς βλ. <http://en.wikipedia.org/wiki/Post-materialism> (επίσκεψη στις 5/6/12).

μεγέθυνση των αξιών της ατομικότητας (individual self-realization), την ικανοποίηση των προσωπικών επιλογών, την απαγκίστρωση από στεγανές και αναχρονιστικές αξίες. Επίσης, οι δημογραφικές αλλαγές και η διαφοροποίηση των στάσεων είναι δυνατόν να συνδέονται στενά με τον όρο των υπέρτατων ιεραρχημένων αναγκών (high reorder needs) που εισήγαγε ο Abraham Maslow (1954), και να εντοπισθούν κάτω από την προοπτική των ολοένα περισσότερων «επιτακτικών αξιών» όπως εντοπίζει και ο Lesthaeghe (2001).

Ο κατάλογος των βιβλιογραφικών προσεγγίσεων και παραθέσεων μέσα από τους κόλπους της κοινωνιολογικής σκέψης είναι εκτενής και μπορεί να εμπλουτιστεί και από άλλους στοχαστές. Για τον Hans Joachim Schulze (2000), η προώθηση ενός μοντέλου μοντερνοποίησης των ρόλων των φύλων μπορεί να οδηγήσει σε αντιδιαστολή και αντιπαλότητα των συνθηκών της οικογενειακής έναντι της εργασιακής ζωής, που κατ' επέκταση μπορεί να πυροδοτήσει ενδοσυζυγική διαφωνία για τις αποφάσεις και τελικές επιλογές σε ότι αφορά την τεκνοποίηση. Σύμφωνα με την πρόσφατη έρευνα της Suzanne Noordhuizen (2008) στην Ολλανδία τα τελευταία 30 χρόνια η κοινωνική αποδοχή της «εθελοντικής» ατεκνίας έχει αγγίξει το 90% του πληθυσμού, θέτοντας ερωτήματα για το ποια θα είναι η επόμενη ημέρα.

Ο οικονομικός και πολιτισμικός εκμοντερνισμός μπορεί να είναι αειφόρος, αλλά δε συνεπάγεται και την ίδια δυναμική για την πρόθεση απόκτησης παιδιού. Με αφορμή την εξέλιξη αυτή στην Ολλανδία, κατά την οποία εκλογικεύεται η «ηθελημένη ατεκνία», δεν είναι λίγοι εκείνοι που βλέπουν με πιο αυστηρή ματιά τις αλλαγές που συντελούνται στο θεσμό της οικογένειας σήμερα, μιλούν για την οικογένεια που βρίσκεται σε κρίση αξιών και σύστασης (Βαμβουνάκη et al., 2009) και για αναθεώρηση τόσο σε ότι αφορά στις συνθήκες ζωής όσο και το πλαίσιο εξιδανίκευσης της «χρηστικής» αξίας του ίδιου του παιδιού στον οικογενειακό κύκλο. Με αφορμή την παραπάνω κοινωνική εξέλιξη, η σκέψη περνά μέσα από άρθρο της Αλεξάνδρας Χαλκιά (1998), και γεννά ερωτήματα σχετικά με το πόσο η ελληνική πολιτεία μπορεί στο πλαίσιο της μοντερνοποίησής της να είναι πιο δεκτική σε θέματα διακοπής κύησης ή να αντιλαμβάνεται όχι ως εθνικό έγκλημα τη χαμηλή απόδοση των δεικτών γονιμότητας, δεδομένης της εχθρικής γιγάντωσης του πληθυσμού της γειτονικής Τουρκίας και Αλβανίας.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, οι απόψεις γύρω από τα φίλτρα μέσα από τα οποία περνά το άτομο σε ότι αφορά σε θέματα σύστασης οικογένειας είναι αρκετά. Ο θεσμός της οικογένειας χαρακτηρίζεται από νέες μορφές οικογενειακών σχέσεων μέσα από το τοπίο που προδιαγράφεται από τις νεωτεριστικές συνθήκες. Τα νεωτεριστικά πρότυπα οικογενειακής σύνθεσης κάνουν αισθητή την παρουσία τους στις δυτικές κοινωνίες, ενώ παράλληλα διευρύνεται ο ορίζοντας με έκδηλες προκλήσεις μετασχηματισμού στον πυρήνα και τη σύνθεση της οικογένειας ο οποίος ορίζεται από το σύνθετο πλαίσιο της λειτουργίας του στις σύγχρονες κοινωνίες. Η νεωτερικότητα εκλαμβάνεται ως μια διαδρομή «αέναων μετασχηματισμών», η οποία επιφορτίζεται σημαντικά από ένα κλίμα αβεβαιότητας, σύμφωνα με τον George Baladier (1997) όμως το σημαντικό είναι, ότι κάθε ανθρώπινη δράση πλέον κοστολογείται όχι μόνο σε επίπεδο χρόνου αλλά σε επίπεδο συναισθημάτων, αντιλήψεων κ.ο.κ. Όσο πιο διευρυνόμενη είναι η τάση για κοστολόγηση κάθε ανθρώπινης δράσης, τόσο πιο αναγκαία είναι η κατανόηση της πολιτισμικής πλατφόρμας στην οποία ζει και δρα ο άνθρωπος σήμερα, και ειδικά στην περίπτωση της απόκτησης παιδιού, που για να γίνει κατανοητή είναι προτιμότερο να προσεγγίζεται πολύ-παραγοντικά και μέσα από διαστάσεις που άπτονται της καθημερινής ζωής.

## 2.4 Η γονιμότητα υπό ευρύτερο πρίσμα

Η πληροφορία που αντλείται από την επιστήμη της δημογραφίας είναι απαραίτητη για να ορισθεί η αριθμητική προβληματική του φαινομένου της γονιμότητας, ενώ η κοινωνιολογική προσέγγιση είναι άξια προσοχής για την κατανόηση των ευρύτερων πτυχών του φαινομένου. Για τις ανάγκες της μελέτης ενός τόσο σύνθετου φαινομένου είναι αναγκαίο να επιχειρηθεί η σύνθεση επιστημονικών χώρων κάτω από μια πιο συνεκτική ματιά. Η Ανθρωπολογική Δημογραφία για παράδειγμα η οποία εστιάζεται στη διάδραση πληθυσμιακών αλλαγών και κοινωνικό-πολιτισμικών πρακτικών αποτελεί ένα παράδειγμα σύνθεσης. Σύμφωνα με την Nancy Howell (1986), που είναι υπέρμαχος του εν λόγω επιστημονικού μπολιάσματος, εάν ήταν εφικτό να γνωρίζει κανείς αξιόπιστα το πότε θα αποκτήσει παιδί, θα ήταν πολύ πιο ασφαλές για το δημογραφικό κόσμο να κάνει πιο σαφείς εκτιμήσεις, και κατ' επέκταση για τους φορείς που ασχολούνται με τον κοινωνικό-πολιτικό ορίζοντα μιας κοινωνίας να οργανωθούν αρτιότερα. Γεγονός που επιβεβαιώνει την ανάγκη για συνθετική ματιά σε κάθε φαινόμενο μέσα στο οποίο περιπλέκεται πληθώρα προσδιοριστικών παραγόντων και πτυχών όπως στην περίπτωση της γονιμότητας.

Για την Laura Bernardi (2009), ο παραπάνω επιστημονικός χώρος επικεντρώνεται σε ποιοτικά κριτήρια που σχετίζονται με τους προσδιοριστικούς παράγοντες της γονιμότητας, σε μια προσπάθεια να γίνει κατανοητό μέσα από το συνδυασμό κοινωνιολογικών και ανθρωπολογικών εργαλείων, όπως είναι η συμμετοχική παρατήρηση, το επιτόπιο έργο, οι σε βάθος συνεντεύξεις, τι κρύβεται πίσω από τους αριθμούς, τα ποσοστά γεννητικότητας αλλά και τα πιο βαθιά αίτια και για ποιους λόγους η γονιμότητα καταλήγει ως έχει σε σύγχρονες κοινωνίες όπως νοείται η ελληνική. Σύμφωνα με την Bernardi, το «εγώ» περιτριγυρίζεται από σειρά ερεθισμάτων κάτω από το φάσμα των κοινωνικών δικτύων μέσα στα οποία δρα ένας άνθρωπος. Το ίδιο το άτομο καταλήγει εκούσια ή ακούσια να ιεραρχεί τις δράσεις του ενώσω ο βαθμός επίδρασης που ασκείται από τα κοινωνικά δίκτυα έχει αντίκτυπο στις τελικές επιλογές του. Παράμετροι που βιώνει και αντιλαμβάνεται όπως είναι η κουλτούρα της χώρας, η διάσταση και ο ρόλος της ταυτότητας στο πλαίσιο των καθημερινών συναναστροφών, καθώς επίσης και η διαμόρφωση και οι διακυμάνσεις της ψυχοσύνθεσης είναι ορισμένοι από τους παράγοντες που μέσω της διερεύνησής τους παρέχουν μια ακόμη πιο σφαιρική κατανόηση των επιλογών τεκνοποίησης των δρώντων υποκειμένων.

Η ενδεδειγμένη αναζήτηση αναφορών γύρω από τη διαδικασία διαμόρφωσης της ψυχοσύνθεσης του ατόμου θα περιέπλεκε το στόχο της παρούσας διπλωματικής, ωστόσο δεν παύει να αποτελεί μια καλή αφορμή για περαιτέρω έρευνα. Με αφορμή λοιπόν τη διάσταση αυτή το ενδιαφέρον εστιάζεται στις συνθήκες κάτω από τις οποίες συγκρούονται η κοινωνική και ατομική ζωή (Berger, 2002) ενός ατόμου, κάτω από ένα γιγαντωμένο και ιδεαλιστικό φάσμα νέων προτύπων και της λεγόμενης κοσμικής στάσης ζωής.

Όσο οι επίπλαστες ή ιδεαλιστικές ανάγκες καλούνται να ικανοποιηθούν βάσει της επικαιρότητάς τους τόσο είναι πιθανό να αποδυναμώνονται η αξία των πιο βασικών και πραγματιστικών αναγκών του και να υπόκεινται σε πιο αυθόρμητες ιεραρχήσεις. Αντιπροσωπευτικές εκφάνσεις των ιεραρχήσεων στην προκειμένη περίπτωση, μπορούν να σχετίζονται με διλήμματα που έχει ο σύγχρονος άνθρωπος σχετικά με το χρονικό προγραμματισμό σε ότι αφορά θέματα γάμου και οικογένειας σε συνάρτηση με την ανάγκη του να αποκτήσει υλικά αγαθά, να ταξιδέψει, να συνεχίσει τις σπουδές του κ.ο.κ.

Η ιεράρχηση των αναγκών είναι αναμενόμενη σε ένα απαιτητικό και υλιστικό πλαίσιο διαβίωσης στις σύγχρονες κοινωνίες. Ο Pierre Bourdieu (1984) έδωσε αφορμή για ενασχόληση με μια άλλη όψη της κατανάλωσης και η οποία σχετίζεται με το *visible consumption*, που πλαισιώνει γενικά τις καταναλωτικές ανάγκες του ατόμου και το οποίο ορίζεται από το «φαίνεσθε» και την ανάγκη του ατόμου να διαμορφώνει κοινωνική ταυτότητα <sup>15</sup> (collective identity) και μέσα από αυτή να καταξιωθεί.

Ένα ερώτημα που θα μπορούσε να ανοίξει μέτωπα συζήτησης είναι γιατί τελικά ο άνθρωπος του 21<sup>ου</sup> αιώνα όταν ζει σε μεγαλουπόλεις και σε ασφυκτικά διαμερίσματα να θέλει να αποκτήσει απογόνους; Το ερώτημα αυτό όμως δίνει μια αφορμή για να

Ο ορισμός της κοινωνικής ταυτότητας σύμφωνα με τον H. Tajfel είναι «η ατομική γνώση ότι ανήκει σε μια σίγουρη ομάδα μαζί με τη συναισθηματική και αξιακή σημασία της ιδιότητας αυτής του μέλους που αποδίδει στο άτομο υψηλό βαθμό αυτοπροσδιορισμού και σχετίζεται με τις γενικές κοινωνικές νόρμες που επικρατούν στην ομάδα αναφοράς του» Βλ. J. Tajfel H., Forgas J.P. (1981). *Social Categorizations: Cognitions, Values and Groups* Στο: J.P. Forgas (eds) *Social Cognition*. Academic Press: Londo, σελ. 124-125.

τεθεί ένα άλλο ερώτημα το οποίο έχει να κάνει με το πως η έννοια παιδί αναπαρίσταται μέσα σε ένα τόσο αστικό πλαίσιο όπου η κατανάλωση αγαθών είναι δομικό στοιχείο διαβίωσης αλλά και προσδιορισμού της κοινωνικής ταυτότητας. Σύμφωνα με την υπόθεση του Antony Giddens (1991), η αλλαγή της ανθρώπινης συμπεριφοράς γύρω από την τεκνοποίηση σχετίζεται άμεσα με τον παράγοντα «μοντερνοποίηση», όπου τόσο οι στάσεις όσο και οι προτεραιότητες των ανθρώπων τροφοδοτούνται και μερικώς παγιώνονται στη βάση των νέων ή συγχρονικών προτύπων ζωής. Τόσο οι προτεραιότητες που θέτει κάθε άνθρωπος αναπαραγωγικής ηλικίας όσο και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει, εμπλέκονται σημαντικά με αναπαραστάσεις και εικόνες απόκτησης αγαθών και εξατομίκευσης που έχουν τη δύναμη να διαμορφώσουν ηχηρό αντίκτυπο στη διαμόρφωση πρόθεσης σύναψης οικογένειας ή τεκνοποίησης.

Ορισμένα από τα ερωτήματα που θα μπορούσαν να τεθούν είναι τα παρακάτω: Όταν το παιδί αποτελεί ένα αγαθό που προϋποθέτει χρονικό, ψυχικό, χρηματικό κόστος για την απόκτηση και «συντήρησή» του, σε ποιο βαθμό επιτρέπει στον εν δυνάμει γονέα του να ικανοποιήσει τις ανάγκες του για να βιώνει μια ζωή ανάλογη με τις απαιτήσεις και τα σημεία των καιρών; Τελικά ποια μορφή τρόπου ζωής εκπροσωπεί το παιδί στον παραπάνω κόσμο και πως γίνεται αντιληπτή από τα κοινά; Είναι επομένως μεγάλη η πρόκληση να σκιαγραφηθούν οι τάσεις εκείνες που σχετίζονται με την αντανάκλαση των παραπάνω νέων πλαισίων αντίληψης γύρω από την τεκνοποίηση.

Επομένως, λαμβάνοντας ως δεδομένο το γεγονός ότι η τάση και οι στάσεις απέναντι στην απόκτηση ενός παιδιού είναι συνδυαστικό αποτέλεσμα συνιστωσών όπου η τελική επιλογή τεκνοποίησης διέρχεται μέσα από μια μακρά διαδικασία υπολογισμών, κρίσεων, ψυχικής προετοιμασίας και οικονομικής προεργασίας, είναι αρκετά δελεαστική για τη συγκεκριμένη έρευνα, η διερεύνηση των στάσεων των σύγχρονων Ελλήνων, μέσα από την Constructive Epistemology έτσι όπως αξιοποίησαν τον όρο οι Marie Jahoda και Neil Warren (1996). Συγκεκριμένα εκείνων των στάσεων που διαμορφώνονται κάτω από μια διαδικασία κοινωνικής και πολιτισμικής μεταβολής, ραγδαίας μοντερνοποίησης, ομοιογενοποίησης της κοινωνικής πραγματικότητας (Moors, 1995) και του νεωτεριστικού τρόπου ζωής (Van Peer, 2000). Ουσιαστικά εδώ έρχεται να δώσει επιπλέον τροφή για σκέψη το έργο των Thomas Luckmann και Peter Berger (Berger et al., 2003) όπου μέσα από



την κονστρουβιστική θεώρηση «η ανθρώπινη δραστηριότητα μπορεί να ταραξεί ένα συγκεκριμένο κόσμο πραγμάτων», και κάνοντας μια αναγωγή στην ανθρώπινη δράση μπορεί να προσδώσει μέσα από σύμβολα, εικόνες και λόγο οποιοδήποτε κόσμο γύρω από την έννοια που το παιδί κρίνει απαραίτητο.

Εάν όλα τα παραπάνω αποτελούν στοιχεία που χαρακτηρίζουν κοινωνίες όπως η ελληνική, σαφώς τότε και δημιουργούν την ανάγκη ώστε να δοθούν απαντήσεις στα ερωτήματα που σχετίζεται με το πώς η έννοια παιδί πρεσβεύεται στη συλλογική πραγματικότητα στη χώρα, ποιες δηλαδή είναι τελικά οι αναπαραστάσεις που διαμορφώνονται και γίνονται αντιληπτές από τα κοινά. Με αφορμή λοιπόν όλα τα παραπάνω επιστημονικά ερεθίσματα, σαφώς επιβεβαιώνεται η ανάγκη για κατανόηση των αναπαραστάσεων γύρω από την τεκνοποίηση και το συγχρονικό πλαίσιο αντιλήψεων και ζωής στην Ελλάδα. Παράλληλα όμως τίθεται ηχηρά το ερώτημα σχετικά αφενός με το πώς επηρεάζεται το κοινωνικό γίνεσθαι μέσα από τις επιρροές της ίδιας της κοινωνίας, αλλά και αφετέρου σχετικά με το μέχρι που μπορεί να φτάσουν οι επιδράσεις στην ίδια την ατομική σφαίρα και στοχασμό. Το μέχρι που μπορούν να φτάσουν οι αλλαγές και πόσο κοντά ή μακριά είναι τα σενάρια συνειδητής ατεκνίας ή τεκνοποίησης, επικέντρωσης στη μονοτεκνία και «μαλθακοποίησης» και απόλυτης εξατομίκευσης των μελλοντικών γενεών όπως προβλέπουν οι Giddens και Beck (2008) στο έργο τους, σίγουρα αποτελεί εφιαλτήριο περαιτέρω συζήτησης.

## **2.5 Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες της γονιμότητας**

### **2.5.1 Εισαγωγικά**

Θεωρούμε ότι η καθαρά οικονομική προσέγγιση δεν είναι δυνατόν να καλύψει ένα τόσο ευρύ θέμα, όπως το θέμα της γονιμότητας και ότι τόσο ψυχολογικοί όσο και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ερμηνεία των διαφορών της γονιμότητας μεταξύ των ατόμων, όπως με τον ίδιο τρόπο κοινωνικές και οικονομικές μεταβλητές βοηθούν στην ερμηνεία των διαφορών στη γονιμότητα που παρατηρούνται σε κοινωνικές ομάδες.

Με άλλα λόγια θεωρούμε ότι οι επιλογές των ζευγαριών για το μέγεθος της οικογένειάς τους καθορίζονται από τα πρότυπα γονιμότητας που επικρατούν στην κοινωνία και από βιολογικούς περιορισμούς, ενώ παράλληλα συνδέονται με τους οικονομικούς και κοινωνικούς περιορισμούς και τα κοινωνικό-ψυχολογικά χαρακτηριστικά των συζύγων (Morsa, 1978).

### 2.5.2 Εισόδημα και γονιμότητα

Υπάρχουν θεωρίες που υποστηρίζουν ότι είναι δυνατόν τα παιδιά να θεωρούνται ως επένδυση. Υποστηρίζεται ότι οι γονείς αποκτούν παιδιά με σκοπό να αποκομίσουν οφέλη και ότι τα παιδιά είναι «πηγή εισοδήματος» όταν χρειάζεται επιπλέον εισόδημα στην οικογένεια ή όταν οι γονείς είναι πολύ ηλικιωμένοι για να εργασθούν. Αυτή η θεωρία έχει συχνότερη εφαρμογή στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου τα παιδιά θεωρούνται «το κεφάλαιο των φτωχών», γιατί αναμένεται να συμβάλλουν στα έξοδα της οικογένειας, καθώς επίσης να φροντίζουν τους γονείς τους, όταν αυτοί θα έχουν γεράσει. Στα αναπτυγμένα κράτη τα παιδιά προσφέρουν περισσότερο «συναισθηματική», παρά οικονομική ικανοποίηση (Schultz, 1973).

Σύμφωνα με την «Νέα οικονομική Θεωρία για το Νοικοκυριό», μια αύξηση στο οικογενειακό εισόδημα αυξάνει και τη ζήτηση για παιδιά, ενώ μια αύξηση στην τιμή των αγαθών και υπηρεσιών μειώνει τη ζήτηση (Becker, 1960). Ωστόσο, σε πολλές κοινωνίες παρατηρήθηκε αρνητική σχέση μεταξύ εισοδήματος και γονιμότητας. Η ερμηνεία που δίνεται είναι ότι στη σχέση εισοδήματος – γονιμότητας επιδρούν και άλλοι παράγοντες. Υποστηρίζεται λοιπόν ότι ομάδες με υψηλότερο εισόδημα έχουν συχνά υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και συνεπώς είναι καλύτερα πληροφορημένες για τις μεθόδους αντισύλληψης (Ben-Porath, 1974). Αν ωστόσο, η πληροφόρηση για τις μεθόδους ελέγχου των γεννήσεων ήταν εξίσου διαδεδομένη σε όλες τις οικονομικές τάξεις, τότε θα προέκυπτε θετική σχέση μεταξύ εισοδήματος και γονιμότητας (Becker, 1960).

Αν θεωρήσουμε ότι το εισόδημα αποτελεί το μοναδικό προσδιοριστικό παράγοντα της γονιμότητας, τότε τα ζευγάρια με υψηλότερο εισόδημα είναι πιθανόν να επιθυμούν παιδιά καλύτερης «ποιότητας» (π.χ. με καλύτερη μόρφωση) και συνεπώς να δαπανούν περισσότερα χρήματα για αυτά. Κατά συνέπεια ένα ζευγάρι μπορεί να αποκτήσει λιγότερα παιδιά, αλλά να δώσει μεγαλύτερη βαρύτητα στην ανατροφή τους (Becker, 1973).

Ο Easterlin(1969)<sup>16</sup>, δίνοντας στο θέμα μια περαιτέρω διάσταση, τονίζει ότι ο αριθμός των παιδιών που αποκτούν τα ζευγάρια καθορίζεται, εκτός από το εισόδημα

των γονιών και το κόστος των παιδιών και από τις τιμές άλλων αγαθών και τις προτιμήσεις των γονιών. Οι προτιμήσεις αυτές επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες όπως το θρήσκευμα, ο τόπος κατοικίας (αγροτικές ή αστικές περιοχές) η φυλή, η εθνικότητα κ.λπ.

Συμπερασματικά, με δεδομένο το επίπεδο εισοδήματος, τα ζευγάρια που ανατράφηκαν από εύπορες οικογένειες, συχνά, επιλέγουν να αποκτήσουν αγαθά πολυτελείας παρά παιδιά, ενώ για τα ζευγάρια που έχουν ανατραφεί από φτωχότερες οικογένειες ισχύει το αντίστροφο, γιατί έχουν διαμορφώσει άλλες προτιμήσεις (Συμεωνίδου, 1992).

---

*Research on Economic Factor in American Fertility*». Pp. 127-56 in *Fertility and Family Planning: A World View*, edited by Behrman, S.J., L. Jr. Corsa, and R. Freedman. Ann Arbor: University of Michigan Press.

### **2.5.3 Γονιμότητα και εκπαίδευση**

Η σχέση μεταξύ γονιμότητας και εκπαίδευσης ποικίλει ανάλογα με το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης καθώς και το πολιτιστικό επίπεδο μιας χώρας. Η αρνητική συσχέτιση των δύο μεταβλητών αποδίδεται αρχικά στα έξω-οικογενειακά ενδιαφέροντα των γυναικών με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς και στο ότι τα μορφωμένα ζευγάρια έχουν καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με την αντισύλληψη έτσι ώστε να εφαρμόζουν πιο αποτελεσματικά τις μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού.

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης «εκπαίδευση και γονιμότητα», δε θα πρέπει να αγνοούνται οι παράγοντες που επιδρούν στην κοινωνικοποίηση του ατόμου κατά την εποχή της εφηβείας. Στο χρονικό διάστημα της εφηβείας εμφανίζονται και οι φιλοδοξίες που αφορούν την εκπαίδευση. Οι φιλοδοξίες αυτές, ιδιαίτερα όταν αρχίζουν να πραγματοποιούνται, έχουν αναμφίβολα επίδραση στις χρονικές και ποσοτικές προτιμήσεις των νέων, όσον αφορά την μελλοντική τους οικογένεια. Η εκπαίδευση επιδρά ακόμη και στη διαμόρφωση αξιών και αντιλήψεων που υποβοηθούν στην υιοθέτηση μη παραδοσιακών ρόλων.

Μεγάλο μέρος της επίδρασης της εκπαίδευσης στη γονιμότητα απορρέει από τις ευκαιρίες και συνθήκες απασχόλησης των μορφωμένων γυναικών όπως υψηλότερος μισθός, πιο ελκυστικές εργασίες και ασυμβίβαστο μεταξύ τεκνοποίησης και επαγγελματικής απασχόλησης. Ωστόσο μια απλή αύξηση στην αμοιβή της γυναίκας δεν οδηγεί σε μείωση της ζήτησής της για παιδιά. Η μείωση της γονιμότητας αναμένεται, ίσως, μόνο στην περίπτωση που οι γυναίκες απορροφώνται σε επαγγέλματα που είναι ασυμβίβαστα με τη γέννηση και την ανατροφή των παιδιών (Συμεωνίδου, 1992).

#### **2.5.4 Γονιμότητα και απασχόληση γυναικών**

Η γυναικεία απασχόληση και η γονιμότητα πρέπει να εξετάζονται συγχρόνως, εφόσον η γυναίκα μπορεί να είναι ικανή τόσο για τις δραστηριότητες του νοικοκυριού όσο και για την αγορά εργασίας. Η επαγγελματική απασχόληση της γυναίκας μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες εκτός από τη γονιμότητα, όπως π.χ. από το μισθό και τις συνθήκες εργασίας. Μια αύξηση στους μισθούς των γυναικών είναι δυνατόν να προκαλέσει μείωση ή αύξηση της γονιμότητας. Η γονιμότητα θα μπορούσε να αυξηθεί διότι η αύξηση των μισθών μπορεί να προστίθεται στο εισόδημα της οικογένειας, ενώ μειώνεται λόγω του υψηλότερου κόστους ανατροφής των παιδιών (Andorka, 1978). Ωστόσο, η σταδιακή μεταβολή στις αντιλήψεις σχετικά με τους ρόλους των δύο φύλων όπως η αυξανόμενη συμμετοχή των ανδρών στη φύλαξη των παιδιών αλλά και οι αυξανόμενες σχετικές κοινωνικές παροχές (π.χ. παιδικοί σταθμοί) στις ανεπτυγμένες χώρες, πιθανόν να οδηγήσουν στη σταδιακή εξάλειψη της συσχέτισης μεταξύ γονιμότητας και απασχόλησης των γυναικών (Bhrolchain, 1980).

Συμπερασματικά από όσα αναφέρθηκαν μέχρι τώρα, σε συνδυασμό με το αποτέλεσμα εμπειρικών ερευνών για τη γονιμότητα (Andorka, 1978), φαίνεται ότι το εισόδημα, η επαγγελματική απασχόληση της γυναίκας και ο τύπος κατοικίας, (αστικές-αγροτικές περιοχές), ασκούν ιδιαίτερα σημαντική επίδραση στη γονιμότητα γιατί επιδρούν όχι μόνο στους κοινωνικούς κανόνες, αξίες και στάσεις –αντιλήψεις για το θέμα, (έμμεση επίδραση), αλλά και στις αποφάσεις των ζευγαριών σχετικά με τον αριθμό των παιδιών που θα αποκτήσουν (άμεση επίδραση), μέσα στα πλαίσια των αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν.

Άλλοι προσδιοριστικοί παράγοντες της γονιμότητας, όπως π.χ. η εκπαίδευση, η θρησκεία, οι στάσεις για τους ρόλους των δύο φύλων κ.λπ. φαίνεται να ασκούν έμμεση μόνο επίδραση στη γονιμότητα, επηρεάζοντας την αλλαγή των κανόνων, αξιών και στάσεων του κοινωνικού συνόλου σχετικά με τον αριθμό των παιδιών (Συμεωνίδου, 1992).

# Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Ζητήματα Αναπαραγωγής στην Ελληνική Πραγματικότητα

## 3.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες της γονιμότητας

Η μείωση της γονιμότητας στην Ελλάδα έχει αναμφισβήτητα επηρεαστεί από διάφορους δημογραφικούς, βιολογικούς, κοινωνικοοικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Ωστόσο, οι μέχρι τώρα μελέτες ως προς τους προσδιοριστικούς παράγοντες της γονιμότητας, κρίνονται ως μη ικανοποιητικές, εφ' όσον τα διαθέσιμα στοιχεία από έρευνες και άλλες επίσημες στατιστικές δεν είναι δυνατόν να καλύψουν σε βάθος το θέμα.

Η μόνη έρευνα γονιμότητας σε εθνικό επίπεδο που διεξήχθη το 1962-67 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η κύρια αιτία της μείωσης της γονιμότητας στην Ελλάδα ήταν ο υψηλός αριθμός αμβλώσεων (Βαλαωράς, 1969). Ωστόσο η άμβλωση αποτελεί το μέσο και όχι την πραγματική αιτία της μείωσης των γεννήσεων. Η Έρευνα αυτή δεν οδήγησε σε συμπεράσματα ως προς τους κοινωνικοοικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που επιδρούν στην γονιμότητα.

Ορισμένοι άλλοι συγγραφείς, χωρίς να παρουσιάζουν συμπεράσματα από έρευνες, τονίζουν τη σημασία της επίδρασης των κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων στο επιθυμητό μέγεθος οικογένειας και στη μείωση της γονιμότητας, καθώς και στη διαφορετική γονιμότητα κατά γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας (Σιάμπος και Βαλαωράς, 1971; Βαλαωράς, 1973, 1974).

### 3.2 Βιολογικοί παράγοντες

Πριν αναλύσουμε μερικούς από τους πιο σημαντικούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες της γονιμότητας είναι σκόπιμο να κάνουμε μια αναφορά και στους βιολογικούς. Από βιολογικής άποψης η γονιμότητα επηρεάζεται από τρεις σειρές παραγόντων:

- ❖ Το διάστημα μεταξύ της ηλικίας των πρώτων εμμήνων (περιόδου) και της εμμηνόπαυσης. Η ηλικία πρώτης περιόδου είναι γενικά γύρω στα 12-14 χρόνια και σε οριακές περιπτώσεις υπερβαίνει τα 18 χρόνια. Η εμμηνόπαυση επέρχεται, κατά μέσο όρο, στην ηλικία των 49 ετών αλλά το διάστημα μπορεί να ποικίλει μεταξύ των 44 και 50 ετών. Διαχρονικά έχει αποδειχθεί ότι τα επίπεδα δεν παραμένουν σταθερά.
- ❖ Τη στειρότητα. Η στειρότητα ορίζεται σε αντίθεση με τη γονιμότητα, ως ανικανότητα να μπορεί κάποιος να γεννήσει ένα παιδί ( πλήρης στειρότητα) ή το να μη μπορέσει να κάνει άλλο παιδί, μετά τη γέννηση ενός τουλάχιστον παιδιού στο παρελθόν (μερική στειρότητα).
- ❖ Τη γονιμοποίηση, τους νεκρούς χρόνους μεταξύ δύο συλλήψεων και την ενδομήτριο θνησιμότητα. Νεκρό χρόνο ορίζουμε την περίοδο κατά την οποία η γονιμοποίηση είναι μηδέν. Συμπεριλαμβάνει την περίοδο της κύησης και μετά τον τοκετό αμηνόρροια (1 ή 2 μήνες αν δεν γίνει θηλασμός και 10 ή περισσότερους μήνες σε περίπτωση θηλασμού) (Ταπεινός, 1993).



### 3.3 Επισκόπηση προγενέστερων μελετών

- Ο Δρακάτος (1969), χρησιμοποιώντας διαστρωματικά στοιχεία του 1961 σε ένα γραμμικό οικονομετρικό υπόδειγμα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η μακροχρόνια κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της χώρας θα επηρεάσει αρνητικά τη γονιμότητα. Σύμφωνα με την μελέτη αυτή, το ποσοστό του αγροτικού πληθυσμού σε αναπαραγωγική ηλικία επιδρά θετικά στη γονιμότητα, ενώ το ποσοστό του εγγράμματος πληθυσμού ηλικίας 10 ετών και άνω ασκεί σημαντική αρνητική επίδραση.
- Ο Βολουδάκης (1979), χρησιμοποιώντας διαστρωματικά στοιχεία για το 1961 και το 1971, σε γραμμικά λογαριθμικά υποδείγματα, συμπεραίνει ότι η συνεχιζόμενη ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας θα έχει μάλλον θετική επίδραση στη γονιμότητα. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, το κατά κεφαλήν εισόδημα ασκεί θετική επίδραση στη γονιμότητα και στο μέγεθος της οικογένειας, ενώ η στοιχειώδης εκπαίδευση των γυναικών ηλικίας 15-44 ετών, η συμμετοχή τους στο εργατικό δυναμικό και η βρεφική θνησιμότητα έχουν αρνητική επίδραση.
- Η Συμεωνίδου (1979) χρησιμοποιώντας χρονολογικές σειρές για την περίοδο 1930-1975 σε απλή και πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης, κατέληξε ότι το Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα, η εξωτερική μετανάστευση και το επίπεδο εκπαίδευσης του πληθυσμού επιδρούν αρνητικά στο ακαθάριστο ποσοστό γεννητικότητας.
- Ο Παπαδάκης (1979) εφαρμόζοντας ένα σύστημα επτά εξισώσεων, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η επιταχυνόμενη μείωση στο ακαθάριστο ποσοστό γεννητικότητας οφείλεται, κυρίως, στη χειροτέρευση της σύνθεσης του πληθυσμού κατά ομάδες ηλικιών στις αναπαραγωγικές ηλικίες και κατά δεύτερο λόγο στη χαμηλότερη γονιμότητα των παντρεμένων γυναικών.
- Οι Δρεττάκης και Τσίμπος (1980), υποστηρίζουν ότι η εξωτερική μετανάστευση ασκεί πάντα αρνητική επίδραση στη γονιμότητα, ενώ η εσωτερική μετανάστευση σε ορισμένες μόνο περιπτώσεις. Καθώς η γονιμότητα μπορεί να αυξηθεί μέσω της αναλογικής αύξησης των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία λόγω της αστικοποίησης. Επειδή η έρευνα αυτή ήταν διαστρωματική δεν κατέληξε σε συμπεράσματα σχετικά με τις μακροχρόνιες επιδράσεις.

Αναφορικά με άλλες, μη οικονομετρικές εργασίες, η μόνη συστηματική μελέτη για το θέμα έγινε από την Safilios Rothshchild (1972), που χρησιμοποίησε στρωματοποιημένο δείγμα 896 εργαζομένων και μη εργαζομένων γυναικών στην Αθήνα με σκοπό να διερευνήσει τη σχέση γονιμότητας και γυναικείας

απασχόλησης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, ενώ η γυναικεία απασχόληση φαίνεται να επιδρά αρνητικά στη γονιμότητα, η μείωση αυτή είναι πολύ σημαντικότερη στις γυναίκες με έντονο ενδιαφέρον για την εργασία τους σε σύγκριση με όσες έχουν λιγότερο ενδιαφέρον. Επιπλέον, αν και η στειρότητα και η μειωμένη γονιμότητα χαρακτηρίζουν πολύ συχνότερα γυναίκες με έντονο ενδιαφέρον για την εργασία τους, οι παράγοντες αυτοί επιδρούν σε μικρό ποσοστό (15,2%) στο σύνολο των γυναικών που έχουν έντονο ενδιαφέρον για την εργασία τους (Συμεωνίδου, 1990).

### 3.4 Γεννητικότητα και συνθετικοί δείκτες

Η ταχεία πτώση των δεικτών γεννητικότητας και γονιμότητας την τελευταία 25ετία στη χώρα μας έχει εγείρει σημαντικούς προβληματισμούς και συζητήσεις τόσο στο πολιτικό (Βουλή των Ελλήνων, 1978, 1979, 1984, 1986, 1991, 1993, 1995) όσο και στο επιστημονικό επίπεδο. Συχνότατα, οι προβληματισμοί αυτοί εγγίζουν την υπερβολή, κάνοντας λόγο για την «ιδιαιτέρη» θέση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και για σημαντικά προβλήματα υπογεννητικότητας, τα οποία θα οδηγήσουν σύντομα σε σημαντική μείωση του πληθυσμού της. Οι δείκτες στους οποίους βασίζονται όσοι υιοθετούν την παραπάνω άποψη είναι συνήθως ο αδρός δείκτης γεννητικότητας<sup>17</sup> και ο συνθετικός δείκτης γονιμότητας (ΣΔΓ), δείκτης που επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη συγκυρία<sup>18</sup>. Ωστόσο η μελέτη των δεικτών αυτών για την παραγωγή τεκμηριωμένων και ταυτόχρονα βάσιμων συμπερασμάτων γεννά ερωτήματα, στην απάντηση των οποίων συμβάλλει η αποτύπωση των διαγενεακών δεικτών, οι οποίοι δεν αναφέρονται στη γονιμότητα που καταγράφεται σε ένα ή περισσότερα ημερολογιακά έτη, αλλά προσμετρούν τη γονιμότητα των γυναικών που γεννήθηκαν ένα ή περισσότερα ημερολογιακά έτη, δηλαδή τη γονιμότητα γενεών.

---

17

Γεννήσεις κατά έτος/συνολικό πληθυσμό\*1000, δηλαδή γεννήσεις επί 1000 κατοίκων ετησίως. Ο δείκτης αυτός είναι άκρως προβληματικός, καθώς εξαρτάται από τη δομή του πληθυσμού ανά ηλικία και από την αναλογία των γυναικών στο συνολικό πληθυσμό (είναι προφανές ότι οι γεννήσεις δεν προέρχονται από το συνολικό πληθυσμό που τίθεται ως παρονομαστής στον υπολογισμό του δείκτη αυτού, αλλά από τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, δηλαδή 15-49 ετών).

18

Ο Συνθετικός Δείκτης Γονιμότητας προκύπτει από το άθροισμα των ανά ηλικία της γυναίκας ποσοστών γονιμότητας ενός έτους (ή μιας περιόδου) και εκφράζεται ως μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα. Ο δείκτης αυτός επηρεάζεται τόσο από το ημερολόγιο της γονιμότητας όσο και από την τελική ένταση της γονιμότητας των 35 γενεών των γυναικών που «τέμνουν» το δεδομένο έτος, έχοντας ηλικία από τα 15 έως τα 49 έτη.

Οι γεννήσεις στην Ελλάδα, όπως και ο Αδρός Δείκτης Γεννητικότητας (ΑΔΓ) ακολουθούν παράλληλες σχεδόν πορείες. Τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια έχουν μια ελαφρά πτωτική πορεία και εν συνεχεία μειώνονται ταχύτατα τη δεύτερη περίοδο της μαζικής μετανάστευσης προς το εξωτερικό (1966-1973) για να ανορθωθούν ελαφρώς την επόμενη πενταετία. Η ανόρθωση όμως αυτή είναι προσωρινή: οι δείκτες θα καταρρεύσουν το 1980-1990 για να σταθεροποιούν, στη συνέχεια, σε χαμηλά επίπεδα (100.000 γεννήσεις ετησίως, 10%), αν και μια μικρή άνοδος καταγράφεται την τελευταία πενταετία.

Ο εκτιμώμενος πληθυσμός των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας (από τον οποίο προέρχονται και οι καταγραφείσες γεννήσεις) παραμένει σταθερός τις δύο πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες (1956-1976), αν και η μέση ηλικία τους αυξάνεται κατά δύο σχεδόν έτη. Η σταθερότητα αυτή του πλήθους τους ανατρέπεται προοδευτικά με την είσοδο στη διάρκεια της τελευταίας δεκαπενταετίας μεταναστών, η πλειονότητα των οποίων αποτελείται από άτομα αναπαραγωγικής ηλικίας (Κοτζαμάνης, Αγοραστάκης, Πηλείδης, Σταθάκης, 2006). Η εισροή των νέων αλλοδαπών (η μέση ηλικία των οποίων είναι κατά 10 έτη μικρότερη των Ελλήνων, τα δε ποσοστά των άνω των 65 ετών είναι εξαιρετικά χαμηλά), αν και είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του συνολικού πληθυσμού των γυναικών σε ηλικία τεκνοποίησης, δεν ανέτρεψε την πρότερη τάση για αύξηση της μέσης ηλικίας τους η οποία αυξήθηκε κατά δύο σχεδόν έτη ανάμεσα στο 1992 και το 2007. Η εισροή αυτή αλλοδαπών, σε συνδυασμό με την υψηλότερη γονιμότητά τους σε σχέση με αυτή των Ελληνίδων, συνέβαλε αρχικά στην ανακοπή της πτωτικής τάσης της γεννητικότητας στη χώρα μας (1991- 2000) και εν συνεχεία στην αύξησή της, με αποτέλεσμα να καταγράφονται κατά μέσο όρο 108.000 γεννήσεις την πενταετία 2002-2007 έναντι 102.000 γεννήσεων τη δεκαετία 1991-2000.

Η πορεία του Συνθετικού Δείκτη Γονιμότητας (ΣΔΓ), δείκτη που δεν επηρεάζεται όπως ο Αδρός Δείκτης Γεννητικότητας (ΑΔΓ) από την κατανομή του πληθυσμού ανά φύλο και ηλικία, διαφοροποιείται σημαντικά της πορείας του δεύτερου. Έτσι, ο δείκτης αυτός συγκρατείται σε υψηλά σχετικά επίπεδα μέχρι το 1980-1981 (μέγιστη τιμή 2.421 παιδιά / 1000 γυναίκες το 1967, ελάχιστη 2.090 το 1981), για να καταρρεύσει εν συνεχεία λαμβάνοντας τιμές κάτω από το όριο αναπαραγωγής, φτάνοντας στα τέλη του 1990 στο χαμηλότερο σημείο του (1.246 παιδιά / 1000

γυναίκες). Η ανάκαμψη του δείκτη τα τελευταία έτη, ανάκαμψη που πιθανότατα θα συνεχισθεί μέχρι τις αρχές της επόμενης δεκαετίας, αφήνει να διαφανεί το τέλος μιας μακράς περιόδου αλλαγής του ημερολογίου της γονιμότητας (δηλαδή την ανακοπή της τάσης αύξησης της μέσης ηλικίας των γυναικών στην απόκτηση των παιδιών). Ειδικότερα, η μέση ηλικία στην τεκνογονία μειώνεται ταχύτατα έως τις αρχές της δεκαετίας του 1980 (29,3 έτη το 1956 και 26,1 το 1983-1984). Η τάση όμως αυτή που διήρκησε σχεδόν μια τριακονταετία ανατρέπεται στη συνέχεια, καθώς οι νεώτερες γενεές γυναικών που τεκνοποιούν την τελευταία εικοσιπενταετία φέρνουν στον κόσμο όλο και σε μεγαλύτερη ηλικία τα παιδιά τους, με αποτέλεσμα η μέση ηλικία να εγγίζει πλέον το 2001 τα 30 έτη. Η πορεία του δείκτη αυτού επιτρέπει βάσιμα να υποθέσουμε ότι οι σχετικά υψηλές τιμές του ΣΔΓ στην πρώτη μεταπολεμική εικοσιπενταετία (1955-1980/81) οφείλονται κυρίως στην αλλαγή του ημερολογίου της γονιμότητας (δηλαδή στο ότι οι γυναίκες των διαδοχικών γενεών τεκνοποιούν στη διάρκεια της πρώτης αυτής περιόδου όλο και σε μικρότερη ηλικία) και δευτερευόντως στην πτώση της έντασης της αναπαραγωγής (δηλαδή του μέσου αριθμού των παιδιών που φέρνουν στον κόσμο οι γενεές αυτές μέχρι το τέλος της αναπαραγωγικής τους ζωής), ενώ, αντιθέτως, η μετέπειτα κατάρρευση του ΣΔΓ δύναται κυρίως να αποδοθεί στην αναστροφή της πρότερης τάσης μείωσης της μέσης ηλικίας στην απόκτηση των παιδιών.

### **3.5 Οι συντελεστές γονιμότητας στην Ελλάδα**

Η εξέταση της πορείας των συντελεστών ολικής γονιμότητας ανά ηλικία της μητέρας (πορεία που διαφοροποιείται σημαντικά στην Ελλάδα σε σχέση με την πορεία τους στην ολότητα σχεδόν των δυτικοευρωπαϊκών χωρών) επιτρέπει να κατανοήσουμε την εξέλιξη των συνθετικών δεικτών γονιμότητας στη χώρα μας.

Εξετάζοντας την πορεία των συντελεστών αυτών διαπιστώνουμε ότι, από τα μέσα της πρώτης μεταπολεμικής δεκαετίας και για μια εικοσιπενταετή σχεδόν περίοδο, η γονιμότητα των νέων γυναικών (15-29 ετών) αυξάνεται ταχύτατα, για να φτάσει στο μέγιστό της στα τέλη της δεκαετίας του 1970, πορεία που φαίνεται να συσχετίζεται με την οικονομική ανάπτυξη και τη συνακόλουθη αύξηση των εισοδημάτων, και να καταρρέυσει στη συνέχεια, σταθεροποιούμενη ελαφρώς την τελευταία πενταετία, σε επίπεδα, όμως, σαφώς χαμηλότερα από αυτά της δεκαετίας του 1950. Αντιθέτως, η γονιμότητα των γυναικών ηλικίας 30-44 ετών ακολουθεί αντίστροφη πορεία: φθίνουσα με σταθερούς ρυθμούς πτώσης μέχρι και τα τέλη σχεδόν του 1980 και ανοδική στη συνέχεια, με αποτέλεσμα, στο τέλος της εξεταζόμενης περιόδου (2001), οι τιμές των συντελεστών γονιμότητας στις ηλικίες 30-34 και 35-39 να τοποθετούνται στα ίδια σχεδόν επίπεδα με αυτά των συντελεστών στις ηλικίες 25-29 και 20- 24 ετών, αντιστοίχως. Τα συμπεράσματα είναι προφανή: στη χώρα μας, ανεξαρτήτως των όποιων μεταβολών της έντασης της γονιμότητας, υπάρχει μια σαφής τάση αναστροφής του ημερολογίου της καθώς στην πρώτη μεταπολεμική περίοδο (1956-1980/85) οι συντελεστές γονιμότητας αυξάνουν ταχύτατα στις μικρές ηλικίες και συρρικνώνονται στις μεγάλες, ενώ στην επόμενη εικοσαετία, αντιθέτως, η πρότερη τάση ανατρέπεται και οι γυναίκες τεκνοποιούν όλο και σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Οι διακυμάνσεις, επομένως, του δείκτη στη διάρκεια της περιόδου 1956-2007 δύνανται να εξετασθούν υπό το φως των πρότερων παρατηρήσεων. Η διατήρηση στην πρώτη μεταπολεμική περίοδο (1956-1980/81) των τιμών του ΣΔΓ σε σχετικά υψηλά επίπεδα (>2,1 παιδιά/γυναίκα), επίπεδα που άφηναν να διαφανεί η αντικατάσταση των γενεών, οφειλόταν αποκλειστικά στην ταχύτατη ανοδική πορεία της γονιμότητας των νέων γυναικών (<25 ετών) που υπερκάλυπτε την πτωτική τάση της γονιμότητας των ηλικιωμένων (τάση που συνεχίζεται απρόσκοπτα μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του 1980). Όταν, όμως, η πρότερη ανοδική τάση ανακόπτεται

(γύρω στο 1980) για να αναστραφεί εν συνεχεία (1981-1987), με αποτέλεσμα η πτώση της γονιμότητας να χαρακτηρίζει πλέον όλες τις ηλικιακές ομάδες (που, ως υπενθυμίσουμε, ανήκουν σε διαφορετικές γενεές), ο ΣΔΓ δεν είναι δυνατό να συγκρατηθεί σε υψηλά επίπεδα. Ακολουθεί, επομένως, αρχικά ταχύτατη φθίνουσα πορεία, για να συρρικνωθεί στα 1,50 παιδιά/γυναίκα το 1987 (0,7 λιγότερα από το 1980) και να φθάσει στο χαμηλότερο σημείο στη διάρκεια της δημογραφικής ιστορίας της χώρας μας το 2001 (μόλις 1,27 παιδιά/γυναίκα).

Είναι, όμως, προφανές ότι οι πτωτικές τάσεις του δείκτη δεν είναι δυνατόν να συνεχισθούν επ' αόριστον: αν οι γυναίκες των γενεών 1955-1965 που αναπαράγουν την κρίσιμη περίοδο 1980-1995 / 2000 αυξάνουν προοδευτικά τη μέση ηλικία στη γέννηση των παιδιών τους, ακόμη και στην περίπτωση που η γονιμότητά τους δε μεταβάλλεται, είναι αναμενόμενο να φέρουν στον κόσμο αργότερα (και σε μεγαλύτερη ηλικία απ' ότι οι προγενέστερες γενεές) τα παιδιά τους, με αποτέλεσμα, αφενός, οι δείκτες γονιμότητας στις ηλικίες >30 ετών να συνεχίζουν την ανοδική πορεία που ξεκίνησε ήδη από το 1987, αφετέρου, οι αντίστοιχοι δείκτες στις νεότερες ηλικίες (15-29 ετών), μετά από μια πρώτη περίοδο πτώσης, να τείνουν προς σταθεροποίηση. Κατ' επέκταση, η ανόρθωση των τιμών του συνθετικού δείκτη γονιμότητας (1,42 παιδιά / γυναίκα το 2007 έναντι 1,27 το 2001), ανόρθωση που θα συνεχισθεί πιθανότατα μέχρι τις αρχές της επόμενης δεκαετίας οφείλεται, εκτός από τους αλλοδαπούς, και στις αλλαγές του ημερολογίου της γονιμότητας, όπως φαίνεται καθαρά και από την κατανομή των ποσοστών γονιμότητας για τα έτη 1961, 1981, 2001 και 2007 και ουδαμώς δύνανται να αποδοθούν στην αύξηση της έντασης (αύξηση του μέσου αριθμού παιδιών / γυναίκα στις νεότερες γενεές που διατρέχουν την τελευταία δεκαετία στις πλέον αναπαραγωγικές τους ηλικίες).

Οι προβλέψεις, φυσικά, για την εξέλιξη των συνθετικών δεικτών μετά το 2010 είναι επισφαλείς. Είναι, όμως, παρόλα αυτά πιθανότατη η ανακοπή της ανοδικής πορείας των δεικτών γονιμότητας στις «ώριμες» ηλικίες, καθώς η μέση ηλικία στην τεκνογονία δε δύναται να συνεχίζει την ανοδική της πορεία επ' αόριστον. Θα σταθεροποιηθεί πιθανότατα στα 31 έτη με τις γυναίκες που γεννήθηκαν μετά το 1970, και, στην περίπτωση αυτή, αν ανακοπούν και οι τάσεις συρρίκνωσης της έντασης της γονιμότητας στις ίδιες γενεές, θα έχουμε μια σταθεροποίηση και του ΣΔΓ γύρω στα 1,6-1,8 παιδιά / γυναίκα, όπως συνέβη και στις περισσότερες από τις

ανεπτυγμένες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ήδη από τις αρχές του 1990. Στο σημείο αυτό έγκειται και η «ιδιαιτερότητα» της πρόσφατης πορείας της εγκάρσιας γονιμότητας στη χώρα μας: στην Ελλάδα καταγράφεται μια σημαντική χρονική «υστέρηση» στη συρρίκνωση της γονιμότητας των νέων γυναικών (<30 ετών) σε σχέση με τις περισσότερες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, με αποτέλεσμα η ανακοπή της τάσης για όλο και πιο πρόωμη τεκνοποίηση να ξεκινά μόλις στις αρχές της δεκαετίας του 1980, οδηγώντας σε μια «καθυστερημένη» εκκίνηση της πτώσης των τιμών του συνθετικού δείκτη γονιμότητας. Αντιθέτως, στη Δυτική Ευρώπη οι αντίστοιχες πτωτικές τάσεις εμφανίζονται τουλάχιστον μια δεκαετία πριν και ανακόπτονται στις αρχές του 1990, κάτι που σχετίζεται με τη χρονική υστέρηση της Ελλάδας στην υιοθέτηση των δυτικοευρωπαϊκών δεδομένων (οικονομική ανάπτυξη, κοινωνική ασφάλιση, προνοιακοί θεσμοί) και προτύπων (ανεξάρτητες, υψηλής εκπαίδευσης γυναίκες), με αποτέλεσμα την κατά το μάλλον ή ήττον σταθεροποίηση των συνθετικών δεικτών την ίδια περίοδο που στη χώρα μας οι δείκτες αυτοί καταρρέουν. Η σύγκριση της συγχρονικής γονιμότητας ανάμεσα στην Ελλάδα και τις χώρες αυτές από όσους περιορίζονται σε μια απλή συσχέτιση της πορείας των δεικτών είχε, προφανώς, ως αποτέλεσμα και την ανάδυση εντονότατων ανησυχιών για την αναπαραγωγή των Ελληνίδων.



### 3.6 Η προσέγγιση διαγενεακώς

Ο υπολογισμός των διαγενεακών δεικτών είναι δυνατόν να γίνει με δύο μεθόδους: α) με βάση τα στοιχεία της απογραφής, και β) με βάση τα στοιχεία της φυσικής κίνησης (γεννήσεις ετησίως αναλόγως της ηλικίας της μητέρας) που, σε συνδυασμό με τον πληθυσμό των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας επιτρέπουν την ανασύσταση της αναπαραγωγικής ιστορίας των διαδοχικών γενεών.

Βάσει των στοιχείων της απογραφής του 2001 η γονιμότητα των διαδοχικών γενεών των Ελληνίδων χαρακτηρίζεται από σταθερές πτωτικές τάσεις. Οι τάσεις αυτές δεν ανατρέπονται, όπως συνέβη στις περισσότερες από τις ανεπτυγμένες χώρες της ηπείρου μας, με τις γενεές των γυναικών που γεννήθηκαν στο μεσοπόλεμο, με αποτέλεσμα να μην έχουμε στη χώρα μας την «έκρηξη» των γεννήσεων που καταγράφεται στην πρώτη μεταπολεμική εικοσαετία, στο σύνολο σχεδόν των ανεπτυγμένων χωρών του πλανήτη μας (φαινόμενο γνωστό διεθνώς και ως «baby-boom»). Η πτώση επιταχύνεται στις νεότερες γενεές, καθώς, με διαφορά μια δεκαετία στη γέννηση (γυναίκες που γεννήθηκαν γύρω στο 1950 συγκρινόμενες με αυτές που γεννήθηκαν γύρω στο 1960), ο μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα μειώνεται κατά 0,18 παιδιά. Η αναπαραγωγή όλων των γενεών των γυναικών που γεννήθηκαν μετά το 1930 δεν εξασφαλίζεται. Οι πλέον γόνιμες έχουν κάνει κατά μέσο όρο 1,991 παιδιά (γενεές 1930-1934), οι λιγότερο γόνιμες (γενεές 1960-1964) 1,746 όταν απαιτούνται κατ' ελάχιστο 2,1 παιδιά / γυναίκα για να αντικατασταθεί κάθε γυναίκα από μία κόρη εν απουσία θνησιμότητας (πλήθος παιδιών που καμιά από τις εξεταζόμενες γενεές δεν έφερε στον κόσμο).

Διαπιστώνεται καταρχάς ότι τόσο το ποσοστό των άτεκνων γυναικών όσο και αυτό όσων έχουν ένα μόνο παιδί παραμένουν σχετικά σταθερά (γύρω στο 13% το πρώτο, γύρω στο 15% το δεύτερο) σε όλες τις ομάδες γενεών, εκτός της νεότερης, συμβάλλοντας καθοριστικά, σε συνδυασμό με τη σχετική σταθερότητα του ποσοστού των γυναικών με 2 παιδιά και τη συρρίκνωση των ποσοστών των γυναικών με >2 παιδιών στη σχετικά ταχεία πτώση του διαγενεακού δείκτη (από 1,87 σε 1,74 παιδιά / γυναίκα). Επομένως, με δεδομένη τη σταθερότητα των ποσοστών των άτεκνων γυναικών και των γυναικών με ένα μόνο παιδί (με εξαίρεση την τελευταία ομάδα γενεών), μπορούμε να ισχυρισθούμε ότι η συμβολή τους στην καταγραφείσα μεταβολή (πτώση) της διαγενεακής γονιμότητας των εξεταζόμενων γενεών είναι

σχεδόν μηδενική. Αντιθέτως, τα ποσοστά των πολύτεκνων γυναικών (4 και 5+ παιδιά) συρρικνώνονται ταχύτατα και σταθερά, και στη μεταβολή αυτή δύναται να αποδοθεί το σύνολο σχεδόν της πτώσης της τελικής γονιμότητας στις γυναίκες που γεννήθηκαν από το 1932 έως το 1957.

Η ανασύνθεση της αναπαραγωγικής πορείας των γενεών βάσει των δεδομένων της φυσικής κίνησης προσκρούει στην Ελλάδα, αφενός, στην έλλειψη στοιχείων για την προ του 1956 περίοδο, καθώς δε διατίθεται η κατανομή των γεννήσεων ανά ηλικία της μητέρας, αφετέρου, σε ορισμένες δυσκολίες που οφείλονται στη διάθεση των στοιχείων που αφορούν τη γονιμότητα των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Τα αποτελέσματα βάσει των δεδομένων της φυσικής κίνησης δε διαφέρουν σημαντικά αυτών που δίδει η απογραφή. Η τελική γονιμότητα μειώνεται υπολογιζόμενη τόσο με τα στοιχεία της απογραφής όσο και με τα στοιχεία της φυσικής κίνησης, οι δε αποκλίσεις στο μέσο αριθμό παιδιών ανά γυναίκα στις διαδοχικές εξεταζόμενες γενεές είναι ασήμαντες (-0,08 έως + 0,04), ειδικά δε στις γενεές που δεν εμπεριέχονται εκτιμήσεις (γενεές 1940-1959). Στις γενεές προ του 1940 τα στοιχεία της απογραφής πιθανότατα υποεκτιμούν ελαφρώς τη γονιμότητα, καθώς υπάρχει ισχυρή συναρτησιακή σχέση ανάμεσα στο πλήθος των γεννήσεων και τη θνησιμότητα των γυναικών από τις οποίες προήλθαν (κάποιες από τις γυναίκες που γεννήθηκαν πριν το 1940 δεν βρίσκονται εν ζωή στην απογραφή του 2001, και πιθανότατα, το ποσοστό αυτών που απεβίωσαν έχοντας φέρει στον κόσμο πολλά παιδιά να είναι υψηλότερο συγκρινόμενο με το ποσοστό των ολιγότεκνων). Αντιθέτως, η μεταστροφή του πρόσημου στις νεότερες γενεές (μετά το 1960), οι χαμηλότερες δηλαδή τιμές των διαγενεακών δεικτών που υπολογίσθηκαν βάσει της φυσικής κίνησης σε σύγκριση με αυτές που υπολογίσθηκαν με βάση την απογραφή οφείλονται βασικά στον αυξημένο αριθμό αλλοδαπών γυναικών στις γενεές αυτές. Οι γυναίκες αυτές συμμετείχαν μεν στην απογραφή, οι περισσότερες, όμως, εξ αυτών έφεραν στον κόσμο τα παιδιά τους εκτός της χώρας μας, και, ως εκ τούτου, οι γεννήσεις αυτές δεν κατεγράφησαν στα στοιχεία της φυσικής κίνησης του πληθυσμού της Ελλάδας που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό των διαγενεακών δεικτών γονιμότητας.

Η ανασύσταση της αναπαραγωγικής ιστορίας των γυναικών με βάση τα δεδομένα της φυσικής κίνησης για την περίοδο 1956-2007 επιτρέπει, αφενός, την εκτίμηση των

διαγενεακών δεικτών στις ομάδες των επιλεγμένων γενεών, αφετέρου, τον υπολογισμό του ημερολογίου της γονιμότητας, δηλαδή της μέσης ηλικίας των γυναικών των γενεών αυτών στη γέννηση των παιδιών τους.

Τρία σημαντικά στοιχεία προκύπτουν από την ανασύνθεση της αναπαραγωγικής ιστορίας των γυναικών των γενεών 1930 -1970:

A) Οι γενεές των γυναικών που γεννήθηκαν προ του 1960 τείνουν να συμπληρώσουν/ ολοκληρώσουν το μέγεθος της οικογένειας που επιθυμούν να αποκτήσουν όλο και ταχύτερα (με αποτέλεσμα την προοδευτική μείωση της μέσης ηλικίας στην απόκτηση τέκνων από 28,1 έτη για τις γενεές 1930-1934 σε 25,7 έτη για τις γενεές 1955-1959), ενώ οι μεταγενέστερες γενεές (όλο και περισσότερες γυναίκες έχουν ανώτερη εκπαίδευση και υψηλά ποσοστά συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό) «επιβραδύνουν» αντιθέτως την ηλικία απόκτησης των παιδιών τους.

B) Ανεξαρτήτως των μεταβολών στο ημερολόγιο της γονιμότητας των γενεών, η αναπαραγωγή όλων σχεδόν των γενεών ακολουθεί φθίνουσα πορεία και όλο και περισσότερο υπολείπεται του επιπέδου αντικατάστασης των γενεών.

Γ) Η φθίνουσα αυτή πορεία της έντασης της τελικής γονιμότητας στις διαδοχικές γενεές δεν είναι απολύτως γραμμική, καθώς από την εκτίμηση των ρυθμών πτώσης διαπιστώνουμε μια σαφή επιτάχυνσή της στις γυναίκες που γεννήθηκαν μετά το 1955.

Είναι σαφές ότι η γονιμότητα και στην Ελλάδα (όπως και στις λοιπές ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη μας), «ελεγχόμενη» ως ένα βαθμό με τη βοήθεια όλων των γνωστών διαθέσιμων μέσων αντισύλληψης και μη εξαρτώμενη πλέον, όπως στο απώτερο παρελθόν, σχεδόν αποκλειστικά από την αναπαραγωγική τους «ικανότητα», οδηγεί στη συρρίκνωση του τελικού μεγέθους της οικογένειας. Η χρήση των προαναφερθέντων μέσων, όμως, καθιστά πλέον δυνατή και την επιτάχυνση (ή αντιθέτως την επιβράδυνση) των ρυθμών ολοκλήρωσης του επιθυμητού μεγέθους της οικογένειας. Οι μεταβολές αυτές, αναπόφευκτα, αντανακλώνται στην πορεία των συνθετικών δεικτών γονιμότητας προσδίδοντάς της έντονες διακυμάνσεις, σε αντίθεση με τη γονιμότητα των γενεών, η πορεία της οποίας χαρακτηρίζεται από πολύ μικρές διαφορές ανάμεσα στις διαδοχικές γενεές.

### **3.7 Συγχρονική και Διαγενεακή προσέγγιση της γονιμότητας στην Ελλάδα**

Η ανασύνθεση της αναπαραγωγικής ιστορίας των γενεών 1930-1934/1965-1969 δίνει τη δυνατότητα να κατανοηθεί πλήρως η πορεία του συνθετικού δείκτη γονιμότητας (ΣΔΓ) στη χώρα μας, στο βαθμό που οι εξεταζόμενες ομάδες γενεών επηρέασαν σχεδόν εξ ολοκλήρου την πορεία της εγκάρσιας γονιμότητας τη μεταπολεμική περίοδο (1956-2007). Επιβεβαιώνεται, κατ' αρχάς, ότι η άνοδος των ποσοστών γονιμότητας στις νέες γυναίκες (<29 ετών) κατά την πρώτη μεταπολεμική εικοσιπενταετή περίοδο δεν επηρέασε καθόλου την τελική γονιμότητα των γενεών εκείνων που διαπερνούσαν την περίοδο αυτή στις πλέον «γόνιμες» τους ηλικίες, αλλά αντικατόπτριζε αποκλειστικά τις αλλαγές στην ταχύτητα σύστασης της οικογένειάς τους, ταχύτητα που συντελούνταν με όλο και γρηγορότερους ρυθμούς. Επόμενο είναι, εφόσον η ένταση της αναπαραγωγής στις γενεές αυτές δεν μεταβαλλόταν σημαντικά -ακόμη δε περισσότερο όταν ακολουθούσε αργή φθίνουσα πορεία τα ποσοστά γονιμότητας των γενεών αυτών, στη μετέπειτα περίοδο (1980-2000) στις ώριμες / μεγάλες ηλικίες προοδευτικά να συρρικνώνονται. Φυσικά, η πτώση της γονιμότητας στις ηλικίες >30 ετών, στο βαθμό που στη χώρα μας συνεχίζεται για μια τεσσαρακονταετία τουλάχιστον (1955-1995), δεν είναι δυνατόν να αποδοθεί μόνο στις αλλαγές των ρυθμών σύστασης του τελικού μεγέθους της οικογένειας. Οδηγεί, ταυτόχρονα, και στην πτώση της τελικής γονιμότητας των γενεών (που θα πρέπει να συντελείται στις γυναίκες που γεννήθηκαν προ του 1930 με σαφώς ταχύτερους ρυθμούς από τους εκτιμώμενους για αυτές που γεννηθήκαν μετέπειτα).

Επομένως, η παραμονή του δείκτη στιγμιαίας γονιμότητας σε επίπεδο, αφενός, σημαντικά υψηλότερο απ' αυτό της τελικής γονιμότητας των γενεών που τον «επηρέασαν» μέχρι και το 1980-1981, αφετέρου, άνω του κατώτατου ορίου που διασφαλίζει την αναπαραγωγή μέχρι το 1979 / 1980 δεν αντανακλά παρά μόνο την αλλαγή στους ρυθμούς σύστασης της τελικής γονιμότητας και υποκρύπτει το σημαντικότερο, τη συνεχή δηλαδή συρρίκνωση της αναπαραγωγής των Ελληνίδων που έχει ήδη δρομολογηθεί από τις αρχές του αιώνα μας (Valaoras, Siampos, 1969·Σιάμπος, 2003·Chesnais, 1986·Faron et al, 1999·Sardon, 1990·Frejka, Sardon, 2005) και συνεχίζεται απρόσκοπτα μέχρι και σήμερα. Η τάση αυτή είχε ως αποτέλεσμα τη μη αντικατάσταση ακόμη και των γενεών του Μεσοπολέμου, καθώς η τελική τους γονιμότητα πιθανότατα βρίσκεται σε επίπεδο χαμηλότερο από το

απαιτούμενο την εποχή εκείνη κατώτατο όριο αναπαραγωγής (2,7 - 3,0 παιδιά / γυναίκα). Κατ' επέκταση, εκείνο που διαφοροποιεί την πορεία της γονιμότητας στη χώρα μας σε σχέση με τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες (Festy, 1979 και 1983·Blayo, Festy, 1975·Badet, Dupaquier, 1999· Coleman, 1996·Monnier, 2006 Rothenbacher, 2004·Κοτζαμάνης, 1986 και 2009β Coale, Watkins, 1986·Billari, Kohler, 2004·Billari, 2005 Frejka, Sardon, 2005) δεν είναι μόνο η σχετική υστέρηση ως προς το χρόνο που εκδηλώνεται η συρρίκνωσή της στις διαδοχικές γενεές αλλά και η μη αναστροφή των πτωτικών τάσεων της στις γενεές 1915 / 1920 – 1930 / 1935, αναστροφή που χαρακτηρίζει το σύνολο σχεδόν των χωρών της ηπείρου μας με μόνη εξαίρεση ορισμένες χώρες του ευρωπαϊκού Νότου (Ελλάδα, Πορτογαλία, Γιουγκοσλαβία) και της Ανατολικής Ευρώπης (Ουγγαρία, Πολωνία, Βουλγαρία, Ρουμανία) (INED, 1976 και 1982·Festy, 1979·Leasure, 1992·Frejka, Sardon, 2005) που δε γνώρισαν έτσι το μεταπολεμικό «baby-boom».

Ο στιγμιαίος δείκτης γονιμότητας στην Ελλάδα ήταν, όμως, αδύνατο να «καλύπτει» επί μεγάλο χρονικό διάστημα τις πτωτικές τάσεις της διαγενεακής γονιμότητας που στη χώρα μας αρχίζει να συρρικνώνεται από τις αρχές του 20ού αιώνα. Ειδικότερα, αν την πρώτη μεταπολεμική περίοδο (μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του 1970), η «απόκρυψη» αυτή ήταν εφικτή, αυτό οφείλεται αποκλειστικά και μόνον στις υψηλές τιμές του συνθετικού δείκτη, άμεση συνέπεια της ταχείας πτώσης της μέσης ηλικίας στην τεκνογονία των γυναικών που γεννήθηκαν ανάμεσα στο 1930 και 1955. Η ανακοπή της τάσης αυτής, που εκδηλώνεται ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, οδηγεί αναπόφευκτα και στην επιταχυνόμενη πτώση του Συνθετικού Δείκτη, με αποτέλεσμα την οριοθέτησή του σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα για μια σχεδόν δεκαετία (1,2 - 1,3 παιδιά / γυναίκα). Αφενός, η στιγμιαία γονιμότητα θα πρέπει να παραμείνει στο ίδιο επίπεδο για ιδιαίτερα μεγάλη χρονική περίοδο, για να δεχτούμε ως βάσιμη την υπόθεση μιας τελικής γονιμότητας των γυναικών που γεννήθηκαν τη δεκαετία του 1970 της τάξης των 1,2-1,3 παιδιών ανά γυναίκα, αφετέρου, η μελέτη της πορείας της διαγενεακής γονιμότητας στις ανεπτυγμένες χώρες στη διάρκεια των τελευταίων εκατό ετών δείχνει ότι είναι σχεδόν αδύνατο να έχουμε διακυμάνσεις τόσο μεγάλου εύρους ανάμεσα στη γονιμότητα ομάδων διαδοχικών γενεών. Έτσι, αν δεχτούμε ότι η πορεία των συντελεστών κατά ηλικία γονιμότητας θα ακολουθήσει στη χώρα μας αντίστοιχη κατά το μάλλον πορεία με αυτή που ακολούθησε στις άλλες

δυτικοευρωπαϊκές χώρες, και με δεδομένη τη σταθεροποίηση της μέσης ηλικίας στην τεκνογονία στην επόμενη πενταετία στα 30,5 - 31 έτη, θα πρέπει να αναμένεται μια μικρή περαιτέρω άνοδος των τιμών του Συνθετικού Δείκτη από το 1,4 το 2007 στο 1,6 - 1,7 παιδιών ανά γυναίκα τα αμέσως επόμενα έτη. Στην περίπτωση αυτή, η συγχρονική γονιμότητα στις αρχές της επόμενης δεκαετίας ελάχιστα θα διαφοροποιείται πλέον από την αναμενόμενη τελική γονιμότητα των γυναικών που γεννήθηκαν γύρω από το 1975 (1,55 παιδιά / γυναίκα).

### **3.8 Η αναπαραγωγή του πληθυσμού διαγενεακώς**

Η τελική γονιμότητα στη χώρα μας, όπως και στο σύνολο των πλέον ανεπτυγμένων χωρών του πλανήτη μας χαρακτηριζόταν μέχρι πρόσφατα από πτωτικές τάσεις, και η πρότερη ανάλυση, βασιζόμενη τόσο στην αναδρομική στο χρόνο παρατήρηση (δεδομένα απογραφής), όσο και στην ανασύσταση της αναπαραγωγικής ιστορίας των γενεών βάσει των στοιχείων της φυσικής κίνησης, το επιβεβαιώνει. Οι τάσεις αυτές προφανώς δεν εκκινούν με τις τελευταίες μεσοπολεμικές γενεές (1930 - 1934), αλλά πολύ νωρίτερα, σε ορισμένες δε περιοχές, ήδη από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα.

Οι γυναίκες των διαδοχικών γενεών στην Ελλάδα φέρνουν στον κόσμο όλο και λιγότερα παιδιά, και, προφανώς, οι συνθετικοί δείκτες που υπολογίζονται ετησίως, συχνότατα, δίδουν μια άκρως παραπλανητική εικόνα, επηρεαζόμενοι από τις μεταβολές του ημερολογίου της γονιμότητας. Η χώρα μας αποτελεί κλασικό παράδειγμα των προαναφερθέντων, καθόσον στην πρώτη μεταπολεμική εικοσιπενταετία, οι συνθετικοί δείκτες άφηναν να διαφανεί ότι η γονιμότητα είναι σταθερά άνω του ορίου αναπαραγωγής (τιμές του ΣΔΓ από 2,4 έως 2,1), ενώ, αντιθέτως, μετά το 1980, λαμβάνοντας ιδιαίτερα χαμηλές τιμές, «υπερτονίζουν» την πτώση της. Καμία από τις γενεές των γυναικών που γεννήθηκαν μετά το 1930 δεν έχει εξασφαλίσει την πλήρη αναπαραγωγή της. Το υπολογιζόμενο καθαρό ποσοστό για τις γυναίκες που γεννήθηκαν από το 1930 έως και το 1964 (δηλαδή ο αριθμός των κοριτσιών που έφεραν στον κόσμο και επιβίωσαν μέχρι την μέση ηλικία στην τεκνογονία των μητέρων τους) είναι πάντοτε μικρότερο της μονάδας γεγονός που σημαίνει ότι υπολείπονται 0,23 περίπου κόρες / γυναίκα στις παλαιότερες γενεές (1930 - 1934) για να διασφαλιστεί η αντικατάσταση κάθε μητέρας από μια κόρη και αντίστοιχα 0,18 κόρες / γυναίκα στις γενεές 1960-1964 δηλαδή 0,6 και 0,4 παιδιά / γυναίκα, αντίστοιχα.

Συμπερασματικά, οι γυναίκες που γεννήθηκαν στη χώρα μας από το 1930 έως το 1960 αφενός, περιορίζουν προοδευτικά τη γονιμότητά τους (κάνουν δηλαδή όλο και λιγότερα παιδιά), αφετέρου, τεκνοποιούν όλο και σε μικρότερη ηλικία. Οι πτωτικές όμως τάσεις της μέσης ηλικίας στην τεκνογονία ανατρέπονται στη συνέχεια και τα νέα ζευγάρια τείνουν να τεκνοποιήσουν σε όλο και μεγαλύτερες ηλικίες, συνεχίζοντας παράλληλα να περιορίζουν κατά τι ακόμη τον αριθμό των παιδιών που

φέρνουν στον κόσμο. Στους δύο αυτούς παράγοντες (περισσότερο όμως στον πρώτο) οφείλεται βασικά η κατάρρευση των συγχρονικών δεικτών γονιμότητας της περιόδου 1980-1995 και η σταθεροποίησή τους στη συνέχεια (1995-2007) σε επίπεδα που σίγουρα δεν επιτρέπουν την αναπαραγωγή των γενεών (1,3 - 1,4 παιδιά / γυναίκα). Η Ελλάδα, στο πεδίο αυτό διαφοροποιείται, επομένως, των άλλων ευρωπαϊκών χωρών-μελών της ΕΕ προ της διεύρυνσης, σε δύο σημεία: α) δε γνώρισε τη μεταπολεμική έξαρση των γεννήσεων και της συγχρονικής γονιμότητας (φαινόμενο που είναι γνωστό ως baby-boom) και β) η πτώση της συγχρονικής γονιμότητας εμφανίζεται με σχετική υστέρηση (μετά το 1980), είναι ταχύτερη και οι, ενδεχομένως οφειλόμενες στις μετανάστριες, τάσεις μερικής ανόρθωσής της μόλις εμφανίζονται.

Με βάση τα προαναφερθέντα είναι προφανές ότι οι αναπαραγωγικές μας συμπεριφορές μεταβάλλονται και το μοντέλο της οικογένειας με περιορισμένο αριθμό παιδιών (δύο) τείνει να κυριαρχήσει και στη χώρα μας. Οι στάσεις και οι αντιλήψεις αλλάζουν προοδευτικά και τα νέα ζευγάρια (οι γυναίκες και οι άνδρες που γεννήθηκαν μετά το 1950-1960) τείνουν να υιοθετήσουν διαφορετικές συμπεριφορές από αυτές των προηγούμενων γενεών. Τα καταναλωτικά πρότυπα ουδαμώς τα διαφοροποιούν από αυτά των βορειότερων ανεπτυγμένων χωρών της Ευρώπης, η επίδραση της Ορθοδόξου Εκκλησίας (πολύ περισσότερο «διακριτικής» στον τομέα που μας ενδιαφέρει, σε αντίθεση με τον Καθολικισμό) ατονεί, και η επιρροή της προσκρούει στο κατώφλι της ιδιωτικής ζωής. Κατ' επέκταση, συγκεντρώνονται προοδευτικά και στη χώρα μας οι υλικοί, πολιτισμικοί και θεσμικοί όροι που επιτρέπουν την ανάδυση, στον τομέα της οικογένειας, ενός «κυρίαρχου» προτύπου που διαχέεται ταχύτερα σε μία σειρά χωρών της ανεπτυγμένης Ευρώπης. Οι αξίες που ευνοούν την τεκνογονία, δηλαδή το πρότυπο μιας οικογένειας που θα έχει περισσότερα από δύο παιδιά, και ταυτόχρονα, η ύπαρξη οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών που να επιτρέπουν την υλοποίηση ενός τέτοιου επιθυμητού μεγέθους οικογένειας, δεν ισχύουν προς το παρόν και δε διαθέτουμε ενδείξεις για τη μελλοντική τους πλήρωση. Αντιθέτως, και στη χώρα μας -όπως και στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη μας- οι συνθήκες που οδηγούν στην ανάδυση ενός νέου κυρίαρχου τύπου οικογένειας (ενός προτύπου οικογένειας με περιορισμένο αριθμό παιδιών, λιγότερα των δύο κατά μέσο όρο) συγκεντρώνονται προοδευτικά. Το δίκαιο εξελίσσεται παράλληλα, τείνοντας να κατοχυρώσει την ισότητα και την



αυτονομία των εταίρων στα πλαίσια της συμβίωσης, δίδοντας, όλο και περισσότερο, στη γυναίκα τη δυνατότητα να «βιώσει» τη διάλυση της συμβίωσης αυτής (εντός ή εκτός γάμου) και την επιλογή της να παραμείνει, αν το επιθυμεί, μόνη, ενώ, ταυτόχρονα, τα μέσα αντισύλληψης τείνουν να επιτρέψουν τον πλήρη, σχεδόν, έλεγχο της γονιμότητάς της.

Επομένως, στο βαθμό που οι οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί και θεσμικοί παράγοντες εξελίσσονται ακολουθώντας αργές συγκλίνουσες πορείες στον ευρωπαϊκό χώρο, δεν είναι αβάσιμη η υπόθεση ότι και οι δημογραφικές μας συμπεριφορές (της αναπαραγωγής συμπεριλαμβανομένης) δε δύνανται στο μέλλον να αποκλίνουν συνταρακτικά από αυτές που καταγράφονται ήδη σήμερα σε σειρά ανεπτυγμένων χωρών της ηπείρου μας. Δε

δύνανται να αποκλίνουν σημαντικά, στο βαθμό που θα εγγράφονται στο πλαίσιο ενός νέου τύπου οικογένειας (οικογένειας - προνομιακού χώρου για την πραγμάτωση μιας στο έπακρο απαιτητικής «ευτυχίας») που αναδύεται αργά και στην Ελλάδα, κερδίζοντας σταδιακά ευρύτερα στρώματα του νεανικού πληθυσμού που βρίσκονται στην αρχή του αναπαραγωγικού τους κύκλου.

# Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Η Δημογραφική γήρανση στην Υφήλιο, στην Ευρώπη και στην Ελλάδα με έμφαση στην Ελληνική πραγματικότητα

## 4.1 Υφήλιος

Ένα από τα σοβαρότερα ζητήματα της ανθρωπότητας στην εποχή μας είναι το δημογραφικό και οι περαιτέρω συνέπειές του. Ο πληθυσμός της γης τα τελευταία 40 χρόνια διπλασιάστηκε, ενώ το έτος 1960 ανερχόταν σε 3 δισεκατομμύρια άτομα το έτος 2010 αριθμούσε 6 δισεκατομμύρια (Πίνακας 3.1) και αναμένεται το 2050 να ανέλθει στα 8,9 δισεκατομμύρια άτομα σύμφωνα με τις τελευταίες πληθυσμιακές προβολές.

Πίνακας 3.1: Ο πληθυσμός της γης στο μέσο του έτους, 1960-2010

	1960	1970	1980	1990	2000	2010
<b>Παγκόσμιος Πληθυσμός</b>	3.023,8	3.696,6	4.442,3	5.279,5	6.085,6	6.900,3

*Πηγή: United Nations, World Population Prospects*

Πέρα από τις αλλαγές που παρατηρούνται στο μέγεθος και την αύξηση του συνολικού πληθυσμού της γης, ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζουν οι διαχρονικές μεταβολές στην κατά ηλικία σύνθεσή του. Διαχωρίζοντας τον πληθυσμό σε νέους (0-19 ετών), άτομα σε ηλικία εργασίας (20-59 ετών) και ηλικιωμένους (60 ετών και άνω), μπορούμε να εντοπίσουμε μερικές αποκλίνουσες διαφοροποιήσεις και μεταβολές (Πίνακας 3.2). Παρατηρούμε ότι το ποσοστό των νέων στον παγκόσμιο πληθυσμό μειώθηκε από το 1970 έως σήμερα ενώ τόσο το ποσοστό των ατόμων σε ηλικία εργασίας όσο και αυτό των ηλικιωμένων αυξήθηκαν την ίδια περίοδο. Γενικά, διαπιστώνεται μια γενικευμένη τάση γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού, το ποσοστό των ηλικιωμένων από 8,1% στις αρχές της δεκαετίας του 1960 ανήλθε σε 10,3% στα μέσα της πρώτης δεκαετίας του 21ου αιώνα.

Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται μεταξύ των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών καθώς στις πρώτες, σε 100 άτομα του πληθυσμού υπάρχουν σήμερα 24 νέοι, 56 άτομα σε παραγωγική ηλικία και 20 ηλικιωμένοι ενώ στις

αναπτυσσόμενες τα αντίστοιχα μεγέθη είναι 41, 51 και 8 άτομα. Γενικά, η χρονική υστέρηση των εξελίξεων στις αναπτυσσόμενες χώρες αναφορικά με τη θνησιμότητα και τη γονιμότητα οδηγούν σε μια καθυστέρηση των μεταβολών στην κατά ηλικία δομή. Δηλαδή, οι αναπτυσσόμενες χώρες ενώ σήμερα παρουσιάζουν νεανικότερο πληθυσμό από αυτόν των ανεπτυγμένων χωρών, μελλοντικά όμως αναμένεται ότι θα γηράσκουν με σχετικά έντονους ρυθμούς.

Ουσιαστικά, οι σχετικά απότομες αλλαγές που σημειώθηκαν μεταπολεμικά στη γονιμότητα και τη θνησιμότητα θα επηρεάσουν σημαντικά και τη μελλοντική κατά ηλικία σύνθεση του παγκόσμιου πληθυσμού, διευρύνοντας ακόμη περισσότερο τις διαφορές μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών.

Ο προβληματισμός και οι ανησυχίες για τις μεταβολές στη μελλοντική ηλικιακή δομή του πληθυσμού αφορά κυρίως την εξέλιξη του μεγέθους του πληθυσμού των παραγωγικών ηλικιών και τη δημογραφική γήρανση. Η χρονική απόκλιση των δημογραφικών εξελίξεων ανάμεσα στις αναπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως αυτές παρουσιάζονται μέσα από τη διαδικασία της δημογραφικής μετάβασης, δημιουργεί μια κατάσταση όπου στο πρώτο μισό του 21ού αιώνα η δημογραφική γήρανση θα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα για τις αναπτυγμένες χώρες ενώ στις αναπτυσσόμενες ο προβληματισμός θα αφορά κυρίως την αύξηση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας. Βέβαια, όπως προαναφέρθηκε, παρά το γεγονός ότι το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης εκδηλώνεται με κάποια καθυστέρηση στις αναπτυσσόμενες χώρες, η ένταση του φαινομένου και η ταχύτητα των αλλαγών θα είναι ιδιαίτερα σημαντικές και στις χώρες αυτές.

Στο σύνολο του παγκόσμιου πληθυσμού, ο αριθμός των ατόμων που θα βρίσκονται στις παραγωγικές ηλικίες αναμένεται ότι γύρω στο 2025 θα είναι περίπου κατά 50% υψηλότερος από αυτόν του 2000 (την περίοδο 1975-2000 η αντίστοιχη αύξηση ήταν γύρω στο 40%). Αυτή η σημαντική μελλοντική αύξηση θα αφορά σχεδόν εξ ολοκλήρου τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Όσον αφορά στις αναπτυγμένες χώρες και κυρίως τις χώρες της Ε.Ε. αναμένεται σε πολλές από αυτές την περίοδο 2000-2025 να παρατηρηθεί η πρώτη μείωση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας. Η περαιτέρω διεύρυνση του πληθυσμού των παραγωγικών ηλικιών στις αναπτυσσόμενες χώρες αναμφίβολα θα επηρεάσει τις

προοπτικές οικονομικής ανάπτυξής τους. Ορισμένοι θεωρούν ότι η αύξηση αυτή θα είναι καταστροφική αφού θα προκαλέσει τη διόγκωση της προσφοράς εργασίας η οποία δε θα μπορεί να καλυφθεί από την αντίστοιχη ζήτηση. Αντίθετα, υπάρχουν και αυτοί που πιστεύουν ότι, η εξέλιξη αυτή θα οδηγήσει σε σταδιακή μείωση του δείκτη δημογραφικής εξάρτησης (πηλίκο μεταξύ του πληθυσμού των νέων και των ηλικιωμένων προς τον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας) γεγονός που μπορεί να συνδυαστεί με ευόιωνες προοπτικές για οικονομική ανάπτυξη. Αναμένεται η αύξηση του αριθμού των ατόμων σε παραγωγική ηλικία να εντείνει ακόμη περισσότερο την ανάγκη για οικονομική ανάπτυξη και να ενισχύσει τους φόβους για αρνητικές επιπτώσεις στο φυσικό περιβάλλον.

Σε ό,τι αφορά στη μελλοντική δημογραφική γήρανση του πληθυσμού των αναπτυσσόμενων χωρών, η ένταση του φαινομένου θα είναι ιδιαίτερα σημαντική στην Κίνα, κυρίως εξαιτίας της απότομης μείωσης της γονιμότητας τα τελευταία χρόνια. Στις υπόλοιπες χώρες - περιοχές το φαινόμενο θα εκδηλωθεί καθυστερημένα και πιθανώς με λιγότερη ένταση: στη Λατινική Αμερική και τη νότια Ασία μετά το 2010 και ακόμη πιο αργά στην Αφρική.

Αναμένεται ότι γύρω στο 2025 η κατά ηλικία δομή του πληθυσμού των αναπτυσσόμενων χωρών θα προσεγγίσει την αντίστοιχη δομή που είχε παρατηρηθεί στις αναπτυγμένες χώρες το 1950 (Chasteland 1997, Παπαδάκης και Τσίμπος 2004).

Πίνακας 3.2: Η κατά ηλικία δομή του παγκόσμιου πληθυσμού στο δεύτερο μισό του 20ού αιώνα

	0-19 ετών (ως % του συνολικού πληθυσμού)				
	1960	1970	1980	1990	2000
<b>Κόσμος</b>	<b>45,4</b>	<b>47,2</b>	<b>45,2</b>	<b>42,2</b>	<b>39,2</b>
<i>Αναπτυγμένες χώρες</i>	35,5	34,6	30,7	27,8	25,2
ΕΕ-25	32,7	32,5	30,1	26,3	23,5
ΕΕ-15	31,8	32,1	29,9	25,3	22,8
ΗΠΑ	38,2	37,6	31,6	28,7	28,6
Ιαπωνία	40,2	32,8	30,6	26,5	20,5
Ρωσία	36,1	36,0	29,9	29,8	26,7
<i>Αναπτυσσόμενες χώρες</i>	49,8	52,0	49,9	46,2	42,7
Κίνα	47,2	50,7	46,3	38,3	32,7
Ινδία	49,3	50,3	48,9	46,8	44,1
Νιγηρία	53,1	54,6	54,8	56,1	56,3
Βραζιλία	52,7	53,0	49,4	45,3	40,1
	20-59 ετών (ως % του συνολικού πληθυσμού)				
	1960	1970	1980	1990	2000
<b>Κόσμος</b>	<b>46,4</b>	<b>44,3</b>	<b>46,2</b>	<b>48,6</b>	<b>50,7</b>
<i>Αναπτυγμένες χώρες</i>	51,9	50,9	53,8	54,6	55,4
ΕΕ-25	52,5	50,5	52,6	54,4	55,5
ΕΕ-15	52,7	50,4	52,2	54,8	55,4
ΗΠΑ	48,5	48,3	52,7	54,7	55,2
Ιαπωνία	50,9	56,6	56,5	56,1	56,2
Ρωσία	54,6	52,0	56,6	54,2	55,0
<i>Αναπτυσσόμενες χώρες</i>	44,0	41,9	43,7	46,9	49,6
Κίνα	45,6	42,5	46,3	53,1	57,2
Ινδία	45,0	43,7	44,6	46,4	48,4
Νιγηρία	41,7	40,4	40,4	39,2	39,0
Βραζιλία	41,9	41,3	44,4	48,0	51,9
	60 ετών και άνω (ως % του συνολικού πληθυσμού)				
	1960	1970	1980	1990	2000
<b>Κόσμος</b>	<b>8,1</b>	<b>8,4</b>	<b>8,6</b>	<b>9,2</b>	<b>10,0</b>
<i>Αναπτυγμένες χώρες</i>	12,6	14,5	15,5	17,6	19,5
ΕΕ-25	14,9	17,1	17,4	19,3	21,1
ΕΕ-15	15,6	17,6	18,0	19,9	21,8
ΗΠΑ	13,3	14,1	15,6	16,5	16,2
Ιαπωνία	8,9	10,7	12,9	17,4	23,3
Ρωσία	9,3	11,9	13,5	16,0	18,3
<i>Αναπτυσσόμενες χώρες</i>	6,2	6,2	6,4	6,9	7,7
Κίνα	7,2	6,8	7,4	8,6	10,1
Ινδία	5,7	6,0	6,5	6,8	7,5
Νιγηρία	5,2	4,9	4,8	4,7	4,7

Βραζιλία	5,3	5,7	6,2	6,7	8,1
----------	-----	-----	-----	-----	-----

## 4.2 Ευρώπη

Η Ευρώπη είναι η πιο γηρασμένη ήπειρος του πλανήτη καθώς εμφανίζει από τα χαμηλότερα ποσοστά γονιμότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Από τα στοιχεία του Πίνακα 3.3 είναι φανερό ότι η ΕΕ-15 (ΕΕ-25, ΕΕ-27), παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω μετά την Ιαπωνία μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών. Το έτος 2005 το ποσοστό αυτό κυμαίνονταν στο 22,5% για την ΕΕ-15 (στο 21,8% για την ΕΕ- 25), δηλαδή διπλάσιο του ποσοστού που παρατηρείται στο σύνολο του κόσμου (10,3%). Επίσης, διαπιστώνουμε ότι από τις 20 γηραιότερες χώρες του κόσμου οι 19 προέρχονται από την ευρωπαϊκή ήπειρο, το γεγονός αυτό δείχνει τη σημαντική δημογραφική γήρανση που σημειώθηκε στην Ευρώπη τις τελευταίες δεκαετίες χωρίς να υπάρξει η ανάλογη ανανέωση του πληθυσμού της. Χώρες που παρουσιάζουν υψηλή γήρανση είναι η Ιταλία, Γερμανία, Ελλάδα, Σουηδία, Βέλγιο ενώ χώρες με χαμηλό ποσοστό ηλικιωμένων είναι το Λιχτεστάϊν, Ιρλανδία, Ισλανδία, FYROM, Τουρκία, Αλβανία.

Να σημειωθεί ότι η Τουρκία και η Αλβανία είναι οι μοναδικές χώρες που έχουν ποσοστό ηλικιωμένων χαμηλότερο του 10% σύμφωνα με τα στοιχεία του έτους 2005, ενώ μια μέση αναλογία ηλικιωμένων παρουσιάζει η Δανία, Λιθουανία, Νορβηγία, Λουξεμβούργο.

Πίνακας 3.3: Πληθυσμός 65 ετών και άνω ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού, Ευρώπη 1960-2005

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
<b>ΕΕΑ-28</b>	10,0	11,7	13,5	13,9	15,7	16,6
<b>ΕU-15</b>	10,6	12,1	13,9	14,5	16,3	17,2
<b>ΕU-25</b>	10,0	11,7	13,5	13,9	15,7	16,7
<b>ΕΥΡΩΖΩΝΗ</b>	10,3	11,9	13,6	14,2	16,4	17,5
Αλβανία						8,3
Αυστρία	12,1	14,0	15,5	14,9	15,4	16,0
Βέλγιο	12,0	13,3	14,3	14,8	16,8	17,2
Βοσνία & Ερζεγοβίνη						
Βουλγαρία	7,4	9,4	11,8	13,0	16,2	17,1
Γαλλία	11,6	12,8	14,0	13,9	16,0	16,4
Γερμανία	11,5	13,5	15,7	14,9	16,2	18,6
Δανία	10,5	12,2	14,3	15,6	14,8	15,0
Ελβετία	10,2	11,2	13,8	14,6	15,3	15,8
Ελλάδα	9,4	11,1	13,1	13,7	16,5	18,1
Εσθονία		11,7	12,5	11,6	15,0	16,5
Ηνωμένο Βασίλειο	11,7	12,9	14,9	15,7	15,8	16,0
Ιρλανδία	11,1	11,1	10,7	11,4	11,2	11,2
Ισλανδία	8,2	8,8	9,8	10,6	11,6	11,8
Ισπανία	8,2	9,5	10,8	13,4	16,8	16,8
Ιταλία	9,3	10,8	13,1	14,7	18,1	19,4
Κροατία					12,4	16,8
Κύπρος			10,1	10,8	11,2	11,9
Λετονία		11,9	13,0	11,8	14,8	16,5
Λιθουανία		10,0	11,3	10,8	13,7	15,1
Λιχτενστάιν	8,0	7,9		10,0	10,5	11,1
Λουξεμβούργο	10,8	12,5	13,7	13,4	14,3	14,3
Μάλτα					12,1	13,3
Νορβηγία	10,9	12,8	14,7	16,3	15,3	14,7
Ολλανδία	8,,	10,1	11,5	12,8	13,6	14,0
Ουγγαρία	8,9	11,5	13,5	13,2	15,0	15,6
Πολωνία	5,8	8,2	10,2	10,0	12,1	13,1
Πορτογαλία	7,8	9,2	11,2	13,2	16,0	17,0
Ρουμανία			10,3	10,3	13,2	14,7
Σερβία & Μαυροβούνιο					13,6	
Σλοβακία	6,8	9,1	10,6	10,3	11,4	11,6
Σλοβενία		9,7	10,9	10,6	13,9	15,3
Σουηδία	11,7	13,6	16,2	17,8	17,3	17,2
Τουρκία						5,8
Τσεχία	9,5	11,9	13,6	12,5	13,8	14,0
Φιλανδία	7,2	9,0	11,9	13,3	14,8	15,9
FYROM					9,9	10,9

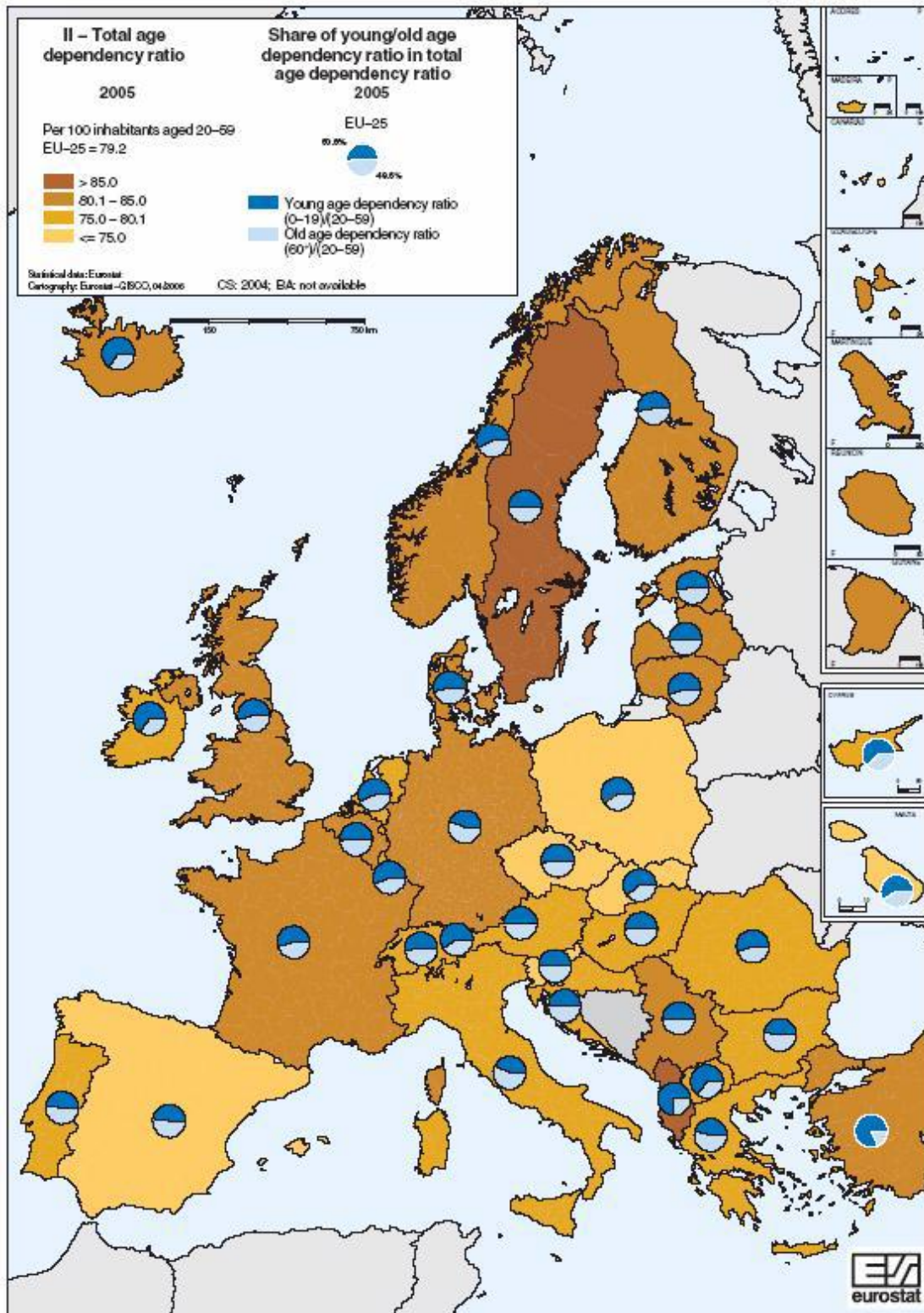
Η ανάκαμψη της γονιμότητας την πρώτη μεταπολεμική περίοδο (1945-1965), γνωστή και ως περίοδος του baby boom, αποτέλεσε μια αναπάντεχη εξέλιξη για τις περισσότερες χώρες της Ευρώπης ενώ ακολούθησε μια περίοδος με απότομη μείωση της γονιμότητας, γνωστή ως baby-bust. Τα επόμενα χρόνια όμως αναμένεται στις χώρες που παρουσιάστηκε έντονα το φαινόμενο του baby boom (Αυστρία, Γερμανία, Λουξεμβούργο, Βέλγιο, Σουηδία κ.ά.) να υπάρξει ραγδαία αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων, γνωστό ως rappy boom, καθώς η γενεά του baby-boom θα εισέλθει στις γεροντικές ηλικίες.

Η διαδικασία της μακροχρόνιας αυτής εξέλιξης στην Ευρώπη κυρίως στη μείωση της γονιμότητας-γεννητικότητας (από τα τέλη της δεκαετίας του '60 και μετά), στην πρόοδο που έχει επιτευχθεί στη καταπολέμηση της γενικής θνησιμότητας, κυρίως λόγω της βελτίωσης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και κοινωνικής προστασίας με αποτέλεσμα να επιμηκυνθεί η μέση διάρκεια ζωής και για τα δύο φύλα. Όπως μάλιστα αναφέρεται (Franco 1996) η ιατρική πρόοδος που μέχρι τη δεκαετία του 1960 ευνοούσε κυρίως τους νέους, από το 1980 και μετά κατευθύνεται περισσότερο έντονα προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων (π.χ. καταπολέμηση των καρδιαγγειακών παθήσεων, των νεοπλασμάτων κ.ά.).

Ως συνέπεια, εμφανίζεται μία ταχύτατη μείωση της θνησιμότητας στα υψηλά ηλικιακά κλιμάκια και έντονη δημογραφική γήρανση σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Οι δημογραφικές προβολές για το μέλλον παρουσιάζουν σίγουρα μια αβεβαιότητα (που οφείλεται στις υιοθετούμενες υποθέσεις για την εξέλιξη της γονιμότητας, της θνησιμότητας και ιδιαίτερα της μετανάστευσης): ενδεικτικά και μόνο, σύμφωνα με υπολογισμούς της Eurostat (1999), το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω γύρω στο 2020 θα κυμανθεί στη Ελλάδα γύρω στο 20,6% (όσο και ο μέσος κοινοτικός 20,7%) με πιο γηρασμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης την Ιταλία, Φιλανδία και Σουηδία (22-23,5%) και με πιο «νεανική» την Ιρλανδία (15,3%).





Εικόνα : Δείκτης Ολικής Εξάρτησης, Ε.Ε.-25 το έτος 2005, και πως επιμερίζεται στους Δείκτες Εξάρτησης Νέων και Ηλικιωμένων

### **4.3 Ελλάδα**

Σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η γήρανση στην Ελλάδα εμφανίζει μεγαλύτερη επιτάχυνση. Η αναλογία ηλικιωμένων, από τις χαμηλότερες το 1960 (9,4%) μεταβλήθηκε σημαντικά τις επόμενες δεκαετίες, 1970 (11,1%), 1980 (13,1%), 1990 (13,7%) και 2000 (16,5%), έτσι ώστε στα μέσα της πρώτης δεκαετίας του 21ού αιώνα η Ελλάδα να κατέχει την τρίτη θέση (18,1%) στην Ευρώπη με πρώτη την Ιταλία (19,4%) και δεύτερη τη Γερμανία (18,6%).

Το γεγονός αυτό, μεταξύ άλλων, σηματοδοτεί ότι τουλάχιστον όσον αφορά τη γήρανση ακολουθείται το πρότυπο και οι εξελίξεις που χαρακτηρίζουν τις αναπτυγμένες καπιταλιστικές χώρες. Από την άλλη πλευρά, οι δημογραφικές ιδιομορφίες της Ελλάδας, όπως είναι η έντονη συρρίκνωση και η γήρανση των αγροτικών περιοχών, η μη εμφάνιση του "baby boom" λόγω της μετανάστευσης και η σταθερή και σε ικανοποιητικά επίπεδα γονιμότητα μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, πιθανώς επιβράδυναν σημαντικά την εκδήλωση του φαινομένου στην Ελλάδα.

Έτσι, ενώ την περίοδο 1980-1990 στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σημειώθηκε μια σχετικά μικρή ανανέωση του πληθυσμού τους, επηρεάζοντας πτωτικά τη γήρανση (Γερμανία, Ιταλία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο), η Ελλάδα αντίθετα είναι μια από τις λίγες χώρες που σημείωσαν εκ νέου αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων και μάλιστα με τον ταχύτερο σχετικά ρυθμό.

#### **4.3.1 Πληθυσμιακές πυραμίδες**

Τα κυριότερα δημογραφικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου είναι το φύλο και η ηλικία. Η σύνθεση ενός πληθυσμού κατά ηλικία και φύλο είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για οποιαδήποτε ανάλυση, αφού από την κατανομή αυτή εξαρτώνται και επηρεάζονται άμεσα και έμμεσα πολλά οικονομικά, κοινωνικά, δημογραφικά και περιβαλλοντικά φαινόμενα και μεγέθη (εργατικό δυναμικό, παραγωγικότητα, κατανάλωση, σχολικός πληθυσμός, σύνθεση οικογένειας, αμυντικό δυναμικό, κοινωνική κινητικότητα, κ.τ.λ.).

Στην ενότητα αυτή περιγράφεται ο τρόπος μελέτης της κατανομής του πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία<sup>19</sup>, αναφερόμενοι στην κατάσταση του πληθυσμού της χώρας

μας, όπως αποτυπώνονται στα στοιχεία των απογραφών των ετών 1971, 1981, 1991 και 2001.

Η γραφική απεικόνιση της κατανομής του πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία είναι γνωστή ως πυραμίδα ηλικιών ή πληθυσμιακή πυραμίδα. Η πυραμίδα ηλικιών έχει σχήμα διπλού ιστογράμμου, όπου οριζόντια φέρεται ο πληθυσμός των ανδρών (αριστερά) και των γυναικών (δεξιά) και κάθετα εμφανίζεται η ηλικία (σε ακέραια έτη ή κατά πενταετείς ομάδες ηλικιών).

Συνήθως τα υπερκείμενα στρώματα της πυραμίδας ηλικιών είναι μικρότερα από τα υποκείμενα, επειδή τα πρώτα ανήκουν σε παλαιότερες γενεές και κατά συνέπεια έχουν υποστεί μακροχρονιότερα από τα δεύτερα την αφαιμακτική επίδραση της θνησιμότητας.

Όμως, η πυραμίδα ηλικιών δεν επηρεάζεται αποκλειστικά από τη θνησιμότητα, αλλά αντικατοπτρίζει επίσης και τις ιστορικές εξελίξεις που έχουν σημειωθεί στη γαμηλιότητα - γεννητικότητα και στη μεταναστευτική κίνηση του πληθυσμού. Έτσι, τυχόν απότομες μεταπτώσεις (εξαιρετική διόγκωση ή υποχώρηση) στον αριθμό των γεννήσεων για κάποιο χρονικό διάστημα ενδέχεται να μεταβάλλουν την αρμονική σχέση μεταξύ υπερκείμενων και υποκείμενων στρωμάτων στην πυραμίδα ηλικιών. Κάτι ανάλογο θα συμβεί και στην περίπτωση μιας έκτακτης μεταναστευτικής εισροής ή εκροής. Επιπλέον, απρόβλεπτα αποδεκατιστικά γεγονότα (όπως πόλεμοι, λιμοί, επιδημίες, μαζικές εκτοπίσεις πληθυσμών κ.ά.) αλλοιώνουν την ισόρροπη διάταξη των στρωμάτων της πυραμίδας ηλικιών και προκαλούν σ' αυτήν τα αποκαλούμενα «δημογραφικά τραύματα». Τα δημογραφικά αυτά ελλείμματα σημαδεύουν αρνητικά το παρελθόν και προδιαγράφουν δυσοίωνα το μέλλον ενός πληθυσμού, έχουν δε ιδιαίτερη βαρύτητα αν αφορούν τις νεότερες γενεές, καθόσον για την εξάλειψή τους θα απαιτηθεί μεγάλο χρονικό διάστημα (Παπαδάκης και Τσίμπος 2004).

Η πληθυσμιακή πυραμίδα διακρίνεται στις ακόλουθες τέσσερις τυπικές μορφές:

---

Η ηλικία δίνεται σε συμπληρωμένα έτη κατά την ημέρα διεξαγωγής της απογραφής.

1. Πυραμίδα για πληθυσμό «νέο», η πυραμίδα είναι ευρεία στη βάση αυτής και λεπτή στην κορυφή της, είναι αποτέλεσμα υψηλής γονιμότητας και υψηλής θνησιμότητας. Είναι η περίπτωση των πρωτόγονων λαών.
2. Πυραμίδα για πληθυσμό «ώριμο», η πυραμίδα έχει αρχίσει να περιορίζεται στη βάση και να διογκώνεται στις παραγωγικές ηλικίες, ενώ η κορυφή της ελάχιστα μεταβάλλεται, είναι αποτέλεσμα της για μακρά περίοδο μείωσης της θνησιμότητας, η οποία ακολουθείται από βαθμιαία μείωση της γονιμότητας. Είναι η περίπτωση των ταχέως αναπτυσσόμενων χωρών.
3. Πυραμίδα για πληθυσμό «γηράσκοντα», η πυραμίδα έχει αρχίσει να στενεύει πολύ στη βάση της και να διογκώνεται στην κορυφή της, ενώ ο πληθυσμός των παραγωγικών ηλικιών έχει αρχίσει να μειώνεται, είναι το αποτέλεσμα της για μακρά περίοδο μείωσης της θνησιμότητας και της γονιμότητας, με ακόμη μεγαλύτερη επίταση της μείωσης της γονιμότητας σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Είναι η περίπτωση των περισσότερων από τις αναπτυγμένες χώρες.
4. Πυραμίδα για πληθυσμό «σε ανανέωση», η βάση της πυραμίδας, η οποία είχε λάβει τη μορφή του γερασμένου πληθυσμού, αρχίζει να διευρύνεται, ως συνέπεια αύξησης της γονιμότητας, ύστερα από μακρά περίοδο χαμηλών επιπέδων αυτής. Είναι η περίπτωση των αναπτυγμένων χωρών, με γηράσκοντα πληθυσμό, οι οποίες σημείωσαν άνοδο στη γονιμότητα (Σιάμπος 1993).

Οι πληθυσμιακές ομάδες δε διαφοροποιούνται μεταξύ τους μόνο ως προς το σχήμα των ηλικιακών τους πυραμίδων αλλά και ως προς το ρυθμό της διαχρονικής εξέλιξής τους. Έτσι, ο ρυθμός μεταβολής στο νέο πληθυσμό είναι θετικός και υψηλός ενώ στο γηράσκοντα πληθυσμό είναι είτε θετικός και μικρός είτε αρνητικός. Ο ώριμος πληθυσμός δε παρουσιάζει ενδιάμεσο ρυθμό μεταβολής.

#### **4.3.2 Στάδια εξέλιξης της πυραμίδας**

Η ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού, σε συνδυασμό με τους σχετικούς δημογραφικούς δείκτες, δίνουν τις μετρήσεις χαρακτηρισμού ενός πληθυσμού ως «νέου» ή ως «ώριμου» ή ως «γερασμένου», παρέχοντας τη δυνατότητα της κατά τόπο και χρόνο σύγκρισης.

Ένας πληθυσμός χαρακτηρίζεται νέος, όταν η αναλογία του παιδικού πληθυσμού (ηλικίας 0-14 ετών) ανέρχεται περίπου στο 40% επί του συνολικού και ο δείκτης γήρανσης δεν ξεπερνά το 30%.

Ωριμος χαρακτηρίζεται ο πληθυσμός, όταν το ποσοστό των ατόμων παραγωγικής ηλικίας (15-60 ετών) ξεπερνά το 60%, ο δε δείκτης γήρανσης δεν υπερβαίνει το 30% και ο δείκτης ολικής εξάρτησης κυμαίνεται μεταξύ 50 και 65%.

Ένας πληθυσμός χαρακτηρίζεται γηράσκων, όταν έχει αρχίσει να αυξάνεται το ποσοστό των ηλικιωμένων (65 ετών και άνω) χωρίς να έχει προσεγγίσει ακόμη το 10%, οπότε ενδέχεται να διατρέχει ο πληθυσμός αυτός το στάδιο της ωριμότητας, εάν το ποσοστό του παιδικού πληθυσμού είναι κάτω του 30% επί του συνολικού.

Ένας πληθυσμός χαρακτηρίζεται γηρασμένος, όταν η αναλογία των ηλικιωμένων στον πληθυσμό αυτό ξεπερνά το επίπεδο του 10% και ο δείκτης γήρανσης είναι άνω του 30%.

Τέλος, εν ανανεώσει χαρακτηρίζεται ο πληθυσμός, όταν το ποσοστό του γεροντικού πληθυσμού υπερβαίνει το 10%, ο δε δείκτης γήρανσης αρχίζει να μειώνεται, με ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού του παιδικού πληθυσμού (Σιάμπος 1993).

Γενικότερα, λαμβάνοντας υπόψιν μόνον το ποσοστό των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό μπορούμε να δεχθούμε ότι: ένας πληθυσμός χαρακτηρίζεται γηρασμένος όταν η αναλογία των ηλικιωμένων στον πληθυσμό αυτό ξεπερνά το επίπεδο του 10% εάν δεν έχει φθάσει στο επίπεδο αυτό, τότε ο πληθυσμός χαρακτηρίζεται είτε ώριμος (6-10%) είτε νεανικός (<6%).

#### **4.3.3 Πληθυσμιακές πυραμίδες έως το 2001**

Στη συνέχεια δίνεται η σύνθεση του πληθυσμού της Ελλάδας κατά ηλικιακές ομάδες και φύλο βάσει των απογραφών των ετών 1971, 1981, 1991 και 2001. Εξετάζοντας τις ηλικιακές ομάδες των πυραμίδων μπορούμε να οδηγηθούμε στα ιστορικά γεγονότα που επηρέασαν τη δομή του πληθυσμού και να προβλέψουμε τη μελλοντική εξέλιξή του. Ενδεικτικά διερευνάται η φυσιογνωμία της πληθυσμιακής πυραμίδας της απογραφής του έτους 1991 όπου παρατηρείται η ύπαρξη ελλειμματικών και πλεονασματικών ηλικιακών ομάδων στον πληθυσμό της χώρας.

Αναλυτικότερα, ελλειμματικές εμφανίζονται: α) η ομάδα 0-19 ετών, λόγω της καθοδικής πορείας της γεννητικότητας από το 1970 και ύστερα, β) η ομάδα 45-49 ετών, εξαιτίας της χαμηλής γεννητικότητας και της υψηλής βρεφικής θνησιμότητας στην εμπόλεμη περίοδο των ετών 1941-1945 και γ) η ομάδα 70-74 ετών, ως συνέπεια της μαζικής συμμετοχής των γενεών των ετών 1915-1919 στις πολεμικές επιχειρήσεις του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου αλλά και της μειωμένης γεννητικότητας του πληθυσμού της χώρας κατά την περίοδο των Βαλκανικών Πολέμων. Αντίθετα, πλεονασματική παρουσιάζεται η ομάδα ηλικιών 55-64 ετών, ως αποτέλεσμα της αύξησης της γεννητικότητας που σημειώθηκε με την εγκατάσταση των προσφύγων της Μικρασιατικής Καταστροφής στην Ελλάδα.

Γενικότερα, βασιζόμενοι στη μορφή των πληθυσμιακών πυραμίδων διαπιστώνουμε ότι το έτος 1971 η βάση της πληθυσμιακής πυραμίδας είναι διευρυμένη και ο πληθυσμός χαρακτηρίζεται ως «ώριμος», όσο για το 1981 σημειώνεται μια μικρή συρρίκνωση της βάσης (επίσης «ώριμος» πληθυσμός). Το 1991 παρατηρείται ραγδαία μείωση της βάσης και παράλληλα αύξηση του πληθυσμού της «τρίτης» και της «τέταρτης» ηλικίας (άνω των 80 ετών) με τις γυναίκες να υπερτερούν αριθμητικά έναντι των ανδρών σε αυτές τις κατηγορίες, πρόκειται για «γηράσκων» πληθυσμό. Τα ίδια χαρακτηριστικά με το έτος 1991 παρατηρούνται και το 2001 με τη βάση όμως να συνεχίζει να συρρικνώνεται ακόμη περισσότερο.

Με βάση τη δομή της πληθυσμιακής πυραμίδας της απογραφής του έτους 2001 έχουμε τη δυνατότητα να προβλέψουμε τη μελλοντική εξέλιξη της πληθυσμιακής δομής. Σταδιακά θα μειωθούν η αναλογία του νεανικού πληθυσμού και το ποσοστό του πληθυσμού παραγωγικής ηλικίας καθώς όλο και λιγότερα άτομα θα εισέρχονται σε ηλικία εργασίας ενώ όλο και περισσότερα άτομα θα εισέρχονται στο γεροντικό πληθυσμό. Αυτή η αύξηση του γεροντικού πληθυσμού μελλοντικά με παράλληλη μείωση του πλήθους των ατόμων σε εργάσιμη ηλικία θα επηρεάσει σημαντικά τόσο τους δημογραφικούς δείκτες όσο και τις μελλοντικές οικονομικές εξελίξεις στην Ελλάδα, μειωμένες εισφορές των εργαζομένων, περισσότερες συντάξεις, αύξηση των δαπανών για την περίθαλψη των ηλικιωμένων κ.λπ.

#### 4.3.4 Ηλικιακές ομάδες

Η πυραμίδα ηλικιών απεικονίζει λεπτομερώς τη σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία. Για τη συνοπτική διερεύνηση της σύνθεσης συνήθως ο πληθυσμός υποδιαιρείται σε τρεις μεγάλες ομάδες ηλικιών: α) τον παιδικό πληθυσμό, ηλικίας 0-14 ετών, β) τον παραγωγικό πληθυσμό, ηλικίας 15-64 ετών και γ) το γεροντικό πληθυσμό, ηλικίας 65 ετών και άνω. Τα ηλικιακά αυτά όρια έχουν καθιερωθεί και χρησιμοποιούνται διεθνώς, μολονότι η διαδικασία της μετάβασης από τον έναν πληθυσμό στον άλλον διαφέρει από άτομο σε άτομο.

Για πολλές δεκαετίες πριν το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων (65 ετών και άνω) στη χώρα μας δεν υπερέβαινε το 6%. Η νεανικότητα<sup>20</sup> αυτή του ελληνικού πληθυσμού σταδιακά εξανεμίζεται, κατά τη μεταπολεμική περίοδο, λόγω της ταχύρυθμης αύξησης της αναλογίας των ηλικιωμένων και της σταδιακής συρρίκνωσης του αριθμού των παιδιών. Από τα στοιχεία διαπιστώνεται ότι κατά την περίοδο 1920-2001 η αναλογία του παιδικού πληθυσμού παρουσίασε αισθητή πτώση (από 34,2% που ήταν το έτος 1920 μειώθηκε σε 15,2% το έτος 2001), η αναλογία του πληθυσμού σε παραγωγική ηλικία αυξήθηκε (από 60,1% το 1920 σε 68,1% το 2001) και η αναλογία του γεροντικού πληθυσμού σχεδόν τριπλασιάστηκε (από 5,7% το 1920 σε 16,7% το 2001). Η εξελικτική αυτή εικόνα ισχύει παρόμοια και για τα δύο φύλα, με τη διαφορά ότι διαχρονικά στον ανδρικό πληθυσμό η αναλογία των παιδιών εμφανίζεται (σε σχέση με τον γυναικείο πληθυσμό) μεγαλύτερη και η αναλογία των υπερηλίκων σημαντικά μικρότερη, επιβεβαιώνοντας έτσι τις γνωστές μας βιολογικές σταθερές, ότι δηλαδή ενώ υπερτερούν οι γεννήσεις αγοριών, η μέση διάρκεια ζωής των γυναικών στις προηγμένες κοινωνίες είναι μεγαλύτερη. Η παρατηρηθείσα αύξηση της γήρανσης αναμένεται να συνεχιστεί και για τις επόμενες δεκαετίες με σχετικά μεγαλύτερους ρυθμούς από ό,τι στις υπόλοιπες πληθυσμιακές ομάδες.

<sup>20</sup> Μία ποσοστιαία αναλογία ατόμων ηλικίας 65+ ετών της τάξης του 4%, σηματοδοτεί μία νεανική ηλικιακή διάρθρωση, ενώ όταν η αναλογία ξεπερνά το 10% έχουμε γήρανση του πληθυσμού.

Σύμφωνα με νεότερες εκτιμήσεις, η διαχρονική διεύρυνση του χάσματος ανάμεσα στις δύο ακραίες ομάδες της πυραμίδας των ηλικιών (νέοι έναντι γερόντων) θα έχει ως αποτέλεσμα την αριθμητική υπεροχή των γερόντων και την ποσοτική τους ταύτιση το έτος 2020. Τότε κάθε μία από τις εν λόγω ομάδες θα έχει μερίδιο 17,3% στο συνολικό πληθυσμό, ενώ μετέπειτα αναμένεται ότι θα επιδεινωθεί περαιτέρω η τάση αυτή με την υπεροχή των γερόντων έναντι των παιδιών.

Σύμφωνα με προβλέψεις της Eurostat, εκτιμάται ότι το έτος 2025 η αναλογία των ηλικιωμένων στην Ελλάδα θα προσεγγίσει το 22,8% ενώ του παιδικού πληθυσμού (0-14 ετών) θα κυμαίνεται στο 13,3% και των ατόμων σε παραγωγική ηλικία περίπου στο 64%.

Όσο για το 2050, εκτιμάται ότι το ποσοστό του γεροντικού πληθυσμού θα αυξηθεί και θα προσεγγίσει το 32,5%, ο παιδικός πληθυσμός θα συρρικνωθεί στο 12,3% και ο παραγωγικός πληθυσμός θα αντιστοιχεί στο 55,2% του συνολικού πληθυσμού.

Τέλος, σύμφωνα με τις τελευταίες διαθέσιμες πληθυσμιακές προβολές της ΕΣΥΕ, οι οποίες βασίζονται στα αποτελέσματα της τελευταίας απογραφής του 2001, ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδος θα ανέρχεται σε 10.778.997 άτομα το έτος 2050 (μέση εκδοχή), η δομή, όμως, του πληθυσμού θα είναι διαφορετική από αυτή του 2000, δηλαδή: η αναλογία των ατόμων ηλικίας 0–14 ετών θα μειωθεί από 15,3% το 2000 σε 12,1% το 2050, ενώ η αναλογία των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω θα αυξηθεί από 16,6% το 2000 σε 31,5% το 2050. Το ποσοστό του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας (15–64 ετών) θα μειωθεί κατά 11,7 ποσοστιαίες μονάδες και από 68,1% το 2000 θα περιοριστεί στο 56,4% το έτος 2050.



## **4.4 Ο πληθυσμός της Ελλάδας και τα βασικά χαρακτηριστικά του**

### **4.4.1 Η γεωγραφική κατανομή**

Σε όλες τις χώρες του κόσμου, έτσι και στην Ελλάδα, η γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις οι οποίες οφείλονται τόσο στη μορφολογία του εδάφους όσο και στις επικρατούσες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες των περιοχών. Οι κατά περίπτωση χωρικές υποδιαιρέσεις μπορεί να είναι γεωγραφικές ή διοικητικές.

Η Ελλάδα είναι χωρισμένη σε:

- 13 διοικητικές περιφέρειες, αποκαλούμενες Υπηρεσίες Περιφερικής Ανάπτυξης
- 10 Γεωγραφικά Διαμερίσματα
- 51 Νομούς
- 18 Πολεοδομικά Συγκροτήματα
- 361 Δήμους
- 5.560 Κοινότητες
- 12.817 Οικισμούς

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι υποδιαιρέσεις μιας χώρας βασίζονται σε κριτήρια που αφορούν το επίπεδο αστικότητας (αλτικές - ημιαστικές - αγροτικές περιοχές), τη μορφολογία του εδάφους (πεδινός - ημιορεινός - ορεινός πληθυσμός), το βαθμό συγκέντρωσης των οικιών του οικισμού (συγκεντρωμένος-δισπαρμένος πληθυσμός), ενώ σε άλλες περιπτώσεις οριοθετούνται για να εξυπηρετήσουν την εφαρμογή και λειτουργία ορισμένων κανονιστικών διαδικασιών (π.χ. εκλογικές περιφέρειες). Σύμφωνα με τους ορισμούς της ΕΣΥΕ, η διάκριση των περιοχών της χώρας σε αστικές - ημιαστικές - αγροτικές στηρίζεται καθαρά σε δημογραφικά κριτήρια που αφορούν στο μέγεθος του πολυπληθέστερου οικισμού της περιοχής. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα στοιχεία της τελευταίας απογραφής (2001) που αφορούν το επίπεδο αστικότητας του πληθυσμού δεν είναι συγκρίσιμα με τα αντίστοιχα στοιχεία των προηγούμενων απογραφών, λόγω των πληθυσμιακών ανακατατάξεων που προήλθαν

από την ένωση ορισμένων δήμων και κοινοτήτων σύμφωνα με το «Πρόγραμμα Καποδίστριας».

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου η κύρια πηγή πληθυσμιακών δεδομένων σε περιφερειακό επίπεδο είναι οι απογραφές πληθυσμού.

Κατά τη διεξαγωγή μιας απογραφής προσδιορίζεται καταρχήν το συνολικό μέγεθος του πληθυσμού ενός γεωγραφικού χώρου. Η έννοια του συνολικού αυτού μεγέθους του πληθυσμού προσεγγίζεται με ποικίλα κριτήρια και αναλόγως ο πληθυσμός διακρίνεται σε:

- α) πραγματικό ή παρόντα πληθυσμό
- β) μόνιμο ή διαμένοντα πληθυσμό και
- γ) νόμιμο πληθυσμό.

Στον Πραγματικό Πληθυσμό μιας χώρας ή μιας περιοχής περιλαμβάνονται τα παρόντα άτομα κατά την ημέρα διενέργειας της απογραφής, χωρίς να εξετάζεται αν είναι μόνιμοι ή προσωρινοί κάτοικοι. Στο Διαμένοντα Πληθυσμό περιλαμβάνονται τα άτομα που διαμένουν μόνιμα σε μία γεωγραφική ή διοικητική περιφέρεια, ανεξάρτητα αν είναι παρόντα ή προσωρινώς απόντα κατά την ημέρα διενέργειας της απογραφής. Τέλος, στο Νόμιμο Πληθυσμό περιλαμβάνονται οι δημότες (δηλαδή οι εγγεγραμμένοι στα δημοτολόγια) της διοικητικής περιφέρειας. Στη Δημογραφική Ανάλυση την εκτίμηση των δεικτών και των υποδειγμάτων λαμβάνεται σχεδόν αποκλειστικά υπόψη ο πραγματικός πληθυσμός. Ο μόνιμος πληθυσμός πρέπει να χρησιμοποιείται για την εκτίμηση κατά κεφαλήν μεγεθών σε περιφερειακό επίπεδο (όπως για παράδειγμα το κατά κεφαλήν εισόδημα, εγχώριο προϊόν, κατανάλωση, κ.τ.λ.). Ο νόμιμος πληθυσμός έχει κατεξοχήν υποβοηθητικό διοικητικό σκοπό και χρησιμοποιείται σε διάφορες νομοθετικές ρυθμίσεις και κανονιστικές αποφάσεις, με κυριότερη αποστολή την πληθυσμιακή οριοθέτηση των εκλογικών διαδικασιών. Τέλος, οι κύριες πηγές δημογραφικής πληροφόρησης είναι οι απογραφές πληθυσμού, οι ληξιαρχικές καταγραφές, οι ειδικές δειγματοληπτικές έρευνες καθώς και ορισμένες διοικητικές πηγές πληροφόρησης όπως τα μητρώα πληθυσμού και οι συνοριακές στατιστικές. Στη χώρα μας, η συλλογή και δημοσίευση των πληθυσμιακών δεδομένων διενεργείται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ) η οποία υπάγεται διοικητικά στο Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών.

Ο όρος απογραφή πληθυσμού ή γενική απογραφή πληθυσμού αναφέρεται στο σύνολο των διοικητικών ενεργειών και χειρισμών οι οποίες έχουν ως σκοπό τη συγκέντρωση στατιστικών πληροφοριών αναφορικά με το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά (δημογραφικά, οικονομικά, κοινωνικά) του πληθυσμού μίας χώρας σε δεδομένο χρόνο. Η απογραφή προϋποθέτει την καθολική και ταυτόχρονη απαρτίθμηση όλων όσων βρίσκονται στην επικράτεια κατά την ημέρα διεξαγωγής της και μέσω αυτής επιδιώκεται:

- α) η εξακρίβωση του πραγματικού πληθυσμού της χώρας
- β) η εξακρίβωση του νόμιμου πληθυσμού της χώρας
- γ) η εξακρίβωση του μόνιμου ή διαμένοντος πληθυσμού της χώρας και
- δ) η συλλογή στοιχείων που αφορούν τα δημογραφικά, οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού.

Οι απογραφές συνήθως διενεργούνται ανά δεκαετία, σε κατάλληλα επιλεγμένη ημερομηνία, σε χρονική δηλαδή στιγμή που να συνδυάζει, αφενός, τη μικρότερη γεωγραφική κινητικότητα του πληθυσμού και, αφετέρου, τη δυνατότητα (από πλευράς καιρικών κυρίως συνθηκών) οργάνωσης και διοικητικής κινητικότητας του προσωπικού. Στην Ελλάδα οι απογραφές πληθυσμού διενεργούνται την άνοιξη. Πριν από την ημερομηνία διεξαγωγής της απογραφής διενεργείται μία σειρά από σημαντικές προπαρασκευαστικές ενέργειες, όπως είναι η χαρτογράφηση των περιοχών, η σύνταξη των ερωτηματολογίων, η καταγραφή των κτηρίων και των κατοικιών, κ.τ.λ. Η συλλογή των δεδομένων επιτυγχάνεται με τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων που καλούνται απογραφικά δελτία. Προκειμένου να εκτιμηθεί η πληρότητα των απογραφικών εγγραφών, συχνά διεξάγονται επιτόπιες μετα-απογραφικές δειγματοληπτικές έρευνες.

Στη χώρα μας, από τη σύσταση του ελληνικού κράτους μέχρι σήμερα έχουν διενεργηθεί συνολικά 29 απογραφές. Η πρώτη έγινε το 1828 η οποία περιελάμβανε και αναδρομική εξακρίβωση του πληθυσμού του 1821. Στη διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αιώνα διενεργήθηκαν άλλες 18 απογραφές με αξιομνημόνευτη εκείνη του έτους 1961, που θεωρείται ως η πρώτη συστηματική απογραφή στην Ελλάδα. Εντούτοις, πρώτη απογραφή σύγχρονου τύπου είναι η απογραφή του 1907. Μεταξύ των δύο Παγκοσμίων Πολέμων διεξήχθησαν τρεις απογραφές (1920, 1928 και 1940), ενώ

μεταπολεμικά πραγματοποιούνται απογραφές (από το 1951) ανά δεκαετία, με τελευταία εκείνη του έτους 2001. Η ιστορική επισκόπηση και αξιολόγηση των απογραφικών στατιστικών στοιχείων επιβεβαιώνει την προοδευτική βελτίωση των ελληνικών απογραφών, τόσο από άποψη μεθοδολογική και οργανωτική όσο και από άποψη πληρότητας και ποιότητας των συλλεγομένων πληροφοριών.

Λεπτομερή απογραφικά στοιχεία δημοσιεύονται σε ειδικές εκδόσεις της ΕΣΥΕ που φέρουν τον τίτλο Αποτελέσματα Απογραφής Πληθυσμού, ενώ συνοπτικά στοιχεία δημοσιεύονται στην περιοδική έκδοση Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος.

#### **4.4.2 Η χαρτογράφηση του πληθυσμού**

Για να αναλύσουμε και να παρουσιάσουμε πληροφορίες που αφορούν στην πληθυσμιακή κατανομή, πολύτιμος αρωγός αποτελεί ο χάρτης. Πράγματι, σημαντικές ανακαλύψεις έχουν γίνει παρατηρώντας πληροφορίες που έχουν διασωθεί κατά τη διάρκεια των ετών με τη μορφή της χαρτογράφησης περιοχών. Οι χάρτες και τα γραφήματα σήμερα αποτελούν μεγάλες αυτοματοποιημένες διαδικασίες μέσω των Η/Υ. Η χαρτογράφηση περιοχών μέσω Η/Υ αποτελεί επανάσταση στη μελέτη της πληθυσμιακής κατανομής. Μέχρι τα τέλη του 1960 οι χάρτες σχεδιάζονταν με το χέρι και περιελάμβαναν περιορισμένα δεδομένα μικρών περιοχών έτσι ώστε το κόστος να ήταν χαμηλό. Από τα τέλη του 1980 η χαρτογράφηση των περιοχών μέσω προγραμμάτων Η/Υ αποτέλεσε ένα σημαντικό ερευνητικό εργαλείο στην προσπάθεια να κατανοήσουμε γρηγορότερα και ευκολότερα την παρουσία και μελέτη διάφορων πληθυσμών σε μια περιοχή.

Ένα από τα ακριβότερα προγράμματα χαρτογράφησης περιοχών είναι το POPMAP, το οποίο κατασκευάστηκε από την κοινότητα των Ηνωμένων Εθνών για να μελετήσει πληθυσμιακές δραστηριότητες. Τα δημογραφικά δεδομένα που εισάγονται μέσω των Η/Υ περιγράφονται σήμερα ως «δημογραφικά πληροφοριακά συστήματα» ή κοινώς «Συστήματα γεωγραφικών πληροφοριών» (ΣΓΠ) και μας βοηθούν να κατανοήσουμε στατιστικές έννοιες που αφορούν στην πληθυσμιακή κατανομή μιας περιοχής. Σε μεγάλο βαθμό, η χρήση Συστημάτων Γεωγραφικών Πληροφοριών (Σ.Γ.Π.) στηρίζεται τόσο στα εργαλεία γραφής απόδοσης των χαρτογραφικών στοιχείων όσο και στα δυνατά εργαλεία στατιστικής ανάλυσης και προγραμματισμού που αυτά διαθέτουν. Στην πραγματικότητα μάλιστα, τα εργαλεία επεξεργασίας και ανάλυσης των χαρτογραφούμενων στοιχείων αποδεικνύονται εξαιρετικό δέλεαρ στην

καθιέρωση των Συστημάτων Γεωγραφικών Πληροφοριών στη χαρτογραφική διαδικασία και παραγωγή. Παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα από αυτά υστερούν σημαντικά στον τομέα των γραφικών εργαλείων και μάλιστα για πολύπλοκους χάρτες υψηλών αισθητικών απαιτήσεων, εν τούτοις η χρήση τους είναι ευρεία.

Τέλος, υπάρχουν χάρτες όπου ανάλογα με τον τρόπο που παρουσιάζονται διακρίνονται σε: α) Dot maps β) Choropleth maps γ) Flow maps και δ) χάρτες με γραφήματα και σύμβολα που αφορούν αναλογικά δεδομένα (π.χ πληθυσμιακή πυκνότητα).

Στην πρώτη περίπτωση οι χάρτες περιγράφουν την πληθυσμιακή κατανομή σε μια περιοχή παριστάνοντάς την με τελείες και ανάλογα με το πόσο μεγάλη είναι τόσο πιο έντονα σχεδιάζεται η τελεία. Στη δεύτερη περίπτωση οι χάρτες αναπαριστούν την κατανομή της πληθυσμιακής πυκνότητας σε αυξανόμενη κλίμακα καθώς επίσης και διάφορα άλλα πληθυσμιακά χαρακτηριστικά. Αποτελεί το συνηθέστερο τύπο πληθυσμιακού χάρτη και τα δεδομένα του αποτυπώνονται περισσότερο με τη μορφή ποσοστών και αναλογιών και λιγότερο με απόλυτους αριθμούς όπως συμβαίνει στους Dot maps. Τέλος, οι Flow maps έχουν ως κύρια δημογραφική εφαρμογή τη μελέτη της μετανάστευσης. Αυτή απεικονίζεται κυρίως με βέλη που έχουν διαφορετικό πλάτος (μεγάλη μετανάστευση = πλατύ βέλος) το οποίο καθορίζει την προέλευση, την απόσταση καθώς επίσης και τον όγκο της πληθυσμιακής μετακίνησης.

Όσον αφορά τους χάρτες με γραφήματα και αναλογικά σύμβολα, αυτοί περιγράφονται κυρίως με σφαίρες, τετράγωνα και κύβους. Τα σύμβολα δύο διαστάσεων είναι περισσότερο κατανοητά, αλλά εκείνα των τριών (σφαίρες και κύβοι) μπορούν να περιγραφούν με μεγάλους αριθμούς (αφορούν πληθυσμιακά μεγέθη) χωρίς να καταλαμβάνουν υπερβολικό χώρο στο χάρτη. Επίσης εμφανίζουν περισσότερο οπτικό ενδιαφέρον.

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Οι αιτίες της γήρανσης

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται η δημογραφική γήρανση, δηλαδή η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό. Από πολλές επιστημονικές μελέτες προκύπτει ότι η διάρθρωση κατά ηλικίες του πληθυσμού και ειδικότερα η δημογραφική γήρανση, είναι επακόλουθο των τάσεων της γονιμότητας, της θνησιμότητας και της μετανάστευσης, που παρατηρήθηκαν σε μια περίοδο 3-4 γενεών. Η αρχική κατανομή του πληθυσμού καθορίζει ορισμένες φορές την εξελικτική τάση της γήρανσης. Η σπουδαιότητα του κάθε παράγοντα δεν είναι ίδια σε όλες τις χώρες και μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου σε κάθε χώρα.

Τα αίτια της δημογραφικής γήρανσης, αποτέλεσαν αντικείμενο συζητήσεων και διατυπώθηκαν διαφορετικές απόψεις. Από τη δεκαετία του 1950 οι δημογράφοι της Διεύθυνσης Πληθυσμού του ΟΗΕ και ο Γάλλος δημογράφος A. Sauvy πρώτοι απέδειξαν ότι η διαδικασία της γήρανσης οφείλεται στη μείωση της γονιμότητας και βρέθηκαν αντίθετοι με την κοινή γνώμη και αρκετούς επιστήμονες που απέδιδαν τη γήρανση του πληθυσμού στον περιορισμό ή τη μείωση της θνησιμότητας. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν ως αιτία τη μείωση της γονιμότητας και την παράταση της προσδοκώμενης ζωής με την έννοια της μείωσης της θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών στις ανεπτυγμένες κυρίως χώρες.

Βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας και των επιστημονικών μελετών τα κυριότερα αίτια της γήρανσης του πληθυσμού είναι:

- Η μείωση της γεννητικότητας
- Η μείωση της θνησιμότητας
- Η εσωτερική μετανάστευση και
- Η αρχική πληθυσμιακή κατανομή

## **5.1 Μείωση γεννητικότητας**

Υπάρχει μια διαδικασία γήρανσης σε όλο τον κόσμο από το 1950 στις ανεπτυγμένες χώρες και από το 1970 στις λιγότερες αναπτυγμένες, που οφείλεται κυρίως στη μείωση της γονιμότητας (γήρανση από τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών). Ιστορικά η βασική αιτία γήρανσης ήταν η μείωση της γονιμότητας που αύξησε κατά πολύ την αναλογία των ηλικιωμένων. Στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες κύρια αιτία είναι η μείωση της γονιμότητας ενώ στις αναπτυγμένες συμβάλλει και η μείωση της θνησιμότητας των γηραιότερων ομάδων.

## 5.2 Μείωση θνησιμότητας

Η θνησιμότητα μειώθηκε περισσότερο στις νέες ομάδες ηλικιών με αποτέλεσμα να αντισταθμίσει τις επιπτώσεις από τη μείωση της γονιμότητας. Δηλαδή η μείωση της θνησιμότητας είχε ως αποτέλεσμα την ανανέωση του πληθυσμού διότι επέζησαν περισσότεροι νέοι άνδρες και γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία. Παράγοντα γήρανσης αποτελεί η μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων, δηλαδή η παράταση της προσδοκώμενης ζωής στις μεγάλες ηλικίες. Πρόκειται για τη γήρανση του πληθυσμού από την κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών.

Οι επιστήμονες δε συμφωνούν ως προς την ηλικία που επηρεάζει τη δημογραφική γήρανση. Ο Saunv υποστηρίζει ότι η μείωση της θνησιμότητας ατόμων ηλικίας άνω των 30 ετών συμβάλλει στη γήρανση, ενώ κάτω των 30 ετών και κυρίως η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας συντελούν στην ανανέωση του πληθυσμού: η μείωση της θνησιμότητας που άρχισε πριν 2 αιώνες και η παράταση της μέσης διάρκειας ζωής δεν είχαν συντελέσει στη δημογραφική γήρανση των αναπτυγμένων χωρών μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970.

Ο Myers υποστηρίζει ότι από το έτος 1981 οι αναπτυγμένες χώρες έχουν εισέλθει σε μία εποχή μειωμένης γεροντικής θνησιμότητας που θα συμβάλλει στη δημιουργία ακόμη μεγαλύτερης γήρανσης από την κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών στο μέλλον. Τέλος, Αμερικανοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι στα τέλη της δεκαετίας του 1980 στη Σουηδία, Ιαπωνία και ΗΠΑ ο βασικός παράγοντας είναι η μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα των υπερηλίκων (Εμκε - Πουλοπούλου 1999).



### 5.3 Μεταναστευτική κίνηση

Η μετανάστευση αποτελεί αιτία γήρανσης στις χώρες προέλευσης μεταναστών και αιτία ανανέωσης του πληθυσμού στις χώρες υποδοχής μεταναστών. Η μετανάστευση δημιουργεί: α) γήρανση από τη μέση της πυραμίδας των ηλικιών καθώς φεύγουν οι νέοι και παραμένουν ηλικιωμένοι με αποτέλεσμα να επιταχύνεται ο ρυθμός γήρανσης, β) γήρανση από τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών διότι περιορίζονται οι ομάδες ηλικιών σε ηλικία αναπαραγωγής με συνέπεια τη μείωση των γεννήσεων. Το φαινόμενο αυτό έχει ονομαστεί «αλυσίδα γήρανσης». Οι περισσότεροι μετανάστες εγκαταλείπουν τις αγροτικές περιοχές με επακόλουθο τη γήρανση αυτών με πιο γρήγορο ρυθμό.

Η παλιννόστηση συμβάλλει στην ανανέωση του πληθυσμού των χωρών υποδοχής και στη γήρανση του πληθυσμού των χωρών προέλευσης των παλιννοστούντων. Η είσοδος μεταναστών προκαλεί τη μείωση του ρυθμού γήρανσης του πληθυσμού των χωρών υποδοχής. Βέβαια, ανάλογα με τη χώρα και το χρόνο οι μεταναστεύσεις μπορεί να επηρεάζουν μέτρια, λίγο ή καθόλου τη διάρθρωση του πληθυσμού κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών σε εθνικό επίπεδο.

Έκθεση της ΕΕ παρατηρεί ότι οι μεταναστεύσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην αύξηση (ή μείωση) του πληθυσμού, ωστόσο είναι αναποτελεσματικές για την αντιστάθμιση των επιπτώσεων της γήρανσης.

Επίσης, αρκετές μελέτες αποδεικνύουν ότι η μετανάστευση προς το εξωτερικό αποτελεί σημαντική πηγή πληθυσμιακής αλλαγής σε αρκετές χώρες από το τέλος του 19ου αιώνα και σε όλο τον 20ό αιώνα. Μεγάλες μετακινήσεις πληθυσμών σημειώθηκαν από την Ευρώπη προς τη Βόρεια Αμερική, Καναδά, Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία. Οι μεταναστεύσεις αυτές επιτάχυναν το ρυθμό γήρανσης στις χώρες προέλευσης και συνέβαλαν στην ανανέωση των πληθυσμών των χωρών υποδοχής. Με την πάροδο του χρόνου οι μετανάστες γερνούν και δεν είναι βέβαιο ότι θα επιστρέψουν στις χώρες προέλευσής τους. Σε χώρες υποδοχής μεγάλου αριθμού μεταναστών, η μελλοντική στάση των ηλικιωμένων μεταναστών θα επηρεάσει το ρυθμό γήρανσης.

#### **5.4 Εσωτερική μετανάστευση**

Η εσωτερική μετανάστευση (εκροή – εισροή πληθυσμών από περιοχή σε περιοχή και κυρίως από την ύπαιθρο στα αστικά κέντρα) έχει και αυτή όπως η εξωτερική μετανάστευση δυσμενείς επιδράσεις στη γήρανση του πληθυσμού. Σε τοπικό επίπεδο η αναχώρηση των νέων συντελεί στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων. Η γήρανση των αγροτικών περιοχών προκαλείται από τη μετανάστευση νέων αλλά εντείνεται και από την επιστροφή των συνταξιούχων, οι οποίοι μετά το τέλος της οικονομικά ενεργού ζωής τους επιστρέφουν για να εγκατασταθούν στο γενέθλιο τόπο. Η διαδικασία της γήρανσης οφείλεται στην ένταση της μεταπολεμικής εκβιομηχάνισης που προκάλεσε την έξοδο των πιο δυναμικών στελεχών (ο παραγωγικός πληθυσμός) από τον αγροτικό χώρο, την αυξανόμενη κρίση της τεχνολογίας που περιόρισε την ανάγκη σε εργατικά χέρια καθώς και σε θεσμικές παρεμβάσεις σε καίρια προβλήματα από την πλευρά του κράτους (υγειονομική περίθαλψη, συντάξεις, ασφάλιση κ.λπ.). Όταν δε οι εσωτερικοί μετανάστες είναι νέοι, δηλαδή προέρχονται από τις παραγωγικές και αναπαραγωγικές ηλικίες, συμβάλουν στην ανανέωση του πληθυσμού των περιοχών υποδοχής (κυρίως αστικές περιοχές).

## **5.5 Αρχική πληθυσμιακή κατανομή**

Μελέτες Αμερικανών δημογράφων υπογραμμίζουν τη σημασία της αρχικής κατανομής του πληθυσμού π.χ. στις ΗΠΑ ο αριθμός των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών αυξήθηκε κατά 54% την περίοδο 1960-1980 και λίγο περισσότερο από το μισό αυτής της αύξησης αποδίδεται στο γεγονός ότι οι γενεές αυτές ήταν πολυάριθμες στην παιδική τους ηλικία (αποκαλούμενο ως baby boom), πολύ μεγαλύτερες από τις προηγούμενες γενεές.

Μελέτη των Siegel και Taueber τόνισε τη σημασία των γεννήσεων που έγιναν πριν από 65 ή περισσότερα χρόνια, δηλαδή πριν το 1921 και επεσήμανε ότι οι αλλαγές στην αναλογία των ηλικιωμένων επηρεάζονται περισσότερο από τις αλλαγές στη γονιμότητα παρά στη θνησιμότητα.

Στην Ελλάδα η δημογραφική γήρανση οφείλεται κυρίως στη μείωση της γεννητικότητας και από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και στη μείωση της θνησιμότητας. Όσον αφορά στη μείωση της γεννητικότητας αυτή οφείλεται σε πολλούς κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες, όπως η ανεργία των νέων ανδρών, η απασχόληση της γυναίκας, το αυξημένο κόστος ανατροφής των παιδιών κ.λπ. Η μείωση της θνησιμότητας είναι επακόλουθο της επιστημονικής, οικονομικής, κοινωνικής, πολιτισμικής και πολιτικής εξέλιξης του δεύτερου μισού του προηγούμενου αιώνα μας που χαρακτηριζόταν από ειρήνη και ανάπτυξη (Εμκε-Πουλοπούλου 1999).

# Κεφάλαιο 6ο: Δείκτες δημογραφικής γήρανσης

## 6.1 Πηγές άντλησης δημογραφικού υλικού

Για την ανάλυση της παρούσας εργασίας, ως πρωτογενές υλικό, χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία των Απογραφών Πληθυσμού και Κατοικιών των ετών 1971, 1981, 1991 και 2001 που συγκέντρωσε και δημοσίευσε η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Η δημογραφική ανάλυση χρησιμοποιεί στατιστικό υλικό το οποίο προέρχεται από διάφορες πηγές. Τα δεδομένα των πηγών αυτών έχουν χαρακτήρα ποιοτικό ή ποσοτικό και χρησιμοποιούνται βάσει τεχνικών και μεθόδων που εφαρμόζονται στη Δημογραφία. Οι κυριότερες πηγές άντλησης δημογραφικού υλικού είναι οι απογραφές και οι ληξιαρχικές καταγραφές.

### 6.1.1 Πληθυσμιακή απογραφή

Ορίζεται ως το σύνολο των διοικητικών ενεργειών οι οποίες στοχεύουν στην καθολική καταγραφή των ατόμων του πληθυσμού ο οποίος διαμένει ή παρευρίσκεται σε ένα γεωγραφικό χώρο σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Με την καταγραφή αυτή γίνεται γνωστό το μέγεθος του πληθυσμού καθώς και τα δημογραφικά, οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του.

Ήδη πριν από το 2000 π.Χ. χρονολογούνται απογραφές, χωρίς όμως αυτές να έχουν εννοιολογική και διοικητική σχέση με τις απογραφές σύγχρονου τύπου οι οποίες άρχισαν να διενεργούνται σε ορισμένες χώρες από το τέλος του 18ου αιώνα. Σήμερα, σχεδόν σε όλες τις χώρες (αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες) είναι νομοθετικά θεσμοθετημένη η περιοδική διενέργεια απογραφών και προστατεύεται το απόρρητο των πληροφοριών που παρέχονται στους απογραφείς. Οι απογραφές πραγματοποιούνται συνήθως ανά δεκαετία και σε κατάλληλα επιλεγμένα ημερομηνία έτσι ώστε η κινητικότητα του πληθυσμού να είναι όσο το δυνατό μικρότερη.

### 6.1.2 Ληξιαρχικά στοιχεία

Οι ληξιαρχικές καταγραφές συνιστούν την κύρια και στις περισσότερες χώρες τη μοναδική πηγή άντλησης πληροφοριών σχετικών με τη φυσική κίνηση του πληθυσμού (γάμοι, γεννήσεις, θάνατοι). Τα γεγονότα της φυσικής κίνησης δηλώνονται στα ληξιαρχεία, τα οποία τα καταχωρούν, ενώ παράλληλα ενημερώνουν

τις αρμόδιες στατιστικές υπηρεσίες. Στην Ελλάδα έχει θεσπιστεί και λειτουργεί σύστημα ληξιαρχικών καταγραφών από το έτος 1836.

Το σύστημα αυτό αναθεωρείται κατά καιρούς, ώστε να ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές ενός συστήματος σύγχρονου τύπου.

Τα στοιχεία των ληξιαρχικών καταχωρήσεων διοχετεύονται στην Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), η οποία τα επεξεργάζεται και τα δημοσιεύει στην ετήσια ειδική έκδοση «Στατιστική της Φυσικής Κινήσεως του Πληθυσμού της Ελλάδος», ενώ συγχρόνως δημοσιεύονται με συνοπτική μορφή σε περιοδικές εκδόσεις γενικού περιεχομένου «Επετηρίδα της Ελλάδος» και «Μηνιαίο Στατιστικό Δελτίο».

## **6.2 Εγκυρότητα Δημογραφικών Στοιχείων**

Τόσο στις απογραφές όσο και στις ληξιαρχικές καταγραφές είναι δυνατό να υπάρξουν σφάλματα. Η ωφελιμότητα όμως των ερευνητικών ευρημάτων και των πληθυσμιακών εκτιμήσεων εξαρτάται από την ποιότητα των αρχικών δεδομένων. Αν και στις προηγμένες χώρες παρατηρούνται σφάλματα, όμως αυτά συμβαίνουν, συχνότερα στις λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές λόγω έλλειψης οργάνωσης και υποδομής των υπηρεσιών. Συνεπώς, προτού τα δημογραφικά στοιχεία χρησιμοποιηθούν, επιβάλλεται να υποστούν τους ενδεδειγμένους ελέγχους φερεγγυότητας, ώστε να αναδειχθούν και εκτιμηθούν οι αδυναμίες τους. Ο εντοπισμός των σφαλμάτων κι η αξιολόγηση της ακρίβειας των δημογραφικών στοιχείων είναι απαραίτητη ακόμη και στην περίπτωση που η διόρθωση των δεδομένων δεν είναι εφικτή.

### **6.2.1 Δημογραφικά σφάλματα**

Τα σφάλματα των δημογραφικών στοιχείων διακρίνονται σε σφάλματα κάλυψης και σε σφάλματα περιεχομένου. Τα σφάλματα κάλυψης οφείλονται στη μη πλήρη καταγραφή όλων των γεγονότων ή όλων των ατόμων του πληθυσμού ενώ τα σφάλματα περιεχομένου οφείλονται είτε σε ανακρίβεια των παρεχόμενων πληροφοριών είτε σε λανθασμένη κωδικογράφηση των δημογραφικών δεδομένων. Η διαδικασία αξιολόγησης των δεδομένων περιλαμβάνει τον εντοπισμό και την ταξινόμηση των σφαλμάτων, την εκτίμηση της έκτασής τους και την εφαρμογή μεθόδων εξομάλυνσης των στοιχείων για τη διόρθωση των λαθών. Σημειώνεται ότι οι τεχνικές και οι μέθοδοι που εφαρμόζονται για τη διόρθωση των σφαλμάτων ποικίλλουν κατά περίπτωση.

Στη διεθνή πρακτική, τα σφάλματα κάλυψης και περιεχομένου που απαντώνται στα απογραφικά δεδομένα αντιμετωπίζονται με τη διεξαγωγή μεταπογραφικών ερευνών, με την αντιπαραβολή των απογραφικών εγγραφών με στοιχεία που προέρχονται από ανεξάρτητες πηγές πληροφόρησης και με την εφαρμογή μεθόδων δημογραφικής ανάλυσης.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο έλεγχος των σφαλμάτων αφορά κυρίως στην ακρίβεια των απογραφικών δεδομένων και στην ακρίβεια της καταγραφής των γάμων, των γεννήσεων και των θανάτων.

### **6.3 Κατηγορίες Πληθυσμού**

Κατά τις απογραφές γίνεται διάκριση του πληθυσμού σε πραγματικό (de facto), νόμιμο (de jure) και μόνιμο (resident).

Ο πραγματικός πληθυσμός περιλαμβάνει όλο τον πληθυσμό ο οποίος είναι παρών σε μια ορισμένη γεωγραφική περιοχή και κατά ορισμένο χρόνο. Ο νόμιμος πληθυσμός είναι αυτός που είναι εγγεγραμμένος στα δημοτολόγια και ο μόνιμος περιλαμβάνει όλον τον πληθυσμό ο οποίος ανήκει σε μια ορισμένη γεωγραφική περιοχή κατά ορισμένο χρόνο, με βάση την κατά νομό διαμονή, της συνήθους κατοικίας.

Στην πράξη πολλές φορές επέρχεται σύγχυση των δύο εννοιών, του πραγματικού και νόμιμου πληθυσμού.

## **6.4 Δημογραφική Ανάλυση με τη Βοήθεια Δεικτών**

Για τη μελέτη της γήρανσης του πληθυσμού και τον υπολογισμό των κοινωνικών βαρών χρησιμοποιούνται διάφοροι δείκτες. Συνήθως οι δείκτες αυτοί υπολογίζονται λαμβάνοντας υπόψη τον παιδικό ή νεανικό πληθυσμό 0-14 ετών (ή 0-19 ετών) που επηρεάζει τις ανάγκες για περιγεννητική και παιδική φροντίδα καθώς και για την παιδεία, τον ώριμο πληθυσμό ή παραγωγικό πληθυσμό 15-64 ετών (ή 15-59, 20-59, 19-64 ετών) από την παραγωγή του οποίου εξαρτάται η κατανάλωση των εργαζομένων ή μη, που πληρώνει φόρους και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, γ) το γεροντικό πληθυσμό 65 και άνω (ή 60 ετών και άνω), ο οποίος επηρεάζει τις δαπάνες για συντάξεις και υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων.

Στη σχετική βιβλιογραφία ως κυριότεροι δείκτες αναφέρονται ο Δείκτης Γήρανσης, ο Δείκτης Εξάρτησης Ηλικιωμένων και το Ποσοστό ή η Αναλογία Ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό. Για τον υπολογισμό αυτών των δεικτών χρησιμοποιούνται στοιχεία που προέρχονται από τις απογραφές ή από τις ληξιαρχικές καταγραφές κι αναφέρονται σε μία δεδομένη χρονική στιγμή, συνήθως σε ένα ημερολογιακό έτος.

### **6.4.1 Ποσοστό Ηλικιωμένων**

Το ποσοστό ηλικιωμένων ή η αναλογία ηλικιωμένων είναι ο λόγος του γεροντικού πληθυσμού (P65+, πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω) ενός έτους προς το σύνολο του πληθυσμού (P) του έτους αυτού, επί 100.

Το ποσοστό ηλικιωμένων δείχνει την αναλογία των ατόμων σε γεροντική ηλικία (συνήθως άνω των 65 ετών) σε πληθυσμό 100 ατόμων. Είναι άμεσα κατανοητό και χρήσιμο για τη διεξαγωγή των πρώτων συμπερασμάτων για τη δομή του πληθυσμού. Βέβαια, επειδή είναι απλώς ένα ποσοστό δε δίνει μια πλήρη εικόνα περί της γήρανσης και την εξέλιξη του πληθυσμού αλλά μια χρονολογική σειρά με ποσοστά γήρανσης, είναι ένα χρήσιμο εργαλείο σε συνδυασμό και με τους άλλους δείκτες οι οποίοι αναφέρονται στη γήρανση του πληθυσμού.

### **6.4.2 Δείκτης Γήρανσης**

Είναι ο λόγος του γεροντικού πληθυσμού (P65+) ενός έτους προς το νεανικό πληθυσμό (P0-14) του έτους αυτού, επί 100.

Δείχνει την αναλογία των ηλικιωμένων ως προς 100 άτομα ηλικίας 0-14 ετών και επομένως μπορεί να προσδιορίσει αδρά την έκταση με την οποία ο συγκεκριμένος



πληθυσμός γερνάει. Η αύξηση του δείκτη γήρανσης μπορεί να προέλθει είτε λόγω της αύξησης των ηλικιωμένων είτε λόγω της μείωσης των γεννήσεων.

#### **6.4.3 Δείκτης Εξάρτησης Ηλικιωμένων**

Είναι ο λόγος του γεροντικού πληθυσμού (P65+) ενός έτους προς τον παραγωγικό ή ώριμο πληθυσμό (P15-64) του έτους αυτού, επί 100.

Εκφράζει την αναλογία των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω ως προς 100 άτομα παραγωγικής ηλικίας (15-64 ετών). Ουσιαστικά, δείχνει την αναλογία των κοινωνικών βαρών του παραγωγικού πληθυσμού, δηλαδή την επιβάρυνση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού, η οποία προέρχεται από το γεροντικό πληθυσμό.

## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: Θνησιμότητα

Στη δημογραφική ανάλυση σημαντική παράμετρο αποτελεί η διερεύνηση της θνησιμότητας αναφορικά με την επιρροή που ασκεί στη διαμόρφωση της σύνθεσης του πληθυσμού. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι η αύξηση του πληθυσμού εξαρτάται μεταξύ άλλων παραγόντων από τη θνησιμότητα, όπου κατά κάποιο τρόπο αποτελεί και έκφραση της υγειονομικής του κατάστασης.

### 7.1 Αδρός δείκτης θνησιμότητας

Πρόκειται για την έκφραση της αναλογίας των θανάτων ανά χίλια άτομα ετησίως. Αποτελεί τον πιο απλό δείκτη θνησιμότητας και υπολογίζεται από το πηλίκο των θανάτων (D) σε ένα ορισμένο έτος προς τον πληθυσμό (P) στο μέσο του συγκεκριμένου έτους επί 1.000. Πιο συγκεκριμένα ο δείκτης εκφράζεται από την ακόλουθη σχέση:

$$CDR=DP \times 1000$$

Στο σημείο αυτό χρειάζεται να σημειωθεί ότι παρότι ο συγκεκριμένος δείκτης είναι απλός και σχετικά αξιόπιστος, ωστόσο επηρεάζεται από ενδεχόμενη μεταβολή στην ηλικιακή δομή του πληθυσμού. Ο CDR αναφέρεται στο σύνολο των ηλικιών ενός πληθυσμού, με συνέπεια να μην εκφράζει κάποια τάση μεταβολής σε επιμέρους ηλικιακές ομάδες. (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004).

## 7.2 Ειδικοί δείκτες θνησιμότητας κατά ηλικία

Στη βιβλιογραφία συναντώνται μία σειρά δεικτών όπου αναφέρονται στη μέτρηση της θνησιμότητας περισσότερο διεξοδικά. Πιο συγκεκριμένα για κάθε φύλο και ηλικία ( $x$ ) υπολογίζεται ένας ειδικός δείκτης θνησιμότητας που εκφράζεται ως ο λόγος των θανάτων που αντιστοιχούν στην ηλικιακή ομάδα  $x$  σε ένα έτος προς τον πληθυσμό της ίδιας ηλικίας στο μέσο του έτους αυτού ( $P_x$ ) επί 1000:

$$m_x = D_x / P_x \times 1000$$

Στην περίπτωση όπου τα δεδομένα αντιστοιχούν σε ηλικιακές ομάδες της μορφής ( $x$ ,  $x+n$ ) ο ειδικός δείκτης έχει την εξής μορφή:

$$n m_x = n D_x / n P_x \times 1.000$$

όπου  $n$  το πλήθος ακέραιων ηλικιών στην ομάδα. (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004).

### **7.3 Αδρός κατά αιτία δείκτης θνησιμότητας**

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ύπαρξη ειδικού μέτρου έκφρασης των συνθηκών που συντελούν στην αύξηση της θνησιμότητας. Ο συγκεκριμένος δείκτης αποτελεί έναν από τους βασικούς δείκτες που χρησιμοποιούνται στη διερεύνηση των νοσολογικών αιτιών των θανάτων. Υπολογίζεται ως ο λόγος των θανάτων που αντιστοιχούν στην αιτία j ενός ημερολογιακού έτους προς τον πληθυσμό στο μέσο του έτους αυτού (P) επί 100.000:

$$CDR_j = D_j P \times 100.000$$

Ουσιαστικά ο δείκτης εκφράζει το ποσοστό των θανάτων από μία συγκεκριμένη αιτία j σε πληθυσμό 100.000 ατόμων για κάθε έτος. (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004).

#### 7.4 Ειδικοί κατά ηλικία και αιτία δείκτες θνησιμότητας

$$m_{x,j} = D_{x,j} / P_{xx} \times 100.000$$

$$n m_{x,j} = n D_{x,j} / n P_{xx} \times 100.000$$

Οι συγκεκριμένοι δείκτες υπολογίστηκαν για το 2001 κατά φύλο και αιτία θανάτου, για τέσσερις ηλικιακές ομάδες: 0-24, 25-49, 50-74, 75 και άνω. Ο αριθμός των θανάτων είναι ο μέσος όρος τριών ετών: 1999, 2000 και 2001 (ΕΛΣΤΑΤ) ενώ ο παρανομαστής είναι ο πληθυσμός ανά φύλο και ηλικία με βάση την απογραφή του 2001. (ΕΛΣΤΑΤ).

**Πίνακας 7.1: Ειδικοί κατά Ηλικία και Αιτία Δείκτες Θνησιμότητας (2001)**

<b>ΑΜΦΟΤΕΡΑ ΦΥΛΑ</b>	<b>0-24</b>	<b>25-49</b>	<b>50-74</b>	<b>75+</b>
Λοιμώδη & παρασιτικά νοσήματα	0,7	0,9	9,9	56,1
Νεοπλάσματα	3,8	33,5	681,7	1.550,8
Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος	1,6	30,3	750,5	5.580,7
Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος	1,9	5,5	100,8	822,2
Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	0,2	4,0	54,6	203,5
Βίαιοι θάνατοι	24,6	37,0	74,8	97,7
Ατυχήματα	23,2	32,3	65,7	90,1
<b>ΑΡΡΕΝΕΣ</b>	<b>0-24</b>	<b>25-49</b>	<b>50-74</b>	<b>75+</b>
Λοιμώδη & παρασιτικά νοσήματα	1,0	1,3	7,1	56,2
Νεοπλάσματα	4,3	35,1	556,2	2.135,1
Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος	1,8	46,4	610,0	5.299,1
Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος	2,4	7,7	81,5	950,1
Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	0,3	6,1	46,5	221,7
Βίαιοι θάνατοι	37,9	61,0	68,9	138,6
Ατυχήματα	35,7	53,2	60,0	126,1
<b>ΘΗΛΕΙΣ</b>	<b>0-24</b>	<b>25-49</b>	<b>50-74</b>	<b>75+</b>
Λοιμώδη & παρασιτικά νοσήματα	0,5	0,5	4,9	55,9
Νεοπλάσματα	3,2	31,9	273,4	1.122,5
Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος	1,4	14,0	303,1	5.787,2
Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος	1,2	3,2	41,2	728,4
Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	0,1	1,8	20,2	190,1
Βίαιοι θάνατοι	10,3	12,8	23,0	67,7
Ατυχήματα	9,7	11,1	20,6	63,8

Στη συνέχεια του πίνακα 7.1 που παρουσιάζονται οι ειδικοί κατά ηλικία και αιτία δείκτες θνησιμότητας παραθέτονται αναλυτικά τα σχετικά ποσοστά θνησιμότητας.

Στην Ελλάδα για την περίοδο 2001, η συμβολή των λοιμωδών νόσων στη συνολική θνησιμότητα είναι πάρα πολύ περιορισμένη, μόνο 1%. Η θνησιμότητα από χρόνιες και εκφυλιστικές παθήσεις όπως νεοπλάσματα και νόσους του κυκλοφορικού

αντιστοιχούν αθροιστικά στο 82% των θανάτων ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή κλίμακα των 50-74 ετών, δηλαδή παραπάνω από τα τρία τέταρτα της συνολικής θνησιμότητας. Επίσης, τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος αντιστοιχούν στο 6%, ενώ παρατηρούνται ακόμα μικρότερα ποσοστά όπως 4% για τους βίαιους θανάτους και 3% για τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος.

Παράλληλα, στην ακόλουθη ηλικιακή κατηγορία ηλικίας άνω των 75 ετών και για τα δύο φύλα η θνησιμότητα από χρόνιες και εκφυλιστικές παθήσεις όπως νεοπλάσματα και νόσους του κυκλοφορικού αποτελούν αθροιστικά το 85% των συνολικών θανάτων. Επίσης, τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος αντιστοιχούν στο 10%, ενώ παρατηρούνται ακόμα μικρότερα ποσοστά όπως 2% για τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος και 1% για τους βίαιους θανάτους και τα λοιμώδη νοσήματα. Υπάρχει μικρή αύξηση στα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος καθώς αυξάνεται η ηλικιακή κλίμακα. Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι στα άτομα άνω των 75 ετών παρατηρείται σημαντική μείωση στο ποσοστό εμφάνισης νεοπλασμάτων. Παράλληλα υπάρχει αύξηση και στο ποσοστό των αναπνευστικών προβλημάτων.

Στην περίπτωση των ανδρών ηλικίας 50-74 ετών το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί σε νόσους του κυκλοφορικού συστήματος (43%) και ακολουθεί η εμφάνιση νεοπλασμάτων (39%) και σε πολύ μικρό ποσοστό τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (6%). Στον πληθυσμό των γυναικών ηλικίας 50-74 ετών, οι νόσοι του κυκλοφορικού συστήματος (44%) και η εμφάνιση νεοπλασμάτων (40%) αποτελούν τις κυριότερες αιτίες θανάτων. Παρατηρείται ότι εντοπίζονται οι ίδιες αιτίες νοσημάτων και στα δύο φύλα.

Στην ακόλουθη ηλικιακή κατηγορία ηλικίας άνω των 75 ετών στις γυναίκες παρατηρείται ότι τα δύο τρίτα της θνησιμότητας οφείλεται σε νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, ενώ η εμφάνιση νεοπλασμάτων αντιστοιχεί μόνο στο 14%. Στις αντίστοιχες ηλικίες των ανδρών το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί σε νόσους του κυκλοφορικού συστήματος (59%) και ακολουθούν οι θάνατοι εξαιτίας νεοπλασμάτων (24%) και σε μικρό ποσοστό σε νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (11%). Επομένως, για τα άτομα άνω των 75 ετών η θνησιμότητα από τις νόσους του κυκλοφορικού είναι πιο σημαντική για τις γυναίκες, ενώ τα νεοπλάσματα και η θνησιμότητα από νοσήματα του αναπνευστικού για τους άνδρες.

## **Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>: Νοσηρότητα**

### **8.1 Νοσήματα και Χρόνιες Παθήσεις**

Είναι κατανοητό ότι η υγεία των ατόμων σχετίζεται με ποικίλους κοινωνικούς, οικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες. Η καλή υγεία είναι θεμελιώδης για την ευημερία της κοινωνίας και μπορεί να σημειωθεί ότι η καλή κατάσταση της υγείας αποτελεί συνάρτηση του τρόπου ζωής σε όλα τα στάδια του ατομικού βίου. Έτσι, ενδεχόμενη ασθένεια σε προχωρημένη ηλικία δεν είναι αναγκαστικά συνέπεια αποκλειστικά της ηλικίας αυτής καθ' αυτής.

Είναι σύνηθες να συνδέεται στη συνείδηση των ατόμων γενικότερα η προχωρημένη ηλικία με ασθένειες, ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι δεν ταυτίζονται υποχρεωτικά. Πολλοί ηλικιωμένοι βρίσκονται σε καλή κατάσταση υγείας και τα ενδεχόμενα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν δε διαφέρουν ιδιαίτερα από εκείνα των ατόμων της μέσης ηλικίας. Ωστόσο, σημαντική διαφοροποίηση των υπερηλίκων αποτελεί η πιθανή εμφάνιση πολλών ασθενειών ταυτόχρονα, ο μεγαλύτερος χρόνος αποθεραπείας και η εκτεταμένη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Σε σύνδεση με τα δημογραφικά δεδομένα στον Ελλαδικό χώρο και κατά συνέπεια την κατακόρυφη αύξηση του μέσου όρου ζωής, συναντάται η αύξηση του αριθμού των ατόμων σε μεγάλες ηλικίες και ταυτόχρονα η συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων ασθενειών που σχετίζονται με τις ηλικίες αυτές. Έτσι, μία σειρά νοσημάτων όπως ορθοπεδικές παθήσεις, καρδιακά προβλήματα, εγκεφαλικά, καρκίνος άρχισαν να απασχολούν σε μεγάλη κλίμακα τους επιστήμονες.



Αξίζει να σημειωθεί ότι με το πέρασμα των ετών ο άνθρωπος υφίσταται μία φυσιολογική φθορά των ζωτικών του οργάνων, ωστόσο αυτή η συνήθης εξέλιξη πρέπει να διαφοροποιηθεί από μία νοσηρή κατάσταση. Μπορούμε να παρακολουθήσουμε τις πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων του γήρατος μέσα από την περιγραφή της Η. Πουλοπούλου: όπου παρατηρείται ότι *«οφείλονται στην απώλεια ή την υπολειτουργικότητα των κυττάρων κάθε οργάνου του σώματος. Καθώς, εξαφανίζονται τα κύτταρα οι ιστοί και οι μύες γίνονται λεπτότεροι, η δύναμη και η αντοχή λιγοστεύουν και ελαττώνεται η ικανότητα της εργασίας. Ένα άτομο μεγάλης ηλικίας έχει λιγότερα ενεργά κύτταρα υψηλού μεταβολισμού, κυρίως μύες, μεγάλη*

*ποσότητα λίπους και μικρότερο κατά λεπτόν όγκο αίματος σε σύγκριση με ένα νέο άτομο. Οι λοιμώξεις, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνος, διαβήτης, ψυχικά νοσήματα αποτελούν τις πιο σημαντικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας των ηλικιωμένων, στους οποίους παρατηρείται συχνά συνύπαρξη ασθενειών που αμβλύνουν την αντίδραση του οργανισμού».*

Ακολουθεί η παράθεση μιας σειράς νοσημάτων που συναντώνται συχνά σε άτομα μεγάλων ηλικιών:

### **Ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος**

Βασική πάθηση που παρατηρείται έντονα σε άτομα μεγάλης ηλικίας, οφείλεται κυρίως στην κακή αιμάτωση λόγω της σκλήρυνσης των αγγείων, της μείωσης της ελαστικότητας των αρτηριών και στην κακή αιμάτωση των κυττάρων. Οι παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος δε συνδέονται στη σχετική βιβλιογραφία μόνο με τη μεγάλη ηλικία, αλλά και με αλλαγές στον τρόπο ζωής. Η καθιστική ζωή μετά τη συνταξιοδότηση αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα. Η. Πουλοπούλου *«Με την πάχυνση του τοιχώματος των αγγείων προκαλείται άφθονη εναπόθεση ασβεστίου και χοληστερίνης στις αρτηρίες προκαλείται μείωση της ελαστικότητας των αγγείων. Οι αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις των αγγείων κυρίως παρατηρούνται στην καρδιά και τους νεφρούς στην προγεροντική ηλικία ή στον εγκέφαλο κυρίως μετά τα 60 χρόνια. Στο προχωρημένο γήρας παρατηρείται υπερτροφία του έσω χιτώνα των φλεβών που έχει σαν συνέπεια τη σκλήρωση και τα κιστώδη ανευρύσματα. Η φλεβική πίεση βρέθηκε ότι μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας».* (Πουλοπούλου Η.,1999)

Η αρτηριοσκλήρυνση πρόκειται για συνήθη ασθένεια που παρατηρείται στις μεγάλες ηλικίες και σχετίζεται με αρτηριακή πίεση, νεφρικές ή καρδιακές ανεπάρκειες και μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικό επεισόδιο. Πιθανή είναι η συσχέτιση της ασθένειας, βάσει μελετών, με την υπέρταση, το κάπνισμα, τον διαβήτη, παράλληλα έχει στοιχειοθετηθεί ότι η παχυσαρκία και η έλλειψη άσκησης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της νόσου. Η αρτηριακή πίεση πλήττει τους ηλικιωμένους, όπως και η υπέρταση, όπου σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα. Μπορεί να σημειωθεί σχετικά ότι όταν συναντάται υψηλή πίεση συνεχώς οι αρτηρίες χάνουν την ελαστικότητά τους και ασβεστοποιούνται. (Πουλοπούλου Η.,1999)

### **Η νόσος του Πάρκινσον**

Πρόκειται για μία σημαντική πάθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος. Πλήττονται κυρίως άτομα μεγάλης ηλικίας, διακρίνεται σε αρτηριοσκληρυντικό και σε κλασικό ιδιοπαθή. Ουσιαστικά, κύρια συμπτώματα της νόσου είναι κινητικές δυσκολίες, καθώς και έκφρασης. Ουσιαστικά, δεν είναι γνωστά τα αίτια της ασθένειας και κατά καιρούς εξετάζονται διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες. (Πουλοπούλου Η.,1999)

### **Οστεοπόρωση**

Πρόκειται κατ' ουσία για ελάττωση της μάζας των οστών και επηρεάζει έντονα τους ηλικιωμένους και πολύ περισσότερο τις γυναίκες άνω των 45 ετών. Σημειώνεται ότι εξαιτίας της ευπάθειας των οστών είναι σύνηθες να προκαλούνται κατάγματα και σε προχωρημένο στάδιο υπάρχει έντονο το ενδεχόμενο της καθήλωσης του ασθενούς. (Πουλοπούλου Η.,1999)

### **Προβλήματα του αναπνευστικού συστήματος**

Γίνεται κατανοητό ότι με την αύξηση της ηλικίας παρατηρείται σημαντική επιβάρυνση του αναπνευστικού συστήματος. Εκτός της επίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων η αύξηση της ηλικίας επιφέρει χειρότερηση της λειτουργίας των πνευμόνων. Σημειώνεται ότι στις πολύ μεγάλες ηλικίες παρατηρείται «*περιορισμός της ολικής αναπνευστικής επιφάνειας, ελάττωση της ζωτικής χωρητικότητας, με μειωμένη εισπνευστική ικανότητα λόγω ατροφίας αναπνευστικών ειδών*». Παράλληλα

παρατηρείται ότι οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν ποικίλες παθήσεις των βρόγχων, όπου συχνά οδηγούν στο θάνατο. (Πουλοπούλου Η.,1999).

### **Οφθαλμικά προβλήματα**

Η όραση αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα για μία ποιοτική ζωή. Βασική ασθένεια αυτής της κατηγορίας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι ο καταρράκτης. Στην περίπτωση αυτή υπάρχει πρόβλημα αναγνώρισης αντικειμένων, μελέτης, ενώ σε προχωρημένο στάδιο υπάρχει ο κίνδυνος της τύφλωσης. (Πουλοπούλου Η.,1999).

### **Καρκίνος**

Η μάστιγα όπως έχει εξελιχθεί η εκδήλωση των ποικίλων καρκινικών τύπων σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με την άνοδο του μέσου όρου ζωής. Από μελέτες γίνεται κατανοητό ότι το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται δραματικά στις ηλικίες άνω των 60-65. Η εξέλιξη των ιατρικών μεθόδων περιορίζει τη θνησιμότητα από νεοπλασίες ή τουλάχιστον επεκτείνει το προσδόκιμο ζωής. Χρειάζεται στο σημείο αυτό να παρατηρηθεί ότι στη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται εκτενέστερη διερεύνηση της σχέσης καρκίνου και προχωρημένης ηλικίας. Ωστόσο, γίνεται κατανοητό ότι για την εμφάνιση της νόσου δεν ευθύνεται η μεγάλη ηλικία αποκλειστικά. Ουσιαστικά, οι νεοπλασίες αποτελούν συνισταμένη των συνηθειών στο τρόπο ζωής μέχρι αυτή την ηλικία π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφή, έκθεση στον ήλιο κ.α., αλλά και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Σε μία σύντομη αναφορά έχει πλέον γίνει κατανοητό ότι μεγάλο μέρος των καρκίνων οφείλεται στη μόλυνση του περιβάλλοντος, σε χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στις καλλιέργειες, στην αλλαγή των συνθηκών έκθεσής μας στον ήλιο. Παράλληλα, μπορεί να οφείλονται σε κληρονομικούς παράγοντες. Επίσης, η εκδήλωση οποιασδήποτε μορφής μπορεί να επιταχυνθεί από τις δυσκολίες στις συνθήκες διαβίωσης λόγω οικονομικών και ψυχολογικών πιέσεων. Δεν είναι σπάνιο στις μεγάλες ηλικίες (άνω των 60) να ανακαλύπτονται τύποι καρκίνου σε εξαιρετικά προχωρημένο στάδιο, καθώς δεν έχει γίνει αντιληπτό στην αρχή της εμφάνισής του. Στην προσπάθεια θεραπείας από τους διάφορους τύπους καρκίνου η μεγάλη ηλικία δεν αποτελεί πρόσκομμα. Ωστόσο,

χρειάζεται να κατανοηθεί ότι το ποσοστό επιβίωσης φθίνει στις μεγάλες ηλικίες, καθώς υπάρχουν επιπλοκές που συνδέονται με άλλες πιθανές ασθένειες, αλλά και ο χρόνος ανάρρωσης των ηλικιωμένων είναι μεγαλύτερος σε σχέση με άλλες ηλικίες. (Πουλοπούλου Η., 1999).

## 8.2 Παράγοντες Κινδύνου

Στο σημείο αυτό επιχειρείται η σύνδεση διάφορων παραγόντων κινδύνου με την εμφάνιση διαφόρων ασθενειών. Σημειώνεται ότι τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται βασίζονται στην έκθεση: Heart Disease and Stroke Statistics, American Heart Association (2007).

### Νόσοι των αγγείων του Εγκεφάλου

- **Πίεση:** έχει αποδειχθεί ότι είναι καθοριστικός παράγοντας του κινδύνου εμφάνισης εγκεφαλικού. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι επίπεδα πίεσης χαμηλότερα από 120/80 mm Hg έχουν τη μισή επικινδυνότητα εμφάνισης εγκεφαλικού σε σύγκριση με εκείνους που έχουν υπέρταση. ( Seshadri S. et. al., 2006).
- **Κάπνισμα:** Ο σχετικός κίνδυνος εγκεφαλικού των χρόνιων καπνιστών (heavy smokers) είναι διπλάσιος από εκείνους που καπνίζουν λιγότερο (light smokers). Από μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι ο κίνδυνος εγκεφαλικού μειώνεται σημαντικά δύο χρόνια αμέσως από την παύση του καπνίσματος και επιπλέον φτάνει στο επίπεδο εκείνων που δεν καπνίζουν ύστερα από πέντε έτη ( Aldoori M., Rahman S., 1988).
- **Έλλειψη σωματικής άσκησης:** Τονίζεται σε έρευνες για την Ευρώπη και τις Η.Π.Α. ότι η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου και η σωματική άσκηση συμβάλλουν σημαντικά στην προστασία από την εκδήλωση εγκεφαλικού επεισοδίου και η έλλειψή τους επιδεινώνει την κατάσταση σε όλες τις ηλικίες και το φύλο (Wendel- Vos G., Schuit A. et. al, 2004).

Ενδεικτική είναι η έρευνα για γυναίκες άνω των 45 ετών στο πλαίσιο Women's Health Study. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο υγιεινός τρόπος ζωής, όπως: αποχή από το κάπνισμα, η περιορισμένη κατανάλωση αλκοόλ, ο χαμηλός Δ.Μ.Σ., η υγιεινή διατροφή και άσκηση είχε σημαντική επίδραση στην αποφυγή των διάφορων μορφών εγκεφαλικού. (Kurth T., Moore S. et al, 2006).

### Καρδιακά Προβλήματα

- Σε έρευνες για άνδρες και γυναίκες έχει αποδειχθεί ότι η πλειοψηφία όσων διαθέτουν κάποιο καρδιακό πρόβλημα ήταν εκτεθειμένοι σε κάποιον από τους

ακόλουθους κινδύνους: υψηλά επίπεδα χοληστερίνης, υπέρταση, κάπνισμα, διαβήτη. (Greenland P., Knoll M., Stamler J. et. al., 2003).

- Επίσης, σε διακρατική έρευνα που περιελάμβανε 52 χώρες εμφανίζονται εννέα παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την ανάπτυξη κάποιου καρδιακού τύπου. Πιο συγκεκριμένα για όλες σχεδόν τις περιοχές και τα δύο φύλα το κάπνισμα, υψηλά επίπεδα λιπιδίων, υπέρταση, διαβήτη, έλλειψη φυσικής άσκησης, χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, υπερκατανάλωση αλκοόλ (Yusuf S. et. al., 2004).

Ακολουθεί η διερεύνηση κάποιων βασικών παραγόντων που στη σύγχρονη εποχή μπορούν να επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ατόμων.

### **Διατροφή**

Σε πολλές σύγχρονες έρευνες δίνεται ιδιαίτερο βάρος στο ρόλο της διατροφής στην κατάσταση υγείας των ατόμων (Commission of the European Communities, 1993, Kant, Schatzkin et al., 1993, World Health Organization, 1998, Willet, 1998, Τριχοπούλου et al., 1995, 2003). Αναφορικά με την Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει σημαντική αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, ουσιαστικά σημειώνεται απομάκρυνση από τη μεσογειακή διατροφή και υιοθέτηση των δυτικών προτύπων (συχνή πρόσληψη κορεσμένων λιπών, κόκκινου κρέατος, ζάχαρης, αλατιού κ.α.) (Τριχοπούλου et al., 1993). Σχετικές μελέτες παρουσιάζουν ότι υπάρχει μία σημαντική ενδεχόμενη συσχέτιση μεταξύ της εγκατάλειψης του μεσογειακού τρόπου διατροφής και της αύξησης κάποιων χρόνιων νοσημάτων, όπως κάποια καρδιακά προβλήματα (στεφανιαία νόσος), σακχαρώδης διαβήτης, διάφορες μορφές καρκίνου. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε μελέτη των Τριχοπούλου κ.α. (2003) εντοπίζεται ισχυρή αρνητική συσχέτιση της παραδοσιακής μεσογειακής ελληνικής διατροφής και της εμφάνισης χρόνιων ασθενειών όπως οι παραπάνω. Επίσης, ο δυτικός τρόπος διατροφής όπως αυξημένη κατανάλωση κρέατος, λίπους, αυγών και η μείωση των δημητριακών αυξάνουν τους κινδύνους καρκίνου του στομάχου. (Kagawa et al., 1978)

### **Παχυσαρκία και έλλειψη σωματικής άσκησης**

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω η έλλειψη σωματικής άσκησης και η έντονη αύξηση της παχυσαρκίας αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για πολλές

ασθένειες. Στις δυτικού τύπου αστικές κοινωνίες (όπως και η Ελλάδα) το άτομο οδηγείται να ακολουθεί ένα καθιστικό τρόπο ζωής (πολλές ώρες εργασία, τηλεόραση κ.α.) και σε συνδυασμό με τις κακές διατροφικές συνήθειες παρατηρείται έξαρση του φαινομένου της παχυσαρκίας.

### **Περιβαλλοντική μόλυνση**

Είναι στη σύγχρονη εποχή σαφές ότι η επιβάρυνση του περιβάλλοντος έχει δραματική επίδραση στη γενικότερη κατάσταση υγείας των ατόμων. Οι βιομηχανίες, αλλά και ο γενικότερος σύγχρονος τρόπος ζωής έχουν πλήξει ανεπανόρθωτα το φυσικό περιβάλλον. Έτσι, η γενική μόλυνση της ατμόσφαιρας αλλά και του εδάφους μαζί με τους υδάτινους πόρους προκαλούν πολλές ασθένειες όπως μορφές καρκίνου και ευνοούν την εμφάνιση αναπνευστικών προβλημάτων, ενδοκρινολογικών ασθενειών και διαταραχών του νευρικού συστήματος. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι κάτοικοι των αστικών πόλεων αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό διάφορες μορφές ασθενειών από εκείνους στην περιφέρεια.

### **Η οικονομική πρόοδος ως παράγοντας κινδύνου του καρκίνου**

Η ραγδαία αύξηση διαφόρων τύπων καρκίνου διερευνάται σε πολλές έρευνες. Πιο συγκεκριμένα αναφορικά με τα αναπτυγμένα κράτη σε σχετική μελέτη των Ukraintseva και Yashin (2005) η αυξανόμενη επιβάρυνση από την εκδήλωση του καρκίνου αποδίδεται στους ακόλουθους παράγοντες: αύξηση του μέσου όρου ηλικίας των πληθυσμών, αύξηση των ποσοστών εμφάνισης καρκίνου και στη βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης των ασθενών. Οι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη καρκίνου διαχωρίζονται σε εξωτερικούς (όπως κάπνισμα, ακτινοβολία, χρήση χημικών, μόλυνση κ.α.) και σε εσωτερικούς (π.χ. ηλικία, κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος, κληρονομικές αλλοιώσεις κ.α.). Ιδιαίτερα σημαντική είναι η αναφορά στη συγκεκριμένη μελέτη ότι ο κίνδυνος για την ανάπτυξη καρκίνου είναι υψηλότερος στις αναπτυγμένες περιοχές συγκριτικά με τις αναπτυσσόμενες και σχετίζεται με την οικονομική πρόοδο. Επίσης, τονίζεται ότι ενώ παρουσιάζονται ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου στις αναπτυγμένες χώρες η θνησιμότητα δεν είναι ανάλογη λόγω υψηλότερου ποσοστού επιβίωσης των ατόμων. Στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες υπάρχει αντίθετα στενή σχέση εμφάνισης καρκίνου και θανάτων (π.χ. στη Μογγολία το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου και θανάτων είναι περίπου το ίδιο) και οφείλεται στα μη αναπτυγμένα συστήματα υγείας. Στις περιοχές

αυτές οι πιο συχνές μορφές καρκίνου είναι στον αυχένα, το συκώτι, το ήπαρ και του οισοφάγου. Ο κίνδυνος αυτών των μορφών καρκίνου έχει αποδειχθεί ότι είναι υψηλότερος με την ύπαρξη μολυσματικών παραγόντων (ηπατίτιδα Β, HPV κ.α.) αλλά και λόγω των διατροφικών συνηθειών (IARC Monographs, 1994, 1995).

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η μειωμένη επικινδυνότητα εμφάνισης καρκίνου στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες μπορεί να θεωρηθεί παροδική, καθώς οι τύποι καρκίνων που παρουσιάζονται στις περιοχές αυτές είναι πολύ επικίνδυνοι. Επίσης, σημαντικό είναι το ζήτημα σχετικά με τη διαφοροποίηση στο ποσοστό θνησιμότητας λόγω καρκίνου σε αναπτυγμένες χώρες με παρόμοιες κλιματολογικές συνθήκες, οικονομικό σύστημα και σύστημα υγείας. Υποστηρίζεται ότι κάποιο ρόλο διαδραματίζουν οι κλιματικές διαφορές καθώς και η κουλτούρα. Επίσης, συναντώνται διαφορές στον τρόπο θεραπείας, αλλά μπορεί π.χ. στην Αγγλία η πρόσβαση σε ειδικούς να είναι περισσότερο περιορισμένη σε σχέση με τη Σουηδία και τα ποσοστά διάγνωσης καρκίνου είναι μεγαλύτερα στη δεύτερη. (Ukrainitseva και Yashin, 2005)

Κοινές ασθένειες σε όλο τον κόσμο είναι στις γυναίκες ο καρκίνος του στήθους και στους άνδρες των πνευμόνων. Επίσης, σε αναπτυσσόμενες χώρες στους άνδρες παρατηρείται συχνά καρκίνος στο στομάχι και στο συκώτι και στις γυναίκες στο στομάχι και τον αυχένα. Στις αναπτυγμένες χώρες στους άνδρες συναντάται καρκίνος του προστάτη και καρκίνος του εντέρου και στις γυναίκες καρκίνος του εντέρου και των πνευμόνων (IARC Monographs, 1994, 1995). Επίσης, οι άνδρες φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά μορφών καρκίνου από τις γυναίκες (εκτός Ινδίας και Κολομβίας).

Παράλληλα σε διάφορες μελέτες παρουσιάζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά αναφορικά με την επικινδυνότητα εμφάνισης καρκίνου σε διάφορες ηλικιακές κλίμακες. Πιο αναλυτικά, σε πολύ μικρή παιδική ηλικία το φαινόμενο κορυφώνεται, στα χρόνια της νεότητας υπάρχουν χαμηλά ποσοστά που αυξάνονται ιδιαίτερα στο τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας, ενώ στα άτομα άνω των 75 σημειώνεται πτώση.



### **8.3 Η επίδραση της υγείας στη διαμόρφωση του εισοδήματος**

Ιδιαίτερη ανάλυση επιχειρείται στο παρόν κεφάλαιο αναφορικά με τις ποικίλες συνέπειες των ανισοτήτων που έχουν σχέση με την κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων. Με βάση ότι οι συνέπειες από τη σωματική υγεία, ιδιαίτερα των μεγαλύτερων ηλικιών του πληθυσμού, αποτελεί βασικό κομμάτι της εργασίας ακολουθεί μία προσπάθεια διερεύνησης μέσα από την έκθεση διαφορετικών πλευρών του ζητήματος.

Από τα συμπεράσματα μιας σειράς μελετών γίνεται κατανοητό ότι η κατάσταση της υγείας των ατόμων έχει μεγάλη επιρροή στη διαμόρφωση του ατομικού εισοδήματος. Έχει διαπιστωθεί ότι η παρούσα κατάσταση υγείας αλλά και των προηγούμενων ετών σε μικρότερο βαθμό καθορίζουν το επίπεδο του εισοδήματος. Η δυσμενής οικονομική θέση ατόμων με προβλήματα υγείας συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την περιορισμένη συμμετοχή τους στο εργατικό δυναμικό, καθώς άτομα με κακή υγεία έχουν και μειωμένη ικανότητα για εργασία. Επιπλέον, το εισόδημα καθορίζεται και από το επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς άτομα με χαμηλή εκπαίδευση αποκτούν και χαμηλό εισόδημα. Έχει παρατηρηθεί ότι η επιρροή της υγείας στο εισόδημα δε διαφοροποιείται ως προς το φύλο, αλλά ως προς την ηλικία και κυρίως είναι έντονη για τις ηλικίες 55-64. (Mackenbach, et al., 2007). Το επίπεδο υγείας των ατόμων διαμορφώνεται μεταξύ άλλων και από την επίδραση μεταβλητών που έχουν σχέση με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και με την ατομική συμπεριφορά.

Είναι αποδεκτό στη σύγχρονη εποχή ότι οι εισοδηματικές ανισότητες συμβάλλουν στην παγίωση διαφορών στο επίπεδο της υγείας. Σε μία σύντομη αναφορά σημειώνεται ότι το χαμηλό εισόδημα οδηγεί σε μειωμένη πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Επίσης, τα πιο φτωχά κοινωνικά στρώματα ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές κυρίως στα αστικά κέντρα, όπου είναι εκτεθειμένοι σε έντονους περιβαλλοντικούς κινδύνους που επιδρούν αρνητικά στην υγεία, αλλά και οι συνθήκες στέγασης δεν είναι κατάλληλες. Παράλληλα, από μελέτες για τις συνθήκες εργασίας παρατηρείται ότι υπάρχουν πολλοί επαγγελματικοί κίνδυνοι για την υγεία. Οι ανειδίκευτοι εργάτες, που προέρχονται σε γενικές γραμμές από χαμηλά κοινωνικά στρώματα, είναι εκτεθειμένοι σε εργατικά ατυχήματα, σε χημικά αλλά και ασκούν κάποιου είδους εργασία που συγκαταλέγεται στα «βαρέα» με ανάλογες επεκτάσεις στο επίπεδο υγείας (Mackenbach, 2006).

Επίσης, τα άτομα που προέρχονται από χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση έχει διαπιστωθεί ότι αντιμετωπίζουν έντονο ψυχοκοινωνικό στρες. Πιο συγκεκριμένα, οικονομικές δυσκολίες αλλά και επαγγελματικές πιέσεις αντιμετωπίζονται με μεγάλη ένταση από τα συγκεκριμένα άτομα. Τέτοιου είδους στρεσογόνοι παράγοντες έχουν αρνητικές επιδράσεις στην υγεία και χρησιμοποιούνται στην ερμηνεία κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία όπως π.χ. στα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Παράλληλα, παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής των ατόμων είναι ιδιαίτερα σημαντικοί στον καθορισμό του επιπέδου υγείας των ατόμων. Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με χαμηλό status έχουν κακές διατροφικές συνήθειες, δεν ασκούνται, καπνίζουν και κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Αναφέρεται γενικότερα ότι το κάπνισμα αποτελεί στον Ευρωπαϊκό χώρο κύριο παράγοντα κινδύνου για την υγεία (Kunst et al., 2004).

Κοινό είναι το ακόλουθο συμπέρασμα αναφορικά με τη σχέση υγείας και κοινωνικοοικονομικών διαφορών σε πολλές μελέτες: άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας και ζουν λιγότερο από εκείνους που ανήκουν σε ανώτερη κοινωνικοοικονομική θέση (Cambois et al., 2001, Huisman et al., 2003).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της ευρωπαϊκής έρευνας SHARE που περιλαμβάνει τις περισσότερες χώρες (Alcer et al., 2005).

Αναφορικά με τα δομικά δημογραφικά στοιχεία παρατηρείται ως προς το φύλο ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας από τους άνδρες. Οι άνδρες εμφανίζουν θανατηφόρες μορφές ασθενειών σε νεότερες ηλικίες από τις γυναίκες. Χαρακτηριστικά αναφέρεται σχετικά με τις διαφοροποιήσεις στην υγεία μεταξύ των φύλων ότι οι άνδρες πεθαίνουν γρηγορότερα αλλά οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα (LvMma et al., 1999). Επίσης, υπάρχει διαφοροποίηση στον τύπο των ασθενειών που αντιμετωπίζουν συχνά τα δύο φύλα. Έτσι, έχει παρατηρηθεί ότι στους άνδρες είναι συχνότερες οι θανατηφόρες ασθένειες όπως: καρδιαγγειακά προβλήματα, διαβήτης, προβλήματα στους πνεύμονες κ.λπ., ενώ οι γυναίκες αντιμετωπίζουν συχνότερα προβλήματα σωματικής ανικανότητας, αλλά και προσβάλλονται από διάφορες παθήσεις ακόμα και ταυτόχρονα. Οι

απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι άνδρες αποδίδονται από πολλούς ειδικούς, έως ένα σημείο, στην τάση των ανδρών να υιοθετούν ένα τρόπο ζωής με μεγαλύτερο ρίσκο, όπως κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ.

Σχετικά με τη ηλικία παρατηρείται ότι είναι συνήθης η αντιμετώπιση σωματικών προβλημάτων στις μεγαλύτερες ηλικίες. Υποστηρίζεται ότι σχεδόν όλα τα σωματικά προβλήματα συνδέονται ισχυρά με την ηλικία. Πιο συγκεκριμένα αναφορικά με διάφορες χρόνιες ασθένειες υπάρχουν απότομες ηλικιακές διαβαθμίσεις (με έξαρση στην ηλικιακή κλίμακα άνω των 80 ετών) ιδιαίτερες στις περιπτώσεις εγκεφαλικών, καταρράκτη, ατυχημάτων κ.α.. Μικρότερη ηλικιακή διαφοροποίηση εμφανίζουν ασθένειες όπως χοληστερίνη, άσθμα, προβλήματα ύπνου κτλ με την επικράτηση πάλι των ηλικιών άνω των 80 ετών. Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι τα άτομα που ανήκουν στις πολύ μεγάλες ηλικίες είναι πιθανό να εμφανίζουν πολλά προβλήματα υγείας ταυτόχρονα. Επίσης μεταξύ των ηλικιωμένων που ανήκουν στην υψηλότερη ηλικιακή κατηγορία η επικράτηση διαφόρων σωματικών δυσχερειών προσεγγίζει ακόμα και άνω του 50%.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της έρευνας SHARE που εκφράζουν ότι το 40% εμφανίζει σε κάποιο βαθμό κινητικά προβλήματα και περίπου το 50% αντιμετωπίζει μακροχρόνια προβλήματα υγείας. Επίσης, αρκετοί έχουν δηλώσει ότι αντιμετωπίζουν κάποιου είδους περιορισμό σε βασικές καθημερινές δραστηριότητες. Περίπου το 10% αντιμετωπίζει ένα ή περισσότερους περιορισμούς, ενώ οι δυσκολίες στην καθημερινή χρήση κάποιου είδους αντικειμένου αγγίζουν το 17%. Μεταξύ των πιο κοινών ασθενειών που έχουν δηλωθεί είναι: η αρθρίτιδα, ο διαβήτης και τα καρδιολογικά προβλήματα. Αρκετοί επίσης έχουν δηλώσει υψηλή χοληστερίνη, σύμπτωμα που αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών προβλημάτων. (Alcer et al., 2005)

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι στη δήλωση ασθενειών τα 2/3 έχει διαγνωστεί από γιατρό ότι πάσχουν από τουλάχιστον μία χρόνια ασθένεια, ενώ το 40% πάσχει τουλάχιστον από δύο χρόνιες ασθένειες. Παρόμοια ποσοστά πάσχουν από τουλάχιστον ένα σύμπτωμα, όπως πόνοι, ζαλάδες, προβλήματα ύπνου κ.λπ.. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό που αγγίζει το 1/3 δε δήλωσε κάποια ασθένεια. (Alcer et al., 2005).

Στο σημείο αυτό ενδεικτικά παρουσιάζονται ορισμένες ερμηνείες αναφορικά με τον τρόπο που διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική λειτουργία των ατόμων και ιδιαιτέρως των ηλικιωμένων. Ουσιαστικά, η διερεύνηση αυτή αντιστοιχεί στην ανάλυση των ποικίλων μορφών όπου το κοινωνικοοικονομικό status επιδρά στην υγεία, αλλά και στην έκθεση της διαφορετικής αξιολόγησης των προβλημάτων υγείας από τους ανθρώπους και εξωτερικών ως προς την κοινωνία παραγόντων όπως, περιβαλλοντικών περιορισμών.

Αδιαμφισβήτητα, ο οικονομικός παράγοντας είναι ιδιαίτερα σημαντικός στη διαμόρφωση της σωματικής υγείας. Σε πολλές μελέτες έχει γίνει η διαπίστωση ότι άτομα με μεγαλύτερο εισόδημα και κοινωνικό status, κυρίως στις δυτικές κοινωνίες, έχουν πρόσβαση σε καλύτερες πηγές που ευνοούν την υγεία. Η πρόσβαση σε προηγμένα συστήματα υγείας, η οικονομική άνεση ώστε να αποκτηθεί μία ολοκληρωμένη και αντικειμενική διάγνωση σχετικά με την κατάσταση υγείας του ατόμου είναι ιδιαίτερα σημαντική (υψηλές δαπάνες για εξειδικευμένους καθηγητές, σύγχρονα ερευνητικά κέντρα κ.α.). Αναφέρεται ότι σε μελέτη των Weidman B. & Schoenbaun υπάρχει η διαπίστωση ότι στις Η.Π.Α. κατά το 1970 αυξήθηκαν τα δηλωμένα προβλήματα υγείας ως αποτέλεσμα των καλύτερων διαγνώσεων. Γίνεται κατανοητό ότι άτομα με ανώτερο status επωφελούνται περισσότερο όταν υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης σε πηγές που ευνοούν την ευζωία, όπως ποιοτικότερη υγειονομική περίθαλψη (Weidman & Schoenbaun, 1995).

Επιπλέον, είναι κοινό σε πολλές μελέτες ότι άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού status είναι περισσότερο επιρρεπή να δηλώνουν προβλήματα υγείας. Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με χαμηλή εκπαίδευση και εισόδημα θεωρούν κάποιο σωματικό πρόβλημά τους, ως ιδιαίτερα σημαντικό ώστε να το δηλώσουν. Επίσης, σημειώνεται ότι μπορεί να υπάρχει διαφοροποίηση με βάση την κουλτούρα στην υποκειμενική αξιολόγηση της υγείας. Οι Angel & Guarnaccio (1989), συμπεραίνουν σε μελέτη ότι οι Ισπανοί αξιολογούν την υγεία τους με αρνητικούς όρους κατά πολύ περισσότερο από τους Άγγλους.

## **8.4 Συμπεράσματα μελετών**

Παρατηρείται στην προσπάθεια διερεύνησης της σχέσης μεταξύ εκπαίδευσης και υγείας, σε σχετική έρευνα του Hoffman, ότι αναφορικά με τις γυναίκες ο πλούτος είναι αποτελεσματικός μόνο όταν μπορεί να συνδυαστεί με ένα ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Η εκπαίδευση, από την άλλη, είναι ευεργετική μόνο σε συνδυασμό με ένα μέσο τουλάχιστον επίπεδο πλούτου. Οι άντρες με υψηλότερο εισόδημα έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας. Παράλληλα, οι άντρες με μέση εκπαίδευση έχουν υψηλά επίπεδα θνησιμότητας (Hoffman, 2005).

Σε άλλο σημείο γίνεται κατανοητό ότι το υψηλότερο εισόδημα είναι σημαντικός παράγοντας μόνο με την προϋπόθεση της καλής υγείας. Σε χαμηλό επίπεδο υγείας υπάρχει διαφοροποίηση της θνησιμότητας για κοινωνικοοικονομικούς λόγους. Η διαφοροποίηση της θνησιμότητας μεταξύ της υψηλότερης και χαμηλότερης εισοδηματικής κλίμακας είναι σημαντική μόνο όταν τα άτομα έχουν καλό επίπεδο υγείας (Hoffman, 2005)

Η υγεία μειώνεται με την ηλικία. Στην ίδια μελέτη παρατηρήθηκε ότι ακόμα και αν η υγεία φθίνει γενικά με την ηλικία, άτομα με χαμηλότερο εισόδημα έχουν «χαμηλότερο επίπεδο υγείας». Σε ηλικιακά σύνολα μεταξύ 59-69 ετών και ενώ όλες οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και οι μεταβλητές υγείας είναι σταθερές παρατηρήθηκε ότι οι άντρες με κακή υγεία (με ατομική εκτίμηση) έχουν πολύ μεγαλύτερη θνησιμότητα από εκείνους με καλή κατάσταση υγείας. Σε μεγαλύτερα ηλικιακά σύνολα η διαφοροποίηση της θνησιμότητας συγκλίνει. Έτσι, η θνησιμότητα αυξάνεται με την ηλικία (Hoffman, 2005)

Στη συγκεκριμένη έρευνα παρατηρήθηκαν κοινωνικοοικονομικές διαφορές στην υγεία στις μεγάλες ηλικίες. Έτσι, τονίζεται ότι παρατηρείται σύγκλιση των κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων της θνησιμότητας με τη χειροτέρευση της υγείας, αλλά όχι με την ηλικία (Hoffman, 2005).

### **8.4.1 Σχέση Εργασίας και θνησιμότητας**

Πολλές έρευνες έχουν γίνει αναζητώντας τη σχέση εργασιακής κατάστασης και θνησιμότητας. Ουσιαστικά αναζητείται η μακροχρόνια επίδραση της απόλυσης-ανεργίας στην υγεία και τη θνησιμότητα. Στην εργασία των Sullivan και Wachter αναλύεται η απώλεια εργασίας σε περιόδους μαζικών απολύσεων, όπου επηρεάζεται

τουλάχιστον το 30% του εργατικού δυναμικού. Επίσης, εξετάζεται μέσο εισόδημα των εργαζομένων πριν την απόλυση και τα αποτελέσματα δίνουν μια αύξηση 15-20% της πιθανότητας θανάτου στα επόμενα 20 χρόνια λόγω της απώλειας εργασίας. Λαμβάνονται κυρίως υπόψη οι μακροχρόνιες συνέπειες της ανεργίας με έντονα στραμμένο το ενδιαφέρον στο στρες. Τα αποτελέσματα θεωρούν ότι σημαντικό τμήμα της επιρροής των συνεπειών της ανεργίας- απόλυσης στη θνησιμότητα μπορεί να αποδοθεί στις μόνιμες απώλειες απολαβών. Παρομοίως, οι αυξήσεις σε μη σταθερές αποδοχές φαίνεται να συμβάλλουν στα επίσημα αποτελέσματα των απολύσεων στην υγεία (Sullivan και Wachter, 2006).

Στην ανάλυσή τους οι Sullivan και Wachter (2006), εξέτασαν εισοδήματα και ιστορικό ανεργίας στην Πενσυλβανία αναζητώντας τη σχέση αναταραχής στην εργασία και τη θνησιμότητα. Παρατήρησαν ότι ακόμα και μία μικρή αναταραχή στην αγορά εργασίας, όπως μεταβολή στις μορφές εργασίας που είναι αναγκαίες και συνεπώς ανεργία για κάποιες εργασιακές ομάδες, μπορούν να έχουν μόνιμες συνέπειες στις αποδοχές των ατόμων, στην εργασία, στη σταθερότητα της εργασίας, στην κατανάλωση και στην πρόσβαση στις ασφαλίσσεις υγείας. Μεγάλος όγκος μελετών παρουσιάζει ότι οι κοινωνικοοικονομικές μεταβολές στις εργασιακές συνθήκες των εργαζομένων μπορούν να έχουν καταλυτικές επιπτώσεις στην υγεία, παρότι η συσχέτιση της απώλειας εργασίας και της κατάστασης της υγείας παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες στις μετρήσεις. Παράλληλα αποτελέσματα υπάρχουν και σε εργασίες όπως: Ruhm (1991), Jacodson, Lalonde, and Sullivan (1993), Stevens (1997).

Επίσης, παρατηρείται ότι κυκλικά σοκ μπορούν να οδηγήσουν σε διαρκή μείωση των εσόδων κυρίως για τους νέους και τους λιγότερο μορφωμένους εργαζόμενους. Στις έρευνες όλο και περισσότερο συνδυάζονται το στρες από οικονομική αβεβαιότητα και ανεργία με την πνευματική υγεία. Στην επιδημιολογία σχετίζονται όλο και περισσότερο η ανεργία και η απώλεια εργασίας με τα εγκεφαλικά και καρδιακά επεισόδια και άλλα προβλήματα, κυρίως για τους μεγάλους εργαζόμενους.

Η απώλεια εργασίας και άλλοι αρνητικοί οικονομικοί παράγοντες έχουν άμεσες και έμμεσες συνέπειες στην υγεία. Η υγεία μπορεί να επιβαρυνθεί από την αλλαγή ποικίλων οικονομικών παραμέτρων που επηρεάζονται από την απώλεια της εργασίας.

Έτσι, πολλές έρευνες υποδεικνύουν τη μεγάλη απώλεια εσόδων και σημειώνεται ότι η απώλεια είναι πιο έντονη στις μεγάλες ηλικίες (Kletzer, 1989) όπως και στους εργαζόμενους στη βιομηχανία αλλά και στους εργάτες που ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές. Επίσης, η απώλεια εργασίας επηρεάζει την πρόσβαση στο ασφαλιστικό σύστημα υγείας.

Επίσης, αναφορικά με τη σχέση εισοδήματος, υγείας και θνησιμότητας παρατηρείται ότι οι υπάρχουσες εκτιμήσεις της επίδρασης του εισοδήματος στην υγεία μπορούν να επιβεβαιώσουν τη μεγάλη επίδραση της απώλειας εργασίας στη θνησιμότητα. Ωστόσο, στο θέμα αυτό υπάρχει κάποιου είδους αμφίδρομη σχέση και τα αίτια δε μπορούν να είναι τελείως σαφή. Πιο συγκεκριμένα μπορεί να εκφραστεί η αιτιώδης σχέση που κινείται από την υγεία στο εισόδημα. Πολύ σημαντική είναι άλλωστε η διερεύνηση των οικονομικών συνεπειών της υγείας και εξετάζονται θέματα όπως η έλλειψη πρόσβασης σε σύγχρονα κέντρα υγείας και έλλειψης κοινωνικοοικονομικού status.

Υπάρχουν κάποιες μελέτες της επίδρασης του εισοδήματος στην υγεία με ένα σχεδιασμό έρευνας που επιτρέπει την αναγνώριση της αιτιώδους σχέσης. Μία σειρά μελετών εντοπίζουν αύξηση των προβλημάτων υγείας όπως εμφράγματα και εγκεφαλικά επεισόδια μεταξύ των μεγάλων σε ηλικία ατόμων που χάνουν τη δουλειά τους (Gallo et al., 2006).

Λαμβάνοντας υπόψη μέτρα επιτυχίας για την επαγγελματική δραστηριότητα είναι πλέον ιδιαίτερα σημαντικό καθότι στη βιβλιογραφία σημειώνεται ότι η οικονομική δραστηριότητα και το εισόδημα είναι πιθανόν να έχουν μη ξεκάθαρα αποτελέσματα στην υγεία. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη του Ruhm (2000) υποστηρίζεται ότι η θνησιμότητα μειώνεται σε περίοδο οικονομικής σταθερότητας, καθώς οι εργαζόμενοι έχουν τη δυνατότητα να τονώσουν την υγεία τους, δεν αντιμετωπίζουν το άγχος της εργασίας και υπάρχουν λιγότερα ατυχήματα όπου εντείνονταν με την εργασία. Σημειώνεται, επίσης, ότι η μειωμένη οικονομική δραστηριότητα έχει αρνητική επίδραση στην υγεία των ηλικιωμένων εργαζομένων, εξαιτίας πιθανόν της πτώσης του κοινωνικού σκοπού και status. Γενικότερα υπάρχουν αντικρουόμενα συμπεράσματα ως προς τη σχέση μείωσης των οικονομικών αποδοχών και της εργασίας λόγω απόλυσης. Ωστόσο, αν λαμβάνονται υπόψη ασυνήθιστες οικονομικές

περίοδοι όπως αυτή της ύφεσης είναι δύσκολο να συναχθούν ασφαλή συμπεράσματα για τη σχέση υγείας - οικονομικής δραστηριότητας, για οποιαδήποτε ηλικιακή κατηγορία. (Ruhm, 2000).

#### **8.4.2 Συμπεράσματα μελετών σχετικά με τη σχέση υγείας και κοινωνικών, οικονομικών παραγόντων**

Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει έντονη σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και υγείας, που ισχύει για όλες τις ηλικίες (Cairney, 2000, Hirdes et al., 1989). Οι Καναδοί με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό status, κυρίως αυτοί με καλή μόρφωση και υψηλό εισόδημα έχουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητα. Τονίζεται ότι οι διαφοροποιήσεις στην υγεία των ατόμων με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο φανερώνει και τις διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης. Ο τρόπος ζωής των ατόμων, οι διάφορες εκθέσεις σε επιζήμιες συνθήκες και οι γενικότερες συνθήκες που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την υγεία του ατόμου διαφοροποιούνται με βάση το κοινωνικοοικονομικό status και σχετίζονται κυρίως με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και με τον τρόπο ζωής του καθενός. (Prus, 2003)

Οι υλικοί παράγοντες αποτελούν την άμεση επιρροή των κοινωνικοοικονομικών στοιχείων στην υγεία. Η εκπαίδευση, αποτελεί και διαδικασία απόκτησης πείρας που σχετίζεται στενά με την προώθηση στον επαγγελματικό βίο, αλλά και των πιθανών απολαβών και ασφάλειας, όπου επηρεάζουν την κατάσταση υγείας. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με ανώτερη μόρφωση έχουν περισσότερες πιθανότητες επαγγελματικής αποκατάστασης με υψηλότερες αποδοχές. Επομένως υπάρχει μεγαλύτερη ευχέρεια για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, στέγασης, διατροφής και ιδιωτικής ιατρικής περίθαλψης (συνταγολόγιο, στοματική υγιεινή) και πολλά άλλα. Επίσης, τα άτομα αυτής της κατηγορίας είναι περισσότερο πιθανόν να έχουν μεγαλύτερη οικονομική ασφάλεια και επαγγελματική σταθερότητα, συνθήκες που ευνοούν την καλή υγεία. (Prus, 2003)

Υπάρχει και έμμεση κατά κάποιον τρόπο επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην υγεία. Είναι ευρύτερα γνωστό ότι η υγεία σχετίζεται με τις προτιμήσεις και τις συμπεριφορές ως προς τον τρόπο ζωής (π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ, παχυσαρκία, άσκηση), όπου καθορίζουν την υγεία. Ενώ ο τρόπος ζωής του κάθε ατόμου είναι αποτέλεσμα ελεύθερης επιλογής, ωστόσο δεν πρέπει να παραβλεφθεί



ότι είναι συνέπεια και των κοινωνικών δομών και του περιβάλλοντος από το οποίο προέρχεται το άτομο (π.χ. συνθηκών ζωής). Το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον καθορίζει τον τρόπο ζωής, όπου επηρεάζει την υγεία. Η κοινή πρακτική δικαιολογεί διαφοροποιήσεις μεταξύ κοινωνικοοικονομικών ομάδων ως προς την έκθεση σε παράγοντες ρίσκου που επηρεάζουν την υγεία. Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, καθιστικός τρόπος και παχυσαρκία, όπου σχετίζονται με την εκδήλωση χρόνιων ασθενειών, σωματικών δυσλειτουργιών, συναντώνται συχνότερα σε άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό status (Prus, 2003)

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και τρόπου ζωής προσδίδει μεγάλο προβάδισμα σε άτομα υψηλότερης κοινωνικής θέσης. Οι κύριοι παράγοντες σχετίζονται με καλύτερες διατροφικές συνήθειες και άσκηση, πρόσβαση σε ποιοτικότερο σύστημα υγείας. Σημαντικό είναι το στοιχείο ότι τα άτομα αυτής της κατηγορίας μπορούν να ερμηνεύσουν και να αντιληφθούν τις πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και δραστηριοποιούνται στο πλαίσιο ενός κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος που προάγει την ευζωία. Σε διάφορες μελέτες, όπως (Cairney & Arnold, 1998, Denton & Walters, 1999), όπου διερευνάται η σχέση υγείας και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων (π.χ. φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) παρατηρείται μεγάλη επίδραση των παραγόντων αυτών στην υγεία. Επίσης, σημειώνεται ότι η επέκταση της έρευνας σε ψυχολογικούς παράγοντες, όπως αυτοεκτίμηση, χρόνιο στρες και κοινωνική βοήθεια οδήγησε στη διαπίστωση ότι επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας. Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status είναι εκτεθειμένα σε ποικίλους στρεσογόνους παράγοντες (όπως προβλήματα στο χώρο εργασίας, οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα κ.α.). Σπάνια τα άτομα αυτού του κοινωνικού status έχουν κάποια επιστημονικά τεκμηριωμένη βοήθεια αλλά και ηθική υποστήριξη που θα τους βοηθούσε να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά στρεσογόνες καταστάσεις. Το πλαίσιο αυτό συμβάλει αρνητικά στην κατάσταση της υγείας των ατόμων. Ενώ, η κατάσταση της υγείας σχετίζεται με το κοινωνικοοικονομικό status, άτομα όλων των κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων γενικότερα αντιμετωπίζουν πτώση στο επίπεδο της υγείας τους με την αύξηση της ηλικίας, καθώς αρχικά αντιμετωπίζουν λίγες ασθένειες, ενώ στη συνέχεια εμφανίζονται πιο σημαντικά προβλήματα υγείας. Ωστόσο, δεν είναι απόλυτα διαπιστωμένη η σχέση ηλικίας, υγείας και

κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Έχουν σε διάφορες μελέτες βρεθεί διαφορετικά αποτελέσματα είτε σύγκλισης π.χ. η ηλικία λειτουργεί ως σταθεροποιητής καθώς η κατάσταση της υγείας διαφέρει μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών συνόλων, είτε απόκλισης, αλλά και διαφόρων πιθανών συνδυασμών (Prus, 2003)

## Κεφάλαιο 9<sup>ο</sup>: Μετανάστευση

Η Ελλάδα, η οποία ανέκαθεν αποτελούσε χώρα αποστολής μεταναστών, ξεκίνησε από τη δεκαετία του 1970 και μετά να μετατρέπεται σταδιακά σε χώρα υποδοχής με την παλιννόστηση, αρχικά, μεταναστών από τη Δυτική Ευρώπη και την Αμερική (Kotzamanis, 2004). Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η χώρα ξεκινά να δέχεται και οικονομικούς μετανάστες, οι οποίοι αφενός δεν ήταν πολυάριθμοι, αφετέρου επρόκειτο κυρίως για νόμιμους μετανάστες, μέσω υπογραφής σχετικών συμβάσεων (Cavounidis, 2002). Όμως, από την αρχή της δεκαετίας του 1990, τα κύματα εισροής μεταναστών εντείνονται, ενώ πρόκειται για αλλοδαπούς κυρίως από τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες και τα Βαλκάνια (Πετρινώτη, 1993, Καβουνίδη, 2002, Wanner, 2002).

Το 2001, αν και οι είκοσι κύριες χώρες προέλευσης αλλοδαπών που είχαν εντοπιστεί το 1991 εξακολουθούν να καταγράφονται, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της απογραφής, διαπιστώνονται αρκετές αναδιαρθρώσεις σχετικά με το ειδικό βάρος καθεμίας από αυτές. Οι αλλαγές σχετίζονται άμεσα με τις κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές ανακατατάξεις στην Ανατολική Ευρώπη (Carella και Pace, 2001), επιδρώντας, αφενός, στην κατά εθνικότητα σύνθεση των εισερχομένων και, αφετέρου, στην ταξινόμησή τους με βάση την αιτία εγκατάστασης. Έως πρόσφατα σημαντικό τμήμα των εισερχομένων στη χώρα ήταν ελληνικής καταγωγής, επρόκειτο δηλαδή για επαναπατριζόμενους, συνήθως συνταξιούχους, όπως συνάγεται από την κατά ηλικία δομή του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Στην πλειονότητά τους προέρχονται από χώρες που παραδοσιακά υποδέχονταν Έλληνες οικονομικούς μετανάστες (ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο, Καναδάς, Αυστραλία, Γερμανία). Κατά την τελευταία δεκαετία διαφοροποιείται ο χαρακτήρας των εισροών προσλαμβάνοντας διαστάσεις οικονομικής μετανάστευσης (αναζήτηση απασχόλησης). Τα άτομα που εισρέουν προέρχονται κυρίως από την Αλβανία, τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία, καθώς και από χώρες της Μέσης Ανατολής (Αίγυπτο, Ιράκ, Συρία κ.λπ.) και της Ασίας (Φιλιππίνες, Ινδία, Πακιστάν).

Η Ελλάδα, όπως και οι υπόλοιπες χώρες της Δυτικής Ευρώπης, διανύει το μετα-μεταβατικό στάδιο δημογραφικής εξέλιξης, χαρακτηριζόμενη από έντονη γήρανση

της πληθυσμιακής δομής της. Αντιθέτως, ο πληθυσμός των αλλοδαπών, ο οποίος αποτελεί υποσύνολο του εθνικού, εμφανίζει πιο νεανική ηλικιακή δομή, με συνέπεια να προκύπτει το ερώτημα κατά πόσον η είσοδός τους στη χώρα επηρέασε τη διαδικασία γήρανσης και ποιες οι χωρικές προεκτάσεις του φαινομένου αυτού (Καβουνίδη, 2001, Τσίμπος, 2004).

### **9.1 Η εξέλιξη του συνολικού μεταναστευτικού πληθυσμού και της δομής του κατά εθνικότητα στην Ελλάδα**

Η μεταβολή του συνολικού πληθυσμού (εφόσον το φυσικό ισοζύγιο τείνει να μηδενιστεί) οφείλεται ουσιαστικά στην εισροή αλλοδαπών, κυρίως από την περιοχή των Βαλκανίων. Κατά το διάστημα 1991-2001 ο αλλοδαπός πληθυσμός της χώρας πέρασε από 166.031 σε 796.713 κατοίκους, δηλαδή σχεδόν πενταπλασιάστηκε. Η αύξηση του αλλοδαπού πληθυσμού παρουσιάζει ενδιαφέρουσες διακυμάνσεις σε σχέση με τη χώρα προέλευσης. Οι αλλοδαποί που προέρχονται από χώρες εκτός των Βαλκανικών διπλασιάστηκαν. Όμως, οι αλλοδαποί που προέρχονται από τις Βαλκανικές χώρες πολλαπλασιάστηκαν επί 19: Αλβανοί, Βούλγαροι και Ρουμάνοι σημείωσαν τη μεγαλύτερη αύξηση. Ειδικότερα, η αύξηση των αλλοδαπών Βαλκανικής προέλευσης συνέβαλε κατά 77% στην αύξηση του αλλοδαπού πληθυσμού της Ελλάδας την τελευταία δεκαετία του εικοστού αιώνα. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει τον κυρίαρχο ρόλο τους στη διαμόρφωση του φαινομένου εγκατάστασης αλλοδαπού πληθυσμού στην Ελλάδα.

Η διαχρονική αυτή εξέλιξη επέφερε σημαντικές αλλαγές στη δομή κατά χώρα προέλευσης των αλλοδαπών κατοίκων της Ελλάδας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της απογραφής του 1991, η πλειονότητα των αλλοδαπών προερχόταν από χώρες εκτός της περιοχής των Βαλκανίων. Οι Βαλκάνιοι αντιστοιχούσαν στο 16% του πληθυσμού των αλλοδαπών και αποτελούνταν κυρίως από Αλβανούς (78% των Βαλκάνιων αλλοδαπών) (Carella και Pace, 2001). Δέκα έτη αργότερα η σχέση αντιστρέφεται και το 2001, το 64% των αλλοδαπών προέρχονται από την περιοχή των Βαλκανίων. Σχετικά με την κατά εθνικότητα δομή τους, οι Αλβανοί παραμένουν πλειονότητα (87%), το σχετικό τους βάρος αυξάνει, ενώ αυτό των υπόλοιπων βαλκανικών χωρών μειώνεται.

Αναλυτικότερα, σχετικά με τα χαρακτηριστικά των εγκαθιστάμενων και σύμφωνα με τα δεδομένα της τελευταίας απογραφής, 49% των αλλοδαπών ανήκουν στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό. Αναφορικά με τη δηλωθείσα αιτία εγκατάστασης στην Ελλάδα, το 54% δήλωσε ότι αναζητά εργασία. Αν απομονωθούν οι αλλοδαποί εκ Βαλκανίων, η συμμετοχή εκείνων που είχαν ως αιτία εγκατάστασης την ανεύρεση εργασίας ήταν 58% (84% Αλβανοί), ενώ οι περιπτώσεις επανένωσης της οικογένειας ανέρχονται σε 15% (94% Αλβανοί).

## **9.2 Πληθυσμιακές πυραμίδες: Η επίδραση των αλλοδαπών στην κατά ηλικία και φύλο σύνθεση του πληθυσμού της Ελλάδας**

Η μελέτη των πληθυσμιακών πυραμίδων θεωρείται σημαντική εφόσον καθιστά εφικτή την απόκτηση συνολικής εικόνας για τη δομή και τη διαφορετικότητα των υπό εξέταση πληθυσμών.

Η πληθυσμιακή πυραμίδα της Ελλάδας, τόσο των απόλυτων όσο και των σχετικών συχνοτήτων αποτελεί απεικόνιση ενός ώριμου έως ελαφρά γερασμένου πληθυσμού. Το σχήμα ήπιου «αμφορέα» αντικατοπτρίζει την πορεία μείωσης της συγχρονικής γονιμότητας, ιδιαίτερα μετά τη δεκαετία του 1980, με συρρίκνωση του πληθυσμού στις ηλικίες κάτω των είκοσι ετών και για τα δύο φύλα. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 2001 οι απώλειες των παγκόσμιων πολέμων έχουν σχεδόν εξαλειφθεί ως εσοχές από την πυραμίδα της Ελλάδας, με εξαίρεση την ομάδα 55-59 ετών, της οποίας η συρρίκνωση αποτυπώνει την καθυστέρηση των γεννήσεων λόγω του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Οι πυραμίδες των σχετικών συχνοτήτων απεικονίζουν την κατά ηλικία σύνθεση του πληθυσμού της Ελλάδας σε αντιπαράθεση με εκείνη των αλλοδαπών που απογράφηκαν το 2001 στην επικράτεια. Η διαφοροποίηση των δύο πληθυσμών είναι σαφής. Ο πληθυσμός της Ελλάδας (ώριμος έως και γερασμένος) παρουσιάζει σχετικά ομοιόμορφη ποσοστιαία κατανομή μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων του. Στο εσωτερικό αυτού του πληθυσμού «κρύβεται» ένας πληθυσμός με εντελώς διαφορετική δομή και σύνθεση, ο πληθυσμός των αλλοδαπών.

Ο πληθυσμός των αλλοδαπών έχει τη μορφή πολύ κλειστής «σβούρας» διογκωμένης στη μέση, ιδιαίτερα στους άνδρες. Η υψηλότερη συγκέντρωση πληθυσμού εντοπίζεται στις παραγωγικές ηλικίες (μέγιστη συγκέντρωση 20-39 ετών). Μετά την ηλικία των 45 ετών τα ποσοστά είναι χαμηλά, χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και βαίνουν ταχέως μειούμενα με το πέρασμα σε μεγαλύτερες ηλικίες. Στο άνω τμήμα της πυραμίδας αποτυπώνεται η παρουσία αλλοδαπών που προέρχονται κυρίως από χώρες της ΕΕ, οι περισσότεροι εξ αυτών σε ηλικία συνταξιοδότησης (Duquenne και Kaklamani, 2004). Όσον αφορά το νεανικό τμήμα της πυραμίδας, δηλαδή τον πληθυσμό κάτω των 20 ετών, το ειδικό του βάρος είναι συγκριτικά χαμηλό, υψηλότερο ωστόσο από το αντίστοιχο του συνολικού πληθυσμού στις ίδιες ηλικίες. Οι διαφορές μεταξύ των δύο πυραμίδων είναι εντονότερες στους άνδρες.

Συνεπώς, ο πληθυσμός της Ελλάδας είναι σε σημαντικό βαθμό «πολυεθνικός» με τον κύριο όγκο των ξένων να αποτελείται από οικονομικούς μετανάστες με προέλευση τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες και κυρίως την Αλβανία (65%). Τόσο οι προερχόμενοι από χώρες της Βαλκανικής (65,6%), όσο και εκείνοι που προέρχονται από δημοκρατίες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (9,7%) είναι ουσιαστικά οικονομικοί μετανάστες και «ευθύνονται» για τη διόγκωση της πυραμίδας στις παραγωγικές ηλικίες. Όσον αφορά όμως τους αλλοδαπούς που προέρχονται από τις ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης (ΕΕ, ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία: 13,3%), η μορφή της μετεγκατάστασής τους διαφέρει σημαντικά από αυτή των οικονομικών μεταναστών. Γενικώς, πρόκειται για άτομα που βρίσκονται σε ηλικία συνταξιοδότησης και είτε είναι πολίτες της ΕΕ, είτε είναι ελληνικής καταγωγής. Αυτό είναι το τμήμα των αλλοδαπών που εμφανίζεται στην κορυφή της πυραμίδας.

Στο σημείο αυτό, πέρα από τη διαπίστωση ότι οι δομές των υποπληθυσμών που ζουν στην Ελλάδα είναι διαφορετικές, τίθεται το ερώτημα κατά πόσο η έλευση και η παραμονή στη χώρα ατόμων που προήλθαν από το εξωτερικό επηρέασε τη δομή του πληθυσμού της (Wanner, 2002).

Η παρουσία των αλλοδαπών επέδρασε πολλαπλώς στη δομή του ελληνικού πληθυσμού. Αρχικά, διαπιστώνεται η αύξηση κατά 1,5% στην αναλογία των φύλων υπέρ των ανδρών, κάτι αναμενόμενο αν αναλογιστεί κανείς τον οικονομικό χαρακτήρα του κύριου όγκου των μετακινήσεων. Παρατηρείται, επίσης, ότι ενώ οι ηλικίες στις οποίες συγκεντρώνεται η πλειονότητα των αλλοδαπών (15-44 ετών) αυξάνονται κατά 3,7%, σε σχέση με το ποσοστό που θα προέκυπτε το 2001 χωρίς την παρουσία των αλλοδαπών, οι ηλικίες 65 ετών και άνω, έμμεσα, επηρεάζονται περισσότερο με την αναλογική τους μείωση κατά 5,6%. Ταυτόχρονα, η αύξηση κατά 0,8% του ποσοστού των 0-14 ετών σε συνδυασμό με την προηγούμενη μείωση προκαλούν την πτώση του δείκτη γήρανσης κατά 6,3%. Ο δείκτης εξάρτησης μειώνεται επίσης (κατά 3,9%) μέσω των σχετικών αυξομειώσεων των συστατικών του στοιχείων: οι ηλικίες 0-14 ετών διογκώθηκαν κατά 0,8%, λόγω της παρουσίας των αλλοδαπών, αυτές των 65 ετών και άνω μειώθηκαν κατά 5,6%, ενώ οι ηλικίες 15-64 ετών αυξήθηκαν κατά 1,3%. Τέλος, τη μεγαλύτερη επίπτωση παρουσιάζει ο δείκτης αντικατάστασης, ο οποίος αυξήθηκε κατά 6,6% λόγω των αλλοδαπών.

Επίσης, αν εξεταστεί η επίδραση της παρουσίας των αλλοδαπών επί του συνόλου του παραγωγικού τμήματος του πληθυσμού (15-64 ετών), αυτή δε φαίνεται αξιόλογη. Εάν όμως ο πληθυσμός αυτός επιμεριστεί στα τμήματα 15-44 και 45-64 ετών, αναδεικνύεται σημαντική εσωτερική διαφοροποίηση: Η ομάδα 15-44 ετών αυξήθηκε κατά 3,7%, ενώ η ομάδα 45-64 ετών μειώθηκε κατά 2,9%. Έτσι το σύνολο των διαφοροποιήσεων οδηγεί σε μικρή σχετικά αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού παραγωγικής ηλικίας.

Από τους υπολογιζόμενους δείκτες γονιμότητας από το 1961 έως το 2007 ανά δεκαετία στην Ελλάδα διαφαίνονται κάποιες αυξομειώσεις στο συνολικό δείκτη γονιμότητας. Παρατηρείται μια διαχρονική μείωση της τάξης του 33,6% από 2,1 παιδιά ανά γυναίκα το 1961 σε 1,4 παιδιά ανά γυναίκα το 2007. Αυτή η μείωση φαίνεται, επίσης, και από τον υπολογισμό του γενικού δείκτη γονιμότητας, ο οποίος παρουσιάζει μείωση της τάξης του 38,4%. Τέλος, ο δείκτης γονιμότητας είναι υψηλός στις ηλικιακές ομάδες 20-24, 25-29 και 30-34 για το 1961, ενώ διαχρονικά μεταβάλλεται φτάνοντας στο 2007 η αντίστοιχη συγκέντρωση να μετατοπίζεται στις ηλικιακές ομάδες 25-29 και 30-34, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι οι γυναίκες επιλέγουν να τεκνοποιήσουν σε μεγαλύτερες ηλικίες σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες.

Η Ελλάδα αποτελεί μια χώρα με μεγάλη ροή μεταναστών (εισροή). Ωστόσο, η απουσία μελετών αναφορικά με το συγκεκριμένο θέμα αποτελεί ένα από τα εμπόδια χάραξης αποτελεσματικής μεταναστευτικής πολιτικής. Από τη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται η έντονη ανομοιογένεια του μεταναστευτικού πληθυσμού. Το μεταναστευτικό «απόθεμα» αποτελείται από πληθυσμιακές ομάδες διαφορετικών χωρών προέλευσης. Επομένως, οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί αντικατοπτρίζουν τις αντίστοιχες κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές συμπεριφορές στη χώρα υποδοχής, όπως αυτές είναι διαμορφωμένες στον τόπο προέλευσής τους και ενδεχομένως ως ένα βαθμό θα επηρεάζουν και την απόφασή τους για τεκνοποιία. Το εύλογο, λοιπόν, ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο και αν τελικά τα επίπεδα γονιμότητας από τις διαφορετικές χώρες προέλευσης διατηρούνται από τους μετανάστες ή ενσωματώνονται σε αυτά της χώρας υποδοχής.



Τα τελευταία χρόνια, η μετανάστευση αποτελεί έναν από τους καίριους παράγοντες που επιδρούν στην αλλαγή του δημογραφικού τοπίου της Ελλάδας. Ιστορικά γεγονότα, όπως η κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης και η φιλελευθεροποίηση των οικονομιών στην Ανατολική Ευρώπη στις αρχές του 1990 (Cholezas and Tsakloglou, 2008) οδήγησαν στην εισροή μεγάλου αριθμού μεταναστών στην Ελλάδα. Από τα δεδομένα των Απογραφών έχουμε ως αποτέλεσμα ότι το ποσοστό των μεταναστών στην Ελλάδα κατά τη δεκαετία 1991-2001 τετραπλασιάστηκε από 1,6% (1991) σε 7,0% (2001).

Οι μετανάστες αποτελούν πλέον ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού της Ελλάδας, το ποσοστό του οποίου αγγίζει το 9,0%, γεγονός που επιτείνει την ανάγκη διερεύνησης των κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων που επηρεάζουν τη γονιμότητα και το ενδεχόμενο της αφομοίωσης των προτύπων που υιοθετούν οι μετανάστριες σε σχέση με τις γηγενείς. Καθότι η πλειοψηφία των χωρών προέλευσης των μεταναστριών χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα υψηλούς δείκτες γονιμότητας είναι σκόπιμο να προσδιοριστούν όχι μόνο οι παράγοντες που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά των μεταναστριών στην Ελλάδα ως προς τη γονιμότητα αλλά και ο βαθμός αφομοίωσης και ενσωμάτωσής της στη συμπεριφορά των γηγενών. Η διαδικασία μελέτης της αφομοίωσης (assimilation) και της ενσωμάτωσης (integration) παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς μπορεί να αποτυπώσει κατά πόσο το κύμα των μεταναστών που δέχεται κάθε χώρα μπορεί να αφομοιωθεί με την πάροδο του χρόνου με αποτέλεσμα να ελαχιστοποιηθούν ή/και να εκλείψουν τυχόν διαφοροποιήσεις μεταξύ τους και να υπάρξει ομοιομορφία στο σύνολο του πληθυσμού. Η πλήρης αφομοίωση επιτυγχάνεται στην περίπτωση που οι μετανάστες ταυτίζονται εθνολογικά με τη χώρα υποδοχής. Ο όρος ενσωμάτωση παραπέμπει και επιτρέπει την εθνολογική αναφορά τόσο στη χώρα προέλευσης όσο και στη χώρα υποδοχής.

Ο δείκτης γονιμότητας των μεταναστριών, αν όχι σε όλες, αλλά στις περισσότερες χώρες προέλευσης είναι σημαντικά υψηλότερος από της Ελλάδας. Αν οι υψηλοί δείκτες θα διατηρηθούν με την πάροδο του χρόνου από τις γυναίκες μετανάστριες, η επίπτωση στη μέση αύξηση του πληθυσμού θα είναι ουσιαστική. Παρουσιάζει ενδιαφέρον η απόφαση για γονιμότητα των μεταναστριών λόγω της επίδρασης που έχει στην οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού αλλά και στη δομή του

πληθυσμού. Τα πολλά άτομα σε ένα νοικοκυριό, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, έχουν αρνητική επιρροή στο εισόδημα του νοικοκυριού καθώς συνεπάγονται μικρότερες επενδύσεις σε ανθρώπινο κεφάλαιο. Οι χαμηλές επενδύσεις οδηγούν σε χαμηλότερη ποιότητα και χαμηλότερα κέρδη για τις επόμενες γενεές (Becker 1981, Chiswick 1978).

Οι μετανάστριες, όπως έχει και προηγουμένως αναφερθεί, διαφέρουν από τις γηγενείς όσον αφορά στη γονιμότητα. Η διαφορά αυτή εξαρτάται από την επιλεκτικότητα των μεταναστριών αναφορικά με τον πληθυσμό της χώρας προέλευσης, από τον τρόπο που συμπεριφέρονται και παίρνουν αποφάσεις και από το βαθμό και την ταχύτητα που γίνεται αφομοίωση με τους γηγενείς. Η επιλεκτικότητα εξηγεί τα χαμηλά επίπεδα γονιμότητας των μεταναστριών (που προέρχονται από χώρες με υψηλό δείκτη γονιμότητας) στις χώρες υποδοχής λαμβάνοντας υπόψη χαρακτηριστικά όπως η εκπαίδευση, το εισόδημα και η προσφορά εργασίας. Πιθανόν οι μετανάστριες να είχαν χαμηλή γονιμότητα ακόμα και αν δεν είχαν μεταναστεύσει. Συγκριτικά με τις γηγενείς, οι μετανάστριες εντοπίζονται σε χαμηλού εισοδήματος νοικοκυριά, έχουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και υψηλότερα ποσοστά γονιμότητας. Η απόφασή τους για τεκνοποίηση επηρεάζεται σε διαφορετικό βαθμό από παράγοντες σχετιζόμενους με την εθνικότητα, την ηλικία μετανάστευσης και εν γένει παράγοντες που αφορούν στην οικογένεια. Ιδιαίτερα οι πολιτισμικές διαφορές συνεπάγονται συστηματικές διαφοροποιήσεις ως προς τη συμπεριφορά των γυναικών σχετικά με τη γονιμότητα.

Οι επιδράσεις του μεταναστευτικού φαινομένου δεν απαντώνται μόνο στη δομή του πληθυσμού στις χώρες προέλευσης και στις χώρες προορισμού, αλλά εμπεριέχουν συνέπειες (είτε αρνητικές είτε θετικές) που άπτονται στο ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο. Η εισροή των μεταναστών επηρεάζει άμεσα το ΑΕΠ και το ποσοστό ανεργίας, ενώ πιο πολύπλοκες επιπτώσεις παρατηρούνται στο ρυθμό ανάπτυξης, την ισορροπία των μισθών, τη ζήτηση για εκπαίδευση, υπηρεσίες ασφάλισης, κοινωνικές υποδομές και γενικότερα στις πολιτικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες και των δύο χωρών.

Η εισροή των μεταναστών στην Ελλάδα δεν οδήγησε στην αύξηση της ανεργίας αλλά στην αύξηση της προσφοράς εργασίας των γυναικών (Tsakloglou, 2008). Ο

γυναικείος μεταναστευτικός πληθυσμός εντάχθηκε στην αγορά εργασίας προσφέροντας ως επί το πλείστον φθηνή οικιακή εργασία. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί πως η προσφορά εργασίας από μέρους των μεταναστριών δεν υποκαθιστά την προσφορά εργασίας των γηγενών, αλλά δρα ως συμπληρωματική.

Η μεγάλη αύξηση της εισροής των μεταναστών από το 1990 και μετά στην Ελλάδα, όπως ήδη έχει αναφερθεί, ήταν αποτέλεσμα των κοινωνικοοικονομικών και πολιτικών αλλαγών στις πρώην κομμουνιστικές χώρες με βασικό κίνητρο την εύρεση εργασίας στην χώρα υποδοχής. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της μεγάλης εισροής των μεταναστών στην Ελλάδα, που τη διαφοροποιεί από τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες, είναι η επικράτηση μεταναστών προερχόμενων από μια συγκεκριμένη χώρα, την Αλβανία. Οι μετανάστες απασχολούνται κυρίως στον κατασκευαστικό κλάδο και τη γεωργία, ενώ οι μετανάστριες στην παροχή οικιακών υπηρεσιών. Η Ελλάδα προκειμένου να αντιμετωπίσει το συνεχώς αυξανόμενο αριθμό των μεταναστών που εισέρχονταν στη χώρα, εφάρμοσε μεταναστευτική πολιτική με στόχο τη μείωση της εισόδου τους στη χώρα, η οποία όμως αποδείχθηκε αναποτελεσματική λόγω της ιδιαίτερης γεωγραφικής της θέσης. Η επόμενη προσπάθεια αποσκοπούσε στη νομιμοποίησή τους. Εξαιτίας, όμως της έντονης γραφειοκρατίας, το μέτρο αποδείχθηκε αναποτελεσματικό με συνέπεια να συνεχιστεί η εκμετάλλευση εις βάρος των μεταναστών.

Η έλλειψη στατιστικών δεδομένων παράλληλα με την ύπαρξη αναξιόπιστων δεδομένων αποτρέπουν την αποτύπωση σαφούς εικόνας για το αποτέλεσμα του μεταναστευτικού ρεύματος στην ελληνική οικονομία. Οι περισσότερες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί καταλήγουν στη συνύπαρξη θετικών και αρνητικών επιδράσεων. Ανάμεσα στα θετικά αποτελέσματα είναι η αύξηση του ρυθμού ανάπτυξης του ΑΕΠ και η αναγέννηση του γεωργικού τομέα. Από την άλλη πλευρά υποστηρίζεται ότι οι μετανάστες συμβάλλουν στην επέκταση της παραοικονομίας και σε ορισμένες περιπτώσεις δρουν ως υποκατάστατοι των ανειδίκευτων Ελλήνων εργαζομένων συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην αύξηση της ανισότητας των μισθών και στην αργή αύξηση των μισθών των ανειδίκευτων εργατών. Ακόμη, η φθηνή εργασία που προσφέρουν αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα από μέρους των επιχειρήσεων για επενδύσεις τεχνολογικής ανάπτυξης.

Η Ελλάδα χρειάζεται να βρει τρόπους να ενσωματώσει τους μετανάστες στην ελληνική κοινωνία και οικονομία εφαρμόζοντας κατάλληλες πολιτικές νομιμοποίησης δίνοντας έμφαση στο σεβασμό των δικαιωμάτων τους.

Η είσοδος στην Ελλάδα ενός σημαντικού αριθμού αλλοδαπών μετά το 1990, εκ των οποίων το 45% είναι γυναίκες (6,3% του συνολικού πληθυσμού των γυναικών που απεγράφησαν στη χώρα μας το 2001) και τεράστια πλειοψηφία των οποίων βρίσκονται σε αναπαραγωγικές ηλικίες (επί 100 αλλοδαπών γυναικών οι 75 είναι 15-49 ετών) δεν ήταν δυνατόν να μην επηρεάσει και τη γεννητικότητα / γονιμότητα του πληθυσμού της Ελλάδας. Δυστυχώς η ΕΛΣΤΑΤ δε διαθέτει δεδομένα για τις γεννήσεις αναλόγως της υπηκοότητας και της ηλικίας της μητέρας προ του 2004 όπως επίσης δε διαθέτει την κατανομή ετησίως των αλλοδαπών γυναικών ανά ηλικία, δεδομένα που θα μας επέτρεπαν τη διαμόρφωση μιας πλήρους εικόνας για την αύξουσα συμβολή των αλλοδαπών στη γονιμότητα μετά το 1991. Με βάση τα διαθέσιμα για το 2004-2005 στοιχεία διαφαίνεται ότι οι προερχόμενες από αλλοδαπές μητέρες γεννήσεις αποτελούν το 1/6 του συνόλου (η συνεισφορά των Αλβανίδων είναι καθοριστική, καθώς επί 100 γεννήσεων αλλοδαπών οι 61 προέρχονται από μητέρες με αλβανική υπηκοότητα και 39 μόνον από αλλοδαπές μητέρες άλλης υπηκοότητας). Προφανώς η διαφορετική γεννητικότητα των μεν και των δε (σε 1000 αλλοδαπές ηλικίας 15-49 ετών καταγράφεται ο διπλάσιος αριθμός γεννήσεων από ότι στις Ελληνίδες (66 έναντι 33), αντικατοπτρίζεται και στους υπολογιζόμενους συνθετικούς δείκτες γονιμότητας (ΣΔΓ), καθώς τη διετία 2004-2005 αντιστοιχούν κατά μέσο όρο 2,21 παιδιά ανά γυναίκα στις αλλοδαπές (2,54 στις Αλβανίδες) και μόνον 1,20 στις Ελληνίδες).

Οι διαφορές αυτές προκύπτουν αποκλειστικά από τα διαφοροποιημένα ποσοστά γονιμότητας στο πρώτο τμήμα της αναπαραγωγικής ζωής των γυναικών (15-29 ετών), καθώς η γονιμότητα των Ελληνίδων και των αλλοδαπών ελάχιστα διαφοροποιείται μετά τα 30 έτη, εξ' ου και οι σαφώς διαφοροποιούμενες μέσες ηλικίες των μεν και των δε στη γέννηση (30,5 έτη για τις Ελληνίδες και 27 έτη για τις αλλοδαπές).

# Κεφάλαιο 10<sup>ο</sup>: Αστικοποίηση

## 10.1 Εισαγωγή

Η πληθυσμιακή ανισοκατανομή στην Ελλάδα αποτελεί ένα από τα κρισιμότερα ζητήματα που καθορίζουν την ισόρροπη ανάπτυξη της χώρας. Η αναφορά στον υδροκεφαλισμό της Αθήνας κυρίως, αλλά και της Θεσσαλονίκης δευτερευόντως, είναι συνεχείς για την εξήγηση των διαφόρων δυσλειτουργιών και προβλημάτων που ανακύπτουν σε επίπεδο χώρας αλλά και σε Νομαρχιακό επίπεδο. Με δεδομένο ότι οι μεγάλες πληθυσμιακές συγκεντρώσεις συνεπάγονται και συγκεντρώσεις οικονομικών και άλλων δραστηριοτήτων με προφανείς επιπτώσεις στη διαμόρφωση του όλου χαρακτήρα μιας περιοχής, επιχειρείται η ποσοτικοποίηση της πληθυσμιακής ανισοκατανομής διαχρονικά στο εσωτερικό των Νομών της χώρας, η σύγκρισή τους και η εξαγωγή ποιοτικών συμπερασμάτων.

## 10.2 Αστικοποίηση του πληθυσμού

Η κατανομή του πληθυσμού στο χώρο αποτυπώνεται συνθετικά με τη διαχρονική πορεία της αστικοποίησης, της μετατόπισης δηλαδή πληθυσμιακών μαζών από τις αγροτικές και τις ημιαστικές περιοχές προς τις αστικές. Η διαδικασία μετακίνησης του αγροτικού και ημιαστικού πληθυσμού προς τα αστικά κέντρα συναρτάται με τους μηχανισμούς της οικονομικής ανάπτυξης και της κοινωνικής αναβάθμισης, δηλαδή συνδέεται ιστορικά και διαδικαστικά με τη μετατόπιση παραγωγικών δυνάμεων από τον πρωτογενή στο δευτερογενή και στον τριτογενή τομέα παραγωγής και με την αλλαγή των συνθηκών και τρόπων ζωής.

Η διάκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού δεν είναι εκ των πραγμάτων σαφής. Το φαινόμενο της συγκεντρώσεως του πληθυσμού σε ορισμένους οικισμούς (πόλεις) κατά μεγαλύτερη αναλογία, από ότι σε άλλους οικισμούς (χωριά) χρονολογείται από πολύ παλιά αν λάβουμε υπόψη μας την έως τώρα συγκρότηση των ανθρώπινων κοινωνιών. Διαφορές μεταξύ των αστικών και μη αστικών περιοχών παρατηρούνται όχι μόνο σε σχέση με το μέγεθος, αλλά και σε σχέση με τις οικονομικές δραστηριότητες και την κοινωνική σύνθεση των κατοίκων. Δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται, ότι υπάρχουν και μικροί οικισμοί με αστικά οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά.

Για την κατάταξη του πληθυσμού σε αστικό και μη αστικό, έχουν προταθεί διάφορα κριτήρια (όπως είναι το μέγεθός του, η σύνθεση του οικονομικώς ενεργού πληθυσμού, η κοινωνική δομή, τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά κ.α.). Στη διεθνή πρακτική, χρησιμοποιούνται διάφορες προσεγγίσεις κατατάξεως του πληθυσμού σε αστικό και αγροτικό, κύριο κριτήριο των οποίων είναι το μέγεθος της κατοικημένης περιοχής. Για την κατάταξη του πληθυσμού της Ελλάδος σε αστικό - αγροτικό, λαμβάνεται ως κριτήριο το μέγεθος του πολυπληθέστερου οικισμού καθενός δήμου και καθεμιάς κοινότητας, των οποίων γίνεται η κατάταξη:

1. στις αστικές περιοχές, όταν ο πολυπληθέστερος οικισμός έχει 10.000 κατοίκους και άνω
2. στις ημιαστικές περιοχές, όταν ο πολυπληθέστερος οικισμός έχει πληθυσμό 1.000 έως 9.999 κατοίκους και

3. στις αγροτικές περιοχές, όταν ο πολυπληθέστερος οικισμός έχει κάτω των 1.000 κατοίκων.

Στο σύνολο του κόσμου ο αστικός πληθυσμός καλύπτει τα 45% του πληθυσμού και αυξάνεται με ετήσιο ρυθμό 30%. Στις ανεπτυγμένες χώρες ειδικότερα ο αστικός πληθυσμός αντιπροσωπεύει ήδη το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού αυτών, δηλαδή τα 73% και αναπτύσσεται με ετήσιο ρυθμό 20%. Στις αναπτυσσόμενες χώρες όμως, καλύπτει μόλις τα 37%, αλλά αυξάνεται ταχέως με το διπλάσιο ετήσιο ρυθμό των 42%. Ο αγροτικός πληθυσμός, εξάλλου, μειώνεται με ρυθμό 9% ετησίως στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ αυξάνεται με ρυθμό 7% ετησίως στις αναπτυσσόμενες, με αποτέλεσμα, ο παγκόσμιος αγροτικός πληθυσμός να αυξάνεται με ρυθμό 13% ετησίως.

Στην Ελλάδα η διαδικασία της αστικοποίησης έχει ήδη συμπληρώσει μία εκατονταετία. Άρχισε με λανθάνουσα μορφή κατά τη δεκαετία 1870-1880, όπου ο αστικός πληθυσμός κάλυπτε μόλις τα 8% του συνολικού πληθυσμού. Στις αρχές του τρέχοντος αιώνα η αστικοποίηση είχε ανέλθει στα 21% και κατά την επανακολουθήσασα τριακονταετία έφτασε στα 33%. Στη μεταξύ του 1928 και του 1940 δωδεκαετία η τάση αυτή παρουσιάζει μια στασιμότητα. Κατά τη μεταπολεμική όμως περίοδο, άρχισε ταχεία αστικοποίηση του πληθυσμού, με ποσοστό από 38% κατά το 1951 σε 58% κατά το 1981. Η μείωση εξάλλου του αγροτικού πληθυσμού, τόσο σε απόλυτους όσο και σε σχετικούς αριθμούς, με ετήσιο ρυθμό μείωσης 17% είναι πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή που παρατηρήθηκε στην ομάδα των ανεπτυγμένων χωρών (στις αναπτυσσόμενες, αντιθέτως, ο αγροτικός πληθυσμός παρουσίασε αύξηση 17% ετησίως).

Από την άλλη μεριά, τα μεγάλα πολεοδομικά συγκροτήματα, τα οποία συγκεντρώνουν πληθυσμό ενός εκατομμυρίου κατοίκων και άνω, ανέρχονται ανά την υφήλιο σε άνω των 191 και καλύπτουν τα 14% του παγκόσμιου πληθυσμού. Περισσότερες από τις μισές αυτές πόλεις βρίσκονται στις αναπτυσσόμενες χώρες και περιλαμβάνουν τα 10% του πληθυσμού των, οι υπόλοιπες δε βρίσκονται στις ανεπτυγμένες και περιλαμβάνουν τα 24% του πληθυσμού των. Στην Ελλάδα το Πολεοδομικό Συγκρότημα Αθηνών μόνο, περιλαμβάνει περισσότερο από 31% του

συνολικού πληθυσμού. Τόσο υψηλή συγκέντρωση πληθυσμού σε μεγαλουπόλεις παρατηρείται κυρίως στη Βόρειο Αμερική, όπου το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 33%, ενώ στην ομάδα των χωρών της Ευρώπης, οι μεγαλουπόλεις περιορίζονται στα 22% του συνολικού πληθυσμού (παρά την υψηλή αστικοποίηση αυτών).

Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι η αστικοποίηση, η οποία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα φαινόμενα του 20ου αιώνα, επηρεάζει τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού. Στις αναπτυγμένες χώρες οι αγροτικές περιοχές έχουν εξελιγμένες συγκοινωνίες και επικοινωνίες σε τέτοιο βαθμό που πολλές φορές υπερβαίνει το επίπεδο της «αστικοποίησης». Στις αναπτυσσόμενες χώρες, αντιθέτως, τα χαρακτηριστικά αυτά είναι περιορισμένα και πολλοί από τους κατοίκους ασχολούνται με τη γεωργία, ενώ άλλοι δεν έχουν προσαρμοστεί με τον αστικό τρόπο ζωής παρά το γεγονός ότι κατοικούν στις πόλεις.

Το ρεύμα της εσωτερικής μεταναστεύσεως προς τις αστικές περιοχές έχει διογκώσει τον πληθυσμό των τελευταίων. Η αύξηση αυτή του αστικού πληθυσμού συντελείται με μείωση του αγροτικού πληθυσμού στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ στις αναπτυσσόμενες, ο αγροτικός εξακολουθεί να αυξάνεται. Το ρεύμα της εσωτερικής μετανάστευσης μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών ενεργοποιείται από τους καλούμενους παράγοντες «απωθήσεως» από την ύπαιθρο και «προσελκύσεως» στις πόλεις.

Τέλος, αξίζει να αναφέρουμε ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας είναι βραδείας αύξησης, χαμηλής γεννητικότητας, χαμηλής θνησιμότητας και επιπλέον έχει επηρεαστεί από την έντονη εξωτερική αλλά και εσωτερική μετανάστευση. Διέρχεται δηλαδή το τελευταίο στάδιο της δημογραφικής του μετάβασης από τα υψηλά επίπεδα γεννητικότητας και θνησιμότητας του παρελθόντος αιώνα στα χαμηλά επίπεδα της σημερινής περιόδου.



### 10.3 Πληθυσμιακή πυκνότητα - ποσοστό πληθυσμού ανά νομό της Ελλάδος

Για να υπολογίσουμε τόσο την πληθυσμιακή πυκνότητα όσο και το ποσοστό του πληθυσμού ανά νομό θα πρέπει, καταρχάς, να αναφέρουμε όλους τους νομούς της Ελλάδας με τις εκτάσεις τους (σε τετρ. χλμ) καθώς επίσης τους πληθυσμούς αυτών. Ακολουθεί πίνακας με τα δεδομένα αυτά για τα έτη 1971, 1981, 1991, 2001.

**Πίνακας 10.1 Ποσοστό πληθυσμού Ελλάδας ανά νομό**

A/A	NOMΟΣ	EΚΤΑΣΗ	1971	1981	1991	2001
1.	Αττική	3.808	2.797.849	3.369.424	3.523.407	3.761.810
2.	Αιτωλ/νανία	5.461	228.989	219.764	228.180	224.429
3.	Βοιωτία	2.952	107.459	117.175	134.108	131.085
4.	Εύβοια	4.167	172.585	188.410	208.408	215.136
5.	Ευρυτανία	1.869	27.428	26.182	24.307	32.053
6.	Φθιώτιδα	4.441	155.574	161.995	171.274	178.771
7.	Φωκίδα	2.121	41.361	44.222	44.183	48.284
8.	Αργολίδα	2.154	88.698	93.020	97.636	105.770
9.	Αρκαδία	4.419	111.263	107.932	105.309	102.035
10.	Αχαΐα	3.272	240.854	275.193	300.078	322.789
11.	Ηλεία	2.618	164.061	160.305	179.429	193.288
12.	Κορινθία	2.290	113.115	123.042	141.823	154.624
13.	Λακωνία	3.636	95.844	93.218	95.696	99.637
14.	Μεσσηνία	2.991	173.077	159.818	166.964	176.876
15.	Ζάκυνθος	406	30.187	30.014	32.557	39.015
16.	Κέρκυρα	641	92.933	99.477	107.592	111.975
17.	Κεφαλονιά	904	35.952	31.297	32.474	39.488
18.	Λευκάδα	356	25.371	21.863	21.111	22.506
19.	Άρτα	1.662	79.700	80.044	78.719	78.134
20.	Θεσπρωτία	1.515	40.684	41.278	44.188	46.091
21.	Ιωάννινα	4.990	134.688	147.304	158.193	170.239
22.	Πρέβεζα	1.036	55.262	55.915	58.628	59.356
23.	Καρδίτσα	2.636	133.018	124.930	126.854	129.541
24.	Λάρισα	5.381	233.159	254.295	270.612	279.305
25.	Μαγνησία	2.636	161.392	182.222	198.434	206.995
26.	Τρίκαλα	3.383	133.417	134.207	138.946	138.047
27.	Γρεβενά	2.291	34.664	36.421	36.797	37.947
28.	Δράμα	3.468	91.009	94.772	96.554	103.975
29.	Ημαθία	1.701	117.477	133.750	139.934	143.618
30.	Θεσσαλονίκη	3.683	711.990	871.580	946.864	1057.825
31.	Καβάλα	2.112	121.593	135.218	135.937	145.054
32.	Καστοριά	1.720	46.401	53.169	52.685	53.483
33.	Κιλκίς	2.519	83.197	81.562	81.710	89.056
34.	Κοζάνη	3.516	133.484	147.051	150.386	155.324
35.	Πέλλα	2.506	126.085	132.386	138.761	145.797

36.	<b>Πιερία</b>	1.517	92.354	106.859	116.763	129.846
37.	<b>Σέρρες</b>	3.968	202.898	196.247	192.828	200.916
38.	<b>Φλώρινα</b>	1.925	54.410	52.430	53.147	54.768
39.	<b>Χαλκιδική</b>	2.918	73.390	79.036	92.117	104.894
40.	<b>Έβρος</b>	4.242	138.988	148.486	143.752	149.354
41.	<b>Ξάνθη</b>	1.793	82.917	88.777	91.063	101.856
42.	<b>Ροδόπη</b>	2.543	107.677	107.957	103.190	110.828
43.	<b>Δωδεκάνησα</b>	2.714	121.017	145.071	163.476	190.071
44.	<b>Κυκλάδες</b>	2.572	86.337	88.458	94.005	112.615
45.	<b>Λέσβος</b>	2.154	114.802	104.620	105.082	109.118
46.	<b>Σάμος</b>	778	41.709	40.519	41.965	43.595
47.	<b>Χίος</b>	904	53.948	49.865	52.184	53.408
48.	<b>Ηράκλειο</b>	2.641	209.670	243.622	264.906	292.489
49.	<b>Λασιθί</b>	1.823	66.226	70.053	71.279	76.319
50.	<b>Ρέθυμνο</b>	1.496	60.949	62.634	70.095	81.936
51.	<b>Χανιά</b>	2.376	119.797	125.856	133.774	150.387
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		<b>131.625</b>	<b>8.766.909</b>	<b>9.738.945</b>	<b>10.258.364</b>	<b>10.961.758</b>

Στον παραπάνω πίνακα γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι τόσο ο νομός Αττικής όσο και ο νομός Θεσσαλονίκης αποτελούν τους πολυπληθέστερους νομούς της Ελλάδας και συγκεντρώνουν μαζί περίπου το 50% του συνολικού πληθυσμού της χώρας.

Επιπλέον στη διάρκεια της τριακονταετίας (1971-2001) παρατηρείται ραγδαία αύξηση του πληθυσμού στους νομούς αυτούς γεγονός που υποδηλώνει την ερήμωση μεγάλων επαρχιακών πόλεων και τη συγκέντρωσή τους στις μεγαλουπόλεις (αστικοποίηση).

Αντίθετα, οι νομοί Ευρυτανίας (μεγαλύτερος σε έκταση νομός), Φωκίδας και Θεσπρωτίας εμφανίζουν τη μικρότερη συγκέντρωση πληθυσμού σε σχέση με τους υπόλοιπους νομούς της χώρας.

Οι πληροφορίες που συλλέγονται για την πληθυσμιακή κατανομή μιας περιοχής παρουσιάζονται συνήθως σε πίνακες και χάρτες και μας δείχνουν σε απόλυτους αριθμούς τα άτομα που ζουν σε διαφορετικά μέρη καθώς επίσης και το ποσοστό του συνολικού πληθυσμού στα μέρη αυτά. Οι απόλυτοι αριθμοί και τα ποσοστά είναι πολύ σημαντικά τόσο για τις συγκρίσεις μεταξύ των περιοχών αυτών όσο και αναγκαία για το σχεδιασμό και τη μελέτη της ανάπτυξής τους στη διάρκεια του

χρόνου. Ο πίνακας που ακολουθεί μας δίνει τα ποσοστά του πληθυσμού της χώρας ανά νομό για τα έτη 1971,1981,1991 και 2001.

**Πίνακας 10.2 Ποσοστό πληθυσμού Ελλάδας ανά νομό**

Α/Α	ΝΟΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ		
		1971	1981	1991
1.	Αττική	31,91	34,6	34,35
2.	Αιτωλ/νανία	2,61	2,26	2,22
3.	Βοιωτία	1,23	1,20	1,31
4.	Εύβοια	1,97	1,93	2,03
5.	Ευρυτανία	0,31	0,27	0,24
6.	Φθιώτιδα	1,77	1,66	1,67
7.	Φωκίδα	0,47	0,45	0,43
8.	Αργολίδα	1,01	0,96	0,95
9.	Αρκαδία	1,27	1,11	1,03
10.	Αχαΐα	2,75	2,83	2,93
11.	Ηλεία	1,87	1,65	1,75
12.	Κορινθία	1,29	1,26	1,38
13.	Λακωνία	1,09	0,96	0,93
14.	Μεσσηνία	1,97	1,64	1,63
15.	Ζάκυνθος	0,34	0,31	0,32
16.	Κέρκυρα	1,06	1,02	1,05
17.	Κεφαλονιά	0,41	0,32	0,32
18.	Λευκάδα	0,29	0,22	0,21
19.	Άρτα	0,91	0,82	0,77
20.	Θεσπρωτία	0,46	0,42	0,43
21.	Ιωάννινα	1,54	1,51	1,54
22.	Πρέβεζα	0,63	0,57	0,57
23.	Καρδίτσα	1,52	1,28	1,24
24.	Λάρισα	2,66	2,61	2,64
25.	Μαγνησία	1,84	1,87	1,93
26.	Τρίκαλα	1,52	1,38	1,35
27.	Γρεβενά	0,40	0,37	0,36
28.	Δράμα	1,04	0,97	0,94
29.	Ημαθία	1,34	1,37	1,36
30.	Θεσσαλονίκη	8,12	8,95	9,23
31.	Καβάλα	1,39	1,39	1,33
32.	Καστοριά	0,53	0,55	0,51
33.	Κιλκίς	0,95	0,84	0,80
34.	Κοζάνη	1,52	1,51	1,47
35.	Πέλλα	1,44	1,36	1,35
36.	Πιερία	1,05	1,10	1,14
37.	Σέρρες	2,31	2,02	1,88
38.	Φλώρινα	0,62	0,54	0,52
39.	Χαλκιδική	0,84	0,81	0,90

40.	<b>Έβρος</b>	1,59	1,52	1,40
41.	<b>Ξάνθη</b>	0,95	0,91	0,89
42.	<b>Ροδόπη</b>	1,23	1,11	1,01
43.	<b>Δωδεκάνησα</b>	1,38	1,49	1,59
44.	<b>Κυκλάδες</b>	0,98	0,91	0,92
45.	<b>Λέσβος</b>	1,31	1,07	1,02
46.	<b>Σάμος</b>	0,48	0,42	0,41
47.	<b>Χίος</b>	0,62	0,51	0,51
48.	<b>Ηράκλειο</b>	2,39	2,50	2,58
49.	<b>Λασιθί</b>	0,76	0,72	0,69
50.	<b>Ρέθυμνο</b>	0,70	0,64	0,68
51.	<b>Χανιά</b>	1,37	1,29	1,30
		100,00	100,00	100,00

Το ποσοστό του πληθυσμού για κάθε νομό υπολογίζεται λαμβάνοντας υπόψη το πληθυσμό αυτού σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό της χώρας. Η αναλογία των δύο μας δίνει το ποσοστό του νομού, πχ το ποσοστό νομού Εύβοιας =  $215136 / 10961758 = 1,96$  για το έτος 2001. Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω αποτελέσματα το μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού το εμφανίζει ο νομός Αττικής και το μικρότερο ο νομός Γρεβενών για το έτος 2001.

Για να υπολογίσουμε, στη συνέχεια, την πληθυσμιακή πυκνότητα μιας περιοχής θα πρέπει να γνωρίζουμε τόσο το συνολικό πληθυσμό όσο και τη συνολική έκταση της περιοχής αυτής. Το πηλίκο τους μας δίνει την πληθυσμιακή πυκνότητα, δηλαδή:

πληθυσμιακή πυκνότητα =  $\frac{\text{συνολικός πληθυσμός}}{\text{συνολική έκταση}}$

και εκφράζει την αναλογία των ατόμων ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο.

Ακολουθεί πίνακας που μας δίνει την πληθυσμιακή πυκνότητα όλων των νομών της χώρας για τα έτη 1971, 1981, 1991 και 2001.

Πίνακας 2.3 Πληθυσμιακή πυκνότητα Ελλάδας ανά νομό

A/A	ΝΟΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ		
		1971	1981	1991
1.	Αττική	735	885	925
2.	Αιτωλ/νανία	42	40	42
3.	Βοιωτία	36	40	45
4.	Εύβοια	41	45	50
5.	Ευρυτανία	15	14	13
6.	Φθιώτιδα	35	36	39
7.	Φωκίδα	20	21	20
8.	Αργολίδα	4 <sup>1</sup>	43	45
9.	Αρκαδία	25	24	24
10.	Αχαΐα	74	84	92
11.	Ηλεία	63	61	69
12.	Κορινθία	49	54	62
13.	Λακωνία	26	26	26
14.	Μεσσηνία	58	53	56
15.	Ζάκυνθος	74	74	80
16.	Κέρκυρα	145	155	168
17.	Κεφαλονιά	40	35	36
18.	Λευκάδα	71	61	59
19.	Άρτα	48	48	47
20.	Θεσπρωτία	27	27	29
21.	Ιωάννινα	27	30	32
22.	Πρέβεζα	53	54	57
23.	Καρδίτσα	50	47	48
24.	Λάρισα	43	47	50
25.	Μαγνησία	61	69	75
26.	Τρίκαλα	39	40	41
27.	Γρεβενά	15	16	16
28.	Δράμα	26	27	28
29.	Ημαθία	69	79	82
30.	Θεσσαλονίκη	193	237	257
31.	Καβάλα	58	64	64
32.	Καστοριά	27	31	31
33.	Κιλκίς	33	32	32
34.	Κοζάνη	38	42	43
35.	Πέλλα	50	53	55
36.	Πιερία	61	70	77
37.	Σέρρες	51	49	49
38.	Φλώρινα	28	27	28
39.	Χαλκιδική	25	27	32
40.	Έβρος	33	35	34
41.	Ξάνθη	46	50	51
42.	Ροδόπη	42	42	41
43.	Δωδεκάνησα	45	53	60

44.	<b>Κυκλάδες</b>	33	34	37
45.	<b>Λέσβος</b>	53	49	49
46.	<b>Σάμος</b>	54	52	54
47.	<b>Χίος</b>	60	55	58
48.	<b>Ηράκλειο</b>	79	92	100
49.	<b>Λασιίθι</b>	36	38	39
50.	<b>Ρέθυμνο</b>	41	42	47
51.	<b>Χανιά</b>	50	53	56

Με μια σύντομη ανάγνωση του παραπάνω πίνακα γίνεται φανερό ότι τη μεγαλύτερη πληθυσμιακή πυκνότητα την εμφανίζουν οι νομοί Αττικής και Θεσσαλονίκης με 988 και 287 άτομα ανά τετρ. χλμ αντίστοιχα για το έτος 2001. Αντίθετα, τόσο ο νομός Ευρυτανίας όσο και ο νομός Γρεβενών εμφανίζουν τη μικρότερη πληθυσμιακή πυκνότητα με 17 άτομα ανά τετρ. χλμ. Τέλος, μεγάλη αύξηση παρατηρείται στους νομούς Δωδεκανήσων, Ζακύνθου, Πιερίας, Μαγνησίας και Κέρκυρας κατά τη διάρκεια των ετών 1971-2001, ενώ οι υπόλοιποι νομοί παρουσιάζουν μια σταθερότητα ως προς τη διακύμανση της πληθυσμιακής πυκνότητας.

Οι συγκρίσεις της πληθυσμιακής πυκνότητας που αφορούν ολόκληρες χώρες είναι σπάνια ικανοποιητικές διότι λαμβάνουν υπόψη μόνο το συνολικό πληθυσμό και τις συνολικές περιοχές (εκτάσεις). Το πρόβλημα έγκειται στο γεγονός ότι παρ' όλο που οι περιοχές αυτές περιλαμβάνουν βουνά, ερήμους, βάλτους, δάση και εθνικά πάρκα ωστόσο τα ποτάμια και οι λίμνες συνήθως αποκλείονται από τους υπολογισμούς.

Άλλα προβλήματα που εμφανίζονται κατά τον υπολογισμό της πληθυσμιακής πυκνότητας είναι τα εξής:

1. Δημιουργείται εσφαλμένη εντύπωση για ομοιότητες μεταξύ των περιοχών που έχουν τις ίδιες πυκνότητες. Για παράδειγμα τοποθεσίες με αντίθετα χαρακτηριστικά μπορεί να έχουν την ίδια πυκνότητα. Αυτό μπορεί να συμβεί στην περίπτωση που η μία τοποθεσία περιλαμβάνει σπίτια σε διαφορετικά οικοδομικά τετράγωνα και η άλλη που έχει την ίδια με αυτήν έκταση να αποτελείται από μία πολυκατοικία και ένα γήπεδο ποδοσφαίρου.
2. Δημιουργείται εσφαλμένη εντύπωση για ομοιογένεια στο εσωτερικό των περιοχών. Για παράδειγμα η Νέα Υόρκη έχει πληθυσμιακή πυκνότητα πάνω από 90 άτομα ανά τετραγωνικό χ.μ, ενώ η περιοχή του Μανχάταν γύρω στις 26.000 άτομα ανά τετραγωνικό χ.μ.

3. Η παρουσία μη κατοικήσιμων περιοχών μέσα σε πόλεις επηρεάζει την πληθυσμιακή πυκνότητα. Για το λόγο αυτό έχουν δημιουργηθεί εναλλακτικοί ορισμοί που αφορούν στην αστική πληθυσμιακή πυκνότητα και υπολογίζουν μόνο κατοικήσιμες περιοχές.
4. Η πληθυσμιακή πυκνότητα μιας περιοχής ποικίλει αρκετά όσον αφορά στο που έχουν οριστεί τα διοικητικά και στατιστικά όρια αυτής. Έχει δηλαδή ιδιαίτερη σημασία αν τα σύνορα αυτά περιλαμβάνουν ή αποκλείουν περιοχές με αγροτικούς ή αστικούς πληθυσμούς.

#### **10.4 Κέντρο του πληθυσμού**

Το κέντρο του πληθυσμού ή το κέντρο βαρύτητας του κατανεμημένου σε μία περιοχή πληθυσμού, είναι δυνατό να ορισθεί ως το κέντρο της πληθυσμιακής βαρύτητας για τη γεωγραφική αυτή περιοχή. Αυτό γίνεται αντιληπτό ως το σημείο στο οποίο η εδαφική περιοχή θα μπορούσε να ισορροπήσει, εάν αυτή ήταν μια οριζόντια επίπεδη πεδιάδα χωρίς βάρος και ο πληθυσμός ήταν κατανεμημένος πάνω σ' αυτή (με την προϋπόθεση ότι κάθε άτομο έχει ίσο βάρος και ασκεί επίδραση στο κεντρικό σημείο αναλόγως της αποστάσεώς του από αυτό). Ο υπολογισμός του κέντρου του πληθυσμού γίνεται, με βάση το γεωγραφικό πλάτος και το γεωγραφικό μήκος των επιμέρους μονάδων των κατοίκων (οικισμών ή κοινοτήτων), ως μέσος σταθμικός του γεωγραφικού πλάτους και του γεωγραφικού μήκους αυτών.

Με την παρακολούθηση του κέντρου του βάρους του πληθυσμού διαπιστώνεται κατά πόσο ο πληθυσμός μετατοπίζεται ή όχι προς μία ορισμένη κατεύθυνση. Για παράδειγμα, παρατηρείται ότι το κέντρο βάρους του πληθυσμού των ΗΠΑ μετατοπίζεται προς τα δυτικά, ενώ το κέντρο βάρους του πληθυσμού της Γαλλίας δεν παρουσιάζει καμία συγκεκριμένη μετατόπιση.



### **10.5 Ανακεφαλαίωση**

Στο κεφάλαιο αυτό μελετήθηκε το φαινόμενο της αστικοποίησης καθώς επίσης και οι μορφές αυτής. Παρουσιάστηκαν επιπλέον σημαντικά στοιχεία, όπως η πληθυσμιακή πυκνότητα και το ποσοστό του πληθυσμού ανά νομό με αποτέλεσμα την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων όσον αφορά την εύκολη κατανόηση και μελέτη του πληθυσμού σε όλη τη διάρκεια της τριακονταετίας (1971 - 2001).

## **Επίλογος - Συμπεράσματα**

Στους Kirkwood and Austad (2000) αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι: *«η γήρανση ορίζεται ως η σταδιακή απώλεια της σωστής λειτουργίας των ανθρώπινων οργάνων με την αύξηση της ηλικίας και η αύξηση του ποσοστού των προβλημάτων υγείας, περιλαμβανομένης της θνησιμότητας».*

Λόγω της βελτίωσης των συνθηκών υγείας, του ρόλου της δημόσιας υγείας και τις καινοτομίες στη φαρμακευτική και την ιατρική, ο μέσος όρος ζωής έχει επεκταθεί κατά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα και αγγίζει επίπεδα περί των 75 ετών για τους άνδρες και 80 για τις γυναίκες στη δυτική Ευρώπη (White, 2002). Όπως εκτενώς έχει αναλυθεί στην εργασία η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού που οφείλεται στη μείωση της θνησιμότητας αλλά και της γονιμότητας, είναι ιδιαίτερα έντονη στην Ευρώπη. Η γήρανση αυτή έχει σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

### **Οι οικονομικές συνέπειες της γήρανσης**

Στη διεθνή βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι η αύξηση των ατόμων ηλικίας 45-64 ετών ευνοεί την αύξηση των αποταμιεύσεων. Οι αποταμιεύσεις των οικονομικών μονάδων είναι η διαφορά ανάμεσα στο διαθέσιμο εισόδημα και την κατανάλωση. Σε πολλές οικονομικές θεωρίες οι αποταμιεύσεις έχουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη. Το μέγεθος των αποταμιεύσεων εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες. Από τη μία πλευρά συγκαταλέγονται οι λεγόμενοι αντικειμενικοί παράγοντες όπως η γενικότερη οικονομική κατάσταση, η οικονομική ευημερία της κοινωνίας σε συνδυασμό με τη δίκαιη κατανομή του συνολικού εισοδήματος. Υπάρχουν, όμως και ψυχολογικής φύσης παράγοντες, όπως η ροπή προς κατανάλωση και αποταμίευση. Αναφορικά με τη διερεύνηση της σχέσης της δημογραφικής γήρανσης με την αποταμίευση υπάρχουν συγκρουόμενες απόψεις. Θεωρείται ότι ιδιαίτερα άτομα που έχουν ασφαλιστική κάλυψη έχουν την τάση να αποταμιεύουν περισσότερο, σε αντίθεση με εκείνους που δεν έχουν πλήρη ασφαλιστικά δικαιώματα, αλλά και εκείνους που νιώθουν το εισόδημά τους να περιορίζεται κατά τη διάρκεια της συνταξιοδότησης από τις υπάρχουσες οικονομικές συνθήκες. Σε ένα μεγάλο τμήμα των ηλικιωμένων το εισόδημα από τις συντάξεις προσφέρει οικονομική ασφάλεια και δεν ευνοείται η αποταμίευση.

Στο άρθρο του D. Wise εξετάζεται η οικονομική κατάσταση κατά την ηλικία συνταξιοδότησης. Παρατηρείται ότι στην Αμερική είναι έντονη η τάση για συνεχή μείωση της αποταμίευσης και τονίζεται ότι η μικρή αποταμίευση επηρεάζει αρνητικά την ευημερία των ηλικιωμένων. Ωστόσο, όπως αναφέρεται στο συγκεκριμένο άρθρο, η κοινωνική ασφάλιση και άλλα συνταξιοδοτικά προγράμματα δεν έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν την τάση για αποταμίευση με ξεκάθαρο τρόπο, όμως ενδέχεται να επηρεάζουν τη συμμετοχή των ατόμων στο εργατικό δυναμικό και έτσι μειώνονται τα κέρδη. (Wise D., 1997)

Σε άλλες μελέτες έχει διατυπωθεί η τάση των μεγάλων ηλικιών να περιορίζουν τη ροπή για αποταμίευση και να πωλούν πολλά περιουσιακά τους στοιχεία. Πολλοί ηλικιωμένοι δεν ενδιαφέρονται για πιθανές ευνοϊκές μελλοντικές αποδόσεις των περιουσιακών τους στοιχείων και προτιμούν να διακρατούν ρευστά διαθέσιμα. Στην Ελλάδα δεν είναι ξεκάθαρη η αποταμιευτική συμπεριφορά των ηλικιωμένων, ωστόσο έχει παρατηρηθεί η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων που στερείται αποταμιευτικής ικανότητας. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει αύξηση των χαμηλοσυνταξιούχων όπου η οικονομική τους κατάσταση επιδεινώνεται σε συνδυασμό με την οικονομική κατάσταση και τις έντονες πληθωριστικές πιέσεις.

### **Ιδιωτικές επενδύσεις**

Είναι κατά γενική ομολογία παραδεκτό ότι τα άτομα μεγάλης ηλικίας αποστρέφονται επενδυτικές κινήσεις που ενέχουν αβεβαιότητα και υψηλό κίνδυνο. Είναι εύλογο ότι ένας τέτοιος τύπος κοινωνίας δεν ευνοεί την επιχειρηματική δραστηριότητα, καθώς αναζητείται πνεύμα μόνιμης ασφάλειας και σταθερότητας. Θα μπορούσε στο σημείο αυτό να παρεμβληθεί η αναφορά κάποιων σημείων της Κευσιανής Θεωρίας ως προς τη ροπή για επενδύσεις. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τη θεωρία: οι διαθέσεις, η εμπιστοσύνη και τα «animal spirits» των επιχειρηματιών διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στο σχηματισμό των προσδοκιών τους και κατά συνέπεια στις επενδυτικές αποφάσεις. Επιπλέον το επίπεδο δραστηριότητας εξαρτάται από αστάθμητους ψυχολογικούς παράγοντες (Manki, 1998). Είναι ευνόητο ότι σε μία κοινωνία γερόντων οι επενδυτικές πρωτοβουλίες θα είναι στο περιθώριο.

Στην Ελλάδα ευνοούνται επιχειρηματικές πρωτοβουλίες που σχετίζονται με ιδρύματα και υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων. Η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα σε συνδυασμό με την αστικοποίηση και τις μεταβολές στη δομή της οικογένειας έχουν

οδηγήσει στην έντονη αύξηση των αιτημάτων για θέσεις στα δημόσια ιδρύματα ηλικιωμένων, όπου δεν ικανοποιούνται. Η ανεπάρκεια των θέσεων σε δημόσια ιδρύματα και οι υποβαθμισμένες παρεχόμενες υπηρεσίες σε αυτά ευνοεί την ανάπτυξη ιδιωτικής πρωτοβουλίας σε σχετικούς τομείς. Το μέγεθος της δημογραφικής γήρανσης θα μπορούσε να καθορίσει τη μορφή των ιδιωτικών επενδύσεων. Σε μία κοινωνία όπου η οικογένεια αναλαμβάνει τη φροντίδα των ηλικιωμένων υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για μικρά διαμερίσματα κοντά στην οικία όπου ήδη διαμένουν τα παιδιά. Ενώ όταν δεν υπάρχει αυτή η φροντίδα η επενδυτική κίνηση στις κατοικίες μειώνεται (Πουλοπούλου, 1999).

### **Δημόσιες επενδύσεις**

Η κατανομή των πόρων μίας οικονομίας και ο χαρακτήρας των δημόσιων επενδύσεων προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικιακή δομή του πληθυσμού. Σε μία κοινωνία που γερνάει εύλογο είναι ότι ένα μεγάλο μέρος των προβλεπόμενων δαπανών στρέφεται σε τομείς που εξυπηρετούν τις ανάγκες των ηλικιωμένων, καθώς αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο τμήμα της. Έτσι, οι δημόσιες δαπάνες προσανατολίζονται στην ενίσχυση του συστήματος υγείας, με τη βελτίωση των υποδομών υγείας αλλά και την αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, παρατηρείται ότι υποχρηματοδοτούνται επενδύσεις για την παιδεία, την έρευνα, τις νέες τεχνολογίες και την καινοτομία, αλλά και η κατασκευή σχετικών ιδρυμάτων όπως εκπαιδευτικά ιδρύματα, βρεφονηπιακοί σταθμοί κ.λπ., καθώς είναι κατανοητό ότι αντιπροσωπεύει ένα δυναμικό και νεάζοντα τύπο πληθυσμού. Αντίθετα υπάρχει, αύξηση των επενδύσεων σε τομείς όπως γηροκομεία, νοσοκομεία και ιδρύματα για ηλικιωμένους.

Άμεση είναι η επίδραση της μεταβολής στη σύσταση του πληθυσμού στις δημόσιες δαπάνες. Η γήρανση του πληθυσμού, με την αύξηση του ποσοστού των συνταξιούχων έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην οικονομία. Πιο συγκεκριμένα, το κόστος των υπηρεσιών που απαιτούνται σε μία κοινωνία ηλικιωμένων επιφέρει αύξηση των κοινωνικών δαπανών για αυτό το τμήμα του πληθυσμού, όπου λειτουργεί εις βάρος του υπόλοιπου κοινωνικού συνόλου.

Ωστόσο, στο σημείο αυτό χρειάζεται να τονιστεί ότι η άποψη που αναφέρει ότι η γήρανση του πληθυσμού ταυτίζεται με αύξηση των δαπανών δεν είναι απόλυτα ακριβής. Είναι ενδεχόμενο να υπάρχει διαφοροποίηση ως προς το αποτέλεσμα,

καθώς ο πληθυσμός συνεχώς ανανεώνεται έστω και σε μικρό βαθμό ηλικιακά. Χρειάζεται να ληφθεί υπόψη ότι μπορεί η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων να αυξάνει τις δαπάνες, αλλά η αύξηση του αριθμού των νέων οδηγεί στην τελική συγκράτηση των δαπανών. Έτσι, η απόλυτη σύνδεση της ηλικίας με κάποια πρότυπα συμπεριφοράς και κατ' επέκταση η άκριτη γενίκευση δεν οδηγεί πάντοτε σε αληθή συμπεράσματα. Μπορεί η αύξηση της ηλικίας ενός ατόμου να συνεπάγεται μεμονωμένα αύξηση των δαπανών για την υγεία, ωστόσο αυτό δε μπορεί να γενικευτεί για το σύνολο του πληθυσμού. (Μπάγκαβος, 2003).

### **Κατανάλωση**

Είναι κατανοητό ότι η ζήτηση για καταναλωτικά αγαθά και υπηρεσίες διαφοροποιείται από τη δομή του πληθυσμού. Η σύνθεση της κατανάλωσης επηρεάζεται από τη γήρανση του πληθυσμού με ανάλογες προεκτάσεις στους παραγωγικούς τομείς. Κατά μέσο όρο οι ηλικιωμένοι έχουν χαμηλότερη κατανάλωση από τους νεότερους και αποταμιεύουν λιγότερο.

Οι αλλαγές στη διάρθρωση του πληθυσμού συνοδεύονται από αλλαγές στα καταναλωτικά πρότυπα, καθώς διαφορετικές γενιές έχουν διαφορετικές καταναλωτικές συνήθειες. Είναι εύλογη μία αλλαγή στη σύνθεση της κατανάλωσης, πιο συγκεκριμένα αυξάνεται η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και φάρμακα. Επίσης, για ηλικιωμένα άτομα με υψηλό εισόδημα και ανώτερη μόρφωση έντονη είναι η ζήτηση για ταξίδια και εκδηλώσεις ψυχαγωγικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα. (Πουλοπούλου, 1999)

### **Συνταξιοδοτικό**

Η γήρανση του πληθυσμού έχει άμεση σύνδεση με την απασχόληση και την παραγωγικότητα. Στη σύγχρονη πραγματικότητα η αύξηση του ποσοστού των ατόμων μεγάλης ηλικίας στην κοινωνία αντιστοιχεί σε μείωση του ποσοστού των ατόμων που εισέρχονται στην αγορά εργασίας. Είναι γνωστό ότι οι νέοι εργαζόμενοι αποτελούν το πιο δυναμικό τμήμα του εργατικού δυναμικού που συμβάλλει στην ανάπτυξη. Έτσι, άμεσα πλήττεται η παραγωγικότητα, καθώς οι νεοεισερχόμενοι στην αγορά εργασίας είναι το ευέλικτο τμήμα του εργατικού δυναμικού και ιστορικά προσαρμόζεται στις ανάγκες και απαιτήσεις της παραγωγικής διαδικασίας. (Μπάγκαβος, 2003).

Επίσης, παρατηρείται αύξηση του κόστους εργασίας από τη γήρανση του εργατικού δυναμικού. Είναι κατανοητό ότι το κόστος εργασίας αυξάνεται με την ηλικία, καθώς οι μεγαλύτεροι στην ιεραρχία έχουν υψηλότερες αμοιβές, που καθορίζονται και από τα έτη εργασίας. Ακόμα η διαφορά μέσης αμοιβής και παραγωγικότητας είναι καθοριστική στην ερμηνεία της επίδρασης της γήρανσης στο κόστος. Είναι γενικότερα αποδεκτό ότι η παραγωγικότητα είναι υψηλότερη από τις αμοιβές στην αρχή του εργασιακού βίου και στη συνέχεια μειώνεται σταδιακά. Επομένως, τις σημαντικότερες μεταβολές από τη γήρανση του πληθυσμού και κατά συνέπεια του εργατικού δυναμικού υφίσταται το περιθώριο κέρδους των εταιριών. Σε καθεστώς όπου η αύξηση της παραγωγικότητας υπολείπεται της εξέλιξης των αμοιβών η γήρανση του εργατικού δυναμικού σε μακροχρόνιο ορίζοντα οδηγεί σε σημαντική συρρίκνωση των προοπτικών κέρδους. Έτσι, σε πολλές κοινωνίες, όπως και στην Ελλάδα προωθούνται μέτρα πρόωρης συνταξιοδότησης ώστε να περιορίζουν οι εταιρίες το κόστος από την πληρωμή υψηλών αμοιβών.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η γενική τάση στις αναπτυγμένες κοινωνίες της συρρίκνωσης του οικονομικά ενεργού πληθυσμού με την ταυτόχρονη αύξηση των συνταξιοδοτήσεων. Επίσης, με τη μείωση της παραγωγικότητας στο χώρο της εργασίας, καθώς μειώνεται το ενεργό εργατικό δυναμικό, αυξάνεται το κόστος του συνταξιοδοτικού συστήματος. Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων συναρτάται με αύξηση του κόστους για καταβολή των συντάξεων. Το κράτος επιχειρεί να καλύψει τις αυξανόμενες δαπάνες μέσα από την ανακατανομή πόρων, στο εγχείρημα αυτό οι νέοι εργαζόμενοι υφίστανται τη μεγαλύτερη επιβάρυνση. Ένα μέτρο που χρησιμοποιείται είναι η αύξηση των εισφορών των νέων εργαζομένων, ωστόσο ιδιαίτερης σημαντικότητας αποτελεί η διερεύνηση του μεριδίου εισοδήματος που μεταφέρεται από τη μια γενιά στην άλλη (Μπάγκαβος, 2003).

Στις μέρες μας έντονος είναι ο διάλογος για τη ρύθμιση του συνταξιοδοτικού συστήματος. Στην Ελλάδα το σύστημα έχει φτάσει στην ωρίμανσή του, καθώς η πλειοψηφία των εργαζομένων έχει αποκτήσει πλήρη συνταξιοδοτικά δικαιώματα. Η εικόνα αυτή συνδυάζεται με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Τονίζεται τέλος ότι ο ελλειμματικός χαρακτήρας του συνταξιοδοτικού συστήματος δεν είναι εύκολο να ξεπεραστεί μέσα από τη διαδικασία αναπροσαρμογής στα

ποσοστά εισφοράς. Τα ήδη συμφωνηθέντα επίπεδα κρίνονται ιδιαίτερα υψηλά για ενδεχόμενη περαιτέρω αύξηση. (Μπάγκαβος, 2003).

### **Κοινωνικές επιπτώσεις της γήρανσης**

Ιδιαίτερο βάρος χρειάζεται να δοθεί στις κοινωνικές συνέπειες της δημογραφικής γήρανσης. Η κοινωνική ένταξη των ατόμων είναι σύμφυτη στην ανθρώπινη φύση. Στην καπιταλιστική κοινωνία έντονη είναι η στρωματοποίηση του κοινωνικού ιστού. Έτσι, με μία απλή αναγωγή γίνεται κατανοητό ότι ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αποτελεί μία ανομοιογενή ομάδα που τα κύρια χαρακτηριστικά των μελών της προκαθορίζονται από τη θέση τους στον πρότερο κοινωνικό τους βίο. Πιο αναλυτικά, η κοινωνική θέση που κατέχει το άτομο κατά την πλήρη παραγωγική του ηλικία όπως ο πλούτος και η μόρφωση επηρεάζει και τη μετέπειτα στάση της κοινωνίας προς το πρόσωπό του. (Πουλοπούλου, 1999).

Ωστόσο, ο προσδιορισμός ενός τμήματος του πληθυσμού ως γεροντικού αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο. Τα κύρια χαρακτηριστικά που αντιπροσωπεύουν αυτές τις ηλικίες σε γενικό πλαίσιο είναι η τάση περιθωριοποίησης, κοινωνικής απομόνωσης και ψυχολογικής αποξένωσης από το κοινωνικό περιβάλλον. Δεν αποτελεί άγνωστη εικόνα ο εγκλεισμός ηλικιωμένων σε ιδρύματα.

Παραδοσιακά η οικογένεια αναλαμβάνει τη φροντίδα των ηλικιωμένων μελών. Ωστόσο, στις δυτικές κοινωνίες με την αστικοποίηση και το δεδομένο τρόπο ζωής υπάρχει ρήξη στις παραδοσιακές φόρμες, ιδιαίτερα όσον αφορά τις μεγάλες ηλικίες. Παρόλα αυτά χρειάζεται να παρατηρηθεί ότι οι εύποροι ηλικιωμένοι διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στην οικογένειά τους, έχοντας «αρχηγικό ρόλο». Εκείνοι που επηρεάζονται είναι οι άκληροι ηλικιωμένοι. Σε αυτές τις περιπτώσεις το κοινωνικό κράτος με κατάλληλες πολιτικές οφείλει να παρέχει τόσο οικονομική όσο και κοινωνική στήριξη. Γενικότερα, σε σχέση με την ευρωπαϊκή εικόνα η ελληνική πραγματικότητα απέχει από εκείνη των άλλων χωρών. Ακόμα στην Ελλάδα υπάρχει η στήριξη της οικογένειας, ενώ έχει εκλείψει ο ευρύτερος κοινωνικός περίγυρος. Χρειάζεται να σημειωθεί ότι ένα ορθά οργανωμένο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας είναι επιτακτική ανάγκη. (Πουλοπούλου, 1999).

Η δημογραφική γήρανση έχει ανάλογες επιδράσεις στον καθορισμό της πολιτικής κατάστασης. Είναι εύλογο ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αποτελούν φορείς

συντηρητικών κατά βάση ιδεών. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν το αρτηριοσκληρωτικό πυρήνα του πληθυσμού, που χαρακτηρίζεται από μειωμένη ιδεολογική ευελιξία, εμμένοντας κατά κάποιο τρόπο στα πρότυπα και τις αξίες προηγούμενων εποχών. Έτσι, δημιουργούνται εμπόδια στη δυνατότητα μετεξέλιξης και προσαρμογής στις απαιτήσεις της νέας εποχής. (Παπαδάκης, Τσίμπος, 2004).



# Βιβλιογραφία

## Ελληνόγλωσση

- Δαφέρμος, Β. (2005). Κοινωνική Στατιστική με το SPSS, Εκδόσεις ΖΗΤΗ, Θεσσαλονίκη.
- Δρεττάκης, Μ. (2002). Κατολίσθηση της γεννητικότητας, γήρανση πληθυσμού, Ελευθεροτυπία, 11/07/2002, Αθήνα.
- Δρεττάκης, Μ. (1996). Δημογραφικές εξελίξεις στην Ελλάδα 1961-1990, ΙΑΔΗΠ (Ίδρυμα Αντιμετώπισης Δημογραφικού Προβλήματος), Αθήνα.
- Έμκε-Πουλοπούλου, Η. (1999). Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες: Παρελθόν, Παρόν & Μέλλον, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2006). Πέντε τρόποι για την εξουδετέρωση της δημογραφικής ωρολογιακής βόμβας, Rapid, IP/06/1359, Βρυξέλλες.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2002). Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο και στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο: Η απάντηση της Ευρώπης στην παγκόσμια γήρανση, COM(2002)143 τελικό, Βρυξέλλες.
- ΕΣΥΕ, (2004). Δ/ση Πληθυσμού, Έκθεση πάνω στη Δημογραφική κατάσταση της χώρας το έτος 2004 με αναφορά στο 2003 και την προηγούμενη δεκαετία (1993- 2002), Αθήνα.

- ΕΣΥΕ, Αποτελέσματα Απογραφών Πληθυσμού-Κατοικιών, 1971, 1981, 1991, 2001, Αθήνα.
- ΕΣΥΕ, Πραγματικός Πληθυσμός της Ελλάδος, Απογραφές 1991, 2001, Αθήνα.
- ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος 1990-1992 και 2000-2002, Αθήνα.
- Κιόχος, Π. (2001). Δημογραφία, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα.
- Κοτζαμάνης, Β. κ.ά. (2005). Χώρος και Πληθυσμός: αναλυτικές προσεγγίσεις, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος.
- Κοτζαμάνης, Β., Παππάς, Β. (2001). Οι χωρικές διαστάσεις των δημογραφικών φαινομένων, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος.
- Κοτζαμάνης, Β., Ανδρουλάκη, Ελ. (2001). Σημειώσεις για το μάθημα: Στοιχεία Δημογραφίας, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος.
- Κοτζαμάνης, Β. κ.ά. (1996). Γήρανση και Κοινωνία, Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, Εκδόσεις ΕΚΚΕ, Αθήνα.
- Κουνιάς, Σ. (2002). Σημειώσεις για το μάθημα: Ανάλυση παλινδρόμησης και ανάλυση διακύμανσης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.
- Κούτρας, Μ., Ηλιόπουλος, Γ. (2005). Σημειώσεις για το μάθημα: Εφαρμοσμένη Πολυμεταβλητή Ανάλυση, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.
- Κούτρας, Μ. (2004). Σημειώσεις για το μάθημα: Ανάλυση παλινδρόμησης και ανάλυση διακύμανσης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.
- Μπάγκαβος, Χρ. (2003). Δημογραφικές μεταβολές, Αγορά Εργασίας και Συντάξεις στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Μπαλούρδος, Δ., Χρυσάκης, Μ. (2006) Η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα: βασικά στοιχεία κατά νομό και περιφέρεια, στο Κοινωνικό Πορτρέτο της Ελλάδας 2006, Εκδόσεις ΕΚΚΕ, Αθήνα.

- Μπαλούρδος, Δ. (2006). Η δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα, Επίκαιρα Θέματα 1/2006, Εκδόσεις ΕΚΚΕ, Αθήνα.
- Μπαλούρδος, Δ., Χρυσάκης, Μ. (2002). Περιφερειακές Διαστάσεις της Γήρανσης στην Ελλάδα, Πανελλήνιο Δημογραφικό Συνέδριο: Πληθυσμός και Ανάπτυξη, ΕΔΗΜ, Αθήνα.
- Μπαλούρδος, Δ. (1997). Δημογραφικές διαστάσεις της διανομής του εισοδήματος, Εκδόσεις ΕΚΚΕ, Αθήνα.
- Παπαδάκης, Μ., Τσίμπος, Κ. (2004). Σημειώσεις για το μάθημα: Πληθυσμιακή Γεωγραφία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.
- Παπαδάκης, Μ., Τσίμπος, Κ. (2004). Δημογραφική Ανάλυση, αρχές-μέθοδοι-υποδείγματα, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα.
- Παπαδάκης, Μ., Τσίμπος, Κ. (1998). Δημογραφική Ανάλυση, αρχές-μέθοδοι-εφαρμογές, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα.
- Παπαευαγγέλου, Γ., Τσίμπος, Κλ. (1983). Κοινωνικές και Υγειονομικές επιπτώσεις από δημογραφικές εξελίξεις του ελληνικού πληθυσμού:1960-2001.
- Σιάμπος, Γ. (1993). Δημογραφία, Εκδόσεις ΤΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ, Αθήνα.
- Ταπεινός, Γ. (1993). Στοιχεία Δημογραφίας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Τσάντας, Ν., Μωυσιάδης, Χ., Μπαγιάτης, Ν., Χατζηπαντελής, Θ. (1999). Ανάλυση Δεδομένων με τη Βοήθεια Στατιστικών Πακέτων, Εκδόσεις ΖΗΤΗ, Θεσσαλονίκη.
- Τσαούσης, Δ. Γ. (1999). Κοινωνική Δημογραφία, Gutenberg, Αθήνα.
- Τσαούσης, Δ. Γ. (1998). Η κοινωνία του ανθρώπου, Gutenberg, Αθήνα.
- Φράγκος, Δ. (1987). Ο γεροντικός πληθυσμός της Ελλάδος: στατιστική ανάλυση, Εκδόσεις ΕΚΚΕ, Αθήνα.

## Ξενόγλωσση

- Council of Europe, (2004): «Recent demographic developments in Europe, Strasbourg».
- European Commission, (2004): «The social situation in the European Union 2003, Bessels».
- Eurostat, (2007): «Europe in figures», Eurostat yearbook 2006-07, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Eurostat, (2006): «Population Statistics 2006», Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Eurostat, (2006): «EU integration seen through statistics», Luxembourg.
- Eurostat, (2005): Europe in figures, Eurostat yearbook 2005, Luxembourg.
- Eurostat, (2002): European social statistics - Demography. Luxembourg.
- Feldstein, M. (2006): Immigration is no way to fund an ageing population, Financial Times 13/12/2006.
- Golini, A. (1999). Lapopolazione delpianeta, il Mulino, Bologna.
- Golini, A., Castaldi, P. (1992). Trasformazioni demografiche e mercato, Atti della XXXVI Riunione Scientifica della SIS, 21-24 Aprile 1992, Pescara.
- Healy, J. (2004): «The benefits of an ageing population, The Australia Institute, Discussion Paper No. 63, Canberra».
- Livi Bacci, M. (1999): «Introduzione alla demografia», Loescher, Torino.
- OECD (Organization for Europe and Cooperation and Development), (2003): «Population ageing: Facing the challenge», OECD Observer No. 239, Paris.
- Sauvy, A. (1948). «Social and Economic Consequences of the Ageing of Western European Populations, Population Studies», Vol. 2, No. 1, p. 115-124.
- United Nations, (2004): «World Population Prospects: The 2004 revision, vol. III», analytical report, New York.

- United Nations, Demographic Prospects 2000-2050 According to the 2002 Revision of the United Nations Population Projections», Population and Development Review 29 (1), New York.
- United Nations, (2001): «World Population Ageing: 1950-2050».
- United Nations, (1965): «Population Bulletin of the United Nations No 7».

### **Websites**

- [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)
- [www.demography-lab.prd.uth.gr](http://www.demography-lab.prd.uth.gr)
- [epp.eurostat.ec.europa.eu](http://epp.eurostat.ec.europa.eu)
- [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
- [www.un.org](http://www.un.org)