



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

IBE



entuzjaści
edukacji

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie

Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE)

Redakcja merytoryczna:
dr Agnieszka Chłoń-Domińczak

Recenzenci:
dr hab. Wojciech Otto
dr Jolanta Perek-Białas

Autorzy:

dr Anita Abramowska-Kmon	dr Michał Myck
dr med. Małgorzata Bała	Mateusz Najsztub
dr Agnieszka Chłoń-Domińczak	dr Anna Nicińska
Dorota Holzer-Żelażewska	Monika Oczkowska
dr Małgorzata Kalbarczyk-Stęclik	Wojciech Paczyński
prof. dr hab. Irena E. Kotowska	Marta Palczyńska
Anna Maliszewka	dr Maja Rynko
Magdalena Michałajko	dr med. Roman Topór-Mądry

Redakcja językowa:
Jan Burski

Korektor:
Małgorzata Pośnik

Wydawca:
Instytut Badań Edukacyjnych
ul. Górczewska 8
01-180 Warszawa
tel. (22) 241 71 00; www.ibe.edu.pl

© Copyright by: Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014

ISBN 978-83-61-693-32-1

Skład, korekta, druk:
Drukarnia TINTA, Z. Szymański
ul. Żwirki i Wigury 22
13-200 Działdowo
www.drukarniatinta.pl

Raport przygotowany w ramach projektu systemowego *Badanie jakości i efektywności edukacji oraz instytucjonalizacja zaplecza badawczego*, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego przez Instytut Badań Edukacyjnych.

Egzemplarz bezpłatny

Publikacja została wydrukowana na papierze ekologicznym.



AUTORZY RAPORTU KRAJOWEGO:



Spis treści

Zestawienie skrótów	7
Wprowadzenie	9
Charakterystyka badania SHARE	14
1. Dynamika rynku pracy i zmiany w sytuacji materialnej osób w wieku 50+	19
1.1. Sytuacja osób starszych na rynku pracy	20
1.1.1. Zmiany sytuacji na rynku pracy pomiędzy 2. i 4. rundą SHARE	20
1.1.2. Determinanty wyjścia z rynku pracy	22
1.2. Sytuacja materialna osób starszych	24
1.2.1. Sytuacja materialna respondentów SHARE przed i po kryzysie gospodarczym	24
1.2.2. Co wpływa na zmiany w sytuacji materialnej?	24
1.3. Podsumowanie	29
2. Aktywność społeczna i edukacyjna osób 55+	30
2.1. Podstawowe informacje o aktywności mieszkańców Polski	30
2.2. Aktywność Polaków na tle innych państw Europy	34
2.3. Aktywność edukacyjna	36
2.4. Podsumowanie	36
3. Zdolności poznawcze osób w wieku 50+ w świetle wyników SHARE	37
3.1. Pomiar zdolności poznawczych w badaniu SHARE	38
3.2. Zdolności poznawcze osób 50+ w Polsce na tle międzynarodowym	38
3.3. Aktywność ekonomiczna a wyniki testów poznawczych	41
3.4. Aktywne życie a „kognitywne starzenie się”	43
3.5. Zdolności poznawcze w 2. i 4. rundzie SHARE	45
3.6. Podsumowanie	46
4. Finansowe i pozafinansowe transfery w SHARE	47
4.1. Transfery finansowe	47
4.2. Transfery pozafinansowe	50
4.3. Podsumowanie	54
5. Zdrowie Polaków w wieku 50+ na tle wybranych krajów europejskich	55
5.1. Zakres oceny zdrowia w badaniu SHARE i użyta metodologia	56
5.2. Stan zdrowia w badaniu ankietowym	57
5.3. Pomiary fizyczne zdrowia	60
5.4. Siła uścisku ręki a samoocena stanu zdrowia	62
5.5. Styl życia	62
5.6. Samoocena stanu zdrowia w badaniu SHARE a nakłady na opiekę zdrowotną	63

5.7. Podsumowanie	63
6. Wywiady końca życia w próbie SHARE	66
6.1. Wyniki wstępnej analizy ostatniego roku życia	66
6.2. Podsumowanie	70
7. Bibliografia	71

Zestawienie skrótów

ADL	Activities of Daily Living Czynności Życia Codziennego
BAEL	Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności
BKL	Bilans Kapitału Ludzkiego
BMI	Body Mass Index Współczynnik masy ciała
CAPI	Computer-Assisted Personal Interviews Wywiady osobiste wspomagane komputerowo
CenEA	Centrum Analiz Ekonomicznych
EC	European Commission Komisja Europejska
GUS	Główny Urząd Statystyczny
IADL	Instrumental Activities of Daily Living Skala „Złożone Czynności Życia Codziennego”
IBE	Instytut Badań Edukacyjnych
ISCED	International Standard Classification of Education Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Edukacji
MEA	Mannheim Research Institute for the Economics of Aging Instytut Badawczy ds. Ekonomii Starzenia się w Mannheim
NUTS	Nomenclature of Territorial Units for Statistics Klasyfikacja Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych
PKB	Produkt Krajowy Brutto
p.p.	punkty procentowe
R1, R2, R3, R4	oznaczenia kolejnych rund badania SHARE
SGH	Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
SHARE	Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe Badanie zdrowia, starzenia i przechodzenia na emeryturę w Europie
UE	Unia Europejska
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe Europejska Komisja Gospodarcza
UTW	Uniwersytety Trzeciego Wieku
WHO	World Health Organisation Światowa Organizacja Zdrowia

Kraje uczestniczące w SHARE

AT	Austria
BE	Belgia
Cat	Katalonia
CZ	Czechy
DE	Niemcy
DK	Dania
EE	Estonia
ES	Hiszpania
FR	Francja
GR	Grecja
HU	Węgry
IE	Irlandia
IL	Izrael
IT	Włochy
LU	Luksemburg
NL	Holandia
PL	Polska
PT	Portugalia
SE	Szwecja
SI	Słowenia

Wprowadzenie

Proces starzenia się ludności ma istotny wpływ na wiele procesów społecznych i gospodarczych. O ile kilkadziesiąt lat temu osoby w wieku 50, 60 lat i więcej stanowiły stosunkowo małą część populacji, to dzisiaj nie tylko jest tych osób znacznie więcej, lecz także wydłuża się okres życia, który mają jeszcze przed sobą. Zmiany oznaczają szereg wyzwań, ale jednocześnie stwarzają wyjątkowe możliwości dla jednostki, społeczeństwa i gospodarki.

Starzenie się ludności w wyniku długookresowych trendów spadku płodności i umiarności jest procesem globalnym, który nabiera szczególnej dynamiki w XXI wieku. Jednak Europa wyróżnia się ze względu na zaawansowanie procesu przemian struktur wieku. Spadek dzietności do poziomu, który nie gwarantuje zastępowalności pokoleń, prowadzi w konsekwencji do zmniejszania się udziału dzieci i młodzieży w populacji. Z drugiej strony stale rosnąca długość trwania życia, skutkuje zwiększaniem udziału osób starszych w populacji. Dodatkowo, Europa jest pierwszym kontynentem, który doświadczy spadku liczby osób w wieku produkcyjnym. Zmiany struktur wieku będą szczególnie intensywnie przebiegać w Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej ze względu na szybki spadek i utrzymywanie się niskiego poziomu dzietności po 1989 r. (poniżej 1,5 dziecka na kobietę w wieku rozrodczym).

Aby zrozumieć wyzwania związane ze starzeniem się ludności, należy spojrzeć całościowo na populację 50+. Konieczne jest zatem uwzględnienie z jednej strony stanu zdrowia tych osób, ich kapitału ludzkiego i umiejętności kognitywnych, więzi społecznych, a z drugiej – przyjmując także perspektywę ekonomiczną – ich aktywności zawodowej oraz dezaktywizacji. Ważnym wymiarem tego ujęcia są również relacje międzypokoleniowe – populacja 50+ to rodzice, dziadkowie, ale także często synowie i córki. Ich pozycja w strukturze międzypokoleniowej ma wpływ na ich decyzje i zachowania społeczne oraz te związane z aktywnością zawodową.

Potrzeba takiego spojrzenia prowadziła do uruchomienia projektu SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*)³. Badanie Zdrowia, Starzenia się i Przechodzenia na Emeryturę w Europie, przygotowane przez interdyscyplinarny zespół ekonomistów, socjologów, lekarzy i psychologów, daje możliwość wielowymiarowego przyjrzenia się funkcjonowaniu osób 50+ we wszystkich wymienionych kontekstach. Idea badania SHARE czerpie z wcześniejszych podobnych projektów realizowanych w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii czy Japonii.

Zaletą badania SHARE jest również jego międzynarodowy charakter. W ramach projektu SHARE zrealizowano dotychczas cztery pełne rundy wywiadów z respondentami z 19 krajów. Dane dla Polski zbierane są od 2006 roku. Dotychczas polscy respondenci wzięli udział w trzech rundach badania zrealizowanych w latach 2006–2007 (runda 2.), 2008–2009 (runda 3.) i 2011–2012 (runda 4.) (MEA, 2011, 2013; Malter i Börsch-Supan, 2013; Börsch-Supan i in., 2013; Börsch-Supan i in., 2005). Dzięki temu możemy porównywać sytuację polskich respondentów do podobnej populacji w innych krajach, sprawdzić w jaki sposób krajowy kontekst – społeczny, ekonomiczny czy prawny – wpływa na sytuację badanej populacji. Spojrzenie na osoby w wieku 50+ pozwala na analizę tego, jak prowadzona

¹ Agnieszka Chłoń-Domińczak jest Liderem Zespołu Edukacji i Rynku Pracy oraz Liderem Projektu KRK w Instytucie Badań Edukacyjnych oraz adiunktem w Zakładzie Demografii w Instytucie Statystyki i Demografii SGH.

² Michał Myck jest dyrektorem Fundacji Centrum Analiz Ekonomicznych CenEA i koordynatorem krajowym projektu SHARE w Polsce; e-mail: mmyck@cenea.org.pl.

³ Utworzenie zbioru danych SHARE zostało sfinansowane w głównej mierze ze środków Komisji Europejskiej w ramach 5. Programu Ramowego (projekt QLK6-CT-2001-00360 w programie Quality of Life), w ramach 6. Programu Ramowego (projekty: SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, i SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) oraz w ramach 7. Programu Ramowego (SHARE-PREP, N° 21 1909, SHARE-LEAP, N° 227822 i SHARE M4, N° 261982). Dodatkowe finansowanie projektu pochodziło z amerykańskiego National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 and OGHA 04-064), niemieckiego Ministerstwa Edukacji i Badań, Instytutu Badań Edukacyjnych oraz innych krajowych źródeł (pełna lista fundatorów znajduje się na www.share-project.org).

przez wiele lat polityka społeczna i gospodarcza, a także ogólna sytuacja wpłynęły na sytuację tej grupy osób. Są to bowiem osoby, które już zgromadziły doświadczenia wielu lat funkcjonowania i aktywności w określonym systemie społeczno-gospodarczym, co przekłada się na ich aktywność zawodową, decyzje o przechodzeniu na emeryturę, stan zdrowia, czy aktywność społeczną.

Dane wykorzystane w opracowaniu pochodzą głównie z rundy 4. badania SHARE (release 1.1.1 z 28.03.2013) oraz z rundy 1. i 2. SHARE (release 2.5.0 z 24.05.2011). W Polsce w rundzie 4. dokładniej zbadano wykształcenie, a także aktywność edukacyjną i postawy wobec uczenia się przez całe życie. Niniejsza publikacja jest wynikiem współpracy badaczy zajmujących się problematyką funkcjonowania osób w wieku 50+ z kilku instytucji badawczych w Polsce: Centrum Analiz Ekonomicznych CenEA, Instytutu Statystyki i Demografii SGH, Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego, Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Instytutu Badań Edukacyjnych, który w ramach projektu „Badanie jakości i efektywności edukacji oraz instytucjonalizacja zaplecza badawczego” współfinansował 4. rundę badania w Polsce. Zespoły badawcze z tych instytucji uformowały krajowe konsorcjum SHARE⁴.

Raport zawiera analizy poświęcone Polakom w wieku 50 i więcej lat (respondentów badania), ale na tle ich rówieśników z innych krajów europejskich, biorących udział w badaniu. Szczególną uwagę w porównaniach skupiono na tych krajach, do których często aspirujemy ze względu na pozycję społeczną i ekonomiczną rozpatrywanej grupy ludności (w tym Niemcy, Szwecja i Francja), albo takich, które pod wieloma względami są do Polski podobne, np. ze względu na zmiany ustrojowe, ale także reprezentowane postawy czy wartości (w tym Czechy i Hiszpania).

Publikacja składa się z sześciu rozdziałów i wprowadzenia. W kolejnych rozdziałach patrzymy na wybrane obszary funkcjonowania osób 50+ związane z aktywnością ekonomiczną i sytuacją majątkową respondentów, aktywnością społeczną i indywidualną, aktywnością edukacyjną i umiejętnościami kognitywnymi oraz stanem zdrowia.

W pierwszym rozdziale Michał Myck, Mateusz Najsztub i Monika Oczkowska przedstawiają wyniki analiz odnoszące się do zmian aktywności zawodowej respondentów SHARE w rundach 2. i 4., a także oceny sytuacji materialnej badanych gospodarstw domowych. Obserwowane zmiany dotyczą okresu, w którym rozpoczął się kryzys gospodarczy, którego skutkiem są spadek wzrostu gospodarczego i pogorszenie sytuacji na rynku pracy. Wyniki analiz wskazują, że sytuacja na rynku pracy, sytuacja zdrowotna, a także postawy respondentów wpłynęły na ich dezaktywizację zawodową pomiędzy rundami. Samozatrudnienie i praca na pełen etat, jak również zadowolenie z pracy, ograniczają prawdopodobieństwo dezaktywizacji. Z drugiej strony na szybsze przejście na emeryturę wpływają czynniki takie jak zły stan zdrowia czy preferencje osób, w tym przede wszystkim chęć przejścia na emeryturę. Ważne są również uwarunkowania krajowe – w Szwecji zarówno mężczyźni, jak i kobiety w wieku 50–65 lat znacznie później wychodzą z rynku pracy, podczas gdy w Polsce jest bardzo wysoki odsetek osób w tej grupie wiekowej, szczególnie wśród kobiet, które zakończyły swoją aktywność zawodową.

Również stan zdrowia respondentów w większości krajów ma istotne znaczenie dla obserwowanych zachowań – osoby o gorszym stanie zdrowia częściej przechodzą na emerytury i renty we wszystkich analizowanych krajach poza Polską i Francją. W tych krajach nie widać istotnych różnic w zakresie aktywności na rynku pracy i dezaktywizacji osób o lepszym lub gorszym stanie zdrowia. Zły stan zdrowia przekłada się natomiast w całej grupie analizowanych krajów na większe prawdopodobieństwo występowania problemów finansowych; dotyczy to szczególnie osób, u których występują objawy depresji. Pogorszenie sytuacji finansowej związane jest również ze zmianą sytuacji rodzinnej i utratą bliskiej osoby. Kryzys finansowy wpłynął przede wszystkim na gorszą sytuację materialną przedsiębiorców, podczas gdy posiadanie zasobów majątkowych, np. nieruchomości, sprzyjało utrzymaniu korzystniejszej sytuacji majątkowej.

W drugim rozdziale Dorota Holzer-Żelażewska, Anna Maliszewska i Wojciech Paczyński analizują inne niż zawodowe obszary aktywności osób 50+ – aktywność społeczną, indywidualną, religijną

⁴ Szerzej na ten temat na stronie: www.share50plus.pl

oraz edukacyjną. Aktywności te stanowią jeden z kluczowych wymiarów koncepcji aktywnego starzenia się (*active ageing*). Wyniki badania SHARE potwierdzają diagnozę Komisji Europejskiej i UNECE ujętą w Active Ageing Index (EC i UNECE, 2013). Wskazuje ona na ostatnią pozycję Polski wśród krajów UE w odniesieniu do aktywności społecznej osób starszych.

Aktywność respondentów oraz jej formy zależą od czynników indywidualnych: wieku, wykształcenia, a także stanu zdrowia. W przeciwieństwie do aktywności zawodowej, stan zdrowia silnie determinuje poziom aktywności społecznej i indywidualnej. Charakterystyczną cechą Polaków w wieku 54 i więcej lat jest wyższa niż w przypadku innych analizowanych krajów, aktywność religijna – szczególnie wśród osób o niższych poziomach wykształcenia. Bardzo niska jest także aktywność edukacyjna respondentów SHARE, szczególnie tych, którzy zakończyli swoją aktywność zawodową. Jest to zgodne z wynikami innych badań, w tym prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) i badania „Kształcenie Dorosłych” (KD) oraz badania Bilans Kapitału Ludzkiego (BKL) prowadzonego przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości i Uniwersytet Jagielloński. Główną przyczyną wysokiej bierności edukacyjnej jest brak potrzeby i chęci uczenia się. Większość respondentów nie słyszała również o możliwościach zdobywania nowych kompetencji w ramach uniwersytetów trzeciego wieku (UTW) i nie korzysta z tej formy kształcenia. Te wyniki wskazują, że pomimo dynamicznego rozwoju UTW, jest to nadal działalność obejmująca nieliczną grupę seniorów.

W trzecim rozdziale Marta Palczyńska i Maja Rynko analizują zdolności poznawcze respondentów badania, skupiając się głównie na wynikach testów bezpośredniego odtworzenia i płynności słownej. Wyniki testów wskazują, że chociaż wiek w oczywisty sposób wpływa na pogorszenie umiejętności, to ich poziom, a także tempo spadku są różne w zależności od krajów. Wyższy poziom umiejętności odnotowywany jest wśród mieszkańców Szwecji, Niemiec, Czech i Francji, niższe umiejętności cechują Polaków i Hiszpanów. Wyniki te nie zmieniają się, nawet jeżeli dokonamy korekty ze względu na wiek i wykształcenie – wiek badanych Polaków jest nieco niższy niż wśród innych analizowanych krajów, a także większy jest odsetek osób o niższych poziomach wykształcenia. Aktywność, szczególnie ekonomiczna, związana jest z lepszymi wynikami testów kognitywnych. Wyniki badania SHARE potwierdzają wyraźnie, że szereg czynników, na które często mamy wpływ – takich jak wykształcenie i kwalifikacje, stan zdrowia, aktywność ekonomiczna i pozaekonomiczna – powiązanych jest z poziomem zdolności poznawczych, także po 50 roku życia.

W czwartym rozdziale Anita Abramowska-Kmon, Małgorzata Kalbarczyk-Stęclik, Irena E. Kotowska oraz Anna Nicińska analizują finansowe oraz pozafinansowe transfery przekazywane oraz otrzymywane przez gospodarstwa domowe. Respondenci SHARE ogółem są dawcami netto transferów finansowych, tj. częściej wspierają innych niż sami otrzymują transfery. Jest to prawidłowość obserwowana bez względu na status społeczno-ekonomiczny. Najczęściej odbiorcami transferów są członkowie rodziny, głównie dzieci. Również otrzymywane transfery pochodzą najczęściej od rodziny. W Polsce transfery częściej niż w innych krajach są kierowane do innych osób z rodziny. Gospodarstwa domowe w Polsce nieznacznie rzadziej przekazują transfery i częściej je otrzymują w porównaniu do pozostałych krajów. Co ciekawe, w Polsce gospodarstwa, których głowa ma więcej niż 80 lat, częściej przekazują transfery, niż ma to miejsce w innych krajach.

Analiza transferów pozafinansowych wskazuje, że osoby w wieku 50 lat i więcej w krajach biorących udział w badaniu SHARE, są nie tylko odbiorcami usług opiekuńczych w ramach nieformalnych sieci wsparcia, lecz także dawcami tej opieki w odniesieniu do młodszych (np. wnuków i dzieci) oraz starszych członków rozszerzonej rodziny (rodzice, dziadkowie, inni krewni), a także sąsiadów i znajomych. Ponownie widzimy występujące różnice pomiędzy Polską a innymi krajami. Polacy w wieku 50–79 lat rzadziej niż w pozostałych krajach SHARE doświadczają wsparcia od osób niebędących członkami ich gospodarstw. Natomiast osoby sędziwe (w wieku 80 lat i więcej) równie często w Polsce jak i krajach SHARE otrzymują transfery zewnętrzne. Gorszy stan zdrowia związany jest z większą potrzebą otrzymywania pomocy zarówno od członków gospodarstwa domowego, jak i osób spoza gospodarstwa. Respondenci w Polsce również stosunkowo rzadziej sprawowali opiekę nad kimś spoza gospodarstwa, a zasięg tych transferów malał wraz z wiekiem respondentów.

Przy niższym udziale osób udzielających pomocy, zwraca uwagę większa częstotliwość jej udzielania w Polsce – prawie jedna trzecia osób pomagających robi to niemal codziennie, a dla krajów SHARE łącznie odsetek ten był o 10 punktów procentowych niższy.

Końcowe dwa rozdziały odnoszą się do stanu zdrowia respondentów SHARE z Polski i innych krajów, a także pokazują obraz życia respondentów SHARE w ich ostatnim roku życia, na podstawie przeprowadzonych wywiadów końca życia.

W rozdziale piątym Roman Topór-Mądry, Magdalena Michałajko oraz Małgorzata Bała prezentują analizy stanu zdrowia Polaków na tle wybranych krajów europejskich. Wynika z nich, że mieszkańcy Polski niekorzystnie wyróżniają się wysokimi wskaźnikami występowania problemów zdrowotnych oraz niezdrowego stylu życia. Wskaźniki te są zróżnicowane w zależności od wieku oraz płci. Poprawa tych wyników może być osiągnięta między innymi przez działania profilaktyczne ukierunkowane na poprawę stylu życia.

W ostatnim, szóstym, rozdziale Małgorzata Kalbarczyk-Stęclik i Anna Nicińska analizują wyniki wywiadów końca życia. Ich analiza potwierdza obserwowane w danych administracyjnych prawidłowości. Polacy, zarówno kobiety jak i mężczyźni, umierają (średnio rzecz biorąc) w młodszym wieku niż ogół respondentów SHARE. Wyniki te są spójne z danymi demograficznymi – średnie dalsze trwanie życia w Polsce zarówno w momencie narodzin, jak i w wieku 50 lat, jest niższe niż przeciętnie w krajach biorących udział w badaniu SHARE. Podobnie jak jest to w całej populacji, kobiety w momencie zgonu były przeciętnie starsze niż mężczyźni. Obserwujemy także zróżnicowanie przyczyn zgonów ze względu na płeć. Mężczyźni najczęściej umierają z powodu chorób układu krwionośnego, u kobiet jest to druga przyczyna zgonów, podczas gdy pierwszą są choroby nowotworowe. W Polsce i w pozostałych krajach dla obu płci udział nowotworów wśród przyczyn zgonu jest znaczący. Miejscem zgonu w Polsce jest najczęściej dom lub szpital, rzadziej hospicjum. W naszym kraju w zdecydowanej większości przypadków pogrzebowi towarzyszy nabożeństwo religijne, co nie jest prawidłowością obserwowaną we wszystkich innych krajach w SHARE, znacząco zróżnicowanych pod tym względem. W ostatnim roku życia obserwujemy duże nasilenie trudności w życiu codziennym, przy czym dynamika tych zmian jest również zróżnicowana między krajami. Zwiększenie się trudności w wykonywaniu codziennych czynności w ostatnim roku życia radykalnie zwiększa zapotrzebowanie na pomoc – udzielaną przez członków rodziny lub też zewnętrznych (często płatnych) opiekunów. Charakterystyczna dla Polski jest dominująca rola członków rodziny, jako tych, którzy udzielają takiej pomocy.

Wyniki przeprowadzonych analiz na podstawie danych badania SHARE w Polsce i w innych krajach europejskich, wskazują na istotne współzależności pomiędzy cechami respondentów. Osoby, które nie doświadczają znaczących ograniczeń czynności życiowych, są bardziej aktywne zawodowo, społecznie i indywidualnie. Rzadziej też wymagają wsparcia w postaci opieki. Wykształcenie również wpływa widocznie na aktywność zawodową i pozazawodową i ma znaczenie dla poziomu odnotowywanych umiejętności kognitywnych.

Obserwujemy również istotne różnice pomiędzy krajami w badanych obszarach życia respondentów. Chociaż Polska należy do krajów, w których proces starzenia się ludności jest jeszcze mniej zaawansowany niż w wielu innych krajach (np. Szwecja czy Niemcy), to w wielu obszarach życia odnotowujemy wyższą bierność rozpatrywanej grupy osób. Dotyczy to nie tylko rynku pracy – wiek kończenia aktywności zawodowej w Polsce jest relatywnie niski, a w dodatku odsetek respondentów SHARE jeszcze pracujących w 2008 roku, którzy w ciągu kolejnych 4 lat podjęli decyzję o zakończeniu swojej aktywności zawodowej, jest wysoki. Polacy są również mniej aktywni niż ich rówieśnicy w innych krajach w innych obszarach aktywności: społecznej, indywidualnej czy edukacyjnej. Jednocześnie ich poziom kompetencji poznawczych jest relatywnie niższy.

Bilans transferów finansowych dowodzi, że osoby w wieku 50+ więcej przekazują niż otrzymują, przy czym są to głównie przepływy w sieciach rodzinnych, choć w Polsce gospodarstwa domowe nieznacznie rzadziej są dawcami i częściej odbiorcami niż ma to miejsce w innych krajach. Z kolei osoby w wieku 50–79 lat potrzebujące wsparcia w życiu codziennym, zwłaszcza w ostatnim roku życia, muszą w Polsce bardziej niż w innym krajach polegać na pomocy najbliższych, na ogół członków

tego samego gospodarstwa. Skala tego zapotrzebowania będzie wzrastać, zatem bez rozwoju usług zewnętrznych będzie się zwiększać obciążenie rodziny, któremu może ona nie poddać.

To, jak przebiega proces starzenia na poziomie populacji, zależy w dużym stopniu od postaw i zachowań poszczególnych osób. Te z kolei pozostają nie tylko pod wpływem norm i wartości, ukształtowanych w przeszłości, ale podlegających ewolucji w warunkach zasadniczej zmiany długości życia oraz prowadzonej polityki. Chodzi przy tym zarówno o możliwości uzyskiwania różnorodnych transferów zachęcających do bierności, jak i stymulowania (bądź nie) odpowiedniej aktywności ekonomicznej, społecznej, czy zachowań prozdrowotnych. Ważna jest zwłaszcza perspektywa uczenia się przez całe życie i utrzymywania aktywności edukacyjnej w różnym wieku. Taka polityka dostosowana do trwałych zmian w strukturze wieku ludności jest istotnym wyzwaniem dla Polski. Wyniki innych krajów, które prowadzą spójne i konsekwentne działania od wielu lat, wyraźnie wskazują, że w dłuższej perspektywie przynosi ona korzystne skutki zarówno w wymiarze indywidualnym jak i w skali makro, tj. dla gospodarki i społeczeństwa.

Szczególne znaczenie mają działania na rzecz lepszego wykorzystania zasobów pracy. Zagadnieniu temu poświęconych jest wiele oficjalnych dokumentów i programów Komisji Europejskiej, wdrażanych na poziomie poszczególnych krajów. Wnioski płynące z badań realizowanych w ramach międzynarodowego przedsięwzięcia SHARE, stanowią istotne uzupełnienie dla tych dokumentów i programów, gdyż stwarzają wyjątkowe możliwości wglądu w dynamikę zatrudnienia osób w wieku 50+ w Europie, zrozumienia jej przyczyn, a także potencjalnych konsekwencji, w szczególności w odniesieniu do wpływu zatrudnienia na sytuację materialną gospodarstw domowych osób starszych.

Charakterystyka badania SHARE

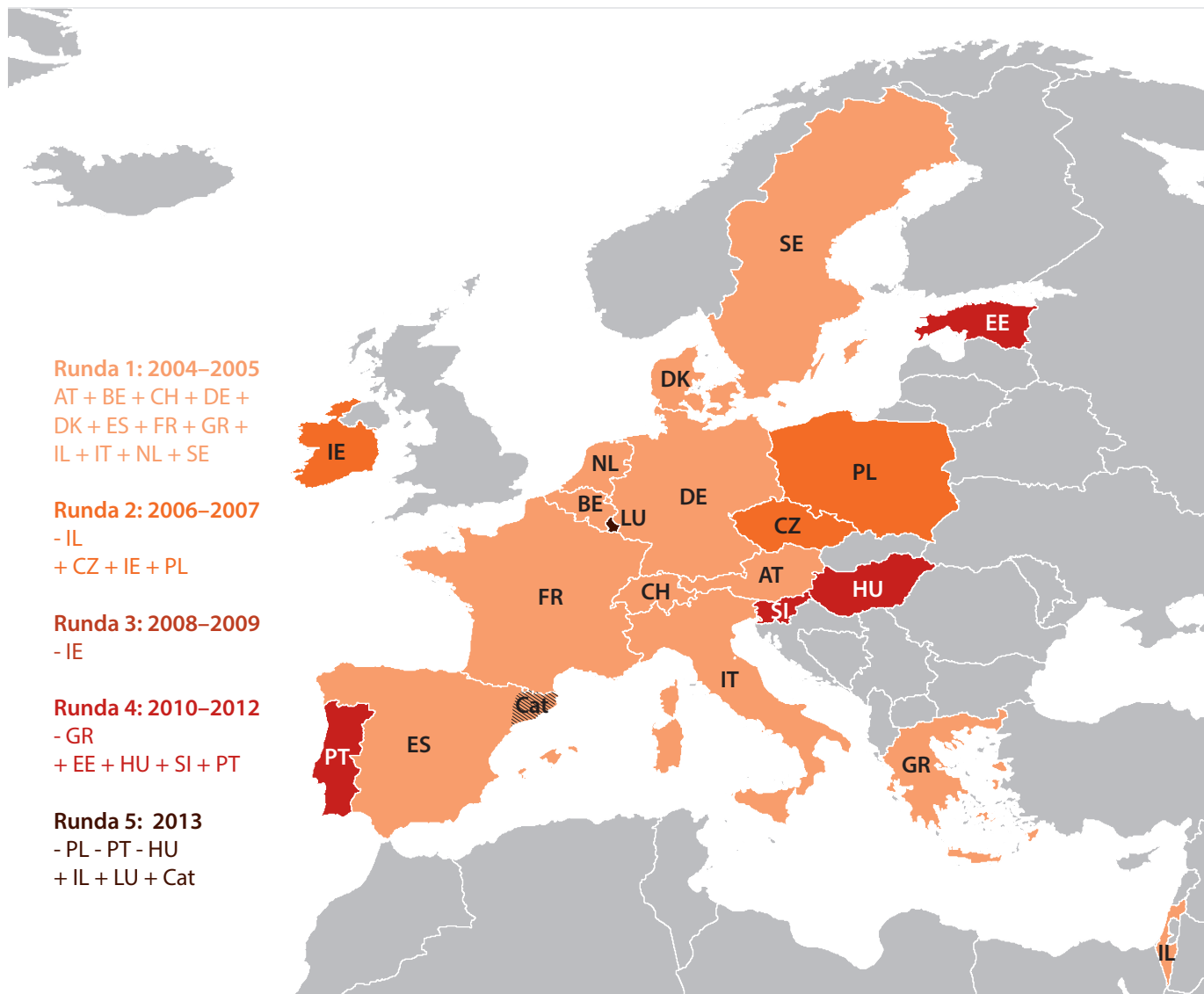
SHARE jest międzynarodową panelową bazą danych dotyczących zdrowia, statusu socjoekonomicznego oraz stosunków rodzinnych i społecznych. Dane SHARE dostępne są do wykorzystania dla celów naukowych po bezpłatnej rejestracji na stronie www.shareproject.org. Baza danych SHARE jest zharmonizowana z amerykańską bazą *Health and Retirement Study* (HRS) i angielską *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA). Dotychczas zrealizowano cztery panelowe rundy badania dotyczące bieżących aspektów życia respondentów (runda 1. przeprowadzona została w latach 2004–2005, runda 2. – w latach 2006–2007, runda 4. – w latach 2010–2012; wywiady w ramach piątej rundy zakończyły się w 2013 roku) oraz jedną rundę dotyczącą historii życia respondentów (runda 3. – SHARELIFE, zrealizowana w latach 2008–2009). Łącznie w badaniu wzięło udział ponad 86 tys. osób z 18 krajów europejskich i Izraela. Mapę z krajami uczestniczącymi w poszczególnych rundach badania SHARE przedstawia rysunek 1. Podstawowe charakterystyki próby z rund 2. i 4., najistotniejszych z punktu widzenia niniejszego Raportu, znaleźć można w załączonych tabelach 1. i 2.

W SHARE badane są losowo wybrane osoby po pięćdziesiątym roku życia oraz ich partnerzy, których regularnym miejscem zamieszkania jest jeden z krajów uczestniczących w SHARE. Z próby wykluczone są osoby przebywające w czasie badania poza granicami danego kraju, przebywające w więzieniach, podlegające hospitalizacji, nie posługujące się językiem (językami) obowiązującymi w danym kraju oraz osoby, które zmieniły miejsce zamieszkania i pozostaje ono nieznanne. Panelową część próby stanowią wszyscy respondenci, którzy wzięli udział w przynajmniej jednej z wcześniejszych rund badania oraz ich aktualni partnerzy. Na potrzeby przeprowadzenia wywiadu w kolejnej rundzie badania respondenci z poprzednich rund są w miarę możliwości odszukiwani, jeśli w czasie pomiędzy rundami badania zmienili miejsce zamieszkania wewnątrz danego kraju, przeprowadzili się do placówki zbiorowego zamieszkania (np. do domu opieki lub innej instytucji świadczącej usługi opieki dla osób starszych) lub byli hospitalizowani. Ze względu na „wycieranie się” próby (w wyniku śmierci respondentów lub braku możliwości przeprowadzenia kolejnego wywiadu) oraz „starzenie się” panelu, próby respondentów SHARE są co jakiś czas uzupełniane o nowe osoby. W sytuacji, gdy respondent zmarł pomiędzy rundami badania, przeprowadzane są tzw. „wywiady końca życia” z krewnym lub inną osobą bliską zmarłego, w ramach których gromadzone są informacje dotyczące ostatniego roku życia respondenta.

Wywiady SHARE prowadzone są przez profesjonalnych ankieterów w formie wywiadów bezpośrednich realizowanych za pomocą komputera (tzw. CAPI – *Computer-Assisted Personal Interviews*). Ponadto, w rundzie 1., 2. i 4. respondenci proszeni byli o wypełnienie papierowej wersji ankiety po zakończeniu wywiadu głównego. „Wywiady końca życia” z osobami bliskimi zmarłego przeprowadzane były począwszy od rundy 2. w formie wywiadu bezpośredniego (CAPI) lub telefonicznie.

⁵ Monika Oczkowska jest analitykiem w Centrum Analiz Ekonomicznych CenEA. Badanie SHARE scharakteryzowano na podstawie: Börsch-Supan i in. (2013), Börsch-Supan i Jürges (2005), Malter i Börsch-Supan (2013), MEA (2011, 2013).

Rysunek 1. Kraje uczestniczące w SHARE według rund badania



Uwagi: kolor odpowiada rundzie, w której dany kraj po raz pierwszy wziął udział w badaniu, dalsze zmiany uczestnictwa w kolejnych rundach w opisie po lewej stronie. Lata w opisie to przedziały czasowe, w których odbywały się wywiady w ramach danej rundy.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych EUROSTAT – EuroGraphics dla granic administracyjnych.

Wywiad główny SHARE dla rund panelowych składa się z kilkunastu części, w ramach każdej gromadzone są informacje dotyczące danej dziedziny (patrz tabela 1.). Wywiad główny skonstruowany jest w taki sposób, że nie wszyscy respondenci muszą odpowiadać na wszystkie pytania. Na pytania dotyczące niezmiennych się aspektów życia, np. o edukację czy wzrost, respondenci panelowi odpowiadają jedynie w ramach rundy, w której pierwszy raz biorą udział w badaniu. Ponadto, część pytań zadawana jest ponownie jedynie, gdy sytuacja respondenta uległa zmianie, np. stan cywilny. W związku z tym, że część modułów wywiadu wymaga odpowiedzi tylko jednej osoby w gospodarstwie domowym lub jednej osoby z pary (np. pytania o finanse gospodarstwa domowego lub dzieci), w wywiadzie wstępnym wybierany jest respondent, który odpowiada na te pytania w imieniu innych członków gospodarstwa domowego lub małżonka/partnera (przypisywana jest mu odpowiednia kategoria respondenta i jest to tzw. respondent gospodarstwa domowego/rodziny/finansowy). W SHARE dopuszczona jest możliwość przeprowadzenia części wywiadu głównego z pełnomocnikiem respondenta (np. osobą bliską, domownikiem) w sytuacji, gdy nie jest on w stanie wziąć udziału w wywiadzie ze względu np. na problemy zdrowotne. Aby zapewnić porównywalność międzynarodową (np. w zakresie poziomów edukacji) i ułatwić użytkownikom korzystanie z danych SHARE, w ramach każdej rundy badania do bazy danych

dołączane są moduły danych wygenerowanych, zawierające m.in. imputowane dane finansowe, poziomy edukacji według skali ISCED, czy dane zdrowotne według powszechnie stosowanych skal międzynarodowych. Ponadto, w związku z nierównym prawdopodobieństwem znalezienia się w próbie oraz możliwością nielosowości braku odpowiedzi (np. ze względu na nieskuteczne próby kontaktu lub wyraźną odmowę udziału) i „wypadania” respondentów panelowych z próby, razem z danymi SHARE dostarczane są wagi na poziomie indywidualnym oraz gospodarstwa domowego, które umożliwiają przeprowadzanie poprawnych analiz na danych SHARE, nieobarczonych powyższymi błędami. Wagi dopasowane są do wielkości populacji osób 50+ w danym kraju i uwzględniają najważniejsze charakterystyki próby jak płeć, wiek i miejsce zamieszkania.

Tabela 1.

Najważniejsze informacje zbierane w ramach SHARE w rundach 1., 2. i 4. według modułów wywiadu głównego

Moduł kwestionariusza	Informacje
Wywiad wstępny	Rok/miesiąc urodzenia, płeć, kompozycja gospodarstwa domowego, język wywiadu, kategoria respondenta
Demografia	Edukacja, stan cywilny, kraj pochodzenia, obywatelstwo, informacje o rodzicach i rodzeństwie
Zdrowie fizyczne	Subiektywna ocena własnego zdrowia, przebyte choroby, posiadane dolegliwości, przyjmowane leki, wzrost, waga, wzrok, słuch, ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności, obiektywne miary zdrowia fizycznego: siła uścisku dłoni, siła wydmuchu powietrza (R2 i R4), szybkość chodzenia (R1 i R2), test wstawiania z krzesła (R2)
Styl życia	Palenie, spożywanie alkoholu, dieta, aktywność fizyczna
Zdolności poznawcze	Subiektywna ocena umiejętności czytania i pisania oraz pamięci, testy sprawności kognitywnej, testy pamięciowe
Zdrowie psychiczne	Samopoczucie, depresja, problemy ze zdrowiem psychicznym
Opieka zdrowotna	Wizyty lekarskie, pobyty w szpitalu i w domu opieki, przebyte operacje (R2), płatności „z własnej kieszeni” za opiekę zdrowotną (R2), opieka medyczna w domu (R2), ubezpieczenie zdrowotne (R2)
Zatrudnienie i emerytura	Status na rynku pracy, źródła i okres otrzymywania dochodów indywidualnych, wykonywany zawód, charakterystyki miejsca pracy, jakość pracy, przyczyny i okres bezrobocia, przejście na emeryturę, otrzymywane świadczenia publiczne
Dzieci	Charakterystyki posiadanych dzieci, miejsce zamieszkania dzieci, stan cywilny, status na rynku pracy, częstota kontaktu z dziećmi
Wsparcie i opieka	Udzielona i otrzymana pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, pomoc domowa, opieka nad wnukami
Transfery pieniężne	Ofiarowane i otrzymane prezenty, darowizny, pomoc finansowa, inne transfery finansowe
Miejsce zamieszkania	Własność miejsca zamieszkania, płatności za czynsz i inne opłaty mieszkaniowe, posiadanie kredytu hipotecznego, posiadanie innych nieruchomości, charakterystyki miejsca zamieszkania
Dochody gospodarstwa domowego	Źródła dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego
Konsumpcja	Wydatki na żywność spożywaną w domu i poza domem, łatwość wiązania końca z końcem
Aktywa finansowe	Posiadanie kont bankowych i emerytalnych, obligacji, akcji, funduszy inwestycyjnych, polis ubezpieczeniowych, innych oszczędności, posiadanie firm i dóbr trwałych, zadłużenie
Aktywność społeczna	Przynależność do klubów, partii politycznych, organizacji religijnych, wolontariat, udział w kursach edukacyjnych, aktywność indywidualna, zadowolenie z aktywności społecznej, jakość życia, samopoczucie
Oczekiwania na przyszłość	Przewidywane darowizny, przewidywana długość życia, zaufanie w stosunku do ludzi, awersja do ryzyka, poglądy polityczne, korzystanie z Internetu (R4), edukacja i status na rynku pracy małżonka/partnera nie biorącego udziału w badaniu
Spostrzeżenia ankietera	Obecność osób trzecich podczas wywiadu, chęć respondenta do udzielania odpowiedzi, problemy ze zrozumieniem pytań, korzystanie z kart odpowiedzi, okolica i miejsce przeprowadzania wywiadu
Wywiad końca życia (R2 i R4)	Zdarzenia w ostatnim roku życia respondenta, przyczyny i okoliczności śmierci, podział majątku, pogrzeb

Charakterystyka badania SHARE

Moduł kwestionariusza		Informacje
Sieci społeczne (R4)		Osoby należące do sieci społecznej respondenta, częstość kontaktu, bliskość emocjonalna, odległość geograficzna, zadowolenie z sieci społecznej
Moduły wygenerowane	Edukacja według ISCED	Najwyższy poziom edukacji respondenta/partnera/dzieci według skali ISCED
	Wagi	Wagi skalibrowane, wagi panelowe
	Dane imputowane	Imputowane wartości zmiennych finansowych
	Zdrowie	Skale zdrowia fizycznego i psychicznego (EURO-D, CES-D, ADL, IADL), BMI
	Miejsce zamieszkania	Regiony NUTS
Sieci społeczne (R4)		Charakterystyka sieci społecznych według osób, częstości kontaktu, bliskości emocjonalnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE.

Tabela 2.

Rozkład podstawowych charakterystyk próby według krajów w rundzie 2.

Kraje	Okres badania	L. respondentów	L. respondentów w domu opieki	L. gosp. dom.	L. respondentów panel.	% respondentów mieszk. bez partnera	% kobiet	Wiek śr.	Wiek min.	Wiek max.	Śr. l. lat edukacji	% respondentów mieszk. na wsi	L. wywiadów końca życia
AT	10.2006–08.2007	1 341	7	987	1 243	36,47%	59,28%	66,26	37	100	8,66	46,46%	36
DE	09.2006–08.2007	2 568	22	1 698	1 534	19,20%	53,89%	64,47	32	97	12,48	32,13%	46
SE	10.2006–08.2007	2 745	27	1 970	2 002	23,24%	53,84%	65,93	25	97	11,19	15,01%	57
NL	01.2007–09.2007	2 661	28	1 846	1 749	19,73%	54,45%	63,49	24	95	11,06	19,24%	49
ES	10.2006–10.2007	2 228	7	1 414	1 345	22,35%	54,98%	66,16	36	104	7,27	7,85%	87
IT	10.2006–10.2007	2 983	1	1 888	1 744	18,27%	54,91%	64,91	34	102	7,90	42,74%	56
FR	10.2006–02.2007	2 968	13	2 060	1 965	28,64%	57,11%	64,18	33	103	11,18	28,84%	53
DK	11.2006–08.2007	2 616	43	1 759	1 238	25,46%	55,05%	63,58	28	99	13,06	23,39%	50
GR	12.2006–07.2007	3 243	0	2 172	2 288	26,95%	56,89%	63,79	37	99	8,54	15,82%	49
CH	11.2006–09.2007	1 462	9	1 076	693	28,93%	55,88%	64,20	33	98	11,36	45,76%	14
BE	10.2006–09.2007	3 169	26	2 137	2 786	25,62%	54,72%	64,40	32	98	11,72	23,95%	36
CZ	10.2006–06.2007	2 830	20	1 943	0	29,43%	57,92%	63,36	34	95	11,67	32,97%	0
PL	11.2006–08.2007	2 467	4	1 771	0	24,24%	56,47%	63,49	33	99	9,20	46,25%	0
IE	02.2007–12.2007	1 134	3	844	0	31,31%	54,67%	63,79	30	94	12,15	44,36%	0
Łącznie	-	34 415	210	23 565	18 587	24,99%	55,65%	64,37	24	104	10,54	28,50%	533

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE R2 (release 2.5.0).

Charakterystyka badania SHARE

Tabela 3.

Rozkład podstawowych charakterystyk próby według krajów w rundzie 4

Kraje	Okres badania	L. respondentów	L. respondentów w domu opieki	L. gosp.dom.	L. respondentów panel.	% respondentów mieszkaj. bez partnera	% kobiet	Wiek śr.	Wiek min.	Wiek max.	Śr. l. lat edukacji	% respondentów mieszkaj. na wsi	L. wywiadów końca życia
AT	03.2011–12.2011	5 286	56	3 765	786	33,81%	57,81%	65,04	29	98	8,54	42,66%	46
DE	02.2011–04.2012	1 572	14	1 064	1 548	21,18%	53,18%	67,80	42	100	12,88	33,27%	51
SE	04.2011–01.2012	1 951	21	1 376	1 878	28,04%	54,18%	69,42	29	99	11,44	14,76%	171
NL	01.2011–09.2011	2 762	27	1 893	1 927	22,23%	55,83%	65,31	34	99	11,72	19,91%	60
ES	01.2011–11.2011	3 570	13	2 251	1 739	21,96%	55,01%	67,09	27	101	7,60	5,63%	120
IT	02.2011–11.2011	3 583	2	2 300	2 107	19,70%	55,21%	66,16	35	100	8,25	40,11%	90
FR	02.2011–09.2011	5 857	37	4 150	2 176	30,85%	57,11%	65,19	27	103	11,33	45,30%	97
DK	02.2011–08.2011	2 276	31	1 540	1 815	24,96%	54,48%	64,11	32	99	13,50	22,58%	117
CH	02.2011–12.2011	3 750	25	2 637	1 123	23,95%	55,15%	64,45	30	101	8,12	54,21%	36
BE	03.2011–12.2011	5 300	80	3 748	2 298	30,09%	55,42%	64,44	33	101	12,09	27,72%	88
CZ	12.2010–09.2011	6 118	41	4 147	1 346	28,98%	57,89%	64,65	24	98	12,12	22,87%	78
PL	12.2011–04.2012	1 724	0	1 099	1 676	25,64%	56,32%	66,63	38	103	9,43	45,01%	156
HU	02.2011–10.2011	3 076	20	2 021	0	27,47%	57,02%	64,16	29	100	10,58	33,55%	0
PT	01.2011–12.2011	2 080	3	1 384	0	21,15%	56,97%	64,30	31	96	6,14	28,46%	0
SI	07.2011–11.2011	2 756	1	2 117	0	25,83%	56,60%	64,96	39	99	10,26	55,88%	0
EE	11.2010–05.2011	6 828	8	4 637	0	30,99%	59,75%	65,83	24	100	11,48	29,26%	0
Łącznie	-	58 489	379	40 129	20 419	27,30%	56,62%	65,38	24	103	10,44	32,93%	1 110

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE R4 (release 1.1.1).

1. Dynamika rynku pracy i zmiany w sytuacji materialnej osób w wieku 50+

Jednym z ważnych aspektów starzenia się ludności jest wpływ tych zmian na funkcjonowanie zabezpieczenia społecznego. Systemy emerytalne i zdrowotne poddane zostaną w nadchodzących dekadach poważnym napięciom, ich wysokie koszty mogą obniżyć popyt konsumpcyjny i ograniczyć rozwojowe środki inwestycyjne. Jednak wydłużająca się długość życia i poprawa stanu zdrowia same w sobie są zasobami, które mogą przyczynić się do wzrostu gospodarczego i podniesienia jakości życia. Kluczową kwestią, która może zadecydować o tym, czy koszty zmian demograficznych przewyższą korzyści z nich płynące, i czy rosnący odsetek osób starszych w populacji przyczyni się do spowolnienia czy do wzrostu gospodarczego, będzie stopień zaangażowania osób starszych na rynku pracy – dłuższa aktywność zawodowa oznacza również zwiększenie strumienia składek lub podatków zasilających systemy zabezpieczenia społecznego (patrz m.in. Bloom i in., 2011).

Z tej racji ogromnie istotną sprawą wydaje się być lepsze zrozumienie czynników, które wpływają na utrzymanie zatrudnienia wśród osób w wieku przedemerytalnym i próba odniesienia ich do bieżącej polityki społeczno-gospodarczej. W ostatnich latach, ze względu na wspomniane już zmiany związane ze starzeniem się ludności, powstała szeroka gama opracowań wydanych pod patronatem Komisji Europejskiej. Dotyczą one spodziewanych zmian na europejskim rynku pracy osób starszych w najbliższych latach i potencjalnych skutków z tym związanych, a także problemu szeroko pojętej aktywizacji osób starszych (patrz m.in.: Komisja Europejska, 2011, 2012).

W niniejszym rozdziale przedstawiono analizy zmian w statusie zatrudnienia oraz czynników wpływających na ocenę sytuacji materialnej w 12 krajach europejskich, w których badanie SHARE przeprowadzono na tej samej próbie respondentów w latach 2006–2007 (runda 2. badania – dalej R2) i w latach 2011–2012 (runda 4. – dalej R4)⁷. Panelowy charakter danych pozwala na prześledzenie sytuacji osób, które wzięły udział w obydwu rundach badania i próbę oceny po pierwsze tego, które ich cechy były decydujące z punktu widzenia utrzymania zatrudnienia po wcześniejszej rundzie badania, a po drugie tego, jaką rolę odegrało utrzymanie zatrudnienia wobec sytuacji materialnej respondentów.

Analizy przedstawione w pierwszej części rozdziału dotyczą dynamiki zatrudnienia pomiędzy 2. i 4. rundą badania, ze szczególnym uwzględnieniem czynników determinujących wyjście z zatrudnienia osób, które deklarowały zatrudnienie w R2. Po opisowym przedstawieniu w podrozdziale 1.1. tego, jak zmieniało się zatrudnienie w wybranych krajach i według wybranych cech respondentów, w podrozdziale 1.2. przedstawiono analizy czynników wpływających na wyjście z zatrudnienia pomiędzy badaniem w R2 i R4. Wśród determinantów w największym stopniu wpływających na prawdopodobieństwo wyjścia z zatrudnienia, zidentyfikowano charakterystyki związane z wykonywaną pracą oraz czynniki zdrowotne (patrz również Brugiavini i in., 2008; Kalwij i Vermeulen, 2008).

W drugiej części rozdziału skoncentrowano się na czynnikach, które miały wpływ na trudności finansowe respondentów w R4 oraz czynnikach, które przyczyniły się do pogorszenia sytuacji materialnej pomiędzy rundami badania w odczuciu respondentów. Jednymi z głównych czynników, które mają wpływ zarówno na złą ocenę sytuacji materialnej w R4, jak i na pogorszenie się jej pomiędzy omawianymi rundami, jest zmiana statusu zatrudnienia, a w szczególności przejście z zatrudnienia do bezrobocia lub niepełnosprawności, co odzwierciedlają wyniki innych badań opracowanych na danych SHARE (m.in. Cavapozzi i in., 2008; Hallberg, 2006). Analiza tych zmian możliwa jest dzięki

⁶ Mateusz Najsttub (mnajsttub@cenea.org.pl) i Monika Oczkowska (moczowska@cenea.org.pl) są analitykami w CenEA. Niniejsza część raportu powstała w ramach projektu finansowanego z 7. Programu Ramowego Komisji Europejskiej: Multinational Advancement of Research Infrastructures on Ageing, grant nr: 261 982.

⁷ Poza Polską w próbie krajów włączonych do analiz znalazły się: Austria, Belgia, Czechy, Dania, Francja, Hiszpania, Holandia, Niemcy, Włochy, Szwajcaria i Szwecja. W analizach przedstawionych w artykule wykorzystano dane SHARE z rundy 2. (release 2.5.0) i 4. (release 1.1.1).

1. Dynamika rynku pracy i zmiany w sytuacji materialnej osób w wieku 50+

panelowemu charakterowi badania SHARE, które pozwala na monitorowanie sytuacji tych samych osób w trakcie kolejnych rund, a zatem także zmian, które zachodzą w obszarze ich aktywności zawodowej.

1.1. Sytuacja osób starszych na rynku pracy

1.1.1. Zmiany sytuacji na rynku pracy pomiędzy 2. i 4. rundą SHARE

Na wykresach 1.1. i 1.2. przedstawiono informację na temat statusu na rynku pracy w danych z R4 wśród osób, które deklarowały zatrudnienie lub samozatrudnienie w R2 i nie ukończyły 65. roku życia, dla wybranych sześciu krajów SHARE (Niemcy, Szwecja, Hiszpania, Francja, Czechy i Polska). W przypadku wykresu 1.1. odsetek respondentów deklarujących przynależność do poszczególnych grup według statusu ekonomicznego przedstawiono w podziale względem płci, a w przypadku wykresu 1.2. przyjęto podział według statusu zdrowotnego, zdefiniowanego w oparciu o deklarację funkcjonalną – trudności w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego (*Instrumental Activities of Daily Living – IADLs*⁸; osoby, które nie zadeklarowały żadnych trudności sklasyfikowano jako zdrowe). Uwagę zwraca bardzo wysoki odsetek osób pozostających w zatrudnieniu w Szwecji (powyżej 80%) zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, szczególnie w porównaniu do mieszkańców Francji, Czech i Polski. W przypadku tych trzech krajów tylko niecałe 60% mężczyzn w R4 deklarowało utrzymanie zatrudnienia (odpowiednio 56,8%, 55,0% i 50,4%). We Francji i w Czechach odsetek ten był wyższy dla kobiet, przekraczając 60% (odpowiednio 64,0% i 60,0%), natomiast w Polsce w przypadku kobiet miał prawie o połowę niższą wartość (31,1%).

Różnice w poziomie zatrudnienia występujące pomiędzy krajami, częściowo odzwierciedlają zróżnicowanie w ustawowo regulowanym poziomie wieku emerytalnego obowiązującym w okresie badania SHARE w poszczególnych krajach, wyższym w Niemczech i Hiszpanii (dla kobiet i mężczyzn w 2008 roku 65 lat; patrz: Komisja Europejska, 2009), niższym we Francji (dla obu płci 60 lat) i w Czechach (gdzie kobiety mogły przejść na emeryturę w okresie od 56 do 60 lat, mężczyźni po ukończeniu niecałych 62 lat). W przypadku Szwecji odejście na emeryturę było możliwe po 61. roku życia, jednak nie było obowiązkowe i zależało od preferencji pracownika, przy czym jak pokazują dane znacznie częściej decydowali się oni na pozostanie niż odejście z zatrudnienia. W Polsce natomiast oficjalny wiek emerytalny kobiet wynosił 60 lat, co tłumaczyć może wysoki odsetek kobiet, które przeszły na emeryturę (49,7%). Uwagę zwraca jednak to, że duża część kobiet w Polsce przeszła na emeryturę w czasie badania w R4 (ponad 56,3%) mimo że nie osiągnęła jeszcze ustawowego wieku emerytalnego. To wskazuje, że pomiędzy rundami wiele kobiet skorzystało jeszcze z możliwości wcześniejszego przechodzenia na emeryturę. Chociaż reforma z 2008 roku znacząco ograniczyła takie możliwości, ze względu na rozwiązania przejściowe respondentki SHARE mogły jeszcze skorzystać z tego prawa. Co ciekawe w przypadku mężczyzn odpływ z zatrudnienia na emeryturę był stosunkowo niski (26,2%), jednak do ograniczenia zatrudnienia znacząco przyczyniły się odejścia do innych kategorii, w szczególności do bezrobocia (9,9%) i niepełnosprawności (9,3%)⁹. Znacząca grupa osób w tej ostatniej kategorii jest charakterystyczną cechą dla Polski, związaną z funkcjonowaniem systemu rentowego. W Polsce, w porównaniu do pozostałych analizowanych krajów, odsetek osób, które wyszły z zatrudnienia i w R4. określiły swój status jako „niepełnosprawny” był wysoki, przy czym status taki deklarowała nie tylko znacząca część osób posiadających zdrowotne uzasadnienie (zdefiniowane jako ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu – IADLs; 11,5%), lecz także zdrowych (3,9%).

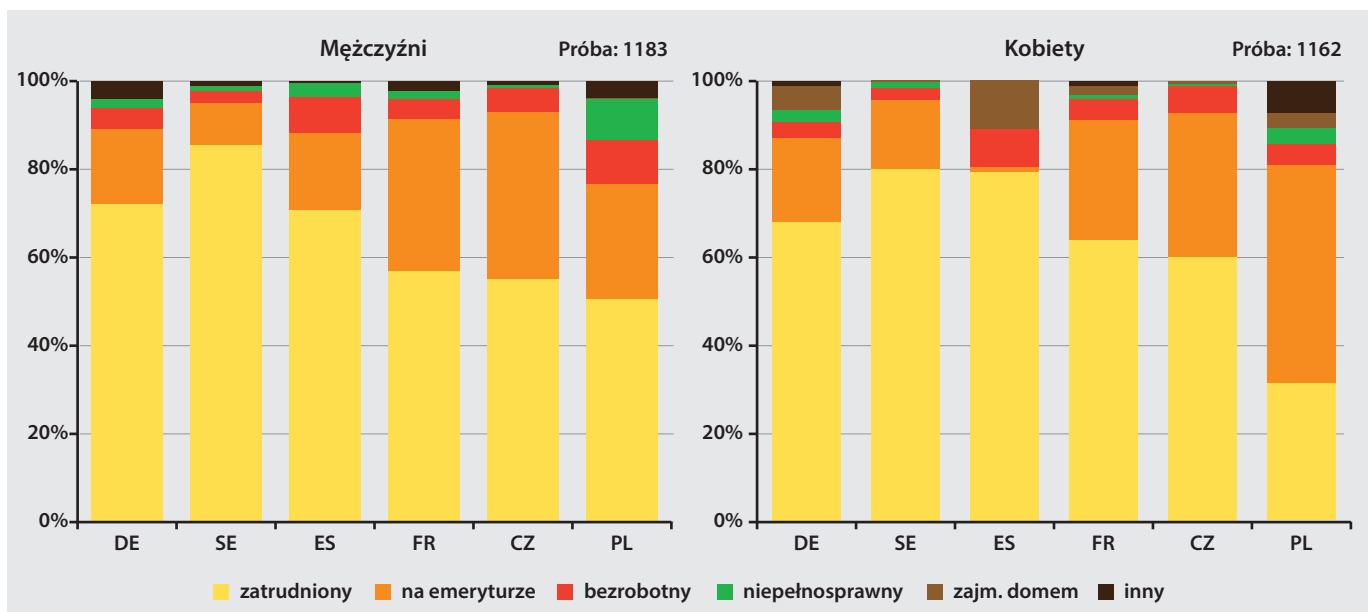
⁸ Skala „Złożone Czynności Życia Codziennego” IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) – pozwala ocenić zdolność do wykonywania czynności, które warunkują możliwość samodzielnego (niezależnego) funkcjonowania w życiu codziennym. Do tych czynności zalicza się wykonywanie prac w domu, przyjmowanie leków, robienie zakupów, gospodarowanie pieniędzmi, korzystanie z telefonu.

⁹ Związek pomiędzy korzystnymi opcjami wcześniejszej emerytury w systemach emerytalnych a poziomem wychodzenia z zatrudnienia w oparciu o dane SHARE opisany został szczegółowo w Fischer i Sousa-Poza, 2006.

1. Dynamika rynku pracy i zmiany w sytuacji materialnej osób w wieku 50+

Na wykresie 1.2. uwagę zwraca również niewielka różnica pomiędzy odsetkiem respondentów pracujących w R4, którzy deklarowali dobre zdrowie, i którzy wskazywali na problemy zdrowotne we Francji (różnica 3,4 p.p.) i w Polsce (różnica 8,5 p.p.), szczególnie w porównaniu do pozostałych krajów, gdzie te różnice przekraczają 15,3 p.p. To może sugerować, że w tych dwóch państwach podstawową determinantą wyjścia z zatrudnienia jest nabycie praw do świadczeń (np. emerytalnych czy rentowych), nie zaś stan zdrowia (w literaturze na problem ten zwracano wielokrotnie uwagę, m.in. w Börsch-Supan i in., 2008; Brugiavini i in., 2008).

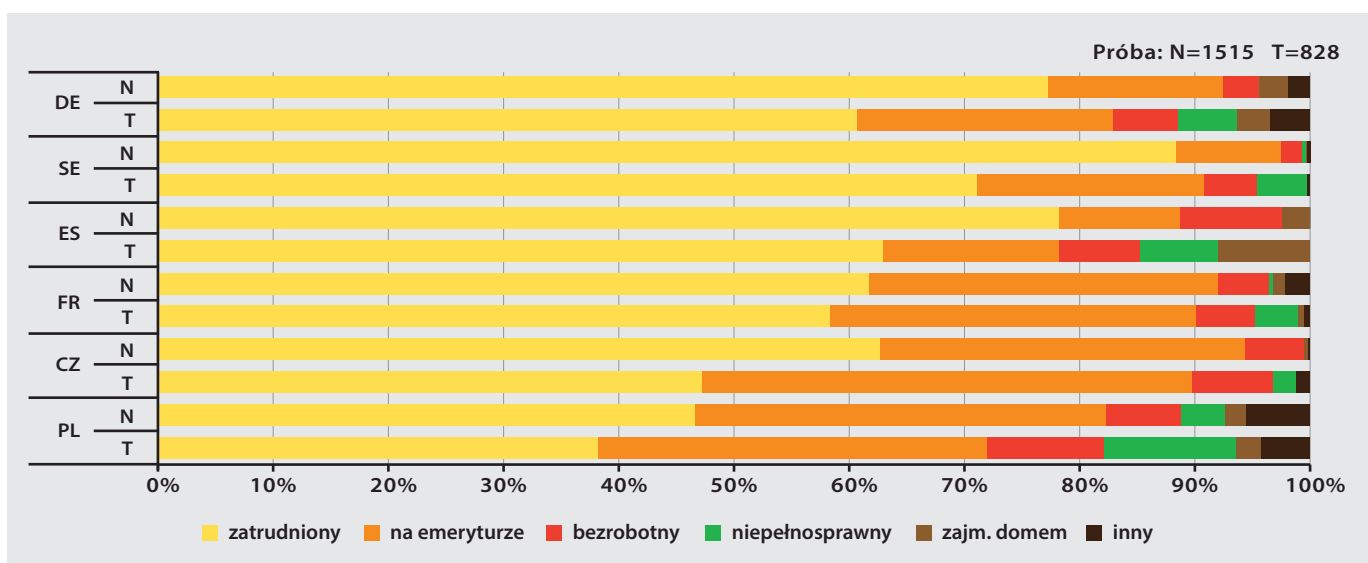
Wykres 1.1. Status na rynku pracy w rundzie 4. osób zatrudnionych w rundzie 2.



Uwagi: respondenci badani w R2 i R4; ograniczenie wiekowe w R2: >49 i < 65 lat; osoby zatrudnione lub samozatrudnione w R2. Dane skorygowane o strukturę wieku i względem płci.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE.

Wykres 1.2. Zdrowie w rundzie 4. a status na rynku pracy wśród osób zatrudnionych w rundzie 2.



Uwagi: respondenci badani w R2 i R4; ograniczenie wiekowe w R2: >49 i <65 lat; osoby zatrudnione lub samozatrudnione w R2. Stan zdrowia określony na podstawie ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności (Instrumental Activities of Daily Living – IADLs) – brak ograniczeń (Nie) oznacza dobry stan zdrowia; zgłoszenie któregośkolwiek z ograniczeń (Tak) – zły stan zdrowia. Dane skorygowane o strukturę wieku i względem płci.

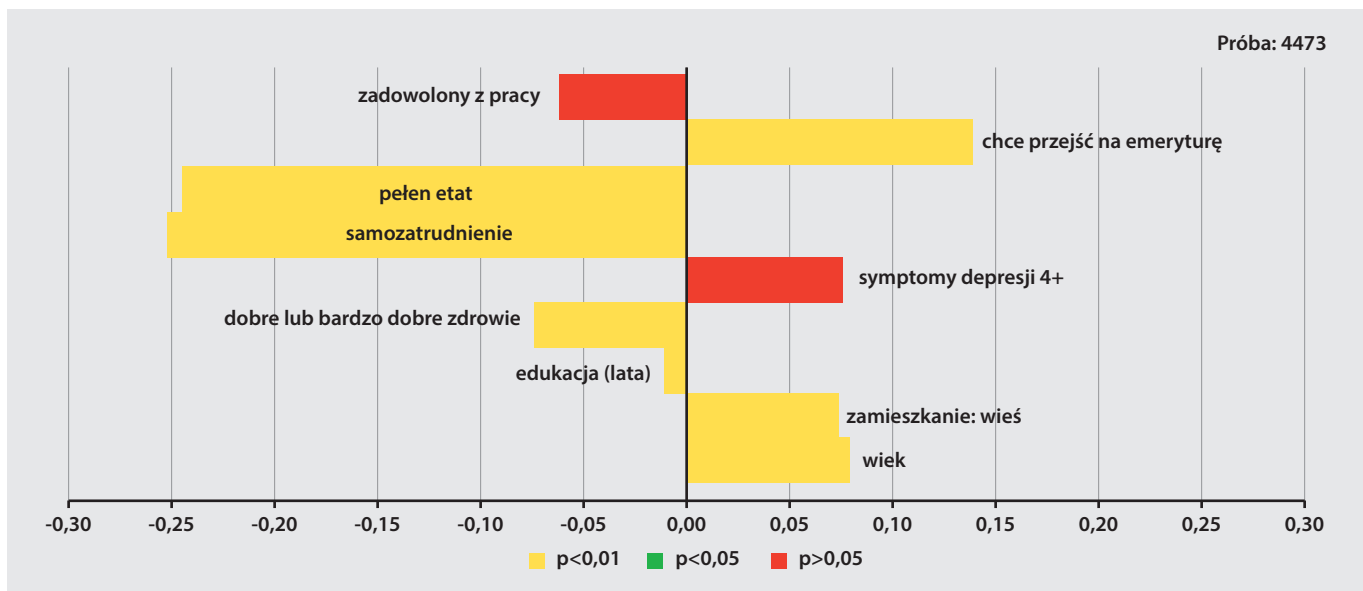
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE.

1. Dynamika rynku pracy i zmiany w sytuacji materialnej osób w wieku 50+

1.1.2. Determinanty wyjścia z rynku pracy

Na wykresie 1.3. oraz w tabeli 1.1. przedstawiono bardziej szczegółowe analizy czynników wpływających na prawdopodobieństwo wyjścia z rynku pracy dla wszystkich krajów SHARE, które wzięły udział w obu analizowanych rundach badania. Najważniejsze czynniki wpływające na wyjście z zatrudnienia to po pierwsze, charakterystyki respondentów związane z ich aktywnością zawodową, po drugie, czynniki zdrowotne i wiek, a po trzecie, czynniki subiektywne związane z postawami i preferencjami respondentów (szeroka gama subiektywnych i obiektywnych miar dostarczających informacji na temat zdrowia respondentów SHARE i ich wpływu na status na rynku pracy w oparciu o wyniki rundy 1. i 2. przedstawiona została m.in. w: Alavinia i Burdorf, 2008; van den Berg i in., 2010; zaś dla rundy 2. i 4. – w: Robrök i in., 2013). Prawdopodobieństwo odejścia z zatrudnienia jest o około 25,2 p.p. niższe wśród osób, które w R2 deklarowały samozatrudnienie i o około 24,5 p.p. niższe wśród osób, które w R2 zatrudnione były w wyższym wymiarze niż 15 godzin tygodniowo. Deklaracje chęci odejścia na emeryturę „tak szybko, jak to tylko możliwe” składane w czasie badania w R2, które silnie korelowały z subiektywną oceną jakości pracy i satysfakcji osiągniętej z zatrudnienia, w rzeczywistości faktycznie przekładają się na wyższe prawdopodobieństwo wyjścia z zatrudnienia w R4 (o 13,9 p.p.). Dużą rolę dla wzrostu prawdopodobieństwa wyjścia z zatrudnienia odgrywa wiek respondentów (prawdopodobieństwo rośnie wraz z wiekiem o 7,9 p.p.), zdrowie (jest niższe o 7,4 p.p. dla respondentów deklarujących dobre lub bardzo dobre zdrowie w R2), a także miejsce zamieszkania (jest wyższe o 7,4 p.p. dla mieszkańców terenów wiejskich). Co interesujące wpływ wykształcenia jest marginalny – większa liczba lat edukacji zmniejsza prawdopodobieństwo wyjścia zaledwie o 1,1 p.p. (należy tu jednak pamiętać, iż znaczna grupa uwzględnionych w badaniu osób kształciła się w okresie bezpośrednio powojennym, kiedy aspiracje edukacyjne realizowane były nie poprzez dłuższy okres kształcenia, ale inne formy późniejszego dokończania, m.in. w trakcie pracy). Związek z poziomem inteligencji i sprawności umysłowej (osób badanych w SHARE za pomocą szeregu testów sprawności kognitywnej) jest nieistotny statystycznie.

Wykres 1.3. Determinanty wyjścia z zatrudnienia między R2 i R4



Uwagi: respondenci badani w R2 i R4; ograniczenie wiekowe w R2: >49 i < 65 lat; osoby zatrudnione lub samozatrudnione w R2. Pozostałe zmienne kontrolowane w regresji – patrz tabela 1.1. Na wykresie przedstawiono efekty krańcowe w oparciu o logitowy model prawdopodobieństwa dla średnich wartości zmiennych niezależnych.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE.

1. Dynamika rynku pracy i zmiany w sytuacji materialnej osób w wieku 50+

Tabela 1.1.

Determinanty odejścia z zatrudnienia pomiędzy R2 i R4

	Współczynnik	Odch. st.	Poziom istotności
Płeć (kobieta)	0,000	(0,026)	
Wiek	0,079	(0,006)	***
Partner w R2	0,008	(0,035)	
Edukacja (lata)	-0,011	(0,004)	***
Zamieszkanie w R2: wieś	0,074	(0,029)	***
Zdrowie w R2:			
– samoocena (dobre lub bardzo dobre)	-0,074	(0,028)	***
– symptomy depresji (4+)	0,076	(0,040)	*
– pali papierosy w R2	0,050	(0,030)	*
Pogorszenie stanu zdrowia między R2 i R4:			
– IADLs R2=0 & R4>0	0,022	(0,036)	
– wzrost liczby chorób	0,026	(0,034)	
– wzrost liczby dolegliwości	0,010	(0,033)	
Rynek pracy w R2:			
– samozatrudnienie	-0,252	(0,039)	***
– pełen etat	-0,245	(0,045)	***
– chęć przejścia na emeryturę tak szybko, jak to możliwe	0,139	(0,029)	***
– zadowolenie z pracy	-0,062	(0,046)	
– pewność zatrudnienia	-0,023	(0,033)	
Testy sprawności kognitywnej w R2:			
– werbalnej (liczba wymienionych zwierząt)	0,000	(0,002)	
– numerycznej (wszystkie odp. poprawne)	0,027	(0,029)	
Czas między wywiadami (lata)			
DE	-0,223	(0,070)	***
SE	-0,360	(0,074)	***
NL	-0,239	(0,070)	***
ES	-0,275	(0,079)	***
IT	-0,178	(0,075)	**
FR	-0,117	(0,070)	*
DK	-0,295	(0,070)	***
CH	-0,440	(0,072)	***
BE	-0,034	(0,067)	
CZ	-0,046	(0,076)	
PL	0,039	(0,085)	
N	4473		

Uwagi: *** istotność statystyczna na poziomie 1%; ** istotność statystyczna na poziomie 5%; * istotność statystyczna na poziomie 10%. W tabeli przedstawiono efekty krańcowe w oparciu o logitowy model prawdopodobieństwa dla średnich wartości zmiennych niezależnych. AT stanowi kategorię odniesienia dla zmiennych krajowych.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE (z R2 i R4).

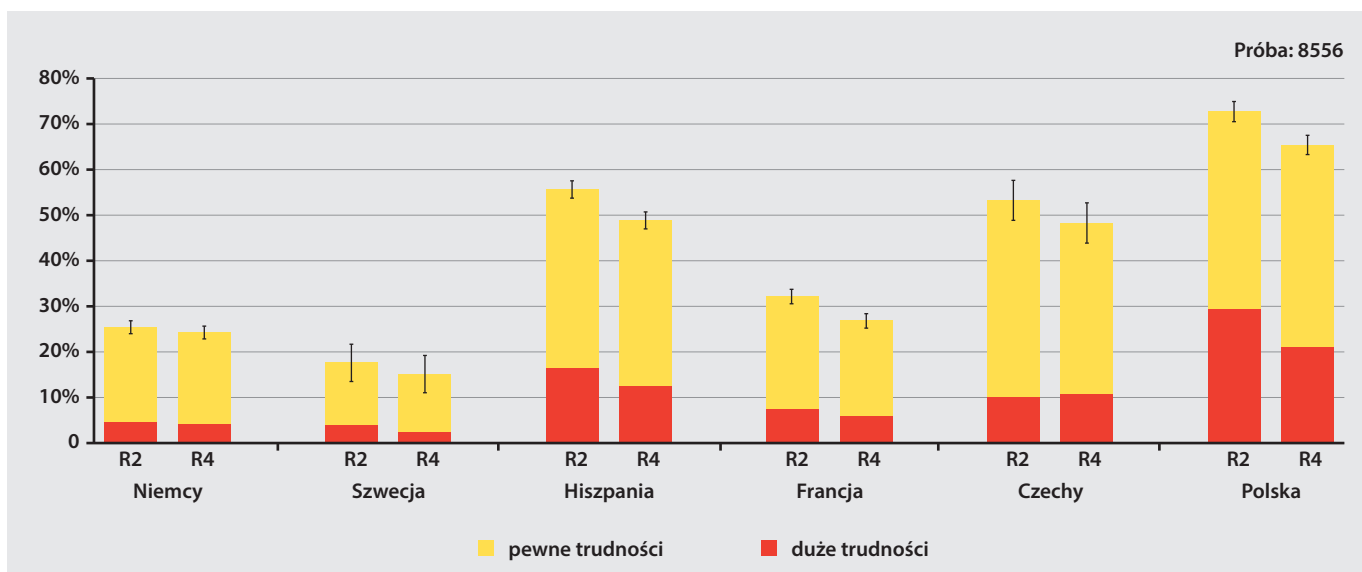
1. Dynamika rynku pracy i zmiany w sytuacji materialnej osób w wieku 50+

1.2. Sytuacja materialna osób starszych

1.2.1. Sytuacja materialna respondentów SHARE przed i po kryzysie gospodarczym

Choć w okresie między R2 i R4 rozpoczął się kryzys gospodarczy, skutkujący znacznym spowolnieniem ekonomicznym, to jednak deklaracje respondentów SHARE dotyczące oceny statusu materialnego sugerują nieznaczną poprawę warunków materialnych wśród osób starszych (wykres 1.4.). Dotyczy to zarówno takich krajów jak Polska, Szwecja czy Niemcy, gdzie kryzys był mniej odczuwalny, jak i Hiszpanii czy Francji, gdzie odsetek respondentów deklarujących trudności w wiązaniu końca z końcem jest niższy w R4 w porównaniu z R2, choć różnice pomiędzy rundami nie we wszystkich przypadkach są wyraźne i istotne statystycznie. Dane sugerują poprawę sytuacji przede wszystkim w Polsce (o 7,4 p.p.) i w Hiszpanii (o 6,7 p.p.). Jednocześnie jednak sytuacja polskich respondentów na tle pozostałych krajów pozostawała najtrudniejsza. Wśród respondentów, którzy brali udział w obydwu rundach badania w Polsce, notujemy najwyższy, przekraczający 65,4% odsetek osób deklarujących trudności finansowe, podczas gdy dla porównania w Szwecji odsetek ten oscylował wokół 15,1%. Podobnie, odsetek osób znajdujących się w bardzo trudnej sytuacji materialnej (odpowiadającej dużym trudnościom w wiązaniu końca z końcem) miał najwyższe wartości wśród respondentów z Polski (21,0% w R4 w porównaniu np. do 2,4% w Szwecji). Jak wskazują wyniki opracowań bazujących na danych SHARE dla R2., również obiektywne miary ubóstwa oparte o porównanie dochodów gospodarstw domowych przyjmowały najwyższe wartości dla Polski (Lyberaki i Tinios, 2008).

Wykres 1.4. Trudności w wiązaniu końca z końcem w R2 i R4



Uwagi: respondenci badani w R2 i R4; ograniczenie wiekowe w R2: >49 lat; przedziały na każdym słupku odpowiadają 95% poziomowi ufności. Dane skorygowane o strukturę wieku i względem płci.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE.

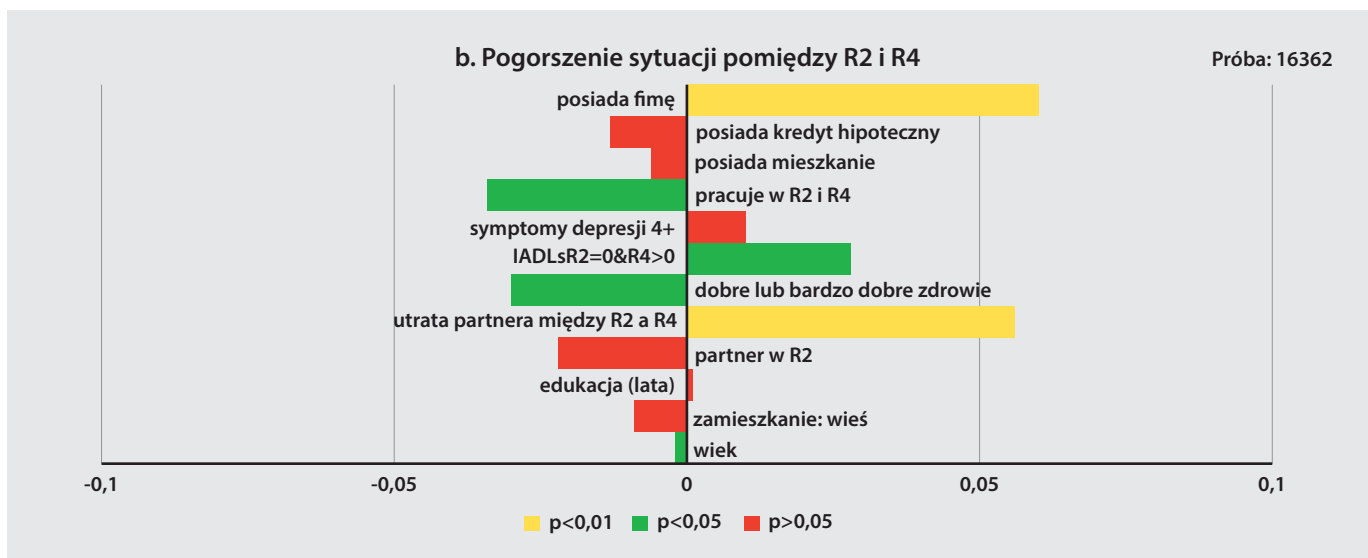
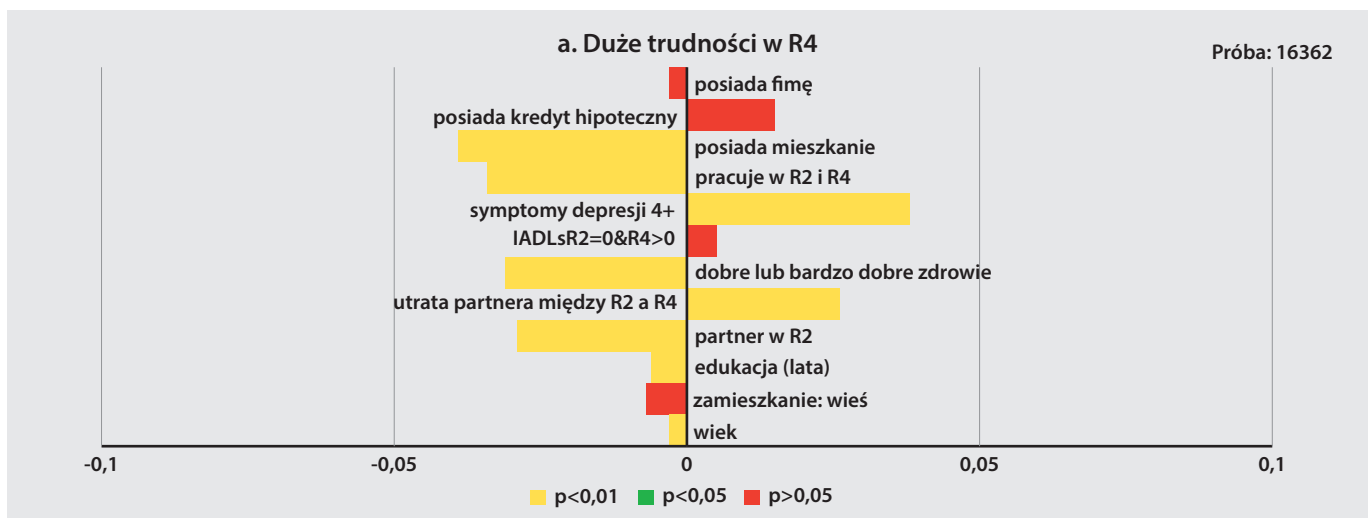
1.2.2. Co wpływa na zmiany w sytuacji materialnej?

Na wykresie 1.5.a oraz w tabeli 1.2. przedstawiono wyniki analiz czynników, które na podstawie danych SHARE można zidentyfikować jako najsilniej korelujące ze złą oceną sytuacji materialnej w R4 przez osoby starsze (kompleksową analizę czynników powiązanych z ubóstwem zidentyfikowanym za pomocą subiektywnych miar przedstawiono w: Adena i Myck, 2013). Prawdopodobieństwo posiadania dużych trudności w wiązaniu końca z końcem jest o 3,4 p.p. niższe wśród osób, które deklarowały zatrudnienie w obu rundach badania i o 3,9 p.p. niższe wśród osób posiadających dom lub mieszkanie

1. Dynamika rynku pracy i zmiany w sytuacji materialnej osób w wieku 50+

na własność. Wyższe prawdopodobieństwo trudności finansowych mają osoby samotne w rundzie 2. i osoby, które utraciły współmałżonka bądź partnera (bez względu na przyczynę) w okresie dzielącym obie rundy badania (w obu przypadkach można zaobserwować wzrost prawdopodobieństwa o ponad 2,5 p.p.). Czynniki zdrowotne, a w szczególności depresja, również odegrały niebagatelną rolę w sposobie oceny sytuacji materialnej. Osoby określające swój ogólny stan zdrowia w R2 jako dobry lub bardzo dobry mają o 3,1 p.p. mniejsze prawdopodobieństwo posiadania dużych trudności finansowych, natomiast dla respondentów ze zidentyfikowanymi objawami depresji (zdefiniowanymi jako cztery lub więcej czynników według skali EURO-D) w R2 rośnie ono o 3,8 p.p.

Wykres 1.5. Trudności w wiązaniu końca z końcem: R4 i zmiana między R2 i R4



Uwagi: respondenci badani w R2 i R4; ograniczenie wiekowe w R2: >49 lat; pozostałe zmienne kontrolowane w regresji – patrz tabela 1.2. Na wykresie przedstawiono efekty krańcowe w oparciu o logitowy model prawdopodobieństwa dla średnich wartości zmiennych niezależnych.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE.

Do czynników sprzyjających pogorszeniu sytuacji materialnej respondentów (patrz wykres 1.5.b) pomiędzy rundami badania należały: utrata partnera w tym okresie (co zwiększa prawdopodobieństwo pogorszenia sytuacji o 5,6 p.p.) oraz zdrowie – ogólny zły stan zdrowia w R2, jak również pogorszenie stanu zdrowia pomiędzy rundami (prawdopodobieństwo zwiększenia trudności finansowych jest wyższe o 2,8 p.p. dla osób, które w R2 deklarowały pełną sprawność fizyczną i ograniczenie tej sprawności w R4).

1. Dynamika rynku pracy i zmiany w sytuacji materialnej osób w wieku 50+

Tabela 1.2.

Determinanty trudnej sytuacji materialnej i jej zmian pomiędzy R2 i R4

	Duże trudności w wiązaniu końca z końcem w R4			Deklarowany wzrost trudności w wiązaniu końca z końcem pomiędzy R2 i R4		
	Współczynnik	Odch. std.	Poziom istotności	Współczynnik	Odch. std.	Poziom istotności
Płeć (kobieta)	-0,013	(0,007)	***	-0,002	(0,010)	
Wiek	-0,003	(0,000)	***	-0,002	(0,001)	**
Partner w R2	-0,029	(0,006)	***	-0,022	(0,013)	*
Utrata partnera między wywiadami	0,026	(0,010)	***	0,056	(0,019)	***
Edukacja (lata)	-0,006	(0,001)	***	0,001	(0,001)	
Zamieszkanie w R2: wieś	-0,007	(0,005)		-0,009	(0,011)	
Powyżej 2 os. w gosp. dom. w R2	0,006	(0,005)		-0,014	(0,012)	
Zdrowie w R2:						
– dobre lub bardzo dobre zdrowie	-0,031	(0,007)	***	-0,030	(0,012)	**
– symptomy depresji 4+	0,038	(0,006)	***	0,010	(0,013)	
Pogorszenie stanu zdrowia między R2 i R4:						
– IADLR2=0&R4>0	0,005	(0,006)		0,028	(0,012)	**
– wzrost liczby chorób	0,012	(0,007)	*	0,013	(0,014)	
– wzrost liczby dolegliwości	-0,006	(0,007)		-0,004	(0,013)	
Rynek pracy i zasoby w R2:						
– posiada mieszkanie	-0,039	(0,006)	***	-0,006	(0,012)	
– posiada kredyt hipoteczny	0,015	(0,010)		-0,013	(0,015)	
– posiada firmę	-0,003	(0,013)		0,060	(0,020)	***
– pracuje (R2 i R4)	-0,034	(0,009)	***	-0,034	(0,017)	**
Styl życia w R2:						
– pali papierosy	0,008	(0,006)		-0,018	(0,013)	
– pije alkohol codziennie	-0,013	(0,007)	**	-0,005	(0,012)	
Sytuacja rodzinno-społeczna w R2:						
– ma kontakt z dziećmi	0,006	(0,008)		0,024	(0,016)	
– udziela pomocy	-0,004	(0,006)		0,004	(0,011)	
– otrzymuje pomoc	0,013	(0,006)	**	-0,001	(0,013)	
Czas między wywiadami (lata)	-0,023	(0,012)	**	-0,007	(0,024)	
DE	0,098	(0,027)	***	0,014	(0,024)	
SE	0,070	(0,027)	**	0,000	(0,024)	
NL	0,072	(0,026)	***	-0,020	(0,024)	
ES	0,120	(0,027)	***	0,073	(0,025)	***
IT	0,148	(0,027)	***	0,006	(0,023)	
FR	0,120	(0,027)	***	0,014	(0,024)	
DK	0,064	(0,027)	**	-0,014	(0,024)	
CH	0,042	(0,028)		0,033	(0,025)	
BE	0,130	(0,026)	***	0,073	(0,022)	***
CZ	0,141	(0,026)	***	0,019	(0,025)	
PL	0,170	(0,028)	***	0,007	(0,028)	
N		16362			16362	

Uwagi: *** istotność statystyczna na poziomie 1%; ** istotność statystyczna na poziomie 5%; * istotność statystyczna na poziomie 10%. W tabeli przedstawiono efekty krajowe w oparciu o logitowy model prawdopodobieństwa dla średnich wartości zmiennych niezależnych. AT stanowi kategorię odniesienia dla zmiennych krajowych.

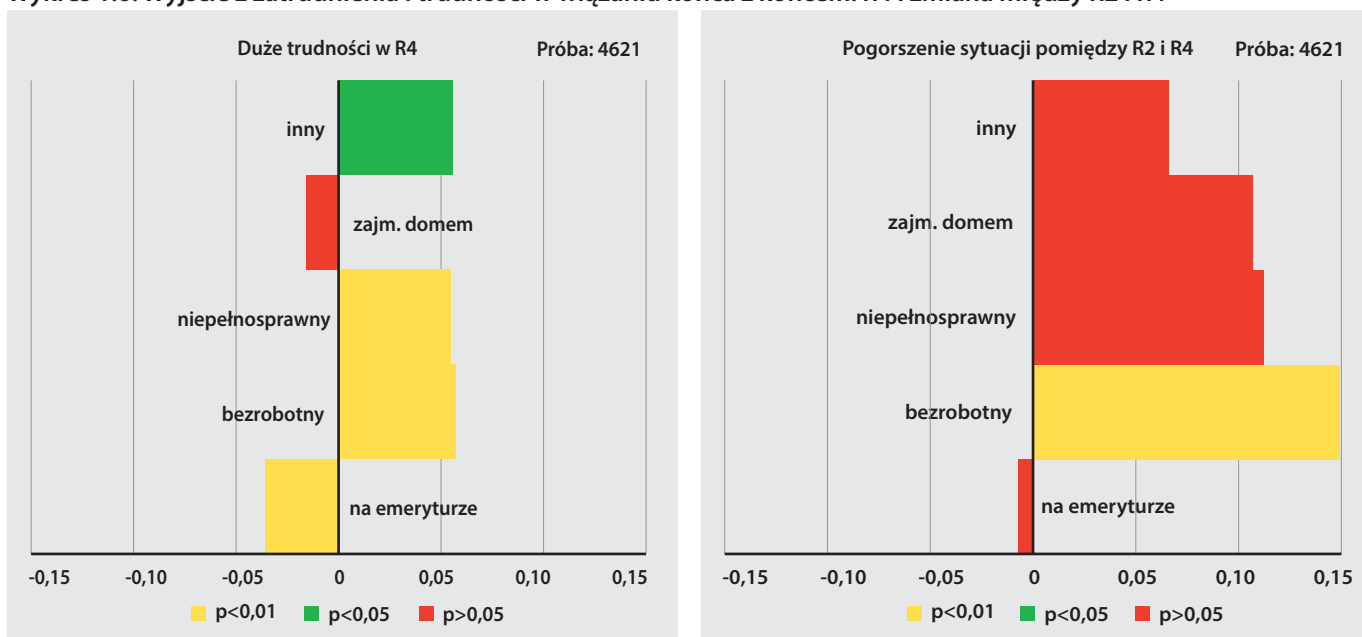
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE (z R2 i R4).

1. Dynamika rynku pracy i zmiany w sytuacji materialnej osób w wieku 50+

W przypadku respondentów, którzy w R4 źle oceniali swoją sytuację materialną, istotną determinantą jej zmiany była aktywność na rynku pracy w obu rundach badania. W przypadku osób aktywnych zawodowo w obu rundach, odnotowany był 3,4 p.p. spadek prawdopodobieństwa zwiększenia trudności materialnych. Z kolei właściciele firm w R2 należeli do osób w większym stopniu narażonych na pogorszenie się sytuacji materialnej (prawdopodobieństwo dla tej grupy jest wyższe o 6,0 p.p.), co może stanowić odzwierciedlenie skutków kryzysu gospodarczego dla finansów gospodarstw domowych, których członkowie prowadzą własne przedsiębiorstwa.

Jak wspomniano powyżej, jednym z istotniejszych elementów determinujących poziom oraz zmiany w samoocenie sytuacji materialnej, jest utrzymanie zatrudnienia pomiędzy R2 i R4. Biorąc pod uwagę ocenę sytuacji materialnej w R4, a także zmiany w tym zakresie pomiędzy R2 i R4 wyłącznie dla osób zatrudnionych w R2, można przyrzeć się temu, jak przepływy z zatrudnienia do poszczególnych kategorii statusu rynku pracy wpływają na zmianę oceny sytuacji materialnej. W tabeli 1.3. oraz na wykresie 1.6. przedstawiono wyniki analiz zmian statusu aktywności ekonomicznej skorelowanych z deklaracją dużych trudności w wiązaniu końca z końcem oraz pogorszenia się oceny sytuacji materialnej między R2 i R4 wśród osób pracujących w R2. Wyjście z zatrudnienia do bezrobocia lub niepełnosprawności w największym stopniu zwiększało prawdopodobieństwo złej oceny sytuacji materialnej w R4 w porównaniu do osób nadal pracujących – w pierwszym przypadku o 5,7 p.p., w drugim – o 5,5 p.p. Ponadto, dla osób deklarujących się jako bezrobotne w R4, prawdopodobieństwo, że ich sytuacja materialna będzie trudniejsza w R4 w porównaniu do R2, było o 14,9 p.p. wyższe niż dla pracujących. Jedynie emeryci stanowili grupę, dla której prawdopodobieństwo trudności finansowych w R4 było o 3,6 p.p. niższe niż dla osób, które utrzymały się na rynku pracy, co sugeruje, że własna ocena sytuacji materialnej ulega poprawie po przejściu na emeryturę. To oznacza, że przynajmniej w pierwszych latach przebywania na emeryturze dochody emerytalne jako tzw. dochód zastępczy (replacement income) zapewniają adekwatny poziom wsparcia materialnego, mimo tego że w większości przypadków dochody emerytalne są niższe w porównaniu do dochodów z pracy. Należy tu ponadto pamiętać, że w powyższej analizie przedstawiono łączne rezultaty dla wszystkich krajów uczestniczących w SHARE i wyniki analiz na poziomie indywidualnym mogą różnić się w poszczególnych krajach.

Wykres 1.6. Wyjście z zatrudnienia i trudności w wiązaniu końca z końcem: R4 i zmiana między R2 i R4



Uwagi: respondenci badani w R2 i R4; ograniczenie wiekowe w R2: >49 i <65; pozostałe zmienne kontrolowane w regresji – patrz tabela 1.3. Na wykresie przedstawiono efekty krańcowe w oparciu o logitowy model prawdopodobieństwa dla średnich wartości zmiennych niezależnych.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE.

1. Dynamika rynku pracy i zmiany w sytuacji materialnej osób w wieku 50+

Tabela 1.3.

Wyjście z zatrudnienia a trudna sytuacja materialna i jej zmiany pomiędzy R2 i R4

	Duże trudności w wiązaniu końca z końcem w R4			Deklarowany wzrost trudności w wiązaniu końca z końcem pomiędzy R2 i R4		
	Współczynnik	Odch. std.	Poziom istotności	Współczynnik	Odch. std.	Poziom istotności
Status na rynku pracy w R4:						
– na emeryturze	-0,036	(0,010)	***	-0,007	(0,026)	
– bezrobotny	0,057	(0,014)	***	0,149	(0,044)	***
– niepełnosprawny	0,055	(0,017)	***	0,112	(0,064)	*
– zajmuje się domem	-0,016	(0,019)		0,107	(0,061)	*
– inny	0,056	(0,024)	**	0,066	(0,065)	
Płeć (kobieta)	0,004	(0,007)		-0,001	(0,020)	
Wiek	0,000	(0,001)		0,002	(0,004)	
Edukacja (lata)	-0,005	(0,001)	***	-0,003	(0,003)	
Partner w R2	-0,020	(0,008)	**	-0,043	(0,025)	*
Zamieszkanie w R2: wieś	-0,020	(0,008)	**	-0,020	(0,023)	
Dobre/bardzo dobre zdrowie w R2	-0,026	(0,008)	***	-0,014	(0,021)	
Czas między wywiadami (lata)	0,010	(0,020)		0,068	(0,043)	
DE	0,036	(0,037)		-0,060	(0,060)	
SE	0,012	(0,042)		-0,101	(0,060)	*
NL	0,024	(0,038)		-0,096	(0,060)	
ES	0,047	(0,037)		0,104	(0,064)	
IT	0,084	(0,037)	**	0,010	(0,058)	
FR	0,049	(0,037)		-0,105	(0,059)	*
DK	0,031	(0,037)		-0,096	(0,059)	
CH	-0,001	(0,039)		-0,038	(0,059)	
BE	0,037	(0,036)		0,038	(0,056)	
CZ	0,078	(0,037)	**	0,005	(0,062)	
PL	0,072	(0,039)	*	-0,047	(0,068)	
N		4621			4621	

Uwagi: *** istotność statystyczna na poziomie 1%; ** istotność statystyczna na poziomie 5%; * istotność statystyczna na poziomie 10%. W tabeli przedstawiono efekty krańcowe w oparciu o logitowy model prawdopodobieństwa dla średnich wartości zmiennych niezależnych. AT stanowi kategorię odniesienia dla zmiennych krajowych.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE (z R2 i R4).

1.3. Podsumowanie

W niniejszym rozdziale zestawiono ze sobą wyniki 2. i 4. rundy badania SHARE dotyczące zatrudnienia i sytuacji materialnej osób starszych, poświęcając szczególną uwagę porównaniu wyników uzyskanych dla Polski z wynikami dla wybranych krajów europejskich.

Jak pokazują rezultaty badania, polscy respondenci opuszczają rynek pracy na wcześniejszym etapie życia niż Szwedzi czy Niemcy, a stan zdrowia w Polsce tylko w nieznacznym stopniu różnicuje czas odejścia z rynku pracy. Obserwacje na podstawie SHARE wskazują na znaczący wpływ czynników systemowych, które przykładowo przekładają się na wysoki odsetek kobiet wychodzących z rynku pracy ze względu na uzyskanie uprawnień do wcześniejszej emerytury. Innym ważnym aspektem polskiego systemu są odpływy osób starszych z rynku pracy ze względu na możliwość skorzystania z uprawnień do renty, często mimo braku przesłanek zdrowotnych.

Wśród najistotniejszych determinant, przyczyniających się do większego prawdopodobieństwa wyjścia z zatrudnienia, zidentyfikować można czynniki ściśle związane z warunkami pracy, takie jak forma zatrudnienia i wymiar godzinowy pracy, czy subiektywnie odczuwana satysfakcja z jej wykonywania. Ogólnie rzecz biorąc znaczący wpływ na wyjście z rynku pracy mają też czynniki zdrowotne. Dobry stan zdrowia przekłada się na zmniejszenie prawdopodobieństwa odejścia z pracy o 7,4 punktów procentowych.

Niekorzystne oddziaływanie kryzysu nie znalazło odzwierciedlenia w danych dotyczących subiektywnie ocenianej sytuacji materialnej przez panelowych respondentów SHARE. Odsetek osób deklarujących złe warunki materialne jest nieznacznie niższy w 4. rundzie badania w porównaniu do rundy z 2006 roku. Mimo tego sytuacja materialna Polaków 50+ należała do najtrudniejszych wśród badanych państw, wskazując tym samym, że mimo niskich dochodowych statystyk ubóstwa, osoby starsze w Polsce stanowią grupę w znaczącym stopniu dotkniętą złą sytuacją materialną.

Zmiana sytuacji na rynku pracy, a w szczególności wyjście z zatrudnienia i przejście do bezrobocia lub niepełnosprawności, w dużym stopniu przekłada się zarówno na duże trudności finansowe, jak i na pogorszenie się sytuacji materialnej osób, których dotyczy. Warto zauważyć jednak, że wśród respondentów przechodzących z zatrudnienia na emeryturę, ocena sytuacji finansowej ulega poprawie. Problemy finansowe powiązane są także ze złym stanem zdrowia, depresją czy utratą bliskiej osoby. Duży wpływ na ocenę sytuacji finansowej ma posiadanie zasobów majątkowych, np. nieruchomości. W tym przypadku analizy wskazują na możliwy efekt kryzysu finansowego, który przełożył się na pogorszenie sytuacji materialnej wśród właścicieli przedsiębiorstw.

Biorąc pod uwagę ściśle zależności pomiędzy pogorszeniem sytuacji finansowej a wyjściem z zatrudnienia oraz zaobserwowany dla Polski wysoki odsetek zarówno osób narażonych na trudną sytuację materialną, jak i odsetek osób wcześniej wychodzących z rynku pracy, podkreślić należy istotę opracowywania rozwiązań promujących przedłużanie okresu utrzymywania się na rynku pracy i aktywizacji osób starszych w Polsce. Programy takie znajdą przełożenie nie tylko w poprawie sytuacji materialnej tej grupy, ale będą miały też odzwierciedlenie w poprawie innych aspektów jakości życia, takich jak stan zdrowia i samopoczucie.

2. Aktywność społeczna i edukacyjna osób 55+

Badacze procesów indywidualnego starzenia się, m.in. Rowe i Kahn oraz Menec i Gerontol, wskazują na zaangażowanie i aktywność społeczną jako na jeden z kluczowych czynników sprzyjających godnemu starzeniu się (*successful ageing*). Jak wskazują Christelis i Dobrescu, aktywność społeczna ma ważny pozytywny wpływ na utrzymywanie zdolności poznawczych osób starszych oraz pośrednio również na ich sytuację ekonomiczną. Dobrze udokumentowany jest, przez m. in. Cumminga i Henry'ego, negatywny wpływ wycofania się z aktywnego życia społecznego na zdrowie psychiczne i fizyczne osób starszych.

Dostrzeganie roli aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym osób starszych widoczne jest również w polityce publicznej na poziomie światowym, europejskim i krajowym. Światowa Organizacja Zdrowia w dokumencie *Active Ageing: A Policy Framework (2002)* wskazuje, że uczestnictwo w życiu społecznym i ekonomicznym powinno być uniwersalną zasadą polityki aktywnego starzenia się. W ostatnich latach Unia Europejska przyjęła inicjatywy, których celem jest wprowadzenie „modelu” polityki aktywnego starzenia się (np. Komunikat Komisji „The 2012 Ageing Report. European Economy 2/2012”), a rok 2012 został ogłoszony Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Dodatkowo, Komisja Europejska razem z UNECE opracowała zestaw złożonych wskaźników Active Ageing Index (EC i UNECE 2013), który służy analizie sytuacji osób starszych w państwach UE. Również w Polsce publiczna debata oraz inicjatywy rządowe dotyczące aktywności osób starszych, dużo uwagi poświęcają aktywności społecznej i edukacyjnej, np. główny cel Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013 to „Poprawa jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną”.

Badanie SHARE dostarcza szeregu informacji o aktywności osób starszych. Respondenci odpowiadają na pytania dotyczące różnych przejawów aktywności społecznej, takich jak np. uczęszczanie do klubu sportowego lub towarzyskiego, aktywność edukacyjna, aktywność religijna, a także różnych form aktywności bardziej indywidualnej jak czytanie książek lub gazet czy rozwiązywanie krzyżówek. Ponadto w Polsce, w kwestionariuszu dodatkowym do ostatniej (czwartej) fali badania, respondenci byli pytani o aktywności w domu, takie jak: oglądanie telewizji, korzystanie z komputera oraz ponownie o czytanie książek i gazet¹¹, a także o aktywności poza domem – uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych czy spotkaniach ze znajomymi, uczestnictwo w zajęciach uniwersytetów trzeciego wieku, kursach i szkoleniach z różnego zakresu.

W rozdziale zaprezentowane są informacje na temat aktywności społecznej, indywidualnej, edukacyjnej i religijnej Polaków, a następnie porównanie skali tej aktywności do sytuacji w innych krajach europejskich uczestniczących w SHARE. Prezentujemy również informacje o różnych formach uczenia się Polaków, w oparciu o dane z kwestionariusza dodatkowego.

2.1. Podstawowe informacje o aktywności mieszkańców Polski

W naszej analizie skupiamy się na następujących obszarach aktywności:

- aktywność społeczna (definiowana jako aktywność z udziałem innych osób), do której zaliczamy uczestnictwo w działalności charytatywnej lub wolontariacie, uczęszczanie do klubu sportowego, towarzyskiego, uczestnictwo w organizacji politycznej lub związanej ze społecznością oraz granie w karty lub gry takie jak szachy,

¹⁰ Instytut Badań Edukacyjnych, Zespół Edukacji i Rynku Pracy.

¹¹ W kwestionariuszu krajowym pytano o każdą z rzeczy oddzielnie, podczas gdy w kwestionariuszu międzynarodowym pytanie odnosiło się do czytania ogółem.

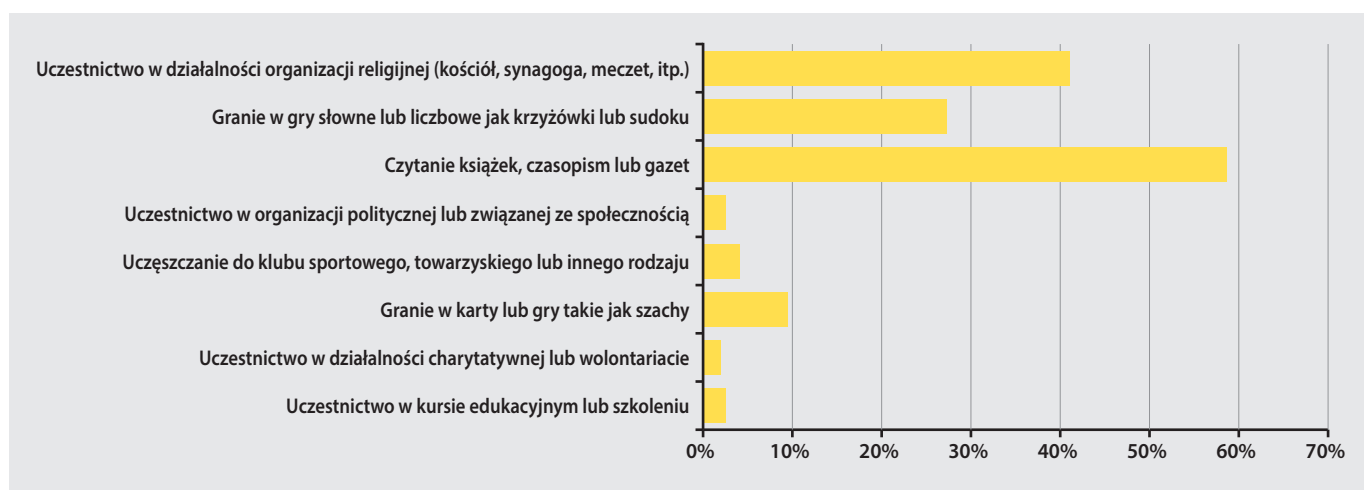
2. Aktywność społeczna i edukacyjna osób 55+

- aktywność indywidualna, do której zaliczamy czytanie książek, czasopism lub gazet oraz granie w gry słowne lub liczbowe jak krzyżówki lub sudoku,
- aktywność religijna, czyli uczestnictwo w działalności organizacji religijnej,
- aktywność edukacyjna, czyli uczestnictwo w kursach edukacyjnych lub szkoleniach.

Ze względu na bardzo małe zaangażowanie respondentów w aktywność edukacyjną, ograniczone są możliwości statystycznej analizy ostatniego obszaru¹².

Analizując łącznie wszystkie obszary aktywności polskich respondentów SHARE, czyli osób po 54 roku życia, zaskakujący jest wysoki poziom całkowitej bierności – aż 22% badanych wskazało, że w ostatnich 12 miesiącach nie podjęło żadnej z aktywności. Jest to niepokojąco duży odsetek, jeżeli weźmiemy pod uwagę wyjątkowo szeroki katalog tych aktywności oraz długość okresu odniesienia. Również wśród osób aktywnych różnorodność podejmowanych działań jest niewielka. Około 30% osób w Polsce wskazało tylko jedną z listy aktywności wymienionych w pytaniu, a jedynie niecałe 5% – cztery lub więcej. Najczęściej wskazywane aktywności to czytanie książek i gazet oraz uczestnictwo w działalności organizacji religijnej.

Wykres 2.1. Aktywność Polaków w ciągu roku poprzedzającego badanie wg kwestionariusza międzynarodowego



Uwagi: uwzględniono osoby w wieku 55+.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wyniki dodatkowej ankiety dotyczącej aktywności poza domem dostarczają nieco bardziej szczegółowych informacji o sposobach spędzania czasu przez osoby w wieku 55+. Jedynie 52% osób wskazało, że uczestniczyło w co najmniej jednym z wydarzeń kulturalnych (por. wykres 2.1.) a 87% – że spotyka się ze znajomymi poza domem. Wśród osób, które zadeklarowały aktywność, największą popularnością cieszyły się festyny (32%) i wycieczki krajoznawcze (31%), a także wyjście do kina (18%), do muzeum czy na koncert (około 11%). Ciekawe są dane dotyczące wyjazdów zagranicznych – 11% respondentów w wieku 55 lat i więcej wskazało, że co najmniej raz w ciągu ostatniego roku było na wycieczce zagranicznej¹³. Zgodnie z deklaracjami respondentów, ich aktywność poza domem nie jest zróżnicowana – 47% osób wybrało nie więcej niż dwie aktywności wskazane na wykresie 2.2.

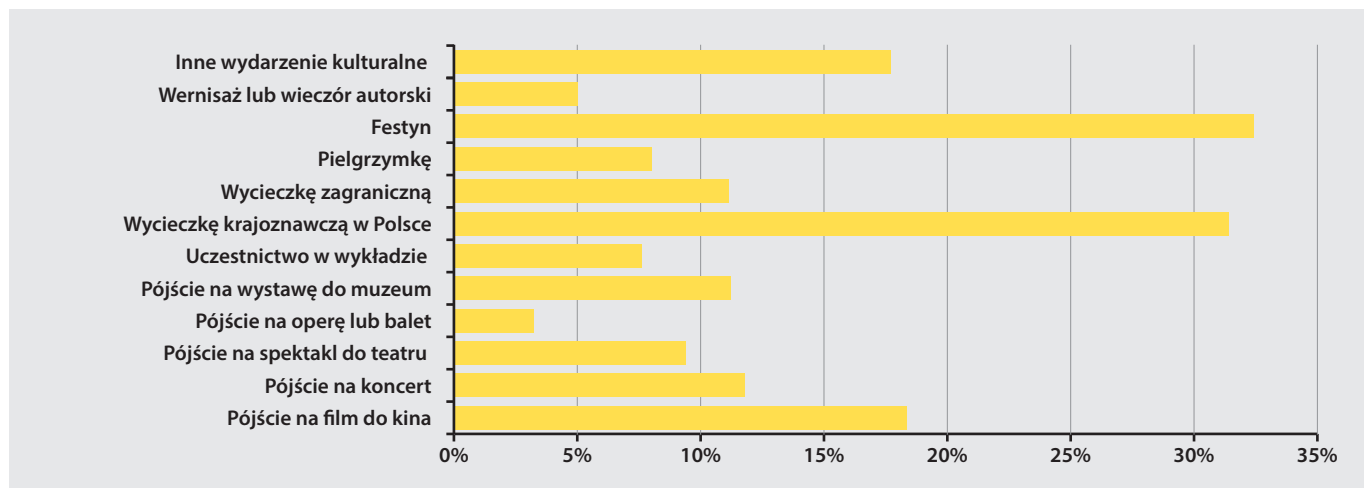
W przypadku zajęć w domu najczęściej deklarowano oglądanie telewizji (dziennik ogląda 98% respondentów, a filmy – 94%) oraz czytanie gazet codziennych (81% respondentów). Respondenci prawdopodobnie poświęcają relatywnie dużo czasu na oglądanie telewizji, gdyż 40% respondentów ogląda dziennik częściej niż raz dziennie, a 33% ogląda filmy częściej niż raz dziennie.

¹² Wynika to z bardzo małej liczby osób w badanej próbie deklarujących odpowiednie aktywności.

¹³ Taka skala udziału w podróżach zagranicznych jest spójna np. z wynikami prezentowanymi w: J. Łaciak, Uczestnictwo Polaków w wyjazdach turystycznych z 2010 r., Instytut Turystyki, Warszawa 2011.

2. Aktywność społeczna i edukacyjna osób 55+

Wykres 2.2. Aktywność Polaków w ciągu roku poprzedzającego badanie wg dodatkowego kwestionariusza polskiego

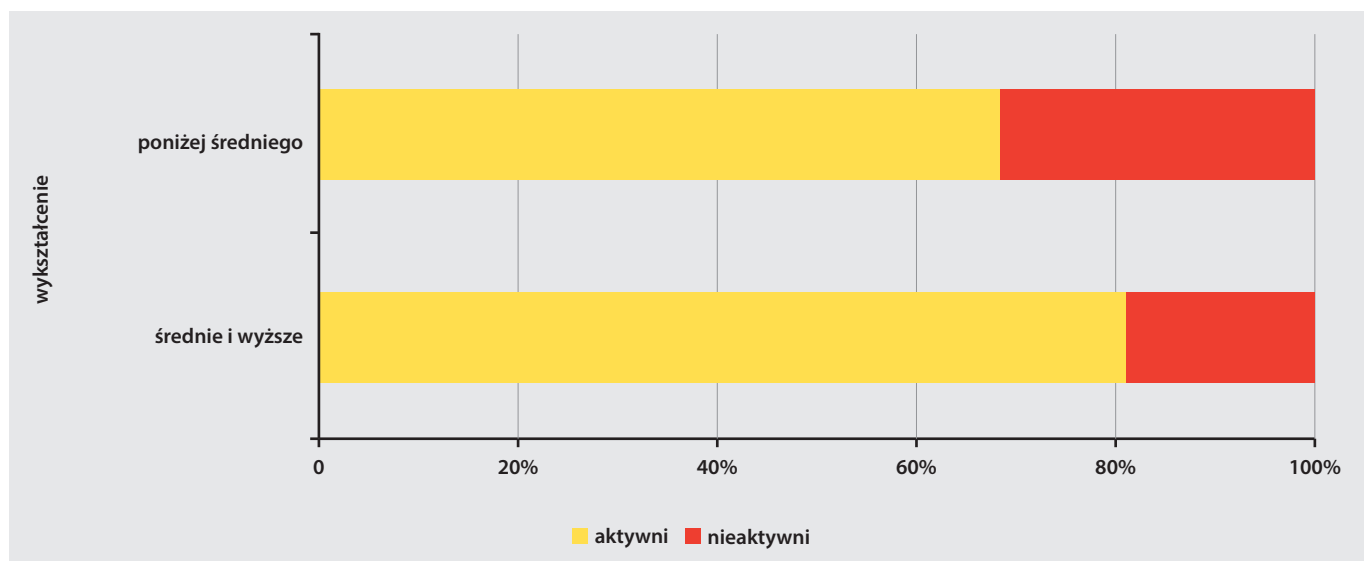


Uwagi: procent wskazań co najmniej jednorazowego udziału w wymienionych aktywnościach w ciągu 12 miesięcy przed momentem badania. Uwzględniono osoby w wieku 55+.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Różnice w odsetkach między kwestionariuszem międzynarodowym a dodatkowym kwestionariuszem polskim, w przypadku pytań o aktywność związaną z czytaniem, mogą wynikać z różnic w sformułowaniu pytania: w pierwszym przypadku pytano o czytanie książek, czasopism lub gazet łącznie a w przypadku ankiety dodatkowej o każdą z tych czynności osobno. Przykładowo, w kwestionariuszu dodatkowym 81% respondentów zadeklarowało, że czyta gazety codzienne, a jedynie 52% – że czyta książki. Co ciekawe, po książkę sięga codziennie około 10% badanych. Badanie wykazało również mały odsetek osób, które w przeciągu ostatnich 12 miesięcy korzystały z komputera (22%) lub z Internetu (21%). Badanie wskazuje na zróżnicowanie aktywności w zależności od poziomu wykształcenia. Wśród osób w wieku 55 lat i więcej z wykształceniem niższym niż średnie (<ISCED 3) tylko 68% deklaruje, że uczestniczyło w ciągu ostatnich 12 miesięcy w jakiegokolwiek formie aktywności. Natomiast już 81% osób posiadających średnie lub wyższe niż średnie wykształcenie (=>ISCED3) deklaruowało jakąś aktywność w tym czasie. (wykres 2.3.).

Wykres 2.3. Aktywność a wykształcenie



Uwagi: uwzględniono osoby w wieku 55 i więcej lat.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

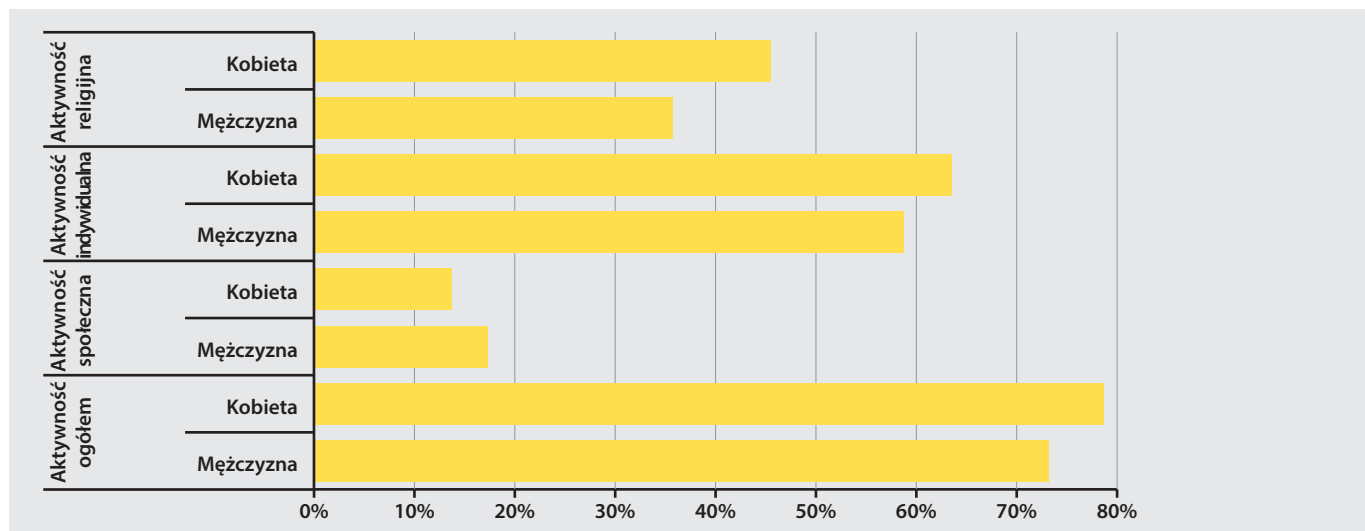
2. Aktywność społeczna i edukacyjna osób 55+

Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia można również zauważyć przeciwstawne tendencje w dwóch najczęściej wskazywanych aktywnościach. Odsetek osób deklarujących czytanie książek i gazet wzrasta wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia osób w wieku 55+ – z prawie 47% dla osób z wykształceniem poniżej średniego, do 66% dla osób z wykształceniem średnim i wyższym niż średnie. Natomiast uczestnictwo w działalności organizacji religijnej maleje wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, odpowiednio z 43% do 39%.

Kobiety są bardziej aktywne niż mężczyźni – 79% kobiet w wieku 55 lat i więcej deklaruje, że podjęło jakąś formę aktywności, w porównaniu do 73% mężczyzn. Wyższy poziom aktywności kobiet jest widoczny wśród najmłodszych respondentów, a zrównuje się w starszych grupach wieku.

Aktywność kobiet jest także bardziej zróżnicowana – wskazują one na więcej niż jeden rodzaj aktywności częściej niż mężczyźni. Zarówno aktywność kobiet jak i mężczyzn przejawia się głównie w czytaniu książek, gazet czy rozwiązywaniu krzyżówek (63% kobiet i 59% mężczyzn). Istotnie wyższy jest udział kobiet w działalności organizacji religijnych (45% kobiet i 34% mężczyzn). Widoczne na wykresie nieznaczne różnice w aktywności społecznej (mężczyźni – 17%, kobiety – 14%) nie są istotne statystycznie.

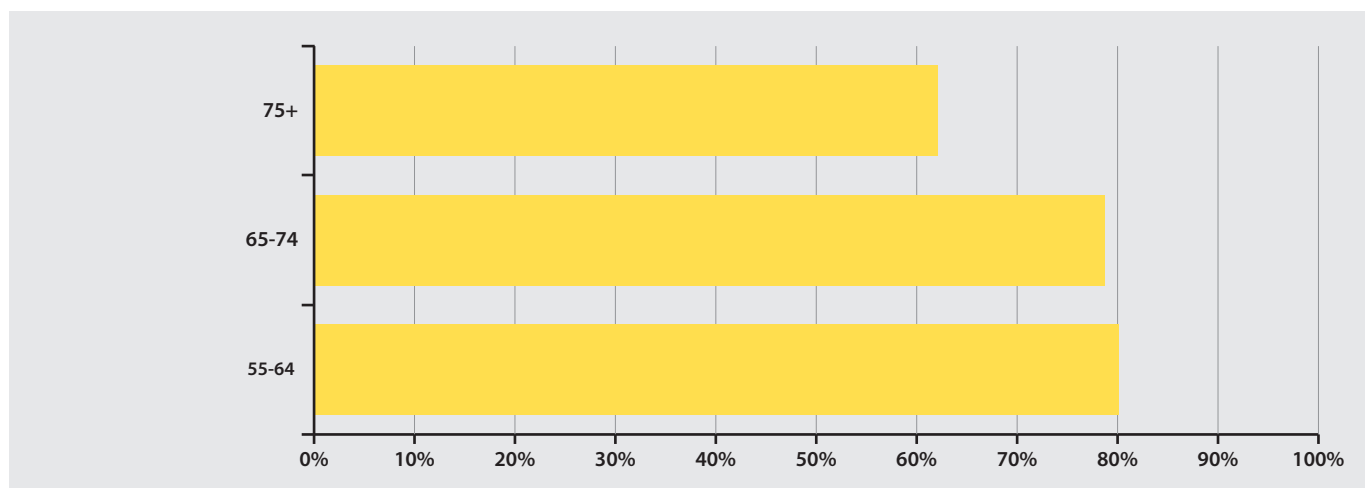
Wykres 2.4. Aktywność mieszkańców Polski w wieku 55 lat i więcej wg płci i różnych miar aktywności (w %)



Uwagi: dane dla Polski; uwzględniono osoby w wieku 55+.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 2.5. Aktywność ogółem mieszkańców Polski wg wybranych grup wieku



Uwagi: dane dla Polski; uwzględniono osoby w wieku 55+.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

2. Aktywność społeczna i edukacyjna osób 55+

Aktywność praktycznie we wszystkich analizowanych obszarach maleje z wiekiem. Przykładowo, odsetek osób deklarujących aktywność społeczną zmniejsza się z 21% wśród osób w wieku 55–64 lata do 11% wśród osób 65–74 lata i 5% wśród najstarszej grupy respondentów. Wyjątek stanowi uczestnictwo w działalności religijnej, gdzie nie zaobserwowano takiej prawidłowości.

Podobnie, miary aktywności znacząco maleją wraz ze wzrostem liczby odnotowanych trudności w codziennym funkcjonowaniu (skala IADL¹⁴) – wśród osób, które nie odczuwają powyższych trudności odsetek osób aktywnych wynosi 79%, a wśród osób, które zgłosiły 3 lub więcej trudności już jedynie 58%. Ta tendencja jest szczególnie widoczna w odniesieniu do działalności polegającej na uczestnictwie w organizacjach lub klubach, czy grupach towarzyskich. Udział osób aktywnych w tych obszarach spada blisko o połowę – z 16% w grupie osób, które nie wskazały żadnych trudności do 9% wśród osób, które odczuwają co najmniej trzy trudności w codziennym funkcjonowaniu.

Większą niż przeciętną aktywność deklarują mieszkańcy miast (od 83% w dużych miastach do 79% w małych) zarówno w odniesieniu do aktywności społecznej (około 20%), co zapewne związane jest z łatwiejszym dostępem do zorganizowanych form aktywności w miastach, jak i indywidualnej (77% w dużych miastach i 66% w małych). Osoby zamieszkałe na wsi wykazują natomiast dużą aktywność w działalności organizacji religijnych – 48%.

Ciekawe jest też pytanie o związki różnych rodzajów aktywności z pracą zawodową. Można się tu spodziewać różnych zależności. Z jednej strony osoby kończące pracę zawodową, mogą mieć więcej czasu na różne rodzaje aktywności społecznych i indywidualnych. Z drugiej strony czynniki warunkujące dezaktywizację zawodową (np. problemy zdrowotne), mogą też ograniczać możliwość podejmowania innych aktywności, natomiast niektóre formy aktywności społecznych czy indywidualnych mogą ułatwiać podejmowanie bądź utrzymanie pracy w późniejszym wieku.

W całej populacji osób 55+ skala aktywności społecznej wśród osób pracujących jest ok. dwukrotnie wyższa niż wśród osób niepracujących (odpowiednio 23% i 13%). Podobna jest różnica w skali aktywności indywidualnych (odpowiednio 69% i 57%). Jeśli jednak ograniczyć porównanie do osób w podobnym wieku (55–64 lata) i w dość dobrym zdrowiu, to różnice w skali aktywności społecznej i indywidualnej (na korzyść osób pracujących) przestają być istotne statystycznie¹⁵. Zbadanie współzależności między różnymi aktywnościami, pracą zawodową, stanem zdrowia, itp. pozostaje zatem zadaniem na przyszłość¹⁶.

2.2. Aktywność Polaków na tle innych państw Europy

Aktywność mieszkańców Polski (gdzie 78% osób zadeklarowało przynajmniej jedną z aktywności wskazanych w pytaniu) na tle pozostałych państw biorących udział w badaniu jest mała – w Szwecji odsetek aktywnych wynosi 99%, w Niemczech – 95% a w Czechach – 91%. Jedynie we Włoszech i Hiszpanii, udział osób aktywnych w innych obszarach niż zawodowy był niższy niż w Polsce (odpowiednio 62% i 69%).

W porównaniu do innych krajów szczególnie niska jest aktywność społeczna mieszkańców Polski – w wielu krajach odsetek osób aktywnych w tej sferze jest kilkakrotnie wyższy niż w Polsce (wykres 2.6.). W przypadku aktywności indywidualnych różnice między Polską a większością innych krajów są nieco mniejsze, ale nadal znaczące (wykres 2.7.). Przykładowo w Szwecji czy Niemczech blisko cała badana populacja deklarowała ten rodzaj aktywności.

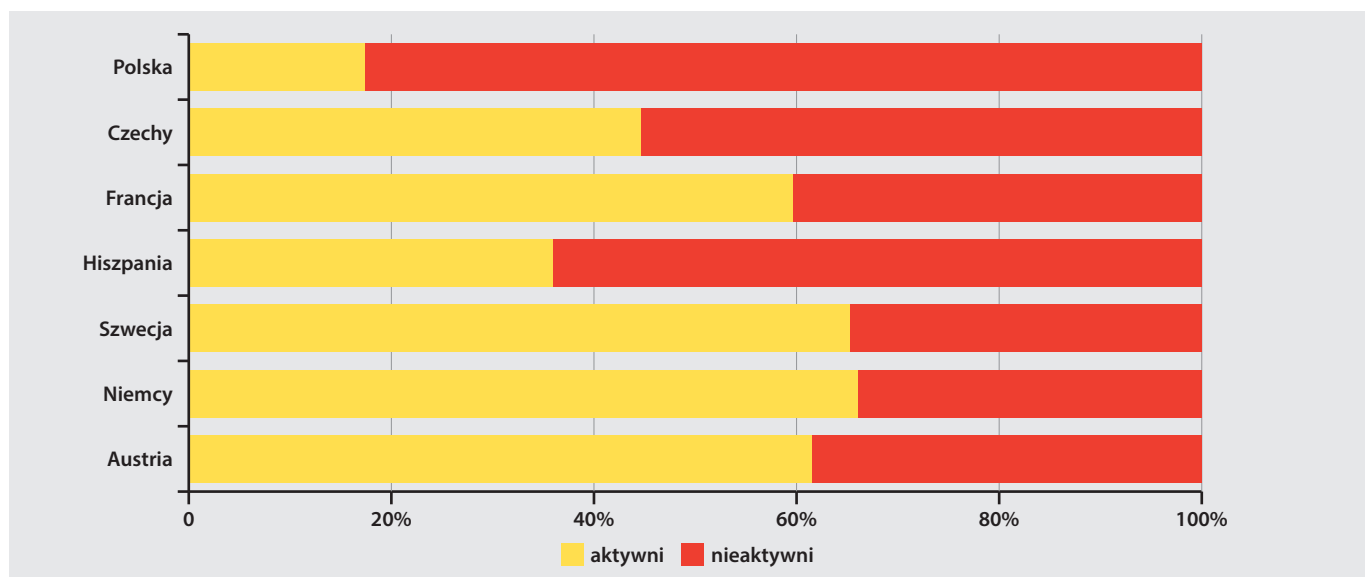
¹⁴ Skala Złożonych Czynności Życia Codziennego IADL (Instrumental Activities of Daily Living) – pozwala ocenić zdolność do wykonywania czynności, które warunkują możliwość samodzielnego (niezależnego) funkcjonowania w życiu codziennym. Do tych czynności zalicza się wykonywanie prac w domu, przyjmowanie leków, robienie zakupów, gospodarowanie pieniędzmi, korzystanie z telefonu.

¹⁵ Dzieje się tak, zarówno jeśli jako barierę dość dobrego zdrowia przyjąć jako występowanie maksymalnie 3, 2 lub 1 trudności w codziennym funkcjonowaniu (skala IADL), jak i w przypadkach, gdy zadeklarowano co najmniej dobry stan zdrowia.

¹⁶ Barię ograniczającą możliwości bardziej precyzyjnych analiz tych współzależności pozostaje mała wielkość próby.

2. Aktywność społeczna i edukacyjna osób 55+

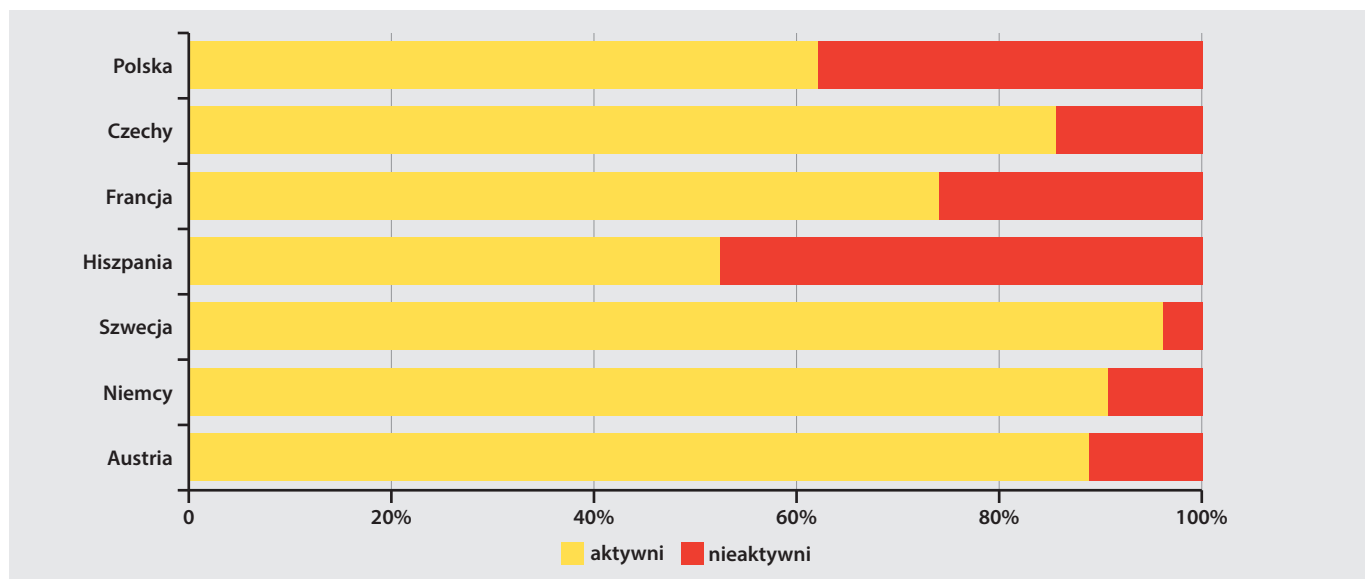
Wykres 2.6. Aktywność społeczna



Uwagi: uwzględniono osoby w wieku 55+.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 2.7. Aktywność indywidualna



Uwagi: uwzględniono osoby w wieku 55+.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Dużą popularnością cieszy się w Polsce działalność religijna – ponad 40% respondentów deklaruje uczestnictwo w działalności organizacji religijnej¹⁷. Tak duże zaangażowanie w tej dziedzinie jest wyjątkowe na tle innych państw uczestniczących w badaniu.

¹⁷ Wyniki polskiej ankiety potwierdzają tak wysokie zaangażowanie w tym obszarze – 62% respondentów po 54. roku życia deklaruje, że regularnie uczestniczy w nabożeństwach religijnych.

2. Aktywność społeczna i edukacyjna osób 55+

2.3. Aktywność edukacyjna

Osoby po 54. roku życia w Polsce sporadycznie utrzymują aktywność edukacyjną. Jedynie 2,5% respondentów zadeklarowało, że w ostatnich 12 miesiącach brało udział w szkoleniu lub kursie edukacyjnym. Potwierdzają to też wyniki polskiej dodatkowej ankiety.

Okolo 5% respondentów, w ciągu pięciu lat poprzedzających badanie, brało udział w szkoleniu lub kursie (innym niż językowy) rozwijającym kompetencje. Kursy i szkolenia wydają się przede wszystkim być związane z pracą zawodową. Odsetek osób pracujących uczestniczących w takich kursach rośnie do ok. 15%, natomiast wśród osób nie pracujących, nie przekracza 2%.

Mała liczebność prób badanych w połączeniu z rzadkością uczestnictwa w różnych formach aktywności edukacyjnej nie pozwala na dokładniejszą analizę motywacji, determinant i efektów takiej aktywności. W badaniu natomiast uwzględnione były również motywacje (a właściwie brak motywacji) oraz przyczyny bierności edukacyjnej.

Brak udziału w jakichkolwiek kursach i szkoleniach przeważającej części (ok. 85%) osób pracujących zawodowo zdaje się być przede wszystkim wynikiem niedostrzegania takiej potrzeby (ponad 60% wskazań). Znacznie mniej istotne zdają się być bariery związane z brakiem czasu, czy brakiem dostępu do szkoleń, ewentualnie brakiem interesujących szkoleń. Pozostałe przyczyny miały jedynie śladowe liczby wskazań.

Okolo ¼ respondentów deklaruje wprost, że nigdy nie słyszało o uniwersytetach trzeciego wieku (UTW). Brak zainteresowania pozostaje dominującym motywem braku zaangażowania w działalność UTW – nie ma tu istotnej różnicy między osobami pracującymi i niepracującymi. Wśród osób pracujących drugim najważniejszym deklarowanym powodem braku uczestnictwa w UTW okazuje się brak czasu ze względu na zajęcia zawodowe (24% wskazań).

Powyższe wyniki mogą sugerować, że dla osób pracujących w wieku 55+ aktywność edukacyjna w formie szkoleń, kursów, czy zajęć UTW wydaje się mało potrzebna, mało ciekawa, oraz, że nie zostaje na nią zbyt dużo wolnego czasu.

2.4. Podsumowanie

Z analizy danych zebranych w badaniu SHARE, części dotyczącej aktywności społecznej i edukacyjnej, wyłania się raczej stereotypowy obraz przeciętnego Polaka w wieku 55 lat i więcej – osoby nieangażującej się społecznie (z wyjątkiem działalności religijnej), preferującej zajęcia indywidualne jak oglądanie telewizji, czytanie gazet czy rozwiązywanie krzyżówek, która jest w małym stopniu zainteresowana aktywnością edukacyjną. Widoczne jest też bardzo duże zróżnicowanie tej populacji – z jednej strony można wyodrębnić grupę osób aktywnych, przykładowo: podróżujących za granicę i po Polsce, uczestniczących w wydarzeniach kulturalnych, a z drugiej strony – jest wiele osób biernych, deklarujących brak jakichkolwiek aktywności społecznych czy aktywności, które można podejmować indywidualnie.

3. Zdolności poznawcze osób w wieku 50+ w świetle wyników SHARE

Poziom zdolności poznawczych (kognitywnych), tj. zdolności umożliwiających odbiór informacji z otoczenia, ich przetwarzanie i wykorzystywanie, jest cechą indywidualną każdego człowieka, która ulega zmianie w ciągu życia. Pogarszanie się zdolności poznawczych, obok pogarszania się zdrowia, jest jednym z głównych aspektów starzenia się.

Oslabienie zdolności kognitywnych może przyjąć formę łagodnych zaburzeń poznawczych lub ostrzejszą formę demencji (otępienia), do której zalicza się także chorobę Alzheimera. Demencja definiowana jest jako znaczne obniżenie poziomu sprawności umysłu, wynikające z rozległego i nieodwracalnego uszkodzenia mózgu na tle różnych przyczyn, co utrudnia lub uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie w zwykłych warunkach życiowych (Encyklopedia PWN, 2013). Demencja wiąże się więc m.in. z utratą pamięci, orientacji, możliwości uczenia się lub rozumienia informacji oraz z problemami w znajdowaniu odpowiednich słów. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2012) szacuje, że na świecie żyje około 35,6 mln ludzi cierpiących na demencję, a ogólne koszty demencji to 604 miliardy dolarów, co odpowiada 1% światowego PKB. Jednocześnie podkreśla się, że demencja niekoniecznie musi towarzyszyć starzeniu się.

Dlatego zrozumienie przyczyn i wskazanie czynników ograniczających proces spadku zdolności poznawczych wraz z wiekiem jest ważnym pytaniem badawczym z punktu widzenia medycyny, psychologii, a także socjologii i ekonomii. Oprócz czynników ogólnie wpływających negatywnie na zdrowie fizyczne, takich jak choroby naczyniowe, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, palenie tytoniu (WHO, 2012), istotny wpływ na kształtowanie się zmian zdolności poznawczych mają różnorodne czynniki społeczno-kulturowe. Badania statystyczne wskazują na pozytywne zależności między poziomem zdolności poznawczych a aktywnością fizyczną (Aichberger i in., 2010), aktywnością zawodową (Adam i in., 2006; Mazzona i Peracchi, 2012), aktywnością społeczną (Christelis i Dobrescu, 2012), zaangażowaniem w opiekę nad wnukami (Arpino i Bordone, 2012), a także zamożnością (McArdle i in., 2009). Wiele z tych czynników jest jednocześnie skorelowanych z poziomem wykształcenia, który we wszystkich badaniach istotnie różnicuje wyniki testów poznawczych wśród respondentów badania.

Warto podkreślić, że zaburzenia poznawcze często wymagają poddania się leczeniu i dodatkowo mogą spowodować wykluczenie społeczne osób nimi dotkniętych. Ponadto nawet łagodniejsze zaburzenia poznawcze mogą uniemożliwiać samodzielne podejmowanie decyzji – dotyczących emerytur, zasobów materialnych i finansowych, bądź zdrowia – których oczekuje się w wielu krajach rozwiniętych także od osób w wieku podeszłym i starszym. Jednocześnie zdolności poznawcze mogą być także postrzegane jako wymiar kapitału ludzkiego razem z edukacją, zdrowiem czy kompetencjami społecznymi (np. Mazzona i Peracchi, 2012), co ma szczególne znaczenie w dobie toczącej się obecnie debaty na temat skutków procesu starzenia się populacji krajów europejskich. Niniejszy rozdział zawiera wstępną analizę wyników 4. rundy badania SHARE z zakresu pomiaru zdolności poznawczych. Nacisk położony został na przedstawienie wyników Polski na tle pozostałych krajów biorących udział w badaniu, także z uwzględnieniem różnic w strukturze wieku i wykształcenia, aktywności zawodowej oraz innych wybranych cech społeczno-ekonomicznych populacji w Europie. Jest to przede wszystkim analiza porównawcza zdolności poznawczych między krajami oraz poszczególnymi grupami i nie ma na celu diagnozy demencji. Należy jednak pamiętać, że niskie poziomy zdolności kognitywnych mogą wskazywać na zaburzenia poznawcze i ryzyko demencji, co pozwala na wnioskowanie o stanie zdrowia psychicznego zarówno jednostek, jak i wyróżnionych populacji.

¹⁸ Zespół Edukacji i Rynku Pracy, Instytut Badań Edukacyjnych.

3. Zdolności poznawcze osób w wieku 50+ w świetle wyników SHARE

3.1. Pomiar zdolności poznawczych w badaniu SHARE

Testy zdolności poznawczych wykorzystywane w badaniu SHARE oparte są na teście TICS-M (*Telephone Interview of Cognitive Status-Modified*), stosowanym w badaniach mających na celu wstępną diagnozę zaburzeń zdolności poznawczych poprzez wywiad telefoniczny lub bezpośredni. Wyniki badań pokazują, że test ten wykazuje dużą zgodność z wynikami badań lekarskich i jest on czuły również na łagodne zaburzenia zdolności poznawczych (Jager de i in., 2003).

Badanie SHARE wykorzystuje sześć rodzajów zadań mierzących zdolności poznawcze. Pytania o ogólną orientację (znajomość bieżącego dnia miesiąca, dnia tygodnia, miesiąca oraz roku) pozwalają na identyfikację osób zagrożonych lub dotkniętych poważnymi zaburzeniami zdolności poznawczych (demencją). Kolejne zadania – test bezpośredniego odtworzenia słów oraz test odtworzenia słów z opóźnieniem – sprawdzają pamięć respondentów: ankieter odczytuje respondentowi listę 10 krótkich, często używanych słów (rzeczowników), a następnie prosi o przypomnienie sobie jak największej liczby słów bezpośrednio po ich odczytaniu (*immediate recall*) oraz po ok. 5 minutach przerwy (*delayed recall*), zadając w międzyczasie kolejne pytania kwestionariusza SHARE. Test płynności słownej (*verbal fluency*) polega na sprawdzeniu, ile nazw zwierząt respondent jest w stanie wymieniwać w ciągu 60 sekund. Ponadto do pomiaru zdolności poznawczych włączone są zadania obliczeniowe, które dotyczą podstawowych działań matematycznych spotykanych w życiu codziennym takich, jak procentowa obniżka ceny, czy prawdopodobieństwo zachorowania na chorobę. Test sprawności rachunkowej polega na wykonaniu pięć razy działania odejmowania liczby 7 od wyniku poprzedniego działania przy pierwszej odjemnej równej 100.

Zadania obliczeniowe oraz pytania sprawdzające ogólną orientację zadawane są respondentom tylko w trakcie pierwszego wywiadu, co w przypadku Polski oznacza, że większość respondentów odpowiadała na nie w drugiej rundzie badania (2006/2007). Dlatego poniższe analizy będą wykorzystywać głównie 2 testy przeprowadzone zarówno w 2., jak i w 4. rundzie badania (2011/2012) – test bezpośredniego odtwarzania i test płynności słownej.

3.2. Zdolności poznawcze osób 50+ w Polsce na tle międzynarodowym

Wyniki testów poznawczych różnią się istotnie między krajami, przy czym najlepiej spośród krajów biorących udział w badaniu SHARE wypadają kraje skandynawskie (Dania, Szwecja), a także Czechy, Niemcy oraz Szwajcaria. Polska wraz z krajami Europy Południowej (Hiszpania, Włochy, Portugalia) sytuują się na ostatnich miejscach rankingu wyników testów kognitywnych w badaniu SHARE (tabela 3.1.). Naturalnie proces starzenia się wpływa na spadek umiejętności kognitywnych, przy czym większe spadki w wynikach testów kognitywnych obserwuje się w starszych grupach wieku (wykres 3.1). Młodsze kohorty charakteryzują się wyraźnym zróżnicowaniem nasilenia spadku umiejętności kognitywnych między krajami: np. wyniki testu bezpośredniego odtwarzania dla 55- i 65-latków w Czechach pozostają na niezmiennym poziomie, podczas gdy w Hiszpanii odnotowuje się spadek średniej liczby powtórzonych słów o 15%. Analogiczne różnice w wynikach 75- i 85-latków przekraczają w niektórych krajach 30% (Polska i Hiszpania) w testach bezpośredniego odtwarzania i ponad 20% w przypadku testu płynności słownej (Szwecja i Hiszpania).

Warto zauważyć, że kraje o lepszych wynikach testów kognitywnych, w młodszych grupach wieku, cechują się także lepszymi wynikami starszych kohort. Co więcej różnice między krajami w przypadku testu bezpośredniego odtwarzania słów są większe w starszych grupach wieku. Wynik ten jest alarmujący dla krajów, które, oprócz ogólnie niskich poziomów zdolności poznawczych ludności, charakteryzują się jednocześnie szybszym tempem ich utraty wraz z wiekiem. Na przykład w Hiszpanii wynik testu bezpośredniego odtwarzania słów spada średnio o 2,6% dla kolejnych roczników wieku, podczas gdy w Niemczech wyniki maleją w tempie 1,4%. W Polsce tempo spadku wyników testu bezpośredniego odtwarzania słów jest wysokie i wynosi 2,5%, jednak w teście płynności słownej spadek jest wolniejszy i ma wartość 1,7%. Najszybszy spadek wyników testu płynności

3. Zdolności poznawcze osób w wieku 50+ w świetle wyników SHARE

słownej obserwowany jest także w Hiszpanii (2,0%), a we Francji zaobserwowany profil utraty umiejętności kognitywnych mierzonych testem płynności słownej jest najbardziej płaski (1,4%)¹⁹.

Tabela 3.1.

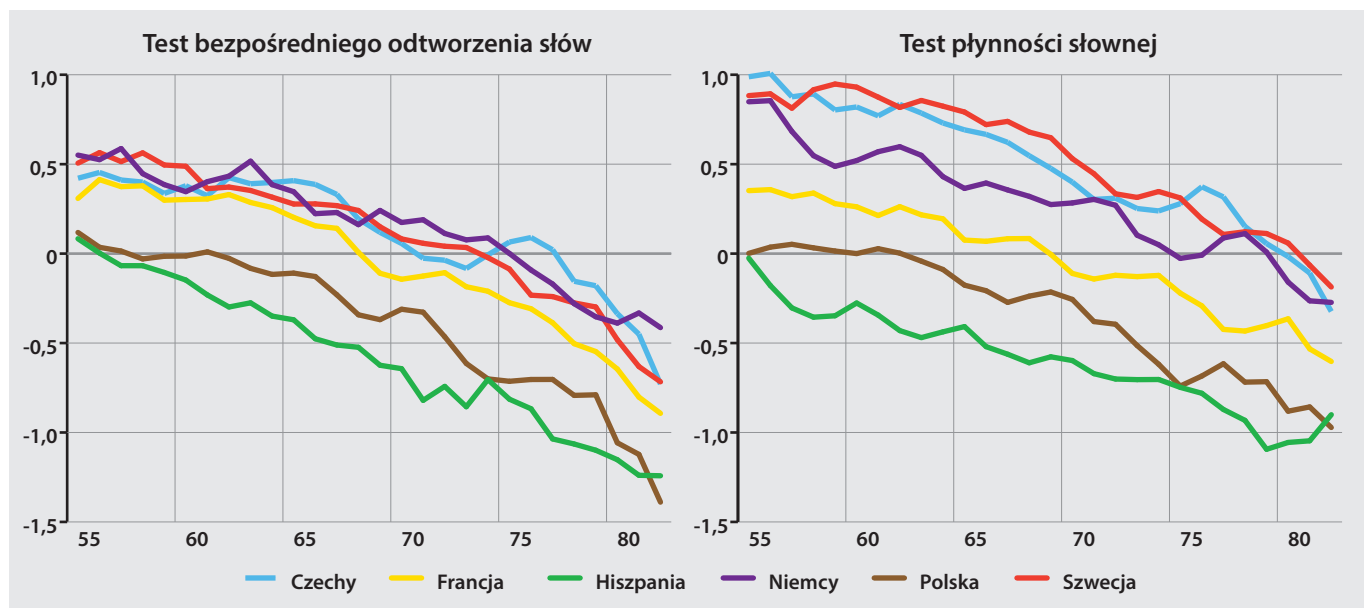
Wyniki testów poznawczych w badaniu SHARE dla wybranych krajów

	Bezpośrednie odtworzenie		Odtworzenie z opóźnieniem		Płynność słowna		Sprawność rachunkowa	
	średnia	odch. std.	średnia	odch. std.	średnia	odch. std.	% poprawnych odp.	odch. std.
Czechy	5,6	1,8	3,9	2,1	23,3	8,3	67,9	0,5
Francja	5,2	1,9	3,9	2,2	18,8	6,8	50,9	0,5
Hiszpania	4,3	1,9	2,7	2,0	14,8	6,3	29,4	0,5
Niemcy	5,5	1,7	4,2	2,1	21,1	7,2	69,0	0,5
Polska	4,6	1,9	3,0	2,1	16,9	7,2	50,4	0,5
Szwecja	5,4	1,7	4,4	2,1	22,9	7,3	65,4	0,5
SHARE 16²⁰	5,1	1,9	3,7	2,2	18,3	7,5	54,5	0,5

Uwagi: wyniki testu bezpośredniego odtworzenia oraz odtworzenia z opóźnieniem mogły przyjąć wartości z zakresu 0–10; wyniki testu płynności słownej nie miały ograniczenia z góry.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 3.1. Profil umiejętności poznawczych w wybranych krajach



Uwagi: wyniki testów poznawczych zostały wystandaryzowane, przyjmując wartości średniej i odchylenia standardowego wyznaczone dla osób w wieku 55–82 lata w 16 krajach biorących udział w 4. rundzie SHARE, oszacowanie średniego wyniku danego rocznika wieku wyznaczono przyjmując średnią ruchomą z wyników 3 sąsiadujących ze sobą roczników.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

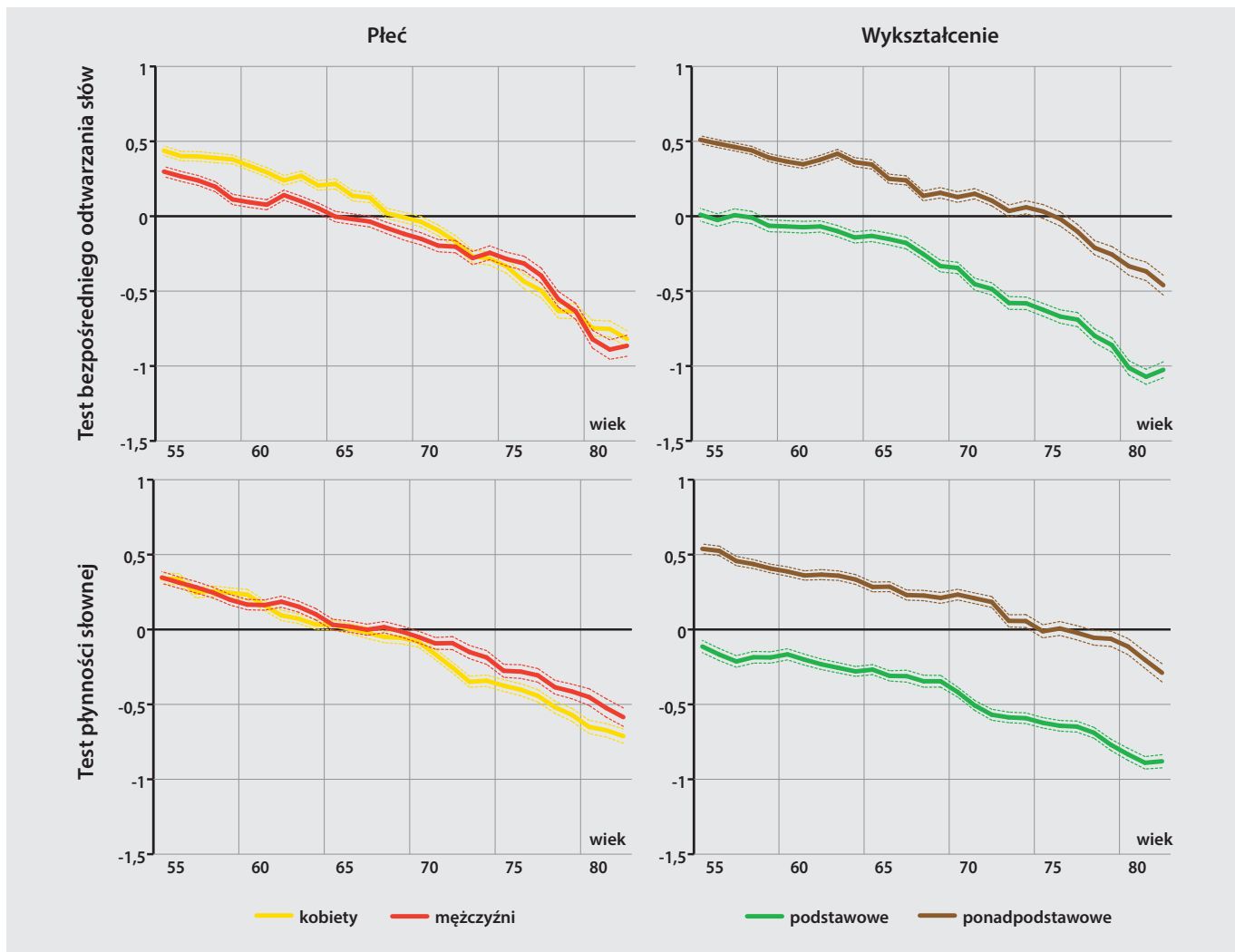
¹⁹ Szacunki wartości średniego tempa zmian umiejętności poznawczych zostały wyznaczone dla grupy wieku 55–85 lat na podstawie danych przekrojowych, tj. rozkładu wyników według wieku w 4. rundzie badania SHARE, szacunki te należy więc wykorzystywać ostrożnie przy prognozowaniu przyszłych poziomów umiejętności kognitywnych poszczególnych kohort.

²⁰ SHARE 16 odnosi się do średniej ważonej respondentów ze wszystkich krajów, które wzięły udział w R4 badania SHARE: Austria, Belgia, Czechy, Dania, Estonia, Francja, Hiszpania, Holandia, Niemcy, Polska, Portugalia, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja, Węgry, Włochy.

3. Zdolności poznawcze osób w wieku 50+ w świetle wyników SHARE

Poziom umiejętności poznawczych wykazuje stosunkowo duże zróżnicowanie według cech społeczno-demograficznych. O ile zaobserwowane różnice dla kobiet i mężczyzn w 16 analizowanych krajach nie są duże, to cechą wyraźnie skorelowaną z poziomem mierzonych umiejętności kognitywnych jest wykształcenie (wykres 3.2.). Osoby z wykształceniem ponadpodstawowym (co najmniej ISCED3) zapamiętały średnio o 1,3 wyrazów więcej i wymieniły średnio o 5,4 zwierząt więcej w testach poznawczych niż osoby z wykształceniem podstawowym lub bez wykształcenia.

Wykres 3.2. Zróżnicowanie wyników testów poznawczych w krajach SHARE według płci i wykształcenia



Uwagi: wyniki testów poznawczych zostały wystandaryzowane, przyjmując wartości średniej i odchylenia standardowego wyznaczone dla respondentów w wieku 55–82 lata w 16 krajach biorących udział w 4. rundzie SHARE, oszacowanie średniego wyniku dla danego rocznika wieku wyznaczono, przyjmując średnią ruchomą z wyników 3 sąsiadujących ze sobą roczników. Podpopulacje według wykształcenia obejmują populację osób o wykształceniu nie wyższym niż ISCED2 i populację osób posiadających wykształcenie co najmniej ISCED 3).

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Ponieważ rozpatrywane kraje różnią się pod względem struktury populacji według wieku i wykształcenia, a te wyraźnie różnicują wyniki testów poznawczych na poziomie indywidualnym, to statystyki opisowe przedstawione w tabeli 3.1. warto jest przekształcić do postaci, w której wyeliminowane zostaną efekty struktury – różnic w rozkładzie wieku i wykształcenia między krajami. Tabela 3.2. przedstawia wyniki symulacji, gdzie w kolumnie Scenariusz 0 znajdują się wyniki zaobserwowane w badaniu SHARE (tzn. statystyki przedstawione w tabeli 3.1.). Scenariusz 1 przedstawia przeciętne wyniki testów poznawczych przy przyjęciu w każdym z krajów struktury wieku populacji Polski. Scenariusz 2 przedstawia wyniki symulacji kształtowania się poziomów umiejętności kognitywnych przy założeniu rozkładu wykształcenia obserwowanego dla populacji osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce.

3. Zdolności poznawcze osób w wieku 50+ w świetle wyników SHARE

Tabela 3.2.

Wartości obserwowane i hipotetyczne przeciętnych wyników testów poznawczych w SHARE

	Bezpośrednie odtworzenie			Płynność słowna		
	Scenariusz 0	Scenariusz 1	Scenariusz 2	Scenariusz 0	Scenariusz 1	Scenariusz 2
Czechy	5,6	5,5	5,6	23,3	23,0	23,5
Francja	5,2	5,3	5,1	18,8	19,1	18,5
Hiszpania	4,3	4,4	4,6	14,8	15,0	15,8
Niemcy	5,5	5,6	5,3	21,1	21,5	20,2
Polska	4,6	4,6	4,6	16,9	16,9	16,9
Szwecja	5,4	5,5	5,3	22,9	23,3	22,5
SHARE 16	5,1	5,1	5,0	18,3	18,6	18,1

Uwagi: struktura wieku w Scenariuszu 1 w oparciu o liczebność poszczególnych roczników. Rozkład wykształcenia w Scenariuszu 2, uwzględniający poziomy ISCED 0–2, ISCED 3 i ISCED 4–6, w 10-letnich grupach wieku.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Powyższe wyniki symulacji wskazują, że niski średni wynik umiejętności poznawczych w Polsce na tle innych krajów nie jest wynikiem zaniżonym poprzez niekorzystną strukturę wieku i edukacji. Polska charakteryzuje się nadal młodszą populacją niż wiele krajów zachodniej Europy, co wpływa na poprawę średnich wyników testów poznawczych we Francji, w Niemczech, Hiszpanii i Szwecji. Wysokie wyniki Czech ulegają niewielkim zmianom przy przyjęciu scenariuszy symulacyjnych, co dodatkowo podkreśla słabe wyniki Polski w porównaniu do kraju, o stosunkowo najmniejszych różnicach kulturowo-politycznych. Co więcej różnica w wynikach Polski i Hiszpanii maleje, w szczególności w przypadku założenia dla populacji Hiszpanii struktury wykształcenia obserwowanej w Polsce, gdzie średni poziom wykształcenia rozważanej grupy ludności jest wyższy (w Hiszpanii 78,5% populacji 50+ ma wykształcenie na poziomie ISCED 2 lub niższym, podczas gdy w Polsce odsetek ten wynosi 39,3%).

3.3. Aktywność ekonomiczna a wyniki testów poznawczych

Wyniki testów poznawczych w badaniu SHARE wykazują zróżnicowanie nie tylko ze względu na cechy społeczno-demograficzne, ale są także skorelowane z aktywnością ekonomiczną ludności. Wykres 3.3. przedstawia zależność między wynikami testu bezpośredniego odtwarzania słów a odsetkiem osób pracujących w populacji (osób w wieku 55–64 lata), tj. w przedziale wieku, który obejmuje w wielu krajach powszechny wiek emerytalny, bądź wiek pozwalający przejść na wcześniejszą emeryturę.

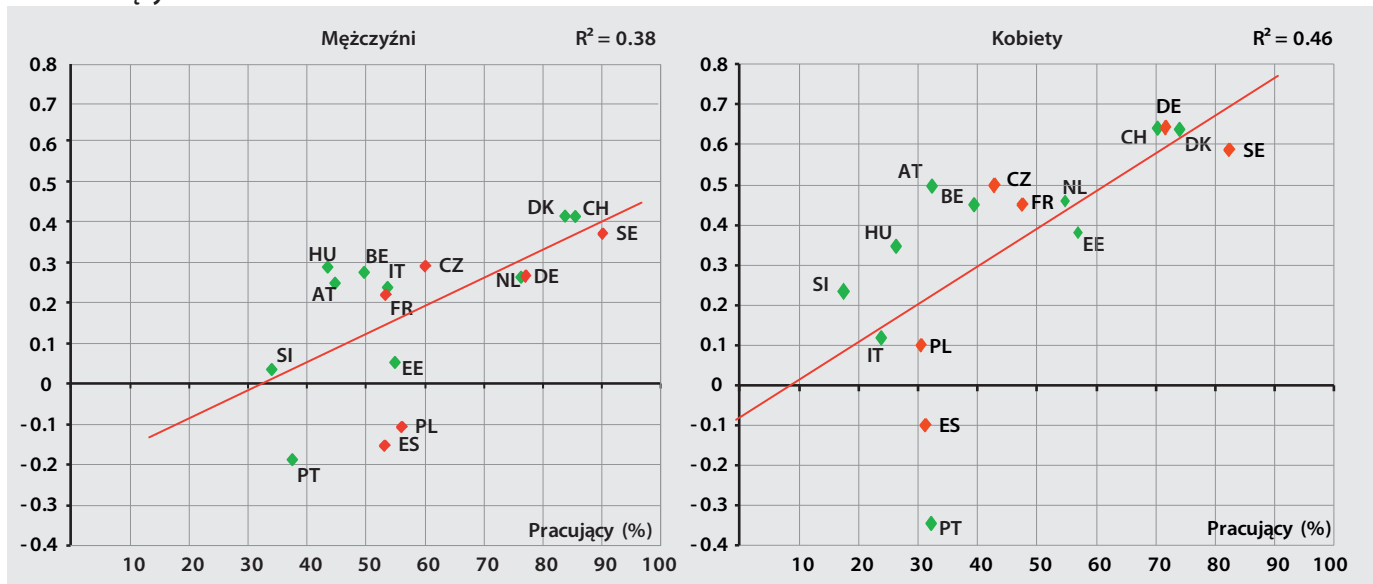
Powyższe wykresy obrazują wyraźny pozytywny związek między odsetkiem pracujących w populacji a poziomem umiejętności poznawczych. Zależność korelacyjna jest stosunkowo silna zarówno w populacji mężczyzn, jak i kobiet (współczynnik korelacji Pearsona r wynosi odpowiednio 0,62 oraz 0,68), jednak w przypadku populacji kobiet wzrost poziomu zatrudnienia odpowiada większemu przyrostowi umiejętności kognitywnych. Na przykład różnica 15 p.p. w odsetku pracujących w populacji kobiet w wieku 55–64 lata (odpowiadająca różnicy między Polską a Francją) przekłada się na wzrost przeciętnego wyniku testu bezpośredniego odtwarzania na poziomie kraju o 0,3 słowa. W populacji mężczyzn analogiczny wzrost (na przykład oddający różnicę między wskaźnikami zatrudnienia mężczyzn w Szwecji i Niemczech) odpowiada średniemu zwiększeniu liczby zapamiętywanych słów o 0,2 słowa. Podobne zależności obserwuje się także dla testu płynności słownej.

Wpływ aktywności ekonomicznej oraz okresu przebywania na emeryturze na poziomie indywidualnym przedstawione są na wykresie 3.4. Różnica między wynikami osiągniętymi w teście poznawczym wśród osób pracujących i emerytów jest bardzo wyraźna (np. pracujący wymieniali średnio o 4,6 zwierząt więcej niż emeryci) i zwiększa się proporcjonalnie do długości okresu przebywania na emeryturze. Długość okresu przebywania na emeryturze w dużym stopniu nadkłada się jednak

3. Zdolności poznawcze osób w wieku 50+ w świetle wyników SHARE

z efektem starzenia się. Próba rozdzielenia tych efektów przedstawiona jest na prawym panelu wykresu 3.4. Wyizolowany efekt długości okresu przebywania na emeryturze jest tu wyraźnie słabszy w porównaniu do lewego panelu wykresu 3.4, jednak spadek wyników testów kognitywnych wraz z okresem przebywania na emeryturze jest nadal istotny: 10 lat przebywania na emeryturze wiąże się ze zmniejszeniem liczby wymienionych zwierząt o jeden, co odpowiada wyizolowanemu efektowi starzenia się między 60- i 50-latkami. Zgodnie z wynikami przedstawionymi powyżej, efekt wieku nasila się dla starszych kohort, a różnica 10 lat między osobami 70- i 60-letnimi to już 2 wymienione słowa przy założeniu, że pozostałe cechy tych osób są takie same.

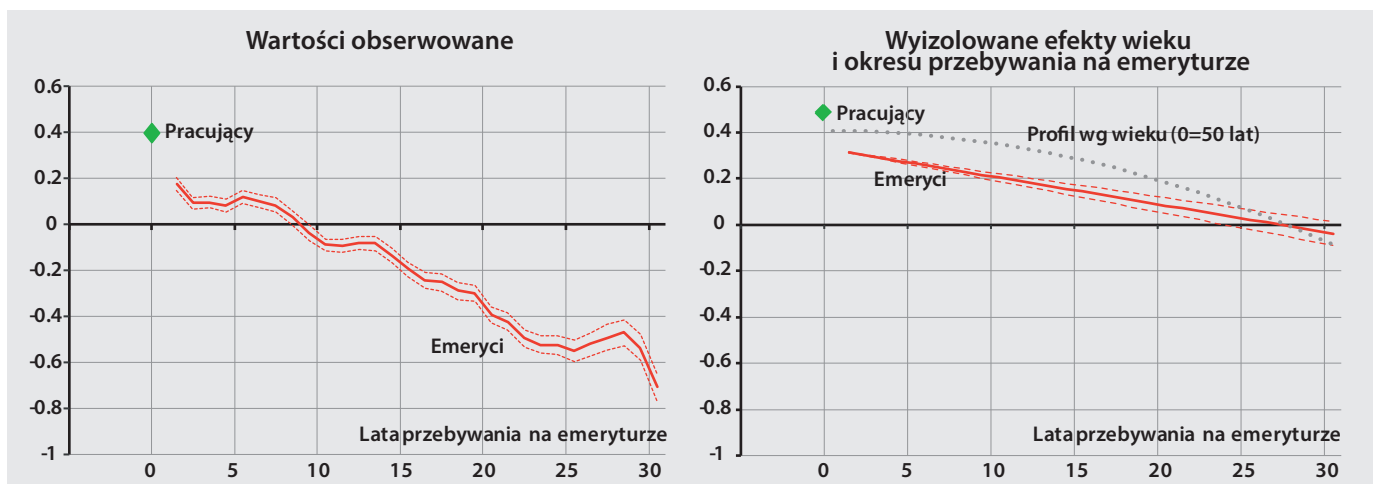
Wykres 3.3. Odsetek osób pracujących i wyniki testu bezpośredniego odtwarzania słów w grupie wieku 55–64 w krajach uczestniczących w SHARE



Uwagi: wyniki testu poznawczego zostały wystandaryzowane, przyjmując wartości średniej i odchylenia standardowego wyznaczone dla osób w wieku 55–64 lata w 16 krajach biorących udział w 4. rundzie SHARE (łącznie dla kobiet i mężczyzn), odsetek pracujących został wyznaczony na podstawie odpowiedzi respondentów o statusie zatrudnienia i wykonywaniu jakiegokolwiek płatnej pracy w ciągu 4 tygodni poprzedzających badania (do pracujących zaliczeni są także bezpłatnie pomagający członkowie rodzin), R² – współczynnik determinacji dla linii regresji.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 3.4. Wpływ statusu na rynku pracy oraz czasu przebywania na emeryturze na wyniki testu płynności słownej



Uwagi: wyniki testów poznawczych zostały wystandaryzowane, przyjmując wartości średniej i odchylenia standardowego wyznaczone dla osób w wieku 55–64 lata w 16 krajach biorących udział w 4. rundzie SHARE, oszacowanie średniego wyniku dla danej grupy osób wg lat przebywania na emeryturze wyznaczono, przyjmując średnią ruchomą z wyników 3 sąsiadujących ze sobą grup, prawy panel przedstawia efekty uzyskane na podstawie analizy regresji, w której jako zmienne niezależne przyjęto płeć, wiek, wiek kwadrat, lata przebywania na emeryturze oraz status na rynku pracy (1 – pracujący, 0 – niepracujący).

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

3.4. Aktywne życie a „kognitywne starzenie się”

Na poziom zdolności kognitywnych wpływ ma jednocześnie wiele czynników. W celu uchwycenia złożoności zjawiska, warto jest poddać analizie związek wyników poznawczych z różnymi czynnikami i charakterystykami ludności, w tym z aktywnością społeczną, aktywnością intelektualną oraz aktywnością fizyczną.

W SHARE zebrano informacje nie tylko o cechach społeczno-demograficznych respondentów, ale także o częstotliwości wykonywania przez nich różnych czynności, które następnie posłużyły do utworzenia syntetycznych miar w odniesieniu do następujących dziedzin aktywności:

- aktywność społeczna – respondent wykonywał co najmniej raz w miesiącu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, jedną (lub więcej) z wymienionych czynności: wolontariat, uczęszczanie do klubu np. sportowego lub towarzyskiego, uczestnictwo w organizacji religijnej, organizacji politycznej, organizacji lokalnej lub pomaganie innym
- aktywność intelektualna – respondent wykonywał co najmniej raz w miesiącu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, jedną (lub więcej) z wymienionych czynności: uczestnictwo w kursach edukacyjnych, czytanie książek, gazet lub czasopism, rozwiązywanie krzyżówek lub łamigłówek, granie w szachy lub karty
- intensywna aktywność fizyczna: co najmniej raz w tygodniu – np. sport, ciężkie prace domowe, praca wymagająca wysiłku fizycznego
- umiarkowana aktywność fizyczna: co najmniej raz w tygodniu – np. praca w ogródku, mycie samochodu, spacerowanie.

Porównując aktywność osób starszych w Polsce i wybranych krajach, warto zauważyć, że polską populację 50+ charakteryzuje najniższy wskaźnik aktywności zawodowej²¹ oraz niskie, porównywalne z Hiszpanią, wskaźniki pozostałych aktywności (por. tabela 3.3.). Dominującą aktywnością społeczną Polaków 50+ jest aktywność w organizacji kościelnej i – gdy wyłączy się tę kategorię – tylko 15% deklaruje udział w innych aktywnościach społecznych. Dla porównania w innych analizowanych krajach jest to od 23% do 53%. Warto także zauważyć, że Polacy najslabiej oceniają swój stan zdrowia, aż 56% osób 50+ deklaruje, że jest słabego zdrowia, a 33% ma symptomy klinicznej depresji²². W celu oszacowania siły związku powyższych cech z poziomem umiejętności poznawczych oszacowano model regresji liniowej, którego wybrane wyniki przedstawione są w tabeli 3.4. Wpływ poszczególnych czynników wyrażony został we wspólnej jednostce określonej jako „lata starzenia się poznawczego” (Adam i in., 2006), informującej o różnicy w wynikach zadań kognitywnych osób o podobnych charakterystykach, lecz różnych wartościach rozpatrywanej cechy – różnica ta odnosi się do zmiany wyniku zdolności poznawczych wynikających tylko ze starzenia się (czysty efekt wieku). Należy jednak podkreślić, że przedstawione zależności poszczególnych cech i funkcjonowania poznawczego nie powinny być interpretowane w kontekście związku przyczynowo-skutkowego, a raczej w kontekście współwystępowania. Rozważana zależność z pewnością charakteryzuje się symultanicznością oddziaływania przyczynowo-skutkowego między wyszczególnionymi czynnikami (np. osoby pracujące w większym stopniu mają szanse wykorzystywania i podtrzymywania swoich zdolności poznawczych, a osoby o lepszych umiejętnościach mają większe szanse utrzymać zatrudnienie). Ponadto model może nie obejmować wszystkich istotnych determinant (ważne w tej analizie mogłyby też być informacje, np. o umiejętnościach miękkich, które nie są mierzone w SHARE).

²¹ Dane o aktywności zawodowej z badania SHARE mogą różnić się od statystyk *Labour Force Survey* (ze względu na różnice w metodologii badań oraz liczebność prób).

²² Depresja mierzona skalą EURO-D, składającą się z 12 pytań. Osoby z wynikiem powyżej 3 uważane są za cierpiące na kliniczną depresję.

3. Zdolności poznawcze osób w wieku 50+ w świetle wyników SHARE

Tabela 3.3.

Charakterystyka osób starszych i ich aktywność w Polsce na tle międzynarodowym

	Czechy	Francja	Hiszpania	Niemcy	Polska	Szwecja	SHARE 16
Płeć (% kobiet)	55%	55%	54%	54%	57%	53%	55%
Wiek	64,5	65,8	66,0	66,6	65,2	66,9	66,0
Edukacja (w latach)	12,3	11,4	8,0	12,8	9,7	11,8	10,4
Aktywność zawodowa	29%	29%	24%	31%	17%	41%	27%
Aktywność społeczna	41%	47%	31%	48%	46%	56%	44%
Aktywność społeczna (wyłączając kościoł)	38%	43%	23%	45%	15%	53%	36%
Aktywność intelektualna	84%	75%	58%	90%	61%	95%	72%
Intensywna aktywność fizyczna	39%	42%	32%	58%	35%	59%	45%
Umiarkowana aktywność fizyczna	83%	84%	79%	88%	69%	92%	80%
Słabe zdrowie (samoocena)	42%	36%	46%	44%	56%	31%	42%
Depresja	18%	27%	32%	18%	33%	13%	25%
Mieszkanie z małżonkiem/partnerem	69%	70%	68%	69%	67%	63%	68%

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Tabela 3.4.

Wpływ wybranych charakterystyk ludności na wyniki testów poznawczych wyrażony w latach starzenia się poznawczego (dla osoby 60-letniej z 10 latami edukacji)

	Polska		Niemcy	
	Bezpośrednie odtworzenie	Płynność słowna	Bezpośrednie odtworzenie	Płynność słowna
Edukacja (w latach)	8	3	5	3
Aktywność zawodowa	-	-	11	10
Aktywność społeczna	12	-	11	8
Aktywność intelektualna	-	13	16	17
Intensywna aktywność fizyczna	-	-	12	-
Umiarkowana aktywność fizyczna	-	-	12	12
Depresja	-14	-10	-15	-8
Mieszkanie z małżonkiem/partnerem	9	-	-	-

Uwagi: Na podstawie regresji liniowej kontrolującej dodatkowo płeć, wiek i samoocenę stanu zdrowia. „Lata starzenia się poznawczego” oszacowane są dla czynników istotnych statystycznie na poziomie 10%, ceteris paribus. „-” oznacza zmienne nieistotne statystycznie.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4

Tabela 3.4. zawiera wyniki analizy regresji dla Polski i Niemiec, w których przedstawione efekty oszacowane są dla osoby w wieku 60 lat, która ukończyła 10 lat formalnej edukacji. Na przykład w Polsce osoba, która regularnie podejmuje różnego rodzaju aktywności społeczne (wolontariat, praca w organizacji religijnej lub politycznej, kursy, pomoc rodzinie itp.), średnio ma wynik lepszy o 12 lat starzenia się poznawczego w przypadku bezpośredniego odtwarzania, natomiast osoba niecierpiąca na depresję – o 10–14 lat w zależności od wskaźnika. Pozytywny wpływ mieszkania z partnerem odpowiada 9 latom starzenia się poznawczego. Niektóre czynniki okazały się jednak nieistotne, na przykład w Polsce były to: aktywność zawodowa i aktywność fizyczna, z kolei w Niemczech to, czy osoba mieszka z partnerem. Brak związku aktywności zawodowej i funkcjonowania poznawczego

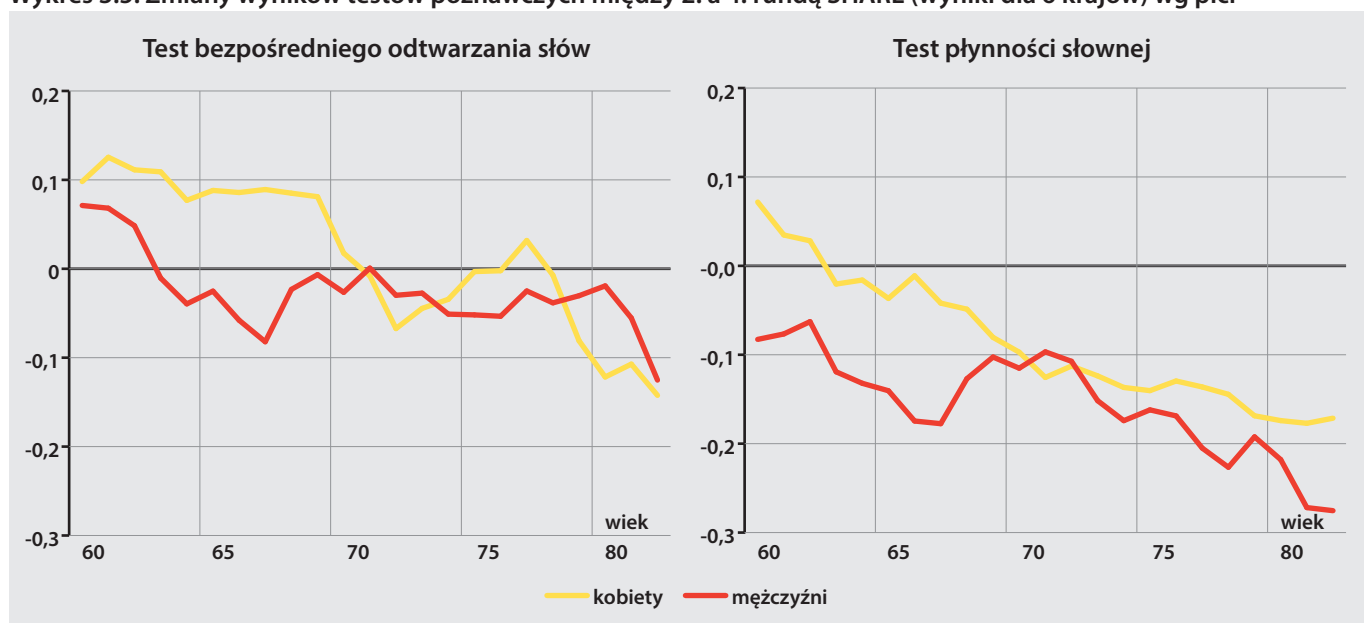
3. Zdolności poznawcze osób w wieku 50+ w świetle wyników SHARE

w Polsce należy traktować ostrożnie z powodu małej liczebności w próbie SHARE osób powyżej 60. roku życia, które wciąż pracują. W przypadku Niemiec efekty poszczególnych aktywności w latach starzenia się poznawczego są porównywalne a niekiedy – większe. Spowodowane jest to wolniejszym w porównaniu do Polski tempem pogarszania się zdolności poznawczych, więc podobny efekt czynnika odpowiada dłuższemu okresowi poznawczego starzenia się.

3.5. Zdolności poznawcze w 2. i 4. rundzie SHARE

Respondenci badania SHARE rozwiązywali zadania mierzące pamięć oraz płynność słowną zarówno w R2 jak i w R4, co pozwala na pomiar zmiany wyników w ciągu około 5 lat. Zaobserwowane zmiany zostały przedstawione na poniższym wykresie.

Wykres 3.5. Zmiany wyników testów poznawczych między 2. a 4. rundą SHARE (wyniki dla 6 krajów) wg płci



Uwagi: zmiany zostały wyrażone jako różnica między wystandaryzowanymi wynikami, przyjmując wartości średniej i odchylenia standardowego wyznaczone dla osób w wieku 55–64 lata w 16 krajach biorących udział w 4. rundzie SHARE, oszacowanie różnicy w wynikach dla danego rocznika wieku wyznaczono, przyjmując średnią ruchomą z różnic 5 sąsiadujących ze sobą roczników.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wyniki pomiarów przekrojowych wskazują na pogarszanie się wyników testów kognitywnych wraz z wiekiem. Sugeruje to, że należałoby się spodziewać spadków o analogicznym nasileniu w kolejnych falach badania panelowego. Wbrew oczekiwaniom nie obserwuje się wyłącznie pogorszenia wyników zadań kognitywnych w R4. W porównaniu do pomiaru, gdy respondenci byli 5 lat młodsi – w szczególności w teście bezpośredniego odtwarzania, gdzie wśród kobiet, które miały od 60 do 70 lat w ostatniej rundzie badania, obserwujemy poprawę wyników. Zjawisko to można wytłumaczyć efektem uczenia się (ang. *practice effect*), tj. tym, że respondenci mogą pamiętać koncepcję oraz treść zadań, co tłumaczyłoby poprawę wyników kognitywnych (por. Salthouse, 2010). Jednakże wyniki zadania mierzącego płynność słowną ulegają wyraźnemu pogorszeniu na przestrzeni 5 lat i zmiany te są silniejsze dla mężczyzn niż dla kobiet²³.

²³ Przedstawione wyniki mogą sugerować, że analiza zmian między rundami badania powinna być przeprowadzana z pewną dozą ostrożności.

3.6. Podsumowanie

Przedstawione w rozdziale wyniki pozwalają na ogólną charakterystykę procesu pogarszania się umiejętności kognitywnych wraz z wiekiem. Powyższa analiza pozwala na wyróżnienie czynników, o których sami w dużym stopniu decydujemy, a które to czynniki pomagają osiągać i utrzymać lepszy poziom zdolności poznawczych. Zaliczyć do nich można wykształcenie, aktywność fizyczną, społeczną oraz zawodową. Niewątpliwie istnieje wiele innych czynników, które należałoby tutaj wymienić, jednak badanie SHARE nie jest badaniem ukierunkowanym na wyczerpujący pomiar kształtowania się zdolności kognitywnych, a niniejszy rozdział stanowi wstępną analizę tego zagadnienia. Niemniej jednak wyniki powyższej analizy i wielu innych badań wskazują, że z punktu widzenia celów polityki społecznej i zdrowotnej warto jest promować styl życia sprzyjający opóźnieniu procesu kognitywnego starzenia się. Osoby o zaburzeniach poznawczych wymagają leczenia i opieki, a ich koszt jest bardzo wysoki, ponieważ obejmuje nie tylko formalne wydatki na opiekę zdrowotną i instytucje opiekuńcze, lecz także koszty opieki nieformalnej sprawowanej często przez bliskich. Obowiązki opiekuńcze mogą wywierać negatywny wpływ na ich samopoczucie. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2012) liczba osób cierpiących na demencję ulegnie podwojeniu do 2030 roku i potrojeniu do 2050 roku, dlatego przeciwdziałanie powstawaniu i rozwojowi zaburzeń poznawczych staje się wyzwaniem z zakresu zdrowia publicznego na poziomie globalnym.

Podsumowując przedstawioną analizę, warto jeszcze raz podkreślić, że kraje o bardziej zaawansowanym procesie starzenia się populacji, charakteryzują się często lepszymi wynikami testów poznawczych niż kraje o młodszej populacji. Dlatego warto jest rozgraniczać określenia „starzenie się populacji” oraz „starzenie się społeczeństwa”, gdy mówimy o procesach *stricte* demograficznych oraz o procesach dotyczących jakości życia. Tym bardziej że wiele badań naukowych (np. Skirbekk i in., 2012; Skirbekk i in., 2013) formułuje optymistyczne wnioski o poprawie poziomu funkcjonowania poznawczego osób starszych w kolejnych latach.

4. Finansowe i pozafinansowe transfery w SHARE

Przemiany demograficzne, obserwowane w Europie od pół wieku, określają „nową demografię Europy”. Charakteryzują ją nie tylko zmiany procesu reprodukcji ludności, lecz także przeobrażenia zachowań dotyczących tworzenia, rozwoju i rozpadu rodzin oraz gospodarstw domowych. Prowadzą one do określonych zmian liczby ludności (zmniejszająca się dynamika wzrostu, spadek liczby ludności), głębokich zmian struktur wieku, a także zasadniczych przemian struktur rodzin i gospodarstw domowych oraz relacji między pokoleniami (Kotowska i Józwiak, 2012). W odniesieniu do składowych dynamiki ludności nowa demografia Europy może być najkrócej scharakteryzowana trzema „naj”: **naj**niższa płodność (w historii i w porównaniu z innymi regionami świata), **naj**dłuższe trwanie życia (największa liczba osób sędziwych), **naj**wyższa intensywność imigracji.

W dyskusjach o zmianie demograficznej w Europie najbardziej eksponowane są zmiany struktur wieku, a zwłaszcza proces starzenia się ludności, i ich konsekwencje w skali makro – dla gospodarki, rynku pracy i systemu zabezpieczeń społecznych. Niemniej ważne są zmiany na poziomie jednostki, które mogą być rozpatrywane z perspektywy przebiegu życia jednostki (*life course perspective*). Określają one powiązania rodzinne oraz struktury rodzin i gospodarstw domowych. Zmienia się model rodziny, a sieci rodzinne (*family networks*) stają się bardziej różnorodne i złożone (Giza-Poleszczuk, 2005; Kotowska, 2009). Ponadto ich członkowie zamieszkują często w dużym oddaleniu. Współegzystowanie kilku generacji wraz ze zmniejszaniem się liczby krewnych w tym samym pokoleniu prowadzi do tzw. wertykalizacji więzi rodzinnych (*verticalisation of kinship*), czyli wydłużeniu (do kilku generacji) i jednocześnie zawężeniu (coraz mniejszej liczbie krewnych w ramach tej samej generacji) sieci krewniaczych (np. Saraceno, 2008; Fokkema, Bekketer i Dykstra 2008; Abramowska-Kmon, 2011). Zmieniają się struktury gospodarstw domowych – z jednej strony rośnie liczba gospodarstw małych – jedno- lub dwuosobowych, z drugiej zaś zmniejsza się liczba gospodarstw wielopokoleniowych – dwu- czy trzyrodzinnych oraz liczba gospodarstw, które w swoim składzie mają osoby spoza rodziny nuklearnej (Iacovou i Skew, 2010).

Niniejszy rozdział dotyczy relacji w sieciach rodzinnych i poza nimi, które są rozpatrywane poprzez transfery finansowe i pozafinansowe. Korzystając z danych czwartej rundy badania SHARE, skupiamy się na osobach w wieku 50 lat i więcej. Analizujemy ich jako dawców i odbiorców tych transferów, przy czym analiza obejmuje wszystkie kraje uczestniczące w 4. rundzie – w tym Polskę.

4.1. Transfery finansowe

Badanie SHARE dostarcza informacji zarówno o udzielanych, jak i otrzymywanych transferach finansowych między gospodarstwami. Respondentów pytano, czy gospodarstwo domowe udziela pomocy pieniężnej lub, czy ją otrzymuje – o ile przekracza ona w sumie wartość 250 euro dla krajów strefy euro. Dla krajów spoza strefy euro wartość krytyczną transferów przeliczano według wskaźnika PKB *per capita*. Dodatkowo zadawano pytanie dotyczące otrzymanych spadków lub prezentów powyżej 5000 euro i udzielonych prezentów powyżej 5000 euro.

Wśród respondentów całej próby SHARE 28% gospodarstw zadeklarowało przekazywanie transferów finansowych, a jedynie 7% otrzymało takie transfery. Dodatkowo 11% gospodarstw otrzymało spadek lub prezent w wysokości ponad 5000 euro, zaś 8% przekazało taki prezent. W Polsce nieznacznie rzadziej gospodarstwa przekazywały transfery pieniężne (22%), natomiast nieco częściej je otrzymywały (10%). Przy analizie otrzymywania spadków i dużych prezentów widoczne są także

²⁴ Anita Abramowska-Kmon jest adiunktem w Instytucie Statystyki i Demografii SGH, Irena E. Kotowska jest kierownikiem Zakładu Demografii w tym instytucie, Małgorzata Kalbarczyk-Stęclik i Anna Nicińska są pracownikami naukowymi Uniwersytetu Warszawskiego.

4. Finansowe i pozafinansowe transfery w SHARE

znaczące różnice między Polską a ogółem krajów SHARE – w Polsce jedynie 3% gospodarstw zadeklarowało ich otrzymanie (od poprzedniego wywiadu). Natomiast spadki i duże prezenty dawało 9% gospodarstw, podobnie jak w pozostałych krajach SHARE. Zjawisko to wynika zapewne z relatywnie mniejszych różnic majątkowych w pokoleniu respondentów niż ich rodziców pomiędzy krajami SHARE. Wyniki te zgodne są z uzyskanymi w poprzednich rundach badania (Kalbarczyk i Nicińska, 2009; Attias-Donfut, Ogg i Wolff, 2005).

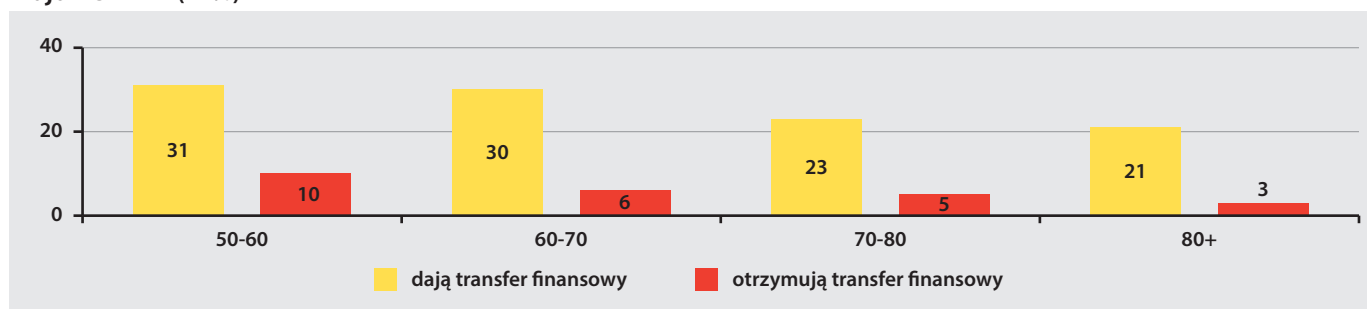
W krajach biorących udział w badaniu SHARE wraz z wiekiem głowy gospodarstwa spada zarówno odsetek gospodarstw udzielających, jak i otrzymujących, transfery finansowe. Najczęściej w transferach finansowych biorą udział gospodarstwa, których głowa jest między 50. a 60. rokiem życia – odpowiednio 31% gospodarstw przekazało pieniądze, a 10% je otrzymało (wykres 4.1.). W Polsce jest podobnie, aczkolwiek wśród gospodarstw osób w wieku powyżej 80 lat widać większy odsetek gospodarstw przekazujących transfer finansowy (25% wobec 21% dla wszystkich krajów). Może to wynikać z chęci przekazania pieniędzy za życia w celu uniknięcia formalności i opłat spadkowych lub silniejszej potrzeby (czy to subiektywnej, czy obiektywnej) wsparcia dzieci lub wnuków.

Osoby między 50. a 60. rokiem życia to często osoby jeszcze pracujące i to ich gospodarstwa najczęściej udzielają transferów finansowych (wykres 4.2.). Jednak to nie ta grupa gospodarstw najrzadziej otrzymuje pomoc finansową. Najrzadziej otrzymywanie transferów finansowych deklarują gospodarstwa emerytów, które jednocześnie często udzielają pomocy pieniężnej innym. Natomiast grupą gospodarstw najczęściej otrzymującą pomoc finansową są te, których głowa gospodarstwa jest bezrobotna (11%). Te gospodarstwa najrzadziej tej pomocy udzielają innym (18%). Podczas gdy w całej grupie bezrobotnych respondentów SHARE częściej deklarowane jest udzielanie pomocy finansowej niż jej otrzymywanie, to w Polsce bezrobotni są odbiorcami netto transferów pieniężnych. Odsetki gospodarstw otrzymujących i udzielających pomocy finansowej względem wszystkich gospodarstw wynoszą odpowiednio 18% dla otrzymujących i 16% dla udzielających pomocy finansowej.

Wykres 4.3. pokazuje odsetek gospodarstw udzielających transferów oraz otrzymujących je według wykształcenia głowy gospodarstwa domowego²⁵. Jakkolwiek obserwujemy wzrost odsetka gospodarstw udzielających pomocy finansowej wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, warto zauważyć, że w przypadku transferów otrzymywanych, największy odsetek jest wśród gospodarstw z głową gospodarstwa, która ma wykształcenie na poziomie ISCED 4²⁶ (16%). Nie obserwujemy statystycznie istotnych różnic w tym zakresie między Polską a ogółem krajów biorących udział w SHARE.

Pomoc finansowa, podobnie jak pomoc niefinansowa, najczęściej skierowana jest do osób z sieci rodzinnych. Baza danych SHARE umożliwia dokładną analizę, kto jest odbiorcą transferów finansowych, i kto ich udziela. Transfery finansowe najczęściej otrzymywane są od dzieci (49%) i rodziców (23%), a udzielane dzieciom (65%) i wnukom (14%). W Polsce także obserwujemy najwięcej transferów finansowych do i od dzieci. Charakterystyczny jest także wysoki udział transferów finansowych od innych osób spokrewnionych (13%), co może wynikać z silniejszych więzi rodzinnych, w stosunku do innych krajów europejskich.

Wykres 4.1. Przekazywanie i otrzymywanie transferów finansowych według wieku głowy gospodarstwa dla wszystkich krajów SHARE (w %)

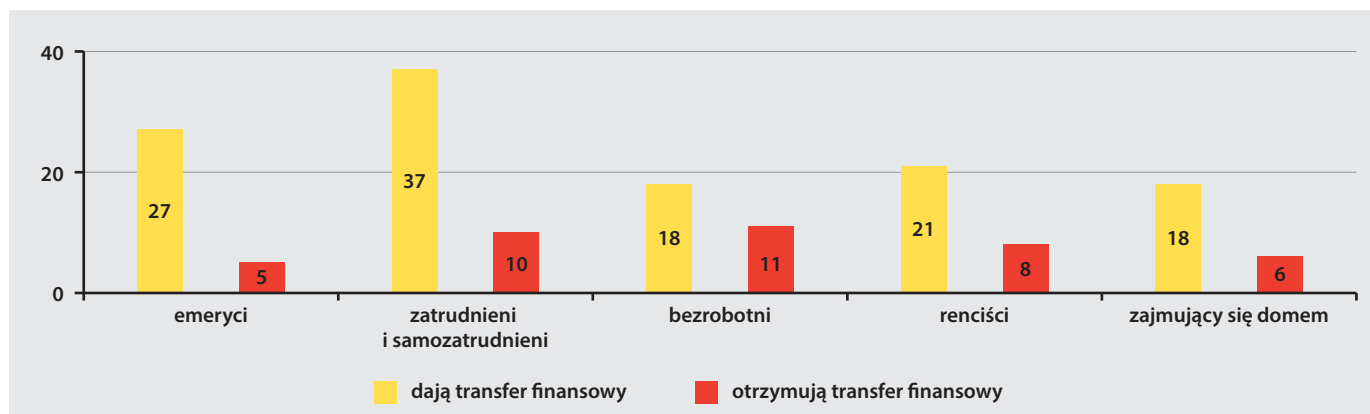


Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

²⁵ Kategorie ISCED 5 i ISCED 6 zostały połączone ze względu na brak kategorii ISCED 6 w niektórych krajach, np. w Polsce.
²⁶ Kategoria ISCED 4 w Polsce odpowiada kształceniu policealnemu, ale nie wyższemu.

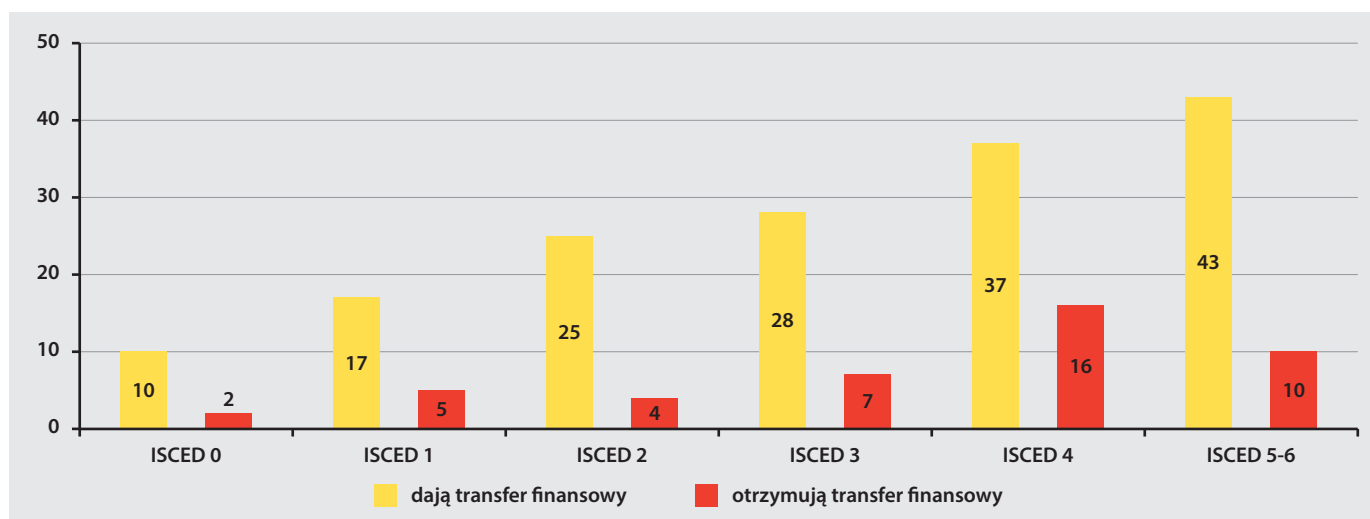
4. Finansowe i pozafinansowe transfery w SHARE

Wykres 4.2. Gospodarstwa udzielające i otrzymujące transfery finansowe według statusu zawodowego głowy gospodarstwa dla wszystkich krajów SHARE (w %)



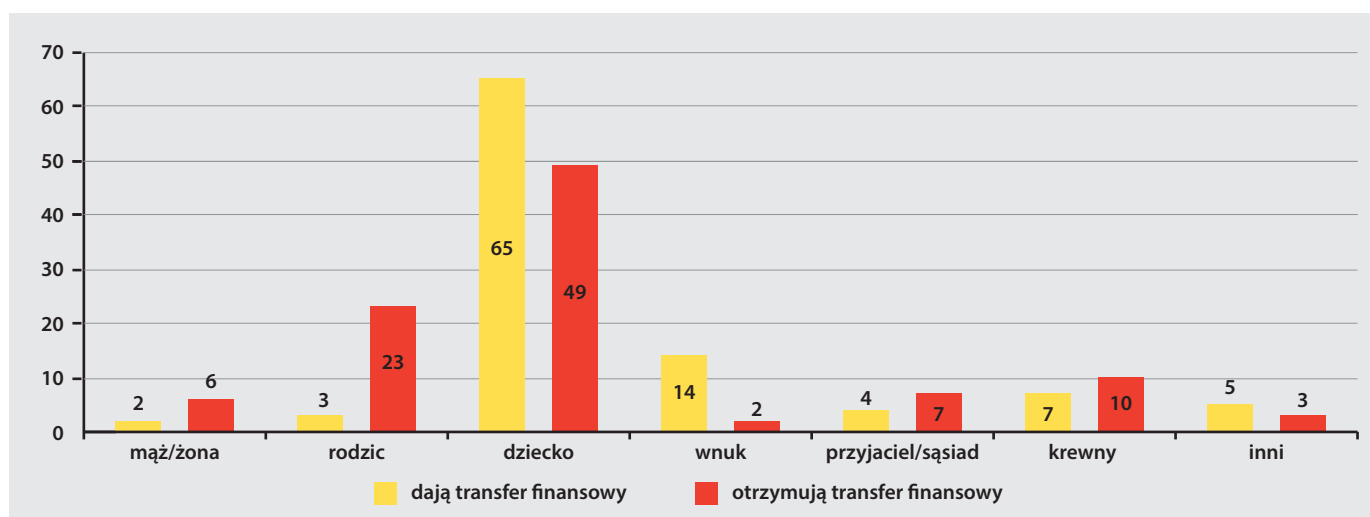
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 4.3. Gospodarstwa udzielające i otrzymujące transfery finansowe według wykształcenia głowy gospodarstwa dla wszystkich krajów SHARE (w %)



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 4.4. Osoby udzielające i otrzymujące transfer finansowy według relacji rodzinnych dla wszystkich krajów SHARE (w %)



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

4. Finansowe i pozafinansowe transfery w SHARE

4.2. Transfery pozafinansowe

Pytania o transfery pozafinansowe (opieki, wsparcia) są sformułowane w taki sposób, by obejmowały zarówno respondentów jak i ich partnerów – w przypadku otrzymywania wsparcia spoza gospodarstwa, ponieważ ich celem było zidentyfikowanie transferów na poziomie gospodarstwa domowego. Natomiast transfery wsparcia wewnątrz gospodarstwa oraz świadczenia wsparcia osobom spoza gospodarstwa dotyczyły tylko respondentów badania SHARE²⁷.

Wyniki 4. rundy badania pokazują, że co piąty respondent w wieku 50 lub więcej lat, w krajach biorących udział w tej rundzie badania, deklaruje, że otrzymuje pomoc osobistą lub praktyczną pomoc domową albo wsparcie od kogoś spoza gospodarstwa – osobiście lub taka pomoc jest udzielana jego partnerowi. Odsetek ten dla Polski wyniósł blisko 16%. Jest to pomoc udzielana codziennie lub rzadziej (np. co miesiąc) respondentowi lub współmałżonkowi przez osobę spoza gospodarstwa.

Z kolei 12% ankietowanych w badaniu SHARE otrzymywało regularną (codzienną) pomoc od członka tego samego gospodarstwa domowego. Dla Polski ten odsetek był prawie taki sam (około 11%). Kobiety, częściej niż mężczyźni, wskazywały, że pomoc jest świadczona przez kogoś spoza gospodarstwa domowego (23% wobec 16%), a pomoc codzienna od członka tego samego gospodarstwa domowego jest kierowana prawie równie często do kobiet, jak i do mężczyzn (13% wobec 12%) (por. wykres 4.5.). Dla Polski wskaźniki te są niższe niż dla wszystkich krajów SHARE.

Wraz z wiekiem znacząco rośnie udział osób otrzymujących oba rodzaje pomocy (por. wykres 4.6.). Jest to związane z pogarszaniem się stanu zdrowia wśród coraz starszych roczników. Otrzymane wyniki są zgodne z rezultatami analiz prowadzonych na podstawie innych danych empirycznych (por. np. Abramowska-Kmon i Kotowska, 2009; Abramowska-Kmon, 2011). W krajach SHARE 43% respondentów w wieku 80 lub więcej lat deklaruje, że oni lub ich współmałżonkowie otrzymywali pomoc od kogoś spoza gospodarstwa domowego, a prawie jedna trzecia uzyskiwała regularną pomoc osobistą od innych członków tego samego gospodarstwa domowego. W Polsce zakres pomocy udzielanej osobom w tym wieku jest zbliżony, natomiast mniejszy jest zakres wsparcia od osób spoza gospodarstwa domowego dla osób młodszych.

Jak można było oczekiwać, osoby doświadczające długotrwałych problemów zdrowotnych znacznie częściej były odbiorcami pomocy niż te bez problemów zdrowotnych. Na przykład, ponad jedna czwarta gospodarstw domowych osób przewlekle chorych otrzymywała pomoc od kogoś spoza gospodarstwa domowego, wobec blisko 10% gospodarstw domowych, w których takie osoby nie zamieszkują. W Polsce te odsetki wynoszą odpowiednio 19% i 9%. Ponadto ponad 15% respondentów z długotrwałymi problemami zdrowotnymi uzyskiwało pomoc od członka tego samego gospodarstwa domowego. Ten stosunkowo niski odsetek może być odzwierciedleniem na przykład tego, że członkowie tego samego gospodarstwa domowego nie postrzegają tego typu działań jako pomocy ani opieki (por. np. Abramowska-Kmon i Kotowska, 2009). Podobne wnioski można wyciągnąć na podstawie analizy otrzymywanego wsparcia według stopnia ograniczenia sprawności respondentów w wieku 50 lub więcej lat (por. wykres 4.7.). Osoby odczuwające poważne ograniczenie przy wykonywaniu codziennych czynności częściej niż pozostałe otrzymywały pomoc od innych osób zarówno z – jak i spoza gospodarstwa domowego. Warto jednak zauważyć, że pomoc ta rzadziej była otrzymywana w ramach jednego gospodarstwa domowego, a częściej – udzielana z zewnątrz. Należy jednak pamiętać, że pytanie o otrzymywane transfery zewnętrzne odnosiło się do respondenta i jego partnera, a o transfery wewnętrzne – tylko do respondenta. Ponownie zasięg tej pomocy w Polsce jest niższy w porównaniu do wszystkich krajów SHARE, zwłaszcza w odniesieniu do pomocy spoza gospodarstwa wśród osób odczuwających ograniczenia w życiu codziennym.

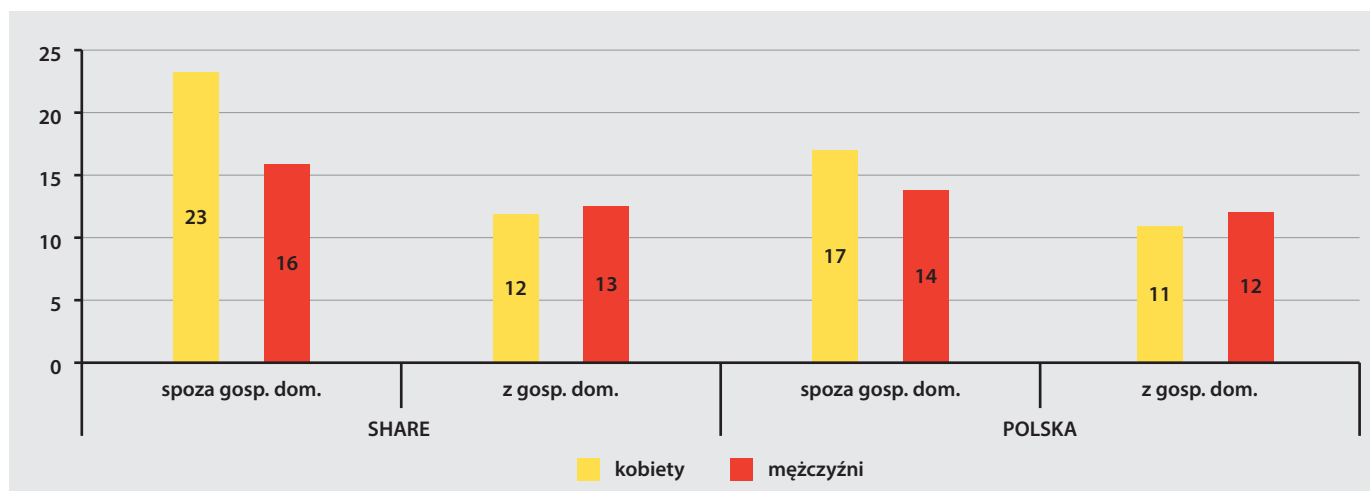
²⁷ Pytania o pomoc od/do osób spoza gospodarstwa domowego brzmiały następująco:

„Biorąc pod uwagę ostatnich dwanaście miesięcy, czy którykolwiek z członków rodziny spoza gospodarstwa domowego, jakkolwiek znajomy lub sąsiad udzielał Panu/Pani lub/Pani/Pana/ mężowi/ żonie/ partnerowi/ partnerce opieki osobistej lub praktycznej pomocy domowej?”

„Czy w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy osobiście udzielał Pan/udzielała Pani pomocy osobistej lub praktycznej pomocy domowej członkowi rodziny mieszkającemu poza Pana/Pani gospodarstwem domowym, znajomemu lub sąsiadowi?”

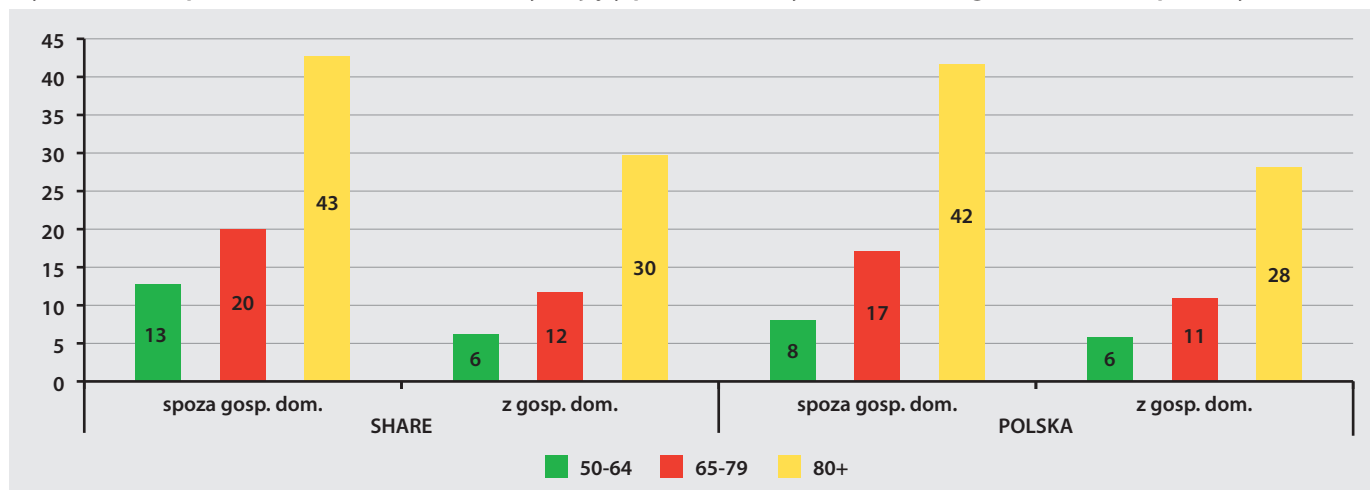
4. Finansowe i pozafinansowe transfery w SHARE

Wykres 4.5. Osoby w wieku 50 i więcej lat otrzymujące pomoc od innych osób według płci i źródła pomocy (w %)



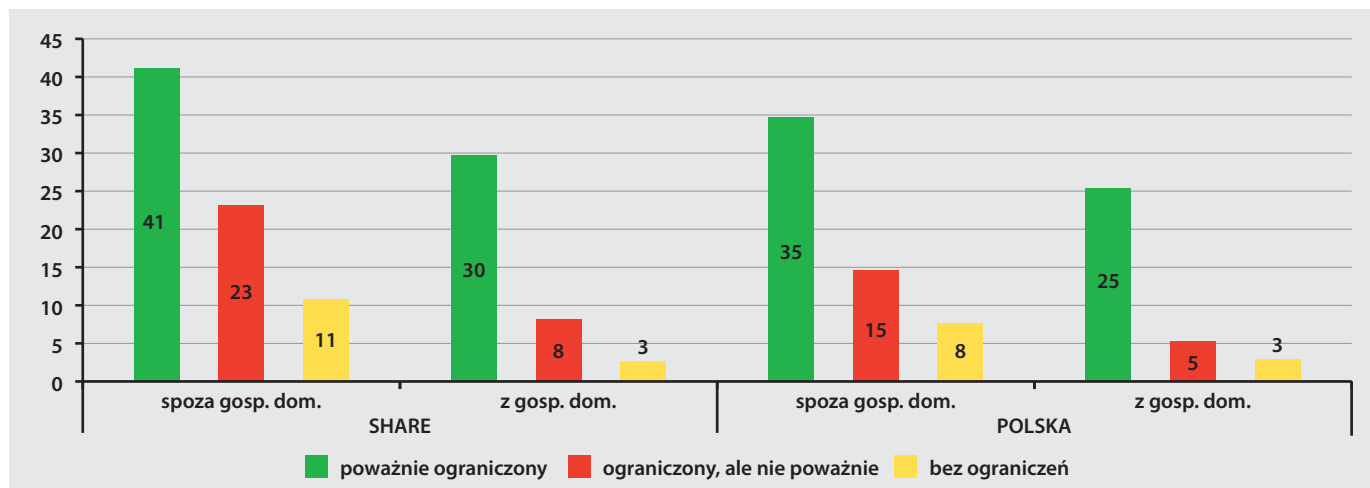
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 4.6. Respondenci badania SHARE otrzymujący pomoc od innych osób według wieku i źródła pomocy (w %)



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 4.7. Respondenci badania SHARE otrzymujący pomoc od innych osób według stopnia ograniczenia sprawności i źródła pomocy (w %)



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

4. Finansowe i pozafinansowe transfery w SHARE

Zgodnie z oczekiwaniami głównym źródłem otrzymywanej pomocy są dzieci i partnerzy, a także przyjaciele, znajomi i sąsiedzi. Warto także podkreślić, że ponad jedna czwarta respondentów w krajach SHARE otrzymywała prawie codziennie wsparcie od kogoś spoza gospodarstwa domowego, natomiast w Polsce ten odsetek był znacznie wyższy i wyniósł aż 42%. Może to być związane z różnicami w modelach opieki w analizowanych krajach. W Polsce opieka ta jest dostarczana w ramach nieformalnych sieci wsparcia, nawet w sytuacji znacznych problemów zdrowotnych i związanej z nimi potrzeby codziennej pomocy (por. np. Abramowska-Kmon, 2011).

Osoby w wieku 50 lat i więcej są także dawcami opieki oraz wsparcia i pomocy dla innych osób (zarówno w ramach tego samego gospodarstwa domowego, jak i spoza niego). Prawie jedna czwarta respondentów badania SHARE pomagała komuś spoza własnego gospodarstwa domowego. W Polsce ten odsetek wyniósł ponad 18%. Ponadto około 8% ankietowanych (także w Polsce) opiekowało się regularnie członkiem tego samego gospodarstwa domowego. W Polsce – w przeciwieństwie do pozostałych krajów biorących udział w SHARE – płeć różnicuje odsetek osób zaangażowanych w opiekę zewnętrzną (20,5% kobiet wobec 15% mężczyzn). W ramach tego samego gospodarstwa domowego także kobiety częściej niż mężczyźni świadczą pomoc osobie z tego samego gospodarstwa domowego (por. wykres 4.8).

Zgodnie z oczekiwaniami respondenci w wieku 50–64 lata najczęściej pomagali osobom spoza gospodarstwa domowego (32% w krajach SHARE wobec 25% w Polsce). Wraz z wiekiem zaangażowanie to malało (por. wykres 4.9.). W krajach SHARE odsetek osób opiekujących się kimś z tego samego gospodarstwa rósł wraz z wiekiem, a w Polsce nie zaobserwowano podobnej prawidłowości. Być może jest to związane z jednej strony z gorszym stanem zdrowia w starszych grupach wieku, a z drugiej z tym, że Polacy nie traktują swoich działań wobec pozostałych członków gospodarstwa domowego jako świadczenia pomocy (por. np. Abramowska-Kmon i Kotowska, 2009).

Co prawda Polacy wyraźnie rzadziej niż respondenci w innych krajach pomagają innym, zwłaszcza osobom spoza gospodarstwa domowego, jednak częstotliwość udzielanej pomocy jest większa. W Polsce prawie jedna trzecia respondentów, którzy pomagali osobom spoza swego gospodarstwa, robiła to niemal codziennie. Odsetek ten dla krajów SHARE (łącznie) był o 10 punktów procentowych niższy.

Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych u respondentów nie różnicuje odsetka osób zaangażowanych w opiekę nad kimś spoza gospodarstwa domowego (ok. 24%) we wszystkich krajach. W Polsce udział osób bez długotrwałych problemów zdrowotnych, sprawujących opiekę nad osobą spoza gospodarstwa domowego, jest większy niż osób z chorobami przewlekłymi (23% wobec 16%). Warto zaznaczyć, że osoby doświadczające chorób przewlekłych częściej (9%) niż pozostałe opiekowały się kimś z tego samego gospodarstwa domowego (6–7%).

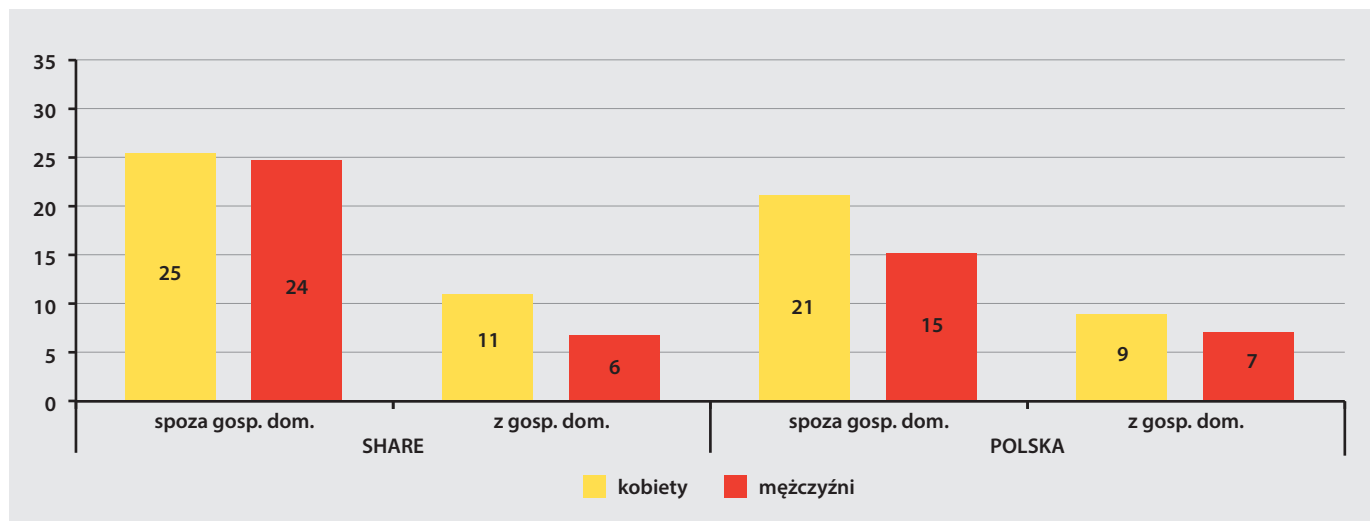
Jeśli dodatkowo uwzględnimy stopień ograniczenia sprawności dawców pomocy, to uzyskujemy podobne wnioski dotyczące zaangażowania w opiekę nad innymi osobami. Generalnie – im większe ograniczenie, tym rzadziej ankietowani pomagają osobom spoza gospodarstwa domowego (zarówno w Polsce jak i w krajach SHARE łącznie) (por. wykres 4.10.). Z kolei przeciwną prawidłowość można zaobserwować u respondentów, którzy opiekują się kimś wewnątrz gospodarstwa domowego.

Osoby w wieku 50 lub więcej lat najczęściej świadczą pomoc rodzicom/teściom, partnerowi, dzieciom oraz znajomym i sąsiadom.

Ważną częścią zaangażowania osób w wieku 50 i więcej lat w pomoc dla innych ludzi jest opieka nad wnukami. Dane z badania SHARE pokazują, że ponad 40% z nich w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem opiekowała się regularnie lub okazjonalnie najmłodszymi członkami rodziny. W Polsce kobiety znacznie częściej niż mężczyźni pomagają w opiece nad wnukami (45% wobec 33%). Wiek różnicuje znacząco to zaangażowanie: ponad 60% osób w wieku 50–64 lata opiekowało się przynajmniej okazjonalnie wnukami, a w grupie wieku 80+ ten odsetek wyniósł 11% w krajach SHARE łącznie. W Polsce te wartości wyniosły odpowiednio 57% i 8%. W krajach SHARE łącznie osoby doświadczające długotrwałych problemów zdrowotnych znacznie rzadziej niż pozostałe opiekowały się wnukami (40% wobec 48%). W Polsce nie zaobserwowano istotnych różnic – udział ten wyniósł również około 40%. Także respondenci z poważnym ograniczeniem sprawności przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych rzadziej opiekowali się swoimi wnukami niż osoby bez ograniczeń lub z lekkim ograniczeniem sprawności (29% wobec 40–50%).

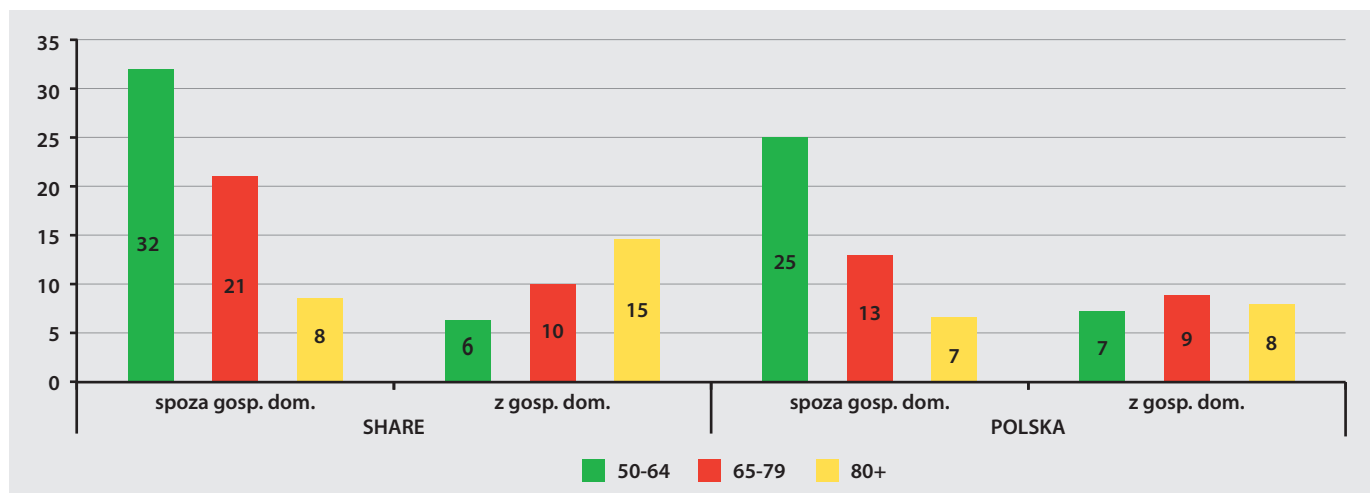
4. Finansowe i pozafinansowe transfery w SHARE

Wykres 4.8. Respondenci badania SHARE pomagający innym według płci i odbiorców opieki (w %)



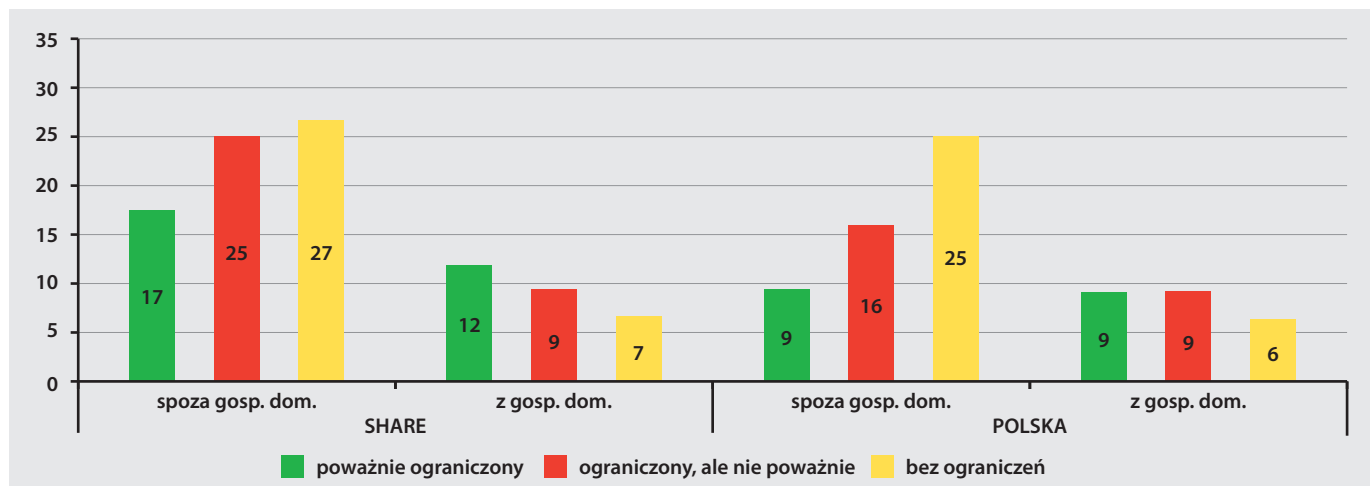
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 4.9. Respondenci badania SHARE pomagający innym według wieku i odbiorców pomocy (w %)



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 4.10. Respondenci SHARE pomagający innym osobom według stopnia ograniczenia własnej sprawności i odbiorców pomocy (w %)



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

4.3. Podsumowanie

Dane SHARE wskazują, że osoby po 50. roku życia nie są tylko biorcami transferów finansowych. Dużo częściej udzielają oni pomocy finansowej niż ją otrzymują, najczęściej – młodszymi pokoleniom. Ich pomoc jest zdeterminowana możliwościami finansowymi – osoby lepiej wykształcone i nadal pracujące częściej udzielają transferów niż pozostałe.

Analiza transferów finansowych pokazuje różnice między Polską a wszystkimi krajami SHARE. Gospodarstwa domowe w Polsce nieznacznie rzadziej przekazują transfery i częściej je otrzymują w porównaniu do wszystkich analizowanych krajów. Zdecydowane różnice widać w otrzymywaniu drogich prezentów – w Polsce odsetek gospodarstw otrzymujących takie prezenty jest znacznie niższy. Natomiast odsetek gospodarstw przekazujących takie prezenty jest porównywalny do obserwowanego w pozostałych krajach.

Zarówno w Polsce, jak i w pozostałych krajach SHARE transfery finansowe przekazywane są w większości między rodzicami a dziećmi. W Polsce w porównaniu do pozostałych krajów stosunkowo częściej są one kierowane do innych osób z rodziny. Także gospodarstwa, w których głowa gospodarstwa ma powyżej 80 lat, przekazują transfery częściej niż w innych krajach.

Uzyskane wyniki jednoznacznie pokazują, że osoby w wieku 50 i więcej lat, w krajach biorących udział w badaniu SHARE, są nie tylko odbiorcami usług opiekuńczych w ramach nieformalnych sieci wsparcia, lecz także dawcami tej opieki w odniesieniu do młodszych (np. wnuków i dzieci) oraz starszych członków rozszerzonej rodziny (rodzice, dziadkowie, inni krewni) oraz sąsiadów i znajomych. Należy podkreślić różnice w transferach opieki lub pomocy między Polską a krajami SHARE, zwłaszcza wyraźne w odniesieniu do transferów zarówno otrzymywanych od osób spoza gospodarstwa domowego, jak i przekazywanych osobom spoza gospodarstwa. O ile zasięg otrzymywanego wsparcia wewnętrznego był zbliżony, to pomoc od osób spoza gospodarstwa była w Polsce stosunkowo rzadka. Różnice te uwidaczniają się przy rozpatrywaniu wieku osób otrzymujących wsparcie oraz stopnia ograniczenia przy wykonywaniu czynności codziennych. W Polsce osoby w wieku 50–79 lat rzadziej (niż w krajach SHARE) doświadczały wsparcia od osób niebędących członkami ich gospodarstw, w przeciwieństwie do osób sędziwych (w wieku 80 lat i więcej), które równie często w Polsce, jak i krajach SHARE, otrzymywały transfery zewnętrzne.

Osoby odczuwające poważne ograniczenie przy wykonywaniu czynności codziennych, częściej niż pozostałe otrzymywały pomoc od innych osób, także spoza gospodarstwa domowego, przy czym zasięg tej pomocy zewnętrznej w Polsce jest niższy w porównaniu do wszystkich krajów SHARE.

Podobnie, osoby w wieku 50 lub więcej lat w Polsce stosunkowo rzadziej sprawowały opiekę nad kimś spoza gospodarstwa (dotyczyło to niespełna co piątego respondenta w Polsce wobec co czwartego respondenta w krajach SHARE), przy czym zasięg tych transferów malał wraz z wiekiem respondentów. Jednak częstotliwość udzielanej pomocy w Polsce jest większa – prawie jedna trzecia respondentów w Polsce robiła to niemal codziennie, a dla krajów SHARE łącznie odsetek ten był o 10 punktów procentowych niższy. Może to być odzwierciedleniem istniejących modeli opieki w różnych krajach, odpowiadającym różnym stopniom zaangażowania opieki formalnej i nieformalnej w pomocy osobom niesamodzielnym (por. np. Abramowska-Kmon, 2011).

5. Zdrowie Polaków w wieku 50+ na tle wybranych krajów europejskich

Jak to zostało wskazane we wprowadzeniu, starzenie się populacji ma wymiar indywidualny i populacyjny i jest wynikiem dłuższego życia oraz zmniejszania liczby nowych urodzeń. W wymiarze indywidualnym definiowane jest jako postępująca utrata funkcji wraz z wiekiem i wzrastająca ilość problemów zdrowotnych w tym umieralności (Kirkwood i Austad, 2000). W wymiarze populacyjnym większy odsetek osób w podeszłym wieku skutkuje zwiększeniem potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, większą chorobowością i zapadalnością na choroby przewlekłe. Starzenie się populacji jest procesem, który będąc skutkiem rozwoju medycyny, zdrowia publicznego oraz dobrobytu, wpływa jednocześnie zwrotnie na sytuację zdrowotną populacji. Ponieważ wiek jest jednym z podstawowych czynników zwiększających ryzyko pojawienia się chorób przewlekłych, starzenie się populacji, prowadzi do zwiększania się chorobowości w tym zakresie. W procesie starzenia można określić płaszczyznę biologiczną, psychologiczną i społeczną. Zmiany biologiczne związane są ze spowolnieniem i pogorszeniem czynności poznawczych oraz z występowaniem niesprawności. Zmiany narządowe, upośledzenie wzroku i słuchu, niekoniecznie mogą być uchwycone przez klasyczne wskaźniki zdrowotne i do ich monitorowania potrzebne są nowe narzędzia. Zmiany związane ze sferą psychologiczną i społeczną, polegające na zmniejszaniu uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym (dezaktywizacja zawodowa), mogą dodatkowo zwiększać występowanie chorób i nasilać ich objawy. W badaniu SHARE oceniane są różne wymiary procesu starzenia: ekonomiczny, społeczny i zdrowotny. W krajach rozwiniętych skutki zjawiska starzenia się populacji spowodowały rozwój koncepcji i strategii postępowania zwanej „starzeniem się w zdrowiu” lub inaczej „zdrowego starzenia się” (ang. *healthy ageing*), która ma zapobiegać niekorzystnym zjawiskom w tych trzech wymiarach (CDC Report 2013, Topór-Mądry, 2011).

Styl życia jest silną determinantą stanu zdrowia. Wykazano, że można zapobiec znaczącemu odsetkowi nowych zachorowań i zgonów z powodu chorób przewlekłych, ponieważ wiele z chorób przewlekłych jest związanych ze stylem życia: paleniem papierosów, niezdrową dietą i małą aktywnością fizyczną. Te czynniki wpływają na występowanie zmian metabolicznych (m.in. stężenia lipidów i glukozy we krwi) oraz nadciśnienia i otyłości, które są bezpośrednią przyczyną chorób przewlekłych. Koncepcja czynników ryzyka i możliwość ich modyfikacji z pośrednim wpływem na występowanie chorób przewlekłych jest szeroko opisana, także w polskiej literaturze. W przypadku chorób serca, udaru mózgu i cukrzycy typu 2 poprzez modyfikację czynników ryzyka, można zapobiec 80% przypadków tych chorób, a w odniesieniu do nowotworów złośliwych odsetek ten wynosi 40% (Pająk, 1996; Armstrong, 2007; Pronk i in., 2004).

W Unii Europejskiej poprawa standardu życia oraz opieki zdrowotnej (w tym rozwój medycyny) przyczyniła się do wydłużenia oczekiwanej długości życia do 77 lat dla mężczyzn i 83 dla kobiet (Topór-Mądry R., 2011) (WHO, 2013). W Polsce wartości te są znacznie niższe od średniej unijnej i wynoszą 72 lata u mężczyzn, oraz 81 lat u kobiet. Wśród prezentowanych krajów najwyższe wartości obserwuje się u mężczyzn w Szwecji (79,7 lat) i w Hiszpanii (79,2 lata), a u kobiet w Hiszpanii (85,4 lat) oraz we Francji (85,2 lata). We wszystkich krajach obserwowany jest trend rosnący o zbliżonej dynamice (wykres 5.1.).

²⁸ Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

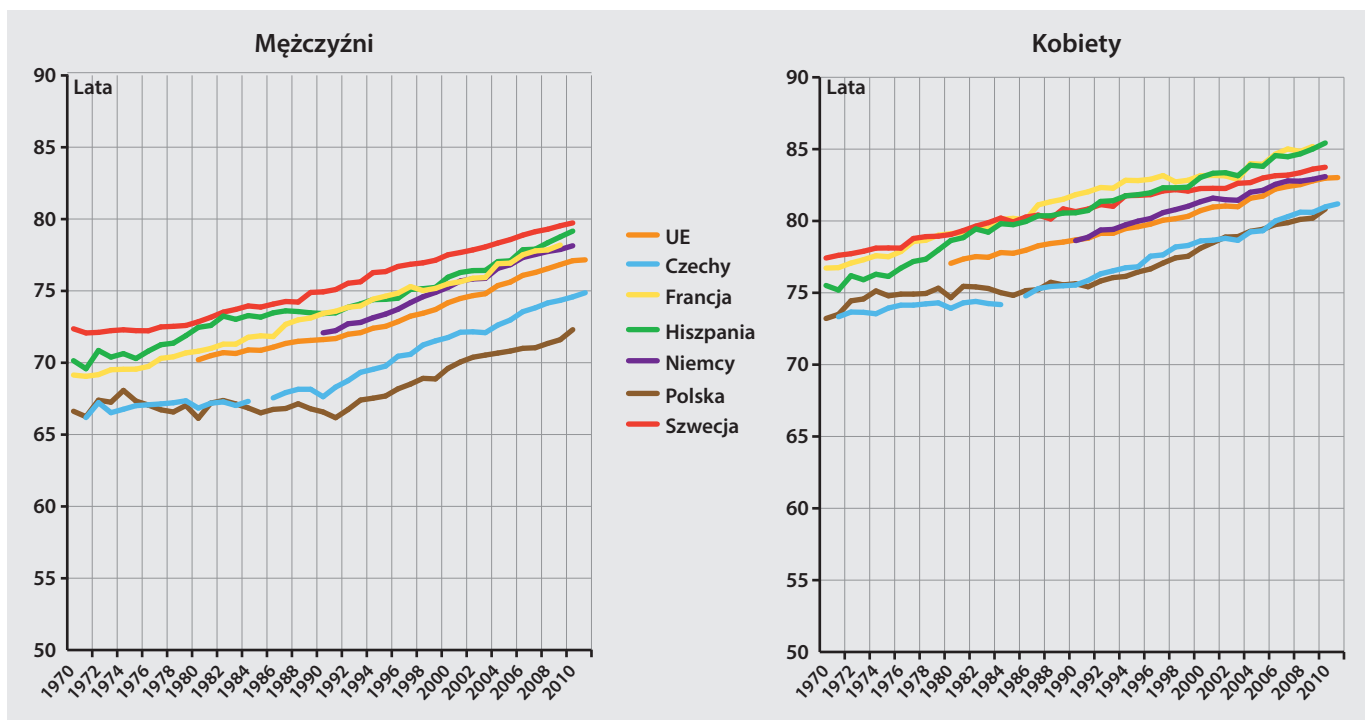
²⁹ Katedra Zdrowia Publicznego Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu.

³⁰ Instytut Badań Medycznych, IBMed, Kraków.

³¹ II Katedra Chorób Wewnętrznych Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

5. Zdrowie Polaków w wieku 50+ na tle wybranych krajów europejskich

Wykres 5.1. Oczekiwana długość życia w wybranych krajach Europy



Źródło: Health For All Database, WHO 2013

5.1. Zakres oceny zdrowia w badaniu SHARE i użyta metodologia

Pierwsza runda badania SHARE w Polsce (tj. R2) przeprowadzona w 2006 roku, obejmowała losowo wybranych mężczyzn i kobiety z populacji w wieku 50 lat i więcej. W kolejnych rundach (R3 i R4) przeprowadzono kolejne badania w oparciu o tę samą populację. W obu badaniach dokonano oceny stanu zdrowia metodą ankietową popartą analizą wybranych parametrów zdrowia fizycznego. Na tę ocenę składały się liczne pomiary stanu zdrowia zgrupowane w 4 kategorie: wskaźniki zbiorcze, choroby i objawy, ograniczenia funkcjonowania oraz ograniczenia w aktywnościach dnia codziennego. Badanie ankietowe obejmowało samoocenę stanu zdrowia z podziałem na 5 kategorii, analogicznych do użytych w badaniu *Health and Retirement Study* (HRS) oraz *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA): „doskonały”, „bardzo dobry”, „dobry”, „zadowolający”, „zły” oraz występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych stwierdzonych przez lekarza (pytania: „[Czy lekarz kiedykolwiek stwierdził, że/Czy obecnie] ma [Pan/Pani]...”). W ten sposób oceniono występowanie chorób takich jak: zawał serca, nadciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie cholesterolu we krwi, przewlekłe choroby płuc, cukrzyca, zapalenie stawów, nowotwory złośliwe, wrzody żołądka i dwunastnicy, choroby układu nerwowego. Pytano także o stosowanie leków w tych chorobach, ocenę wzrostu i masy ciała (na podstawie których wyliczono wskaźnik BMI oraz zdefiniowano otyłość jako $BMI \geq 30$), stan wzroku i słuchu oraz ograniczenia aktywności życiowych³² (Robine i in., 2003). W badaniu ankietowym oceniono również styl życia, głównie w odniesieniu do palenia papierosów („Czy pali [Pan/Pani] obecnie?”), picia alkoholu (m.in. „Jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy [spożywał Pan/spożywała Pani] jakiegokolwiek napoje alkoholowe, takie jak: piwo, wino, mocne alkohole lub drinki?”), diety i uprawiania aktywności fizycznej (m.in. „Jak często angażuje się [Pan/Pani] w aktywność wymagającą umiarkowanego wysiłku, taką jak prace w ogrodzie, mycie samochodu lub spacer?” oraz „Jak często angażuje się [Pan/Pani] w intensywną aktywność fizyczną, taką jak sport, ciężkie prace domowe, czy praca wymagająca wysiłku fizycznego?”). Ponadto oceniono stan zdrowia psychicznego oraz korzystanie z opieki zdrowotnej. użytą w badaniu obiektywną miarą zdrowia była siła uścisku ręki oraz

³² Global Activity Limitation Index – GALI, Activities of Daily Living – ADL, Instrumental Activities of Daily Living – IADL.

5. Zdrowie Polaków w wieku 50+ na tle wybranych krajów europejskich

szybkość chodzenia (nie prezentowana w niniejszym opracowaniu). Siłę uścisku ręki mierzono za pomocą standardowego dynamometru (Smedley, S dynamometer, TTM, Tokyo) dwukrotnie w obu rękach. Do analizy użyto maksymalnych wyników z pomiarów dla ręki dominującej.

W niniejszej analizie przedstawiono wybrane wyniki badania stanu zdrowia w populacji polskiej w odniesieniu do 5 wybranych krajów uczestniczących w projekcie (Czechy, Francja, Hiszpania, Niemcy, Szwecja) przeprowadzonego w ramach rundy 4. badania w latach 2011–2012. Prezentowane dane dla Polski dotyczą 837 mężczyzn oraz 983 kobiet w wieku 55+ (kohorty obserwowanej od 2006 roku) (tabela 5.1.).

Tabela 5.1.

Struktura badanej populacji wg płci i kraju

		Niemcy	Szwecja	Hiszpania	Francja	Czechy	Polska
		liczba (%)					
Płeć	mężczyźni	745 (48,3%)	972 (46,8%)	1468 (46,4%)	2148 (44,3%)	2242 (43,1%)	837 (46,0%)
	kobiety	798 (51,7%)	1106 (53,2%)	1699 (53,6%)	2696 (55,7%)	2961 (56,9%)	983 (54,0%)
Grupy wieku	55–59	282 (18,3%)	228 (11%)	564 (17,8%)	1025 (21,2%)	1060 (20,4%)	391 (21,5%)
	60–69	583 (37,8%)	834 (40,1%)	1014 (32%)	1741 (35,9%)	2304 (44,3%)	724 (39,8%)
	70–79	486 (31,5%)	596 (28,7%)	973 (30,7%)	1253 (25,9%)	1286 (24,7%)	433 (23,8%)
	>=80	192 (12,4%)	420 (20,2%)	616 (19,5%)	825 (17%)	553 (10,6%)	272 (14,9%)

Uwaga: wartości łączne dla krajów przedstawiono w formie wartości ważonych do rzeczywistej struktury wiekowej badanej populacji. Porównania pomiędzy zmiennymi kategorycznymi dokonano testem Chi kwadrat, natomiast dla zmiennych ciągłych wartości średnich porównano między grupami wieku za pomocą analizy wariancji. W ocenie związku PKB z samooceną stanu zdrowia w badanych krajach zastosowano analizę korelacji Pearsona. Poziom istotności przyjęto jako $p < 0,05$.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

5.2. Stan zdrowia w badaniu ankietowym

W badaniu SHARE wśród ankietowanych uczestników swój stan zdrowia najlepiej ocenili Szwedzi oraz Francuzi. Doskonały lub bardzo dobry stan zdrowia wskazywało 43% Szwedów i 36% Szwedek oraz 20% Francuzów i 16% Francuzek, podczas gdy w Polsce – jedynie niecałe 10% mężczyzn oraz 6% kobiet. 55% Polaków i 61% Polek oceniło stan zdrowia podczas badania jako zadowolający lub zły. Oprócz Polaków najniższe odsetki ankietowanych oceniających stan zdrowia w kategoriach doskonały lub bardzo dobry odnotowano w Hiszpanii, gdzie taką ocenę wyraziło 14,6% mężczyzn oraz 9,8% kobiet. Blisko połowa mieszkańców Hiszpanii uznała natomiast swój stan zdrowia za zadowolający lub zły (odpowiednio 44,1% oraz 56,2%).

Wśród analizowanych populacji Czeskiej oraz Polki najczęściej wskazywały występowanie zwiększonego ciśnienia tętniczego krwi lub nadciśnienia (odpowiednio 49% i 47%), podczas gdy nadciśnienie tętnicze (lub zwiększone ciśnienie tętnicze krwi) zgłaszało 38% mężczyzn w Polsce (dla porównania 53% w Czechach oraz 31% we Francji). Największe odsetki cukrzycy wśród ankietowanych mężczyzn zgłaszali Czesi (19%), a najmniejsze – Szwedzi (12%). W Polsce odsetek mężczyzn deklarujących cukrzycę wynosił 13%. Dla porównania cukrzycę wśród kobiet zgłaszały najczęściej Czeski – 18%; najrzadziej Szwedki – 9%. 15% Polek w badaniu stwierdziło, że lekarz rozpoznał u nich cukrzycę. Otyłość (definiowaną jako $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) stwierdzono u 24% Polaków oraz 32% Polek, dla porównania w Szwecji dotyczyło to jedynie 16% mężczyzn oraz 17% kobiet. Wśród Polaków najwyższy odsetek otyłych mężczyzn ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) odnotowano w grupie wieku 70–79 lat, z kolei wśród kobiet była to grupa 60–69 lat.

Największy odsetek mężczyzn i kobiet zgłaszających długotrwałe problemy zdrowotne odnotowano w Niemczech (po ok. 69% u mężczyzn i kobiet) oraz Polsce (odpowiednio 65% oraz 68%).

Tabela 5.2.
Parametry stanu zdrowia oraz stylu życia wg krajów i płci

	Mężczyźni										Kobiety				
	Niemcy	Szwecja	Hiszpania	Francja	Czechy	Polska	Niemcy	Szwecja	Hiszpania	Francja	Czechy	Polska	Francja	Czechy	Polska
Samocena stanu zdrowia – doskonały/b.dobry	16,7%	43,3%	14,6%	20,0%	17,2%	9,6%	14,1%	36,1%	9,8%	16,2%	15,1%	16,2%	15,1%	6,3%	
Samocena stanu zdrowia – zadowolający/zły	44,0%	27,9%	44,1%	33,9%	41,2%	55,3%	44,2%	37,7%	56,2%	41,1%	43,5%	41,1%	43,5%	61,0%	
Długotrwałe problemy zdrowotne	68,6%	52,9%	55,1%	58,0%	60,2%	65,0%	68,9%	58,4%	63,1%	52,5%	59,0%	52,5%	59,0%	67,7%	
Podniesione ciśnienie krwi/nadciśnienie	46,1%	35,9%	36,9%	31,1%	53,0%	38,3%	47,3%	38,5%	45,1%	34,3%	48,8%	34,3%	48,8%	47,4%	
Cukrzyca/wysoki poziom cukru	16,7%	12,4%	17,8%	14,5%	19,0%	12,8%	14,4%	9,5%	17,8%	9,7%	17,7%	9,7%	17,7%	15,1%	
Trudność w przejściu 100 m	10,9%	6,3%	12,5%	9,3%	7,2%	12,7%	15,3%	11,4%	22,7%	16,7%	6,3%	16,7%	6,3%	16,7%	
Trudności w samodzielny ubieraniu się	11,9%	8,4%	9,5%	9,2%	4,7%	11,3%	11,8%	8,6%	14,8%	11,0%	6,5%	11,0%	6,5%	15,1%	
Palenie papierosów (obecnie)	20,5%	14,1%	22,0%	17,5%	23,0%	32,3%	15,1%	17,1%	5,9%	10,9%	20,2%	10,9%	20,2%	19,8%	
Spożywanie alkoholu 3x w tygodniu lub więcej	46,6%	21,0%	41,3%	59,1%	34,7%	15,5%	19,9%	14,9%	13,9%	28,4%	8,1%	28,4%	8,1%	1,6%	
Aktywność fizyczna umiarkowana lub intensywna, (co najmniej 1x w tygodniu)	87,3%	92,5%	80,4%	86,8%	84,4%	71,4%	85,3%	89,2%	75,1%	78,5%	86,4%	78,5%	86,4%	63,4%	
Otyłość (BMI) >= 30kg/m ²	21,2%	16,2%	19,0%	16,9%	28,3%	23,9%	20,8%	17,0%	27,3%	16,2%	23,5%	16,2%	23,5%	32,0%	
Sila uścisku ręki – ręka dominująca (średnia[SD]) [kg]	42,69 [9,809]	43,51 [9,482]	35,95 [10,163]	41,83 [10,133]	43,17 [9,235]	41,81 [9,449]	26,12 [6,415]	26,14 [6,883]	20,76 [7,016]	24,41 [6,791]	26,27 [6,716]	24,41 [6,791]	26,27 [6,716]	25,71 [7,211]	

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4

5. Zdrowie Polaków w wieku 50+ na tle wybranych krajów europejskich

Długotrwałe problemy zdrowotne zgłaszało ok. 53% mężczyzn oraz kobiet w grupie wieku 55–59 lat, a w grupie 80+ – 75% mężczyzn oraz 81,7% kobiet. Trudności w przejściu 100 m deklarowało 12,7% Polaków oraz 16,7% Polek. Wartości te były największe wśród badanych krajów i znacznie większe niż w Szwecji (6,3% mężczyzn), czy w Czechach (6,3% kobiet). Trudności te pogłębiały się z wiekiem i w Polsce wzrastały (w grupie wieku 80+) w porównaniu do grupy wieku 55–59 lat z 5,8% do 23,8% u mężczyzn oraz z 8% do 33% u kobiet (tabela 5.2).

Tabela 5.3.

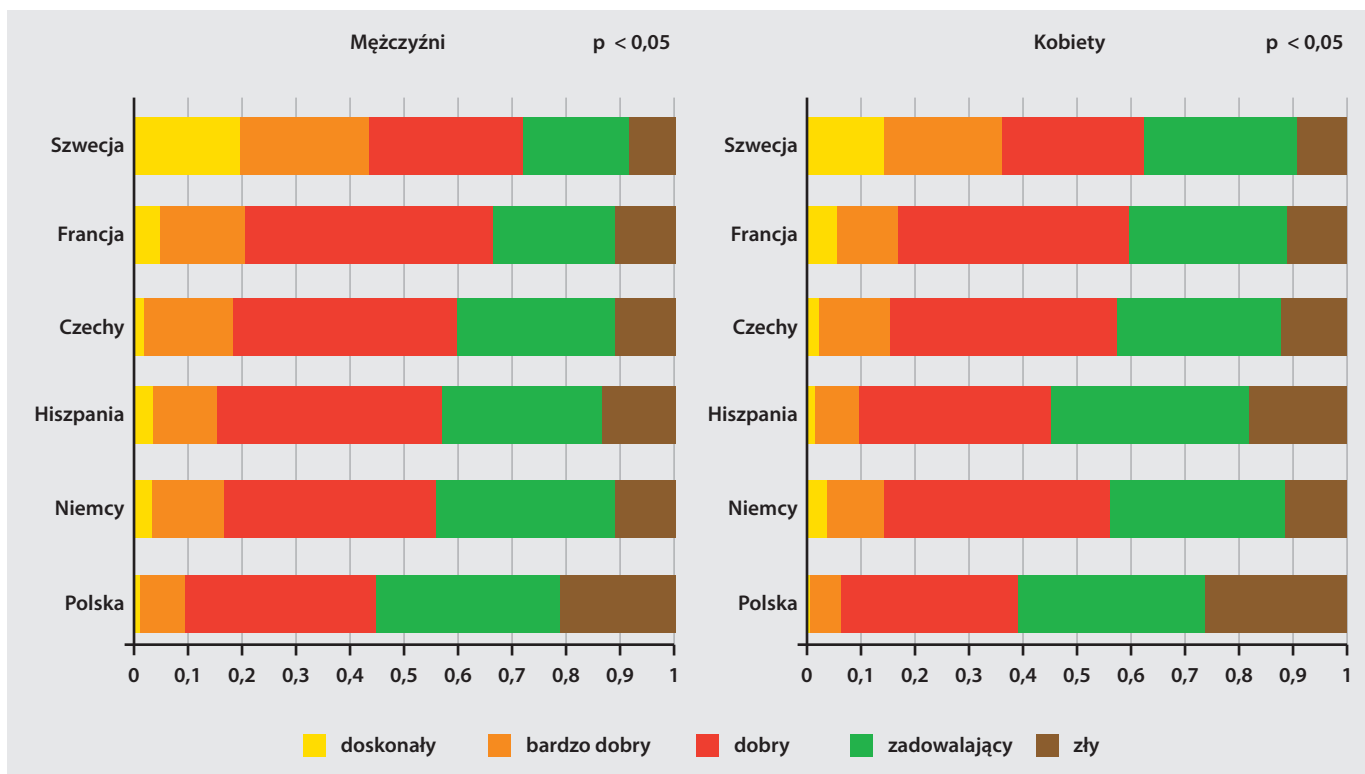
Parametry stanu zdrowia oraz stylu życia w grupach wiekowych w Polsce, wg płci

	Grupa wiekowa					Grupa wiekowa				
	55–59	60–69	70–79	>=80	p	55–59	60–69	70–79	>=80	p
	Mężczyźni					Kobiety				
Samoocena stanu zdrowia – doskonały/b.dobry	13,0%	8,5%	8,2%	2,5%	0,064	10,6%	7,8%	2,1%	1,8%	0,001
Samoocena stanu zdrowia – zadowalający/zły	43,5%	52,3%	66,0%	76,3%	p<0,001	43,1%	52,0%	77,5%	86,2%	p<0,001
Długotrwałe problemy zdrowotne	52,9%	66,0%	77,4%	75,0%	p<0,001	53,2%	65,4%	80,1%	81,7%	p<0,001
Podniesione ciśnienie krwi /nadciśnienie	27,5%	43,6%	47,2%	35,0%	0,002	27,7%	48,7%	61,3%	54,1%	p<0,001
Cukrzyca / wysoki poziom cukru	7,2%	17,0%	17,6%	6,3%	0,005	8,0%	15,3%	19,9%	16,5%	0,011
Trudności w przejściu 100 m	3,6%	9,2%	20,8%	36,3%	p<0,001	4,3%	9,5%	21,1%	44,0%	p<0,001
Trudności w samodzielnym ubieraniu się	5,8%	10,8%	15,7%	23,8%	0,001	8,0%	8,3%	21,6%	33,0%	p<0,001
Otyłość (BMI>=30 kg/m ²)	19,6%	28,1%	29,5%	16,9%	0,050	27,7%	35,5%	31,0%	30,5%	0,294
Palenie papierosów (obecnie)	53,6%	29,7%	10,8%	7,5%	p<0,001	37,8%	21,0%	5,8%	2,8%	p<0,001
Spożywanie alkoholu 3x w tygodniu lub więcej	20,4%	12,8%	16,4%	11,3%	0,122	2,7%	1,9%	1,9%	0,7%	0,649
Aktywność fizyczna umiarkowana lub intensywna (co najmniej 1x w tygodniu)	87,0%	76,2%	51,6%	33,8%	p<0,001	79,8%	74,7%	45,0%	22,9%	p<0,001
Siła uścisku ręki – ręka dominująca (średnia[SD]) [kg]	45,74 [8,290]	43,66 [8,209]	36,06 [8,729]	32,03 [7,611]	p<0,001	28,62 [6,275]	27,85 [6,589]	22,19 [5,931]	18,49 [5,994]	p<0,001

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4

5. Zdrowie Polaków w wieku 50+ na tle wybranych krajów europejskich

Wykres 5.2. Samoocena stanu zdrowia w 5 kategoriach wg płci



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

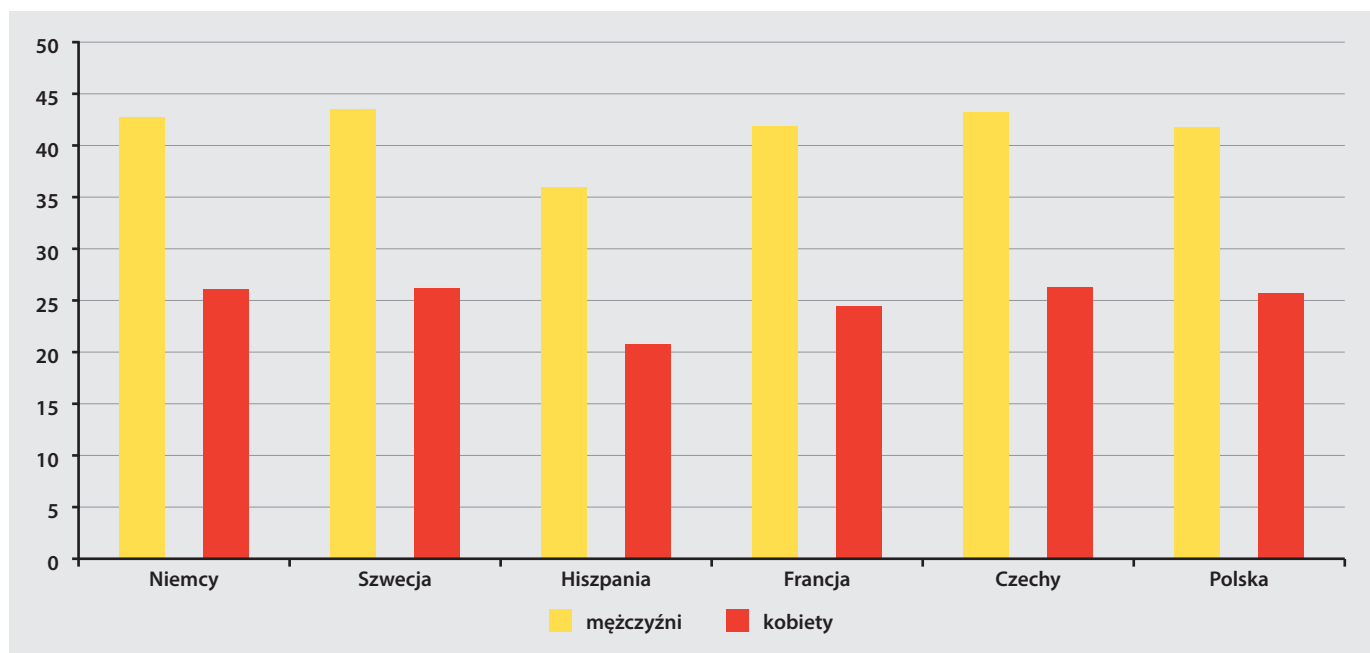
5.3. Pomiary fizyczne zdrowia

W teście siły uścisku ręki w Polsce mężczyźni osiągnęli średni wynik 41,8 kg – zbliżony do średniej wartości siły uścisku Szwedów (43,6 kg), Czechów (43,2 kg) oraz Niemców (42,8 kg). Średnia wartość siły uścisku ręki Polek (25,7 kg), podobnie jak w przypadku mężczyzn nie odbiegała znacznie od wyników Czeszek (26,3 kg) oraz Niemek i Szwedek (po 26,1 kg) (wykres 5.3.).

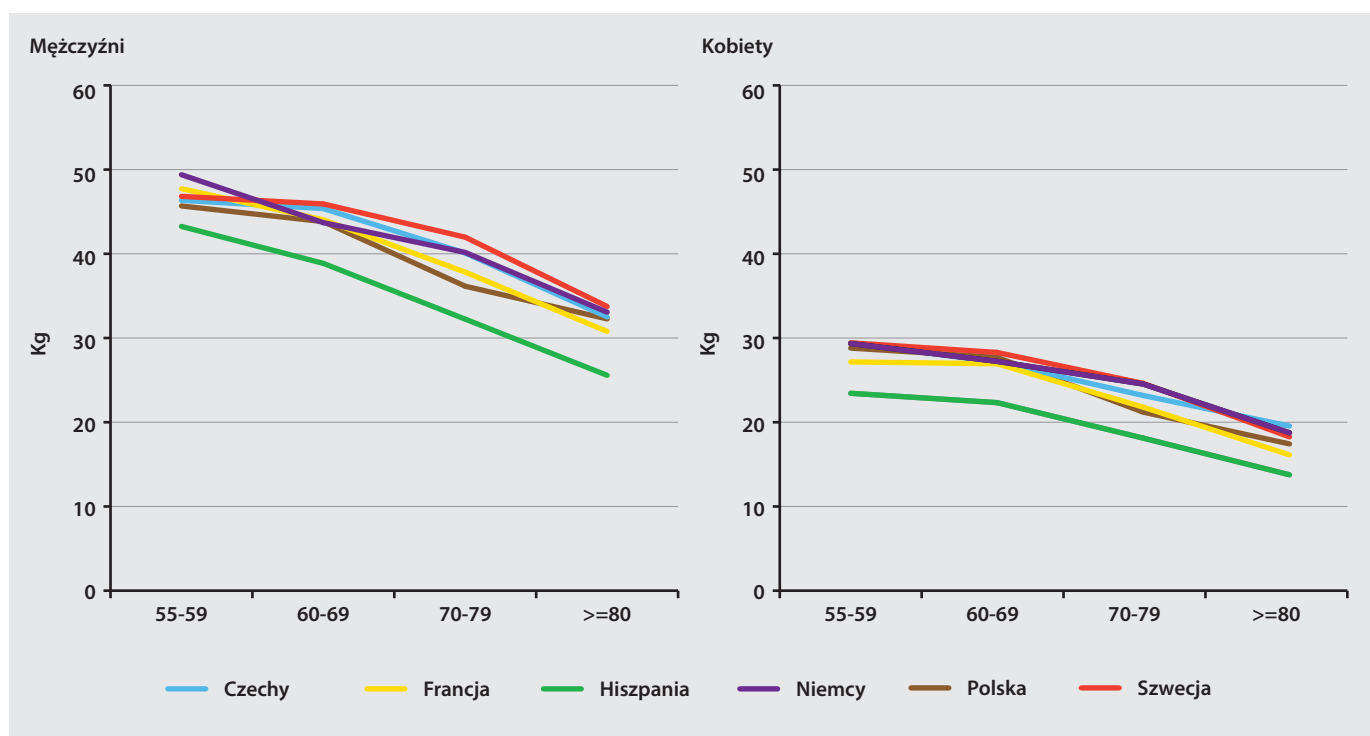
Porównanie siły uścisku ręki pomiędzy grupami wieku pokazuje, że populacje z krajów uczestniczących w badaniu, które osiągnęły w najmłodszej grupie wiekowej największą wartość siły, niekoniecznie utrzymują największe wartości w najstarszych grupach wieku. Na przykład średnia wartość uścisku dłoni Niemców w grupie wieku 55–59 lat wynosiła 49,39 kg i była najwyższa spośród analizowanych krajów. W grupie wieku 60–69 lat najwyższe wartości uścisku dłoni mieli Szwedzi (45,92 kg) oraz Czesi (45,37 kg). Siła uścisku dłoni w grupie 70–79 lat była, podobnie jak w grupie 80+, największa u Szwedów (odpowiednio 41,97 oraz 33,75). U kobiet największe wartości siły uścisku ręki w najmłodszej analizowanej grupie wiekowej odnotowano u Niemek, Szwedek i Czeszek (odpowiednio 29,31, 29,39 oraz 29,4 kg). W grupie wieku 60–69 najwyższe wartości osiągały Szwedki (28,39 kg), a w grupie 70–79 lat również Szwedki (25,17kg), ale także Niemki (25,1 kg). Średnia wartość siły uścisku dłoni w najstarszej grupie wieku, podobnie jak w najmłodszej, była największa u Niemek (20,04 kg) oraz Czeszek (20,74 kg) (wykres 5.4.).

5. Zdrowie Polaków w wieku 50+ na tle wybranych krajów europejskich

Wykres 5.3. Siła uścisku ręki w badanych krajach wg płci



Wykres 5.4. Siła uścisku ręki w grupach wieku wg krajów oraz wg płci



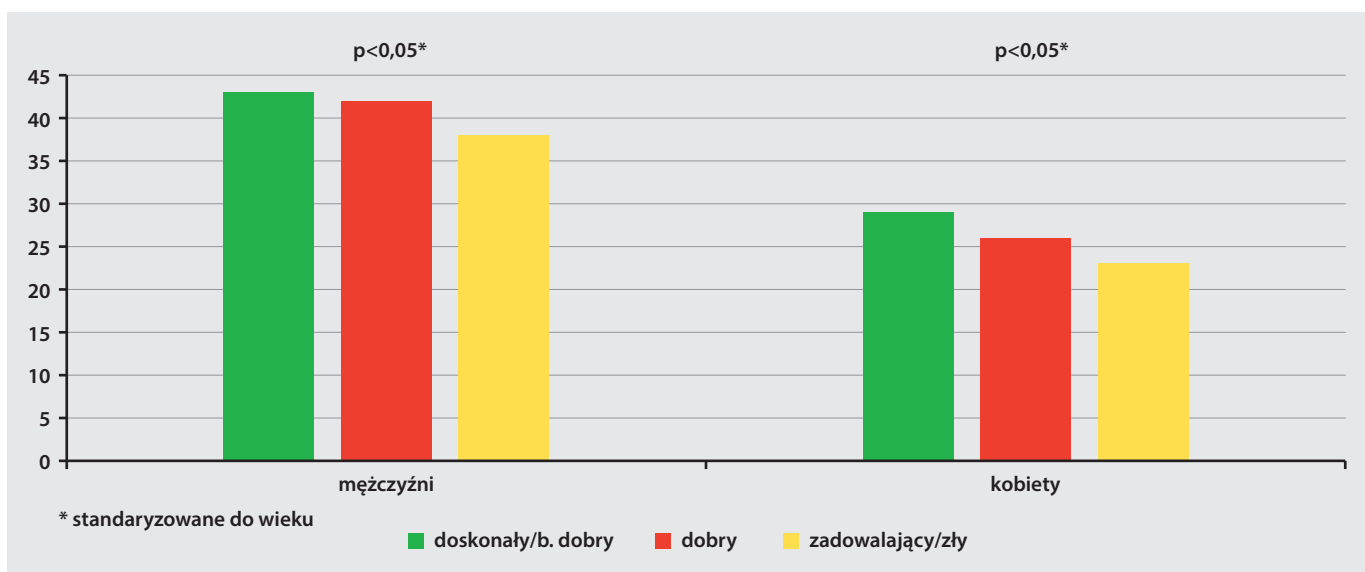
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

5. Zdrowie Polaków w wieku 50+ na tle wybranych krajów europejskich

5.4. Siła uścisku ręki a samoocena stanu zdrowia

Samoocena stanu zdrowia jest powszechnym sposobem oceny zdrowia w badaniach ankietowych, jednak jest oceną subiektywną i ma na nią wpływ wiele czynników osobistych oraz kulturowych. Wykres 5.5. przedstawia średnią siłę uścisku ręki dominującej w kategoriach stanu zdrowia, która zmniejsza się wraz z pogarszaniem samooceny zdrowia. U mężczyzn średnia siła uścisku ręki w kategorii stanu zdrowia „doskonały/bardzo dobry” wynosiła 43,9 kg, w kategorii „dobry” – 43,6 kg, a w kategorii „zadowolający/zły” – 40,1 kg ($p < 0,05$, standaryzowane do wieku). U kobiet wartości te wynosiły w analogicznych kategoriach stanu zdrowia 30,2 kg, 27,6 kg i 24,0 kg ($p < 0,05$, standaryzowane do wieku). Wynik tej analizy wskazuje na wartość subiektywnego wskaźnika samooceny stanu zdrowia w odniesieniu do badań populacyjnych, gdzie nie można dokonać pomiarów zdrowia fizycznego.

Wykres 5.5. Siła uścisku ręki dominującej a kategorii oceny stanu zdrowia



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

5.5. Styl życia

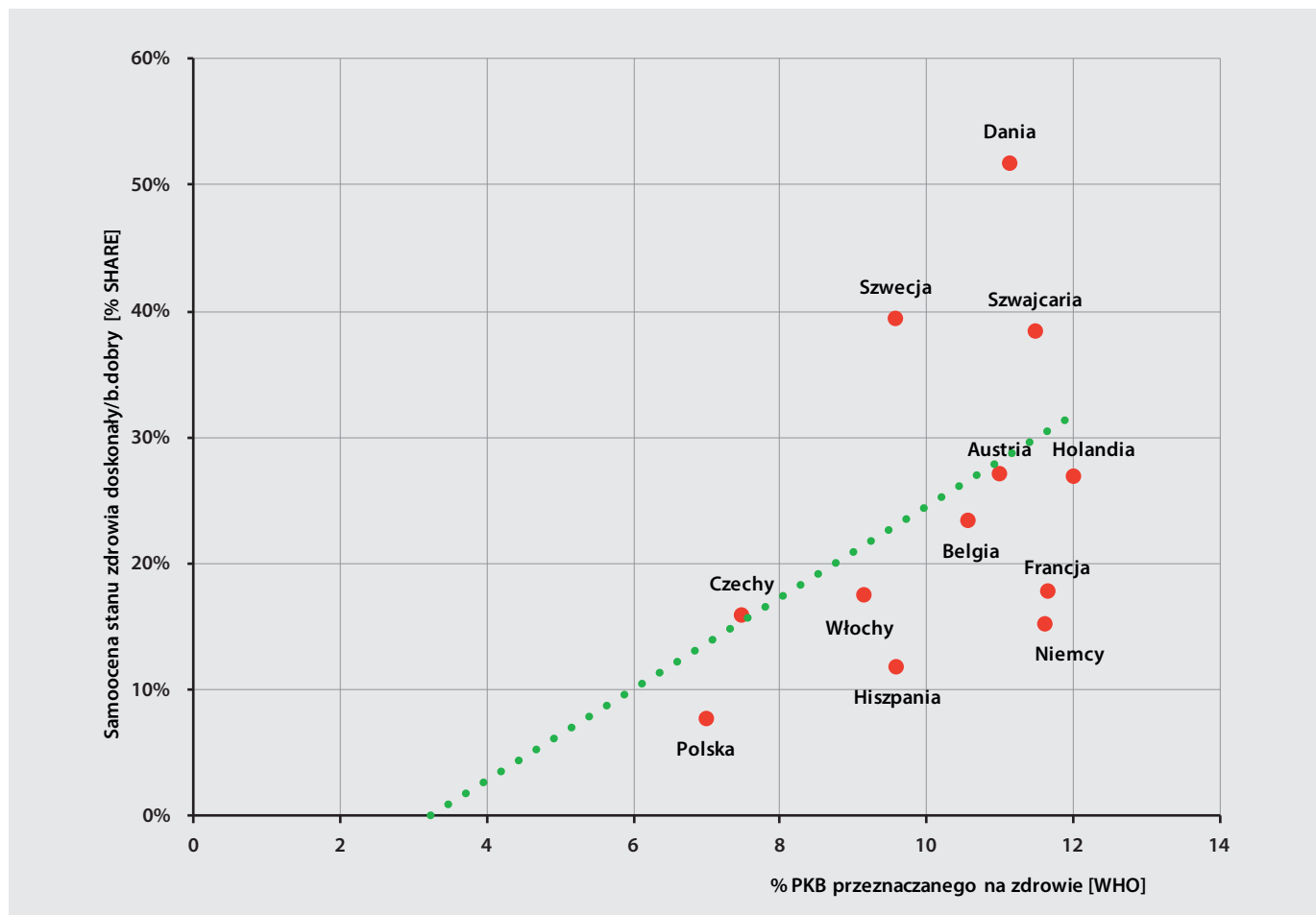
Wśród analizowanych krajów największy odsetek osób palących występował u mężczyzn w Polsce (32,3%) oraz u kobiet w Czechach (20,2%) oraz w Polsce (19,8%). Najmniejsze odsetki palących obserwowano u mężczyzn w Szwecji (14,1%) oraz u kobiet w Hiszpanii (5,9%). Odsetek osób palących w Polsce maleje wraz z wiekiem – w grupie wieku 55–59 lat paliło 53,6% mężczyzn oraz 37,8% kobiet, natomiast wśród osób 80+ odsetki palących kobiet i mężczyzn to odpowiednio 7,5% oraz 2,8%. Prawdopodobnie jest to wynikiem zarówno ograniczenia palenia, jak i większej przedwczesnej umieralności osób palących. Jedynie 15,5% Polaków oraz 1,6% Polek deklarowało w badaniu, że spożywa alkohol trzy razy w tygodniu lub więcej. W innych badanych krajach odpowiedzi takiej udzieliło 59% Francuzów i 46,6% Niemców. Wśród kobiet największy odsetek obserwowano również we Francji (28,4%) oraz w Niemczech (19,9%). W Polsce nie zaobserwowano istotnych statystycznych różnic pomiędzy grupami wieku. Umiarkowaną lub intensywną aktywność fizyczną, co najmniej jeden raz w tygodniu, deklarowało 71% Polaków oraz 63% Polek, co stanowiło najmniejszy odsetek wśród analizowanych krajów (w Szwecji u obu płci wskaźnik ten wynosił ok. 90%). W grupie wieku 55–59 lat najwięcej Polaków podejmowało aktywność fizyczną (87% mężczyzn oraz 80% kobiet) i odsetek ten znacznie zmniejszał się w grupie 80+ (odpowiednio 33,8% oraz 22,9%). Szczegółowe dane prezentują tabela 5.2. oraz tabela 5.3.

5. Zdrowie Polaków w wieku 50+ na tle wybranych krajów europejskich

5.6. Samoocena stanu zdrowia w badaniu SHARE a nakłady na opiekę zdrowotną

Dane z badania SHARE umożliwiają również bardziej ogólne spojrzenie na czynniki determinujące stan zdrowia. W poniższym modelu ekologicznym dla krajów uczestniczących w SHARE obserwuje się zależność odsetka osób oceniających swój stan zdrowia jako doskonały lub bardzo dobry z nakładami na opiekę zdrowotną wyrażonymi jako % PKB danego kraju (wykres 5.6).

Wykres 5.6. Samoocena stanu zdrowia a wydatki na opiekę zdrowotną



Źródło: SHARE R4 oraz Health For All Database 2013.

Choć w opisywanej analizie nie wykazano istotności statystycznej ($p=0,138$) widać, że nachylenie linii, czyli siła powyższej zależności, wynika ze statystyk krajów, które przeznaczają najmniejszy odsetek dochodu na zdrowie i zarazem mają najmniejszy odsetek osób oceniających stan zdrowia jako bardzo dobry lub lepszy. Z powodu ograniczeń metodologicznych zastosowanej analizy (różnice społeczno-kulturowe w samoocenie zdrowia, różne koszty opieki zdrowotnej, liczne czynniki zakłócające i wpływające na stan zdrowia) trudno jednoznacznie wskazać, że wzrost nakładów będzie skutkowało lepszym zdrowiem, mimo tego analiza powinna skłaniać do refleksji nad determinantami zdrowia w Polsce.

5.7. Podsumowanie

Wyniki badań SHARE stanowią unikalną możliwość oceny stanu zdrowia, czynników ekonomicznych i społecznych w skali europejskiej. Narzędzia użyte w badaniu SHARE, stanowią dobry sposób

5. Zdrowie Polaków w wieku 50+ na tle wybranych krajów europejskich

populacyjnej oceny stanu zdrowia, stosowano je w licznych wcześniejszych badaniach, ponieważ dobrze korelują z występowaniem zarówno psychicznych, jak i fizycznych problemów zdrowotnych (Contoyannis i Jones, 2004; Christensen i in., 2001). Samoocenę stanu zdrowia można interpretować jako wskaźnik predykcyjny umieralności (Idler i Benyamini, 2007), choć jest ona obarczona różnymi ograniczeniami. Spośród nich największe znaczenie ma brak oceny przez respondenta proponowanej skali jako bezwzględnej, a raczej opisywanie swojego stanu zdrowia na podstawie porównania z rówieśnikami. W badaniu wielonarodowym znacznym problem w porównywalności są różnice kulturowe i społeczne (Crossley i Kennedy, 2002; Groot, 2000). Siła uścisku ręki jest narzędziem obiektywnym i koreluje z siłą innych grup mięśni, jest dobrym predyktorem umieralności i niesprawności, a także jest łatwa do zastosowania „w terenie” (Rantanen i in., 1999). W badaniu ankietowym dotyczącym rozpoznanych chorób znaczenie mają dwa zasadnicze czynniki: rozpoznanie choroby przez lekarza (wykrywalność) oraz pamięć badanego (związana również z leczeniem lub stosowaniem w walce z tą chorobą). W badaniu ankietowym brak jest możliwości obiektywnej oceny istnienia stanu chorobowego – dane takie pokazują wszakże poziom istniejących uświadomionych potrzeb zdrowotnych, związanych z rozpoznaną chorobą oraz potrzebę koniecznych działań w zakresie zwiększenia wykrywalności chorób.

Elementem wymagającym podkreślenia jest również rozkład wskaźników subiektywnych w grupach płci, inny niż dla niektórych wskaźników obiektywnych, np. długość życia. Wartość oczekiwanej długości życia (kalkulowana na podstawie współczynników umieralności) jest znacznie większa u kobiet, natomiast wyniki badania SHARE w Polsce pokazują, że, w przypadku takich mierników stanu zdrowia jak samoocena, wyraźnie lepsze wartości analizowanych wskaźników uzyskują mężczyźni. Jest to zjawisko obserwowane również w innych badaniach samooceny zdrowia. Na przykład w badaniu SHARE w Hiszpanii tylko 44% mężczyzn oceniło swój stan zdrowia jako zły lub jedynie zadowalający, podczas gdy wśród kobiet swój stan zdrowia w tych kategoriach zakwalifikowało 56% ankietowanych. Wskazuje to na dodatkowe wpływy czynników psychologicznych i społecznych na opisywany wskaźnik. W przypadku pozostałych wskaźników stan zdrowia kobiet i mężczyzn wykazywał zróżnicowanie w zależności od analizowanej populacji. Jedynie w przypadku mieszkańców Czech zauważyć można, że pozostałe wskaźniki – takie jak: występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, nadciśnienia tętniczego, występowanie cukrzycy, trudności w przejściu 100 m, palenie papierosów, spożywanie alkoholu, uprawianie aktywności fizycznej oraz otyłość – wskazują, że kobiety prowadzą zdrowszy tryb życia i w mniejszym stopniu uskarżają się na występowanie przewlekłych chorób i trudności w aktywnościach dnia codziennego. W populacji polskiej, oprócz wskaźników stylu życia, obejmujących spożywanie alkoholu oraz palenie papierosów, lepsze wartości wskaźników osiągnęli mężczyźni. Wskutek istnienia opisywanego powyżej zjawiska różnic w subiektywnej ocenie własnego zdrowia istnieje konieczność dokonywania analiz w podziale na mężczyzn i kobiety.

Interpretacja wyników badań wymaga znacznej ostrożności. Analizy stanu zdrowia w poszczególnych grupach wieku pokazują z jednej strony zmniejszanie sprawności i zwiększanie chorobowości z wiekiem. Z drugiej strony gorszy stan zdrowia determinuje przedwczesną umieralność, można się więc spodziewać, że np. mniejsze odsetki osób palących w najstarszych grupach wieku mogą być skutkiem zgonu osób palących we wcześniejszym okresie, a niekoniecznie zdrowszym trybem życia. Inny mechanizm powoduje, że mała aktywność fizyczna w najstarszej grupie wieku może być spowodowana niekoniecznie brakiem zwyczaju uprawiania aktywności fizycznej, a jedynie być skutkiem gorszej sprawności i problemów chorobowych, zwłaszcza w odniesieniu do intensywnej aktywności fizycznej.

Badanie stanu zdrowia, przy użyciu niektórych narzędzi użytych w badaniu SHARE, prowadzi w Polsce Główny Urząd Statystyczny (GUS, 2011). Badanie to obejmuje wszystkie grupy wieku, a nie tylko osoby starsze. Natomiast w latach 2007–2010 przeprowadzono badanie POL-Senior, obejmujące podobną grupę wieku jak SHARE (wiek 65–90 lat, oraz grupa porównawcza 55–59). Badanie to obejmowało badanie ankietowe, jak również analizę parametrów z próbek krwi (Mossakowska i in., 2012). Porównanie wyników badania SHARE ze wspomnianym badaniem daje nam możliwość

5. Zdrowie Polaków w wieku 50+ na tle wybranych krajów europejskich

walidowania wzajemnych wniosków oraz zwraca uwagę na różnice metodologiczne. Np. dane dotyczące możliwości wykonywania czynności życia codziennego, takich jak samodzielne ubieranie się lub poruszanie, są zbliżone do wyników badania POL-Senior. W tym badaniu w populacji 65+ 5,7% mężczyzn oraz 6,5% kobiet (w ocenie skali Katza) potrzebowało pomocy innych osób podczas ubierania się. Dla porównania w badaniu SHARE w populacji osób 50+ 11% mężczyzn oraz 15% kobiet wskazywało na trudności w samodzielnym ubieraniu się. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w badaniu SHARE, z uwagi na inny sposób oceny tego stanu chorobowego (badanie ankietowe versus pomiar ciśnienia tętniczego krwi), odbiega od wyników badania POL-Senior. Spośród 4929 osób powyżej 65. roku życia prawidłowe ciśnienie tętnicze odnotowano u 13,1% mężczyzn oraz 11,2% kobiet, z kolei nadciśnienie tętnicze u 72,2% mężczyzn i 78,5% kobiet. W badaniu SHARE nadciśnienie tętnicze lub zwiększone ciśnienie tętnicze krwi deklarowało 38% mężczyzn oraz 47% kobiet. Podobne obserwacje w obu badaniach poczyniono w odniesieniu do rozpowszechnienia cukrzycy. Spośród uczestników badania POL-Senior 15,3% mężczyzn oraz 20,7% kobiet zgłaszało wcześniej rozpoznaną cukrzycę. Rozpoznania nowe (ocenione w badaniu) obejmowały 4,7% mężczyzn oraz 3,3% kobiet. Z kolei w SHARE na pytanie „czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana/Pani cukrzycę”, twierdząco odpowiedziało 13% mężczyzn oraz 15% kobiet. W badaniu POL-Senior w grupie wieku 55–59 lat (380 kobiet i 328 mężczyzn) otyłość zgodnie z kryteriami WHO ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) stwierdzono u 29,9% mężczyzn oraz 37,1% kobiet. Wśród respondentów w wieku 65 i więcej lat (2202 kobiet i 2422 mężczyzn) otyłość rozpoznano u 25,6% mężczyzn oraz 39,0% kobiet. Zbliżone dane dotyczące rozpowszechnienia otyłości wśród osób powyżej 50 lat uzyskano w badaniu SHARE, gdzie $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ odnotowano u 24% mężczyzn i 32% kobiet.

Badanie SHARE, zaprojektowane jako badanie długofalowe, poszukuje dalszych obiektywnych miar, które będą jeszcze lepiej oceniać stan zdrowia oraz procesy starzenia. W tym celu w planowanej na lata 2014–2015 rundzie 6. badania, przewidziane jest pobranie krwi i dokonanie pomiarów różnych parametrów zdrowotnych m.in. lipidów krwi, ciśnienia krwi, oznaczenia białka C-reaktywnego oraz hemoglobiny glikozylowanej.

Ponieważ styl życia w znacznym stopniu wpływa na stan zdrowia, a pozytywna zmiana tego stylu, w każdym okresie życia, może skutkować poprawą zdrowia, wyniki badań SHARE mogą posłużyć do podstaw działań profilaktycznych w populacji objętej badaniem. Aby działania te były jak najbardziej efektywne, konieczne jest podjęcie dalszych długoterminowych badań w celu identyfikacji uwarunkowań problemów zdrowotnych u osób po 50. roku życia. Posłużą one także do przygotowania odpowiednich strategii w zakresie zdrowia publicznego i mogą być oparte na długofalowej obserwacji prowadzonej w badaniu SHARE.

6. Wywiady końca życia w próbie SHARE

Badanie SHARE dostarcza unikatowych danych o ostatnim roku życia Europejczyków w wieku co najmniej 50 lat. Tak zwany „wywiad końca życia” przeprowadzono z osobą bliską zmarłemu respondentowi, który wziął udział w co najmniej jednej rundzie badania. W Polsce był to zazwyczaj małżonek w przypadku osób będących w związku małżeńskim (52% wszystkich wywiadów końca życia w Polsce) lub dziecko (21%). W niniejszym opracowaniu podejmujemy się krótkiego opisu ostatniego roku życia 249 Polaków, którzy zmarli przed 2011 rokiem, w oparciu o dane z wywiadów końca życia 3. i 4. rundy, na tle wszystkich krajów SHARE. Z uwagi na to, że czas między realizacją rundy 4. a 3. był w Polsce znacznie dłuższy niż między realizacją rundy 3. i 2., 60% omawianych wywiadów końca życia zebrano w ostatniej rundzie badania. Cała próba wywiadów końca życia wszystkich rund we wszystkich krajach SHARE liczy 2778 obserwacji. Do niej odwołujemy się, pisząc w dalszej części rozdziału o krajach SHARE. W obliczeniach na próbie z wywiadów końca życia nie stosowano wag. Z uwagi na panelowy charakter badania, możliwe jest porównanie wybranych aspektów ostatniego roku życia z latami poprzednimi.

6.1. Wyniki wstępnej analizy ostatniego roku życia

Przeciętny wiek w momencie zgonu w próbie wszystkich wywiadów końca życia SHARE wynosi 77 lat. W Polsce wiek w momencie zgonu kobiet (75) jest wyższy niż mężczyzn (72) i jest to najniższy wynik spośród krajów SHARE. Zatem w Polsce ostatnie 12 miesięcy życia ma miejsce w stosunkowo najniższym wieku, co jest spójne z danymi dotyczącymi średniej długości trwania życia, zarówno w momencie urodzenia, jak i w późniejszym wieku (np. 50 lat).

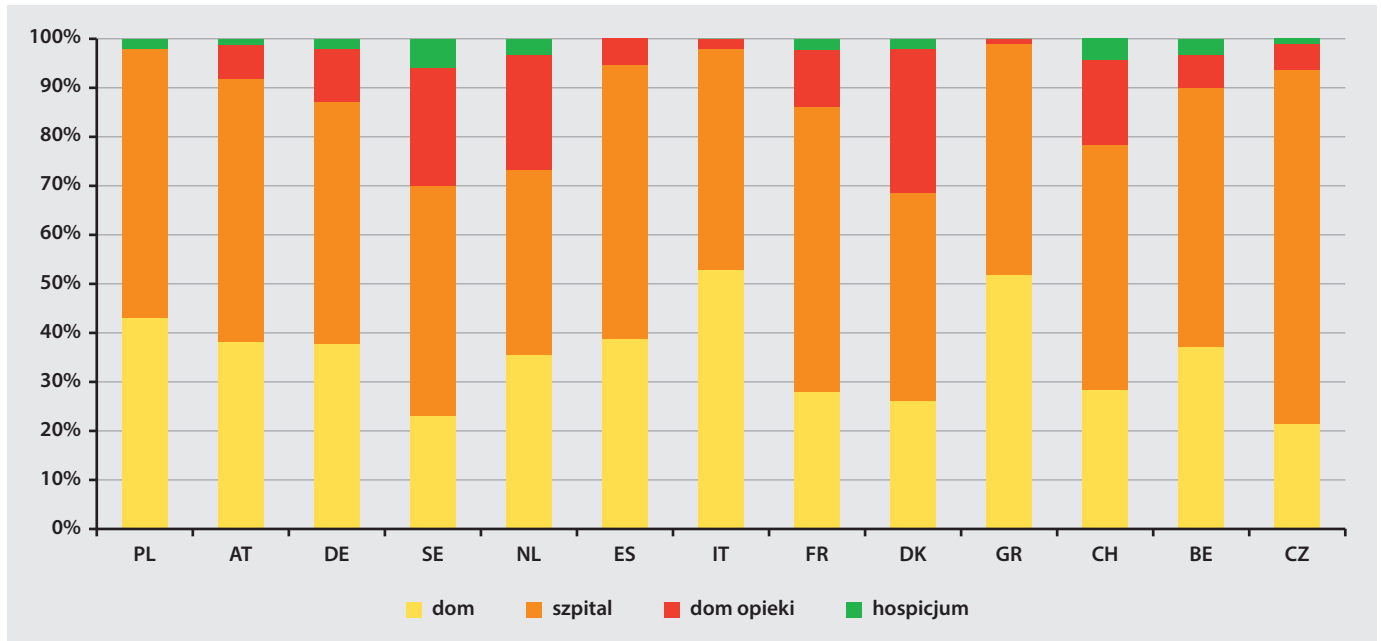
We wszystkich analizowanych krajach własny dom oraz szpital są najczęstszymi miejscami zgonu. Ponad połowa badanych objętych wywiadem końca życia w Polsce zmarła w szpitalu (51%) (wykres 6.1.). Polska należy do krajów, w których częstym miejscem zgonu (40%) jest również dom, przy czym w badanym okresie obserwujemy statystycznie istotny wzrost odsetka zmarłych w szpitalu względem zmarłych we własnym domu. Podobne zjawisko można zaobserwować również w pozostałych badanych krajach. Warto zaznaczyć, że w odróżnieniu od niektórych krajów SHARE (Dania, Holandia, Szwecja), w polskiej próbie nie obserwujemy osób zmarłych w domu opieki. Po części może to wynikać z tego, że dobór próby do pierwszego wywiadu we wszystkich krajach pomijał osoby w instytucjach opiekuńczych. Ponieważ pierwsze wywiady w Polsce zostały przeprowadzone równoległe z drugą serią wywiadów w większości krajów, respondenci w pozostałych krajach byli wystawieni na większe niż w Polsce ryzyko znalezienia się w domu opieki w trakcie trwania badania. Jednocześnie należy zauważyć, że udział osób zmarłych w hospicjach w Polsce jest równy średniej wartości we wszystkich badanych krajach (2%).

Większości zgonów (85%) towarzyszył pochówek połączony z obrzędem religijnym, jakkolwiek obserwujemy znaczne różnice między krajami pod tym względem. Wykres 6.2. obrazuje to zróżnicowanie. Należy zauważyć, że odsetki te są wyższe niż odsetek respondentów deklarujących aktywność religijną (por. rozdział 2.).

³³ Uniwersytet Warszawski, Wydział Nauk Ekonomicznych.

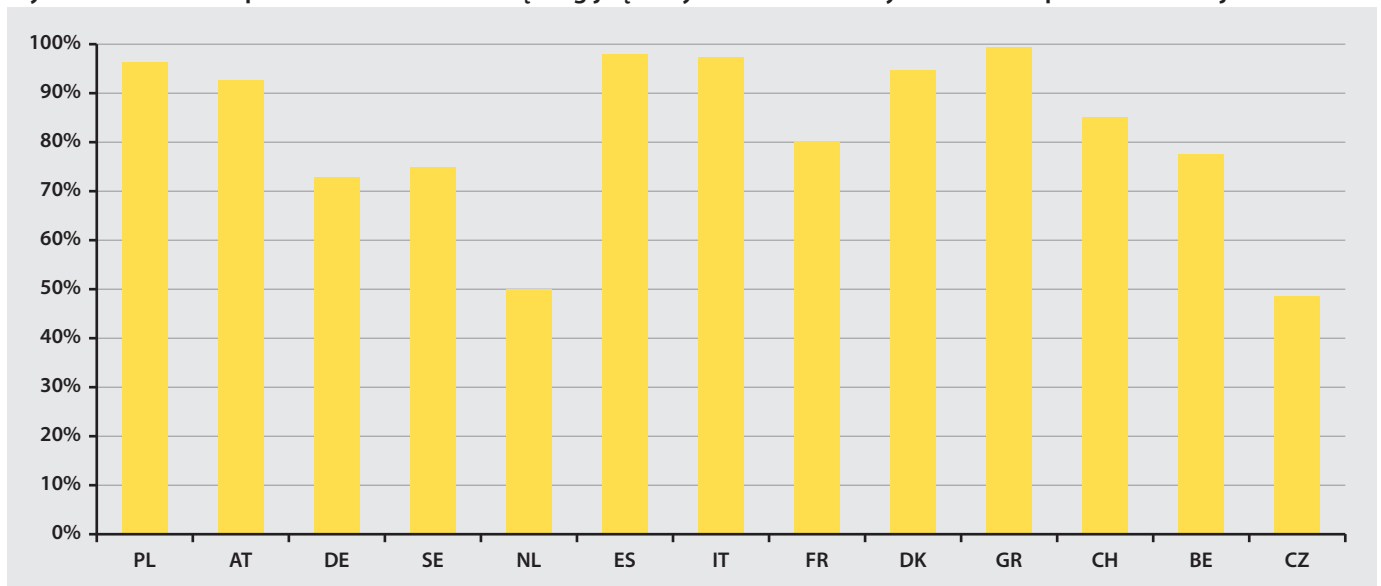
6. Wywiady końca życia w próbie SHARE

Wykres 6.1. Miejsce zgonu w wywiadach końca życia SHARE w podziale na kraj



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 6.2. Odsetek pochówków z ceremonią religijną w wywiadach końca życia SHARE w podziale na kraj

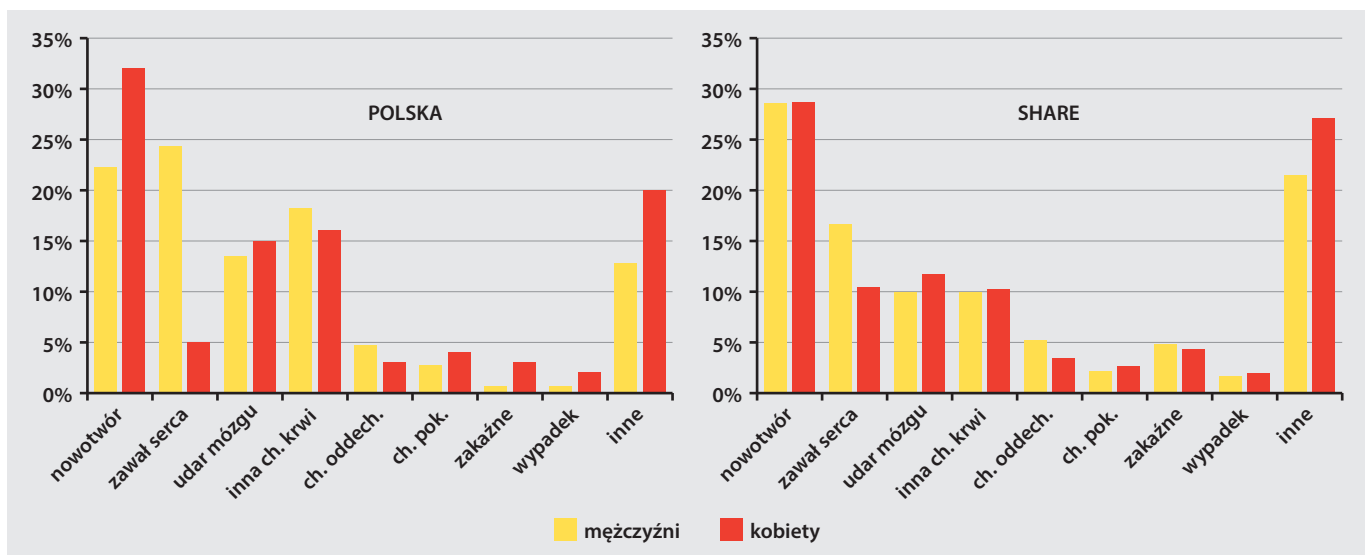


Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Najczęściej deklarowaną przyczyną zgonów mężczyzn w polskich wywiadach końca życia jest zawał serca (24%). Należy zauważyć, że również inne choroby układu krwionośnego odpowiadają za znaczną część obserwowanych zgonów mężczyzn (18%). W przypadku Polek, śmiertelność spowodowana zawałem serca nie przekracza 5%, a najczęstszą przyczyną ich zgonów są choroby nowotworowe (32%), które z kolei stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów mężczyzn w polskiej próbie SHARE (22%) (wykres 6.3.). Powyższe dane są zgodne z danymi administracyjnymi. Można na ich podstawie sądzić, że występująca na świecie tendencja spadku umieralności z powodu chorób układu krwionośnego na rzecz nowotworów, będąca częścią procesu zwanego przejściem epidemiologicznym, jest w Polsce silniejsza dla kobiet niż mężczyzn. Dlatego przyczyny zgonów kobiet w Polsce bardziej przypominają tendencje obserwowane w innych krajach, objętych wywiadami końca życia, niż przyczyny zgonów mężczyzn.

6. Wywiady końca życia w próbie SHARE

Wykres 6.3. Odsetek zgonów w podziale na przyczyny i płeć w wywiadach końca życia polskiej i całej próby SHARE



Uwagi: SHARE: Austria, Belgia, Czechy, Dania, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Niemcy, Polska, Szwajcaria, Szwecja, Włochy.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Zróznicowanie śmiertelności kobiet i mężczyzn jest interesujące z uwagi na to, że dolegliwości zdrowotne związane z zawałem serca pojawiają się najczęściej w ostatnim miesiącu życia (46% w Polsce), w przeciwieństwie do długiego czasu trwania chorób nowotworowych prowadzących do zgonu (co najmniej pół roku w 61% w Polsce).

Wzmożona zachorowalność nie ukazuje w pełni zmian w stanie zdrowia, które następują w ostatnim roku życia. Wykres 6.4. pokazuje odsetek osób doświadczających trudności w ostatnim roku życia według skali ADL³⁴. Według odpowiedzi pełnomocników zmarłych respondentów SHARE, Polakom najwięcej trudności w ich ostatnim roku życia, sprawiało robienie zakupów (52%), a najmniej spożywanie posiłków i branie leków (poniżej 30%). Często pełnomocnicy zmarłych respondentów polskiej próby SHARE deklarowali, że zmarli doświadczali w ostatnim roku życia trudności z ubieraniem się, myciem się i przygotowywaniem ciepłych posiłków (powyżej 40%). Pod względem ograniczeń w codziennych czynnościach polska próba osób objętych wywiadami końca życia nie różni się statystycznie istotnie od pozostałych krajów SHARE.

Biorąc pod uwagę obserwacje ze zwykłego wywiadu przeprowadzonego przed zgonem respondentów, zauważamy, że przeciętna liczba trudności Polaków w ostatnim roku życia jest niemal dwukrotnie wyższa (3,7) niż we wcześniejszym roku życia (2,0). Widzimy też silne i statystycznie istotne zróżnicowanie w badanych krajach zarówno pod względem poziomów, jak i dynamiki zmian. Przy czym zmiany w Polsce mogą być przeszacowane z uwagi na dłuższy niż w pozostałych analizowanych krajach odstęp między wywiadami końca życia rundy 4. a informacjami o codziennych trudnościach zebranych we wcześniejszych rundach badania.

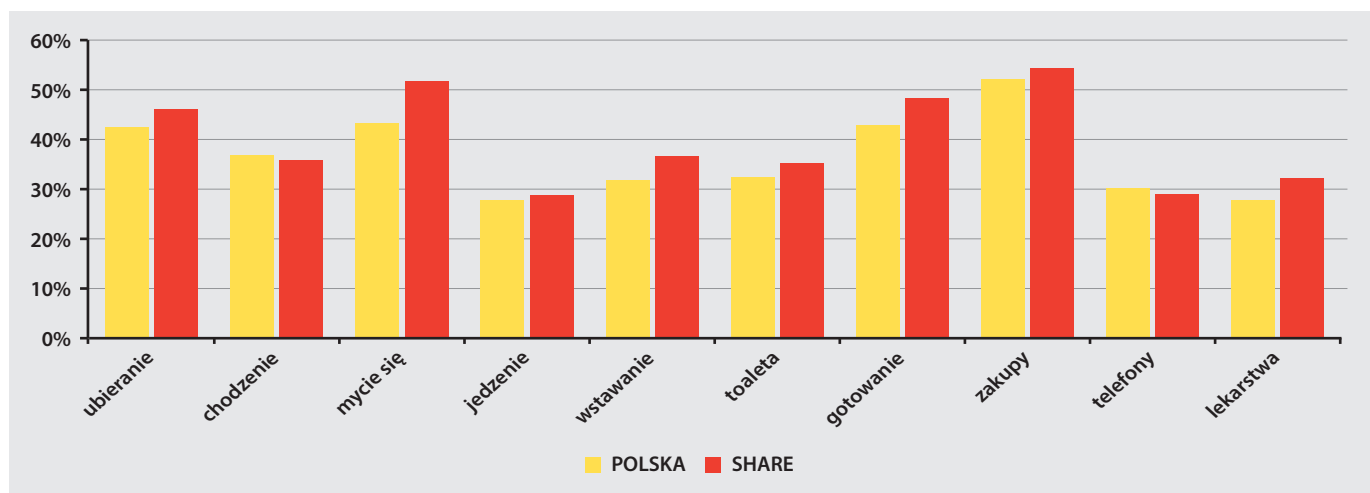
W świetle powyższych danych nie jest zaskakujące, że w ostatnim roku życia badani częściej niż we wcześniejszych latach otrzymują pomoc. 96% osób objętych wywiadami końca życia w próbie SHARE, otrzymywało pomoc w ostatnim roku życia, a we wcześniejszym roku życia – jedynie 42%. W Polsce zmiana jest jeszcze większa, gdyż odsetek ten rośnie do 95% z poziomu 32% we wcześniejszym roku życia. Jeśli chodzi o pomoc otrzymywaną od dzieci, to spośród osób objętych wywiadami końca życia SHARE 20% otrzymywało ją w latach poprzedzających ostatni rok życia i 33% – w ostatnim roku życia. Wzrasta również udział pomocy otrzymywanej od małżonka (10% we wcześniejszych latach życia i 26% w ostatnim roku życia).

Należy zauważyć głębokie zmiany, które następują w ostatnim roku życia w porównaniu z wcześniejszymi latami, co pokazuje wyraźnie wykres 6.5.

³⁴ Skala oceny sprawności w wykonywaniu czynności codziennego życia (ADL – activities of daily living).

6. Wywiady końca życia w próbie SHARE

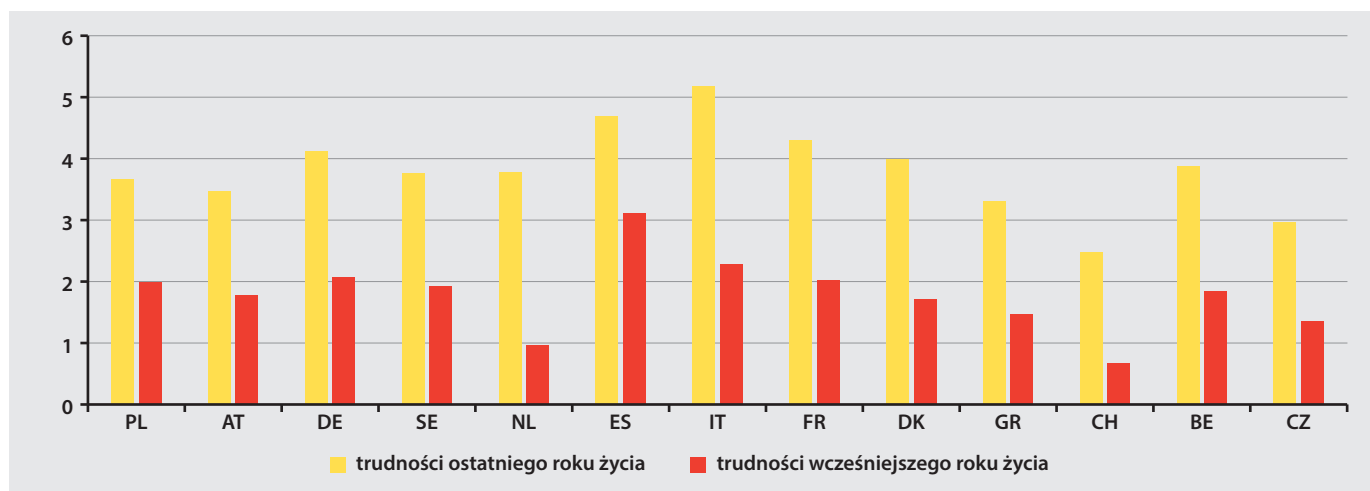
Wykres 6.4. Odsetek osób doświadczających trudności w wykonywaniu codziennych czynności w wywiadach końca życia SHARE



Uwagi: SHARE: Austria, Belgia, Czechy, Dania, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Polska, Niemcy, Szwajcaria, Szwecja, Włochy.

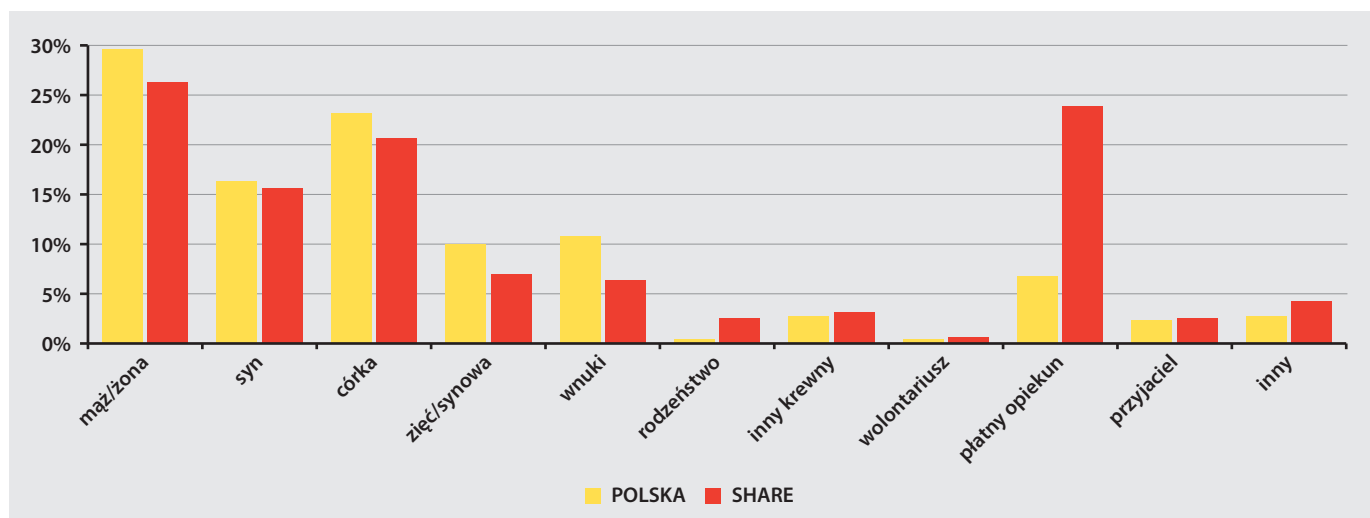
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 6.5. Przeciętna liczba trudności według ADL w ostatnim i wcześniejszym roku życia w krajach SHARE



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

Wykres 6.6. Odsetek osób otrzymujących pomoc w ostatnim roku życia w podziale na dawcę pomocy w Polsce i całej próbie SHARE



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych SHARE R4.

6. Wywiady końca życia w próbie SHARE

W ostatnim roku życia 24% badanych w całej próbie korzystało z profesjonalnej pomocy, np. pielęgniarstwa, która mogła mieć charakter płatnych usług. W Polsce w porównaniu do krajów SHARE obserwujemy wyższy odsetek badanych, którzy otrzymywali opiekę od dzieci w ostatnim roku życia (37%), a także niższy udział pomocy od profesjonalnych opiekunów (7%). Szczegółowe informacje o odsetku Polaków objętych wywiadem końca życia, otrzymujących pomoc od wyróżnionych w badaniu osób na tle całej próby SHARE, obrazuje wykres 6.6.

Na koniec warto zaznaczyć, że ostatni rok życia nie jest jedynie czasem przyjmowania pomocy. Zdecydowana większość (88%) zmarłych w próbie SHARE zostawiła po sobie spadek. W Polsce ten odsetek jest niższy, bo wynosi 75%. Spadkobiercami Europejczyków są zazwyczaj ich dzieci (65%), rzadziej małżonkowie (45%). Prawie nigdy nie są to instytucje takie jak organizacje charytatywne czy religijne (niecały 1%). Spadki zostawiane dzieciom prawie zawsze (90% spadków dla dzieci) są w ocenie pełnomocnika dzielone „po równo” między dzieci, przy czym takie sformułowanie nie jest jednoznaczne z tym, że stanowią one taką samą wartość finansową spadku każdego dziecka (Nicińska, 2013).

6.2. Podsumowanie

Podsumowując obraz ostatniego roku życia Polaków, który powstaje w oparciu o dane SHARE, potwierdza się wyższy wiek kobiet niż mężczyzn w momencie zgonu, a także zróżnicowanie między płciami pod względem przyczyn zgonów. Mężczyźni ciągle jeszcze dość często umierają z powodu chorób układu krwionośnego, podczas gdy kobiety rzadziej. Dla obu płci udział nowotworów wśród przyczyn zgonu jest znaczący. Miejscem zgonu w Polsce jest dom lub szpital, rzadko kiedy hospicjum. Pogrzebowi w zdecydowanej większości przypadków towarzyszy nabożeństwo religijne. Zaobserwowano nasilenie trudności w codziennych aktywnościach w ostatnim roku życia, przy czym dynamika tych zmian jest zróżnicowana między krajami. Zwiększenie się trudności w wykonywaniu codziennych czynności w ostatnim roku życia radykalnie zwiększa zapotrzebowanie na pomoc, w Polsce jest ona w zdecydowanej większości udzielana przez członków rodziny.

7. Bibliografia

Abramowska-Kmon, A., (2011). *Zmiany modelu rodziny a zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze dla osób starszych*, maszynopis pracy doktorskiej, Instytut Statystyki i Demografii, Kolegium Analiz Ekonomicznych, Szkoła Główna Handlowa.

Abramowska-Kmon i A., Kotowska, I.E., (2009). Usługi opiekuńcze dla osób starszych, [w:] I. E. Kotowska (red.), *Rynek pracy i wykluczenie społeczne w kontekście percepcji Polaków – Diagnoza Społeczna 2009*, raport dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Adam, S., Bay, Ch., Bonsang, E., Germain, S. i Perelman, S. (2006). *Occupational activities and cognitive reserve: a frontier approach applied to the Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*, CREPP Working Paper 2006/05.

Adena, M. i Myck, M. (2013). Poverty and transitions in key areas of quality of life, [w:] Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H. i Weber, G. (red.) *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis*, De Gruyter.

Alavinia, S. i Burdorf, A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*.

Aichberger, M., Busch, M., Reischies, F., Stroehle, A., Heinz, A. i Rapp, M. (2010). Effect of physical inactivity on cognitive performance after 2.5 years of follow-up, *GeroPsych*, Vol. 23, no 1.

Armstrong, T. (2007). Prevention of Chronic Diseases, WHO Global Strategy on Diet Physical Activity and Health, *Diabetes Summit Africa*.

Arpino, B. i Bordone, V. (2012). Does Grandparenting Pay Off? The effect of childcare on grandparents' cognitive functioning, *European Demographic Research Papers 4*, Vienna Institute of Demography.

Attias-Donfut, C., Ogg, J. i Wolff, F., (2005). European patterns of intergenerational financial and time transfers, *European Journal of Aging*, 2(3), s. 161–173.

Bloom, D., Canning, D., i Fink, G. (2011). Implications of Population Aging for Economic Growth. Program on the Global Demography of Aging, Working Paper No. 64.

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, Ch., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S. i Zuber, S. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology* 2013.

Börsch-Supan, A., Brugiavini, A. i Croda, E. (2008). The Role of Institutions in European Patterns of Work and Retirement. *Working Papers Department of Economics Ca' Foscari University of Venice No. 44/2008*.

Börsch-Supan, A. i Jürges, H. (red.) (2005). *The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe – Methodology*. MEA.

7. Bibliografia

- Brugiavini, A., Pasini, G. i Peracchi, F. (2008). Exits from the labour force, [w:] Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Juerges, H., Kapteyn, A., Mackebach, J., Siegrist, J. i Weber, G. (red.). *Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007). Starting the Longitudinal Dimension*.
- Cavapozzi, D., Paccagnella, O. i Weber, G. (2008). Income and Income Changes, [w:] Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Juerges, H., Kapteyn, A., Mackebach, J., Siegrist, J. i Weber, G. (red.). *Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007). Starting the Longitudinal Dimension*.
- CDC Report 2013 (2013), The State of Aging and Health in America.
- Christelis, D. i Dobrescu, L.I., (2012). The Impact of Social Activities on Cognitive Ageing: Evidence from Eleven European Countries. *ARC Centre of Excellence in Population Ageing Research Working Paper 2012/07*.
- Christensen, H., Mackinnon, A. J., Korten, A. i Jorm, A. (2001). The “Common Cause Hypothesis” of Cognitive Aging: Evidence for Not Only a Common Factor but Also Specific Associations of Age With Vision and Grip Strength in a Cross-Sectional Analysis, *Psychology and Aging*, 16(4), s. 588–599
- Contoyannis, P. i Jones, A. M. (2004). Socio-economic status, health and lifestyle, *Journal of Health Economics*, 23, s. 965–995.
- Crossley, T. i Kennedy, S. (2002). The reliability of self-assessed health status. *Journal of Health Economics* 21, s. 643–658.
- Cumming, E. i Henry, W. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. Basic Books, New York.
- Encyklopedia PWN: <http://encyklopedia.pwn.pl/> (stan na 15.05.2013).
- Fischer, J. i Sousa-Poza, A. (2006). The Institutional Determinants of Early Retirement in Europe. Discussion Paper 2006–08.
- Fokkema, T., ter Bekke, S. i Dykstra, P.A. (2008). Solidarity between parents and their adult children in Europe, *NIDI Report No. 76*.
- Giza-Poleszczuk, A. (2005). *Rodzina a system społeczny. Reprodukcyjność i kooperacja w perspektywie interdyscyplinarnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Groot, W. (2000). Adaption and scale of reference bias in self-assessments of quality of life. *Journal of Health Economics* 19, s. 403–420.
- GUS (2011) Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Hallberg, D. (2006). Cross-national differences in income poverty among Europeans 50 years+. Department of Economics, Working Paper (2006:14). University of Uppsala.
- Iacovou, M. i Skew, A. (2010). Household Structure in the European Union, ISER Working Papers 2010-10, Institute for Social and Economic Research.
- Idler, E.L. i Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38, s. 21–37.

7. Bibliografia

- Jager, C., Budge, M. i Clarke, R. (2003). Utility of TICS-M for the assessment of cognitive function in older adults, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, No. 18.
- Kalbarczyk, M. i Nicińska, A., (2009). Finansowe i niefinansowe transfery w próbie SHARE, *Polityka Społeczna*, 4, s. 13–18.
- Kalwij, A. i Vermeulen, F. (2008). Health and labour force participation of older people in Europe: what do objective health indicators add to the analysis? *Health Economics*, vol.17 (5), s. 619–638.
- Kirkwood, T., Austad, S. (2000). Why do we age?, *Nature* 408: s. 233–238.
- Komisja Europejska (2009). The 2009 Ageing Report. *European Economy* 2/2009.
- Komisja Europejska (2010). Komunikat Komisji. Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>).
- Komisja Europejska (2011). Active Ageing. Research Note 6/2011.
- Komisja Europejska (2012). The 2012 Ageing Report. *European Economy* 2/2012.
- Komisja Europejska i United Nations Economic Commission for Europe (2013). Policy Brief. Introducing Active Ageing Index.
- Kotowska, I. E. (2009). Zmiany modelu rodziny a zmiany aktywności zawodowej kobiet w Europie, [w:] Kotowska, I. E. (red.), 2009, *Strukturalne i kulturowe uwarunkowania aktywności zawodowej kobiet w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, s. 15–56.
- Kotowska, I. E. i Józwiak, J. (2012). Nowa demografia Europy a rodzina, *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych, Zeszyt 28/2012*, s. 9–33.
- Lyberaki, A. i Tinios, P. (2008). Poverty and persistent poverty: adding dynamics to familiar findings, [w:] Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Juerges, H., Kapteyn, A., Mackebach, J., Siegrist J. i Weber, G. (red.). *Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007). Starting the Longitudinal Dimension*.
- Malter, F. i Börsch-Supan, A. (2013). SHARE Wave 4: Innovations & Methodology.
- Mazzonna, F. i Peracchi, F. (2012). Ageing, cognitive abilities and retirement, *European Economic Review*, no. 56.
- McArdle, J., Smith, J. i Willis, R. (2009). Cognition and economic outcomes in the health and retirement survey, *IZA Discussion Paper No. 4269*.
- MEA (2011). SHARE Release Guide 2.5.0 Waves 1&2.
- MEA (2013). SHARE Release Guide 1.1.1 Wave 4.
- Menec, V. H. i Gerontol, J. B. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: a 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology B*, 58 (2), s. S74–S82.

7. Bibliografia

- Mossakowska, M., Więcek, A. i Błędowski, P. (red.) (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Nicińska, A. (2013). Bequeathing, life course and life cycle. *Historyka. Studia metodologiczne* 43, w druku.
- Pająk, A. (1996). *Zwalczanie choroby niedokrwiennej serca poprzez modyfikację czynników ryzyka*. Acta Angiol.
- Pronk, N. P., Martinson, B., Kessler, R. C. i in. (2004). The association between work performance and physical activity, cardiorespiratory fitness, and obesity, *Journal of Occupational Environment and Medicine* 46, s. 19–25.
- Rantanen, T., Guralnik, J.M., Foley, D., Masaki, K., Leveille, S., Curb, J. D. i White, L. (1999). Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability. *Journal of the American Medical Association* 281, s. 558–60.
- Robine, J. M., Jagger, C., Mathers, C. D. i in. (red.) (2003). *Front Matter*, in *Determining health expectancies*, 359-76. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK. doi: 10.1002/0470858885.fmatter.
- Robrök, S., Schuring, M., Crözen, S., Stattin, M. i Burdorf, A. (2013). Poor health, unhealthy behaviors, and unfavorable work characteristics influence pathways of exit from paid employment among older workers in Europe: a four year follow-up study. *Scand J Work Environ Health* 39(2)/2013, s.125–33.
- Rowe, J. W. i Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging*. N.Y.: Dell Publishing.
- Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013, Załącznik do uchwały nr 137 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2012 r. (http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/user-files/_public/1_NOWA%20STRONA/Aktualnosci/seniorzy/Rzadowy%20Program%20ASOS_2012-2013.pdf).
- Salthouse, T. (2010). Selective review of cognitive aging, *Journal of International Neuropsychological Society*, No. 16.
- Saraceno, C. (2008). Introduction: Intergenerational Relations in Families – a Micro-macro Perspective, [w:] C. Saraceno (red.) *Families, Ageing and Social Policy. Intergenerational Solidarity in European Welfare States*, Cheltenham, UK-Northampton, USA: Edward Elgar Publishing Limited, 1–19.
- Sheffield, K. i Peek, M. (2011). Changes in the prevalence of cognitive impairment among older americans, 1993–2004: Overall trends and differences by race/ethnicity, *American Journal of Epidemiology*, Vol. 174, No. 3.
- Skirbekk, V., Loichinger, E. i Weber, D. (2012). Variation in cognitive functioning as a refined approach to comparing aging across countries, *PNAS*, Vol. 109, no. 3.
- Skirbekk, V., Stonawski, M., Bonsang, E. i Staudinger, U. (2013). The Flynn effect and population aging, *Intelligence*, No. 41.
- Topór-Mądry, R. (2011). Choroby Przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, vol. 1/2011, s. 25–49.

7. Bibliografia

Van Den Berg, T., Schuring, M., Avendano, M., Mackenbach, J. i Burdorf, A. (2010). The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. *Occupational Environmental Medicine* 67/2010, s. 845–852.

WHO. (2002). Active Ageing: A Policy Framework http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.

WHO. (2012). Dementia: a public health priority. Raport World Health Organization and Alzheimer's Disease International. http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/index.html.

WHO. (2013). Health for ALL.

Instytut Badań Edukacyjnych

Głównym zadaniem Instytutu jest prowadzenie badań, analiz i prac przydatnych w rozwoju polityki i praktyki edukacyjnej.

Instytut zatrudnia ponad 150 badaczy zajmujących się edukacją – pedagogów, socjologów, psychologów, ekonomistów, politologów i przedstawicieli innych dyscyplin naukowych – wybitnych specjalistów w swoich dziedzinach, o różnorodnych doświadczeniach zawodowych, które obejmują, oprócz badań naukowych, także pracę dydaktyczną, doświadczenie w administracji publicznej czy działalność w organizacjach pozarządowych.

Instytut w Polsce uczestniczy w realizacji międzynarodowych projektów badawczych w tym PIAAC, PISA, TALIS, ESLC, SHARE, TIMSS i PIRLS oraz projektów systemowych współfinansowanych przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Instytut Badań Edukacyjnych

ul. Górczewska 8, 01-180 Warszawa | tel. +48 22 241 71 00 | ibe@ibe.edu.pl | www.ibe.edu.pl
Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.