

STRES OKOŁOEMERYTALNY

w ujęciu zdrowotnym, ekonomicznym, psychologicznym i społecznym



RAPORT

Stres okołomerytalny

w ujęciu zdrowotnym, ekonomicznym,
psychologicznym i społecznym

redakcja naukowa:

Filip Raciborski
Bolesław Samoliński

Warszawa, listopad 2013

Stres okołoemerytalny

w ujęciu zdrowotnym, ekonomicznym,
psychologicznym i społecznym

Autorzy:

Bolesław Samoliński (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Filip Raciborski (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Jacek Raciborski (Uniwersytet Warszawski)

Dagmara Opoczyńska-Świeżewska (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Anna Kłak (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Anna Łukasik (BNP Paribas Securities Services)

Piotr Samel-Kowalik (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Wykonawca raportu: ThinkMed sp. z o.o.



Redakcja: Magdalena Pluta

Zdjęcie na okładce © Ella - Fotolia.com

Raport przygotowany na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Zawarte w raporcie poglądy, wnioski i rekomendacje wyrażają opinię autorów i nie stanowią oficjalnego stanowiska Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Warszawa, listopad 2013

SPIS TREŚCI

1. Wprowadzenie	6
1.1. Emerytura jako wyzwanie dla jednostki, państwa i społeczeństwa	7
1.2. Wiek przejścia na emeryturę w Polsce i Europie	8
1.3. Stres okołoemerytalny w ujęciu zdrowotnym, ekonomicznym, psychologicznym i społecznym	
– zarys problemu	10
Aspekt zdrowotny	12
Aspekt ekonomiczny	14
Aspekt psychologiczny	16
Aspekt społeczny	18
2. Aspekt zdrowotny	22
2.1. Analiza najczęściej występujących problemów zdrowotnych w wieku okołoemerytalnym	22
Przyczyny hospitalizacji	23
2.2. Zgony	24
2.3. Absencja chorobowa	27
2.4. Niepełnosprawność	28
2.5. Percepcja własnego stanu zdrowia przez osoby w wieku okołoemerytalnym	28
2.6. Wpływ przejścia na emeryturę na stan zdrowia	30
2.7. Nakłady na opiekę zdrowotną w zależności wieku	31
2.8. Profilaktyka prozdrowotna	32
Zmiana aktywności fizycznej w momencie przejścia na emeryturę	34
Profilaktyka w miejscu pracy	35
3. Aspekt ekonomiczny	38
3.1. Charakterystyka aktywności ekonomicznej ludności w wieku okołoemerytalnym	38
3.2. Zmiana sytuacji ekonomicznej osób przechodzących na emeryturę	40
3.3. Budżet emeryta a budżet osoby pracującej – zmiana kosztów życia wynikających z zaprzestania pracy. Emeryt jako konsument	42
3.4. Korzystanie ze świadczeń opiekuńczych	46
3.5. Struktura gospodarstw domowych – problem gospodarstw jednoosobowych	47
3.6. Regulacje prawne dotyczące pracy w okresie otrzymywania emerytury	48
4. Aspekt psychologiczny	51
4.1. Problemy psychologiczne osób starszych	51
Depresja	51
Główne obawy emerytów	53
Przemoc wobec osób starszych	54
Samotność w okresie starości	55
4.2. Samobójstwa wśród osób starszych	56
4.3. Jakość życia osób starszych	59
4.4. Pomoc psychologiczna dla osób starszych	61
5. Aspekt społeczny	64
5.1. Partycypacja społeczna	64
Postawa obywatelska	64
Udział w życiu społeczności lokalnych i społeczeństwie	68
Udział we wspólnotach religijnych	68
5.2. Społeczna percepcja ról emerytów	69
Rola emeryta w rodzinie	69
Rola emeryta w społeczeństwie	73

Zmiana trybu i stylu życia. Budżet czasu wolnego	73
5.3. Formy edukacji dla osób starszych. Uniwersytety Trzeciego Wieku jako instytucje przeciwdziałające marginalizacji osób starszych	76
5.4. Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych, alienacja	77
5.5. Instytucjonalne działania na rzecz aktywizacji społecznej osób starszych	79
Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013.....	79
Rada ds. Polityki Senioralnej	80
Dialog obywatelski obejmujący osoby starsze i ich organizacje	80
6. Ryzyko zgonu w okresie okołomerytalnym – gilotyna emerytalna	83
6.1. Ryzyko zgonu a wiek.....	84
6.2. Gilotyna emerytalna z perspektywy okresu pobierania świadczeń (ZUS)	85
6.3. Gilotyna emerytalna z perspektywy okresu pobierania świadczeń (KRUS).....	86
6.4. Wnioski	88
7. Moment przejścia na emeryturę – analiza SWOT.....	89
7.1. Analiza SWOT	90
Uwagi	93
7.2. Przyczyny wczesnej dezaktywacji zawodowej.....	94
7.3. Dodatkowe obserwacje wynikłe z analizy	94
7.4. Podsumowanie	95
Implikacje stanu zdrowia dla problematyki dezaktywacji emerytalnej	95
8. Uwagi końcowe i rekomendacje dla polityki senioralnej	97
Spis rycin	100
Spis tablic.....	102

Przedstawiany Raport podejmuje kompleksowo problem uwarunkowań kondycji psychofizycznej osób w wieku okołoemerytalnym ze szczególnym uwzględnieniem czynników wywołujących stres. W zamierzeniu autorów Raport ma stanowić pewien element znacznie szerszej diagnozy sytuacji ludzi starszych w społeczeństwie polskim. Diagnoza taka jest koniecznym etapem w procesie wypracowywania przez państwo polityki senioralnej. Ten proces już trwa i angażuje wiele agend rządowych, zespołów naukowych i organizacji III sektora. Szerokie partnerstwo publiczno-społeczne (przynależące do repertuaru New Public Services) zarówno na etapie diagnozowania, wypracowywania szczegółowych rekomendacji, jak i ich implementowania jest koniecznym warunkiem sukcesu konkretnej polityki senioralnej.

Raport powstał na gruncie metodologii *desk research*¹, która należy do grupy metod badawczych niereaktywnych. Jej istotą jest wykorzystywanie danych zastanych, zgromadzonych niezależnie od badacza. W projekcie jako źródła informacji wyzyskano m.in. dane publikowane przez instytucje publiczne, takie jak: Główny Urząd Statystyczny (GUS), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP–PZH). Do analizy

¹ Badania realizowane metodą *desk research* polegają na analizie danych pochodzących z różnych źródeł. Uzyskane w ten sposób informacje są ze sobą zestawiane, a następnie omawiane w kontekście konkretnego problemu badawczego. Posłużenie się tą metodą pozwala istotnie ograniczyć w sposób istotny nakłady związane z realizacją projektu oraz czas potrzebny na jego przygotowanie. Wykorzystanie wielu źródeł informacji wpływa pozytywnie na wiarygodność wyników analizy. Podstawowym ograniczeniem omawianej metody jest korzystanie z danych opracowanych zazwyczaj dla innych celów, niż wynika to z celu analizy *desk research*. Często spotykanym problemem jest także pozorna lub rzeczywista sprzeczność informacji uzyskanych z różnych źródeł. Zjawisko to wiąże się z faktem, że wyszukiwane i wykorzystywane w analizie dane przeważnie zbierane były w odmiennych warunkach i zgodnie z innymi założeniami metodologicznymi. Znacznie istotne utrudnienie stanowi również ograniczony dostęp do części zasobów. Uzyskane dane mogą być poza tym nieaktualne. Niemniej, mimo tych ograniczeń, metoda *desk research* staje się coraz bardziej popularna, co jest związane z wysokim stopniem jej użyteczności przy ograniczonych kosztach realizacji.

Wprowadzenie

użyto także danych z projektów badawczych, wśród których należy wymienić badania PolSenior oraz Diagnoza Społeczna (cykl). Istotnym uzupełnieniem źródłem informacji były wyniki badań opinii publicznej publikowane przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). Do przedstawienia sytuacji Polski na tle Europy wykorzystano dane Eurostatu, Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO), Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) oraz projektu *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE).

1.1. Emerytura jako wyzwanie dla jednostki, państwa i społeczeństwa

Emerytura jest skomplikowanym i wieloaspektowym zjawiskiem społecznym. W perspektywie jednostki sytuacja emerytury to czas zakończenia aktywności zawodowej i konieczności podjęcia nowych ról społecznych, z których jedne wydają się ludziom wymarzone, a inne napawają obawami i lękiem. Wymarzona jest np. rola „rentiera” zasłużonego ze świadczeń, które wypłaca mu państwo (ale ze środków niejako wcześniej zdeponowanych przez jednostkę na jej koncie), rola babci lub dziadka – niezastąpionych w opiece nad wnukami, bywa że rola podróżnika, domowego ogrodnika, działacza społecznego itp. Zgodność wyobrażeń z rzeczywistością jest tu sprawą drugorzędną. Lękiem napawa natomiast perspektywa bycia pacjentem, biednym, samotnym, starym człowiekiem, który z trudem radzi sobie z codziennymi sprawami i jest obciążeniem dla bliskich. Ambiwalencja oczekiwań związanych z emeryturą jest immanentną i nieprzewidywalną cechą statusu emeryta, a jej konsekwencje wykraczają poza poziom jednostkowy. Wyrasta z niej potężne napięcie na poziomie systemu ekonomicznego i politycznego państwa.

W perspektywie państwa – takiego, które uformowało się w ostatnich dziesięcioleciach w Europie i zwane jest neokeynesowskim państwem dobrobytu – zapewnienie emerytur na społecznie akceptowanym poziomie jest jego najtrudniejszym wyzwaniem. Idzie bowiem o dokonanie redystrybucji dochodu narodowego na olbrzymią skalę. W Polsce wydatki na emerytury i renty stanowią ponad 58% ogółu wydatków na zabezpieczenie społeczne i zdrowotne i jest to jeden z najwyższych wskaźników w Unii Europejskiej, gdzie średnio stanowią one 46% ogółu tego rodzaju wydatków. W stosunku do PKB daje to 11%, a więc taka właśnie część dochodu narodowego przeznaczana jest na emerytury i renty (dane dla 2011 r. [Eurostat 2013b]). Bardzo trudno zredukować te obciążenia, co pozwoliłoby państwu lepiej wypełniać inne przypisane mu zadania. Roszczenie do emerytury jest – oprócz roszczenia do bezpłatnej opieki zdrowotnej – jednym z najważniejszych oczekiwań obywateli pod adresem państwa. Traktowane są one jako prawa jednostki (według znanej typologii Marshalla są to tzw. prawa socjalne), a nie zasitek czy filantropia ze strony państwa. Emerytury i ubezpieczenia zdrowotne stanowią fundament poczucia bezpieczeństwa zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym. Jednakże współczesne państwa stanęły przed paradoksem: dobre wypełnianie zadań w zakresie opieki zdrowotnej i godziwe emerytury spowodowały wydłużenie życia ludzi i związany z tym skokowy wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i emerytalne. Państwo zostało przeciążone zadaniami w tym obszarze. Stąd potrzebą chwili stało się poszukiwanie takiej polityki senioralnej, która stworzy szanse na zdezagregowanie odpowiedzialności za emerytury Polaków i jakość życia emerytów. W raporcie staramy się wskazać na niektóre zjawiska, które muszą zostać uwzględnione w projektowaniu nowej polityki senioralnej.

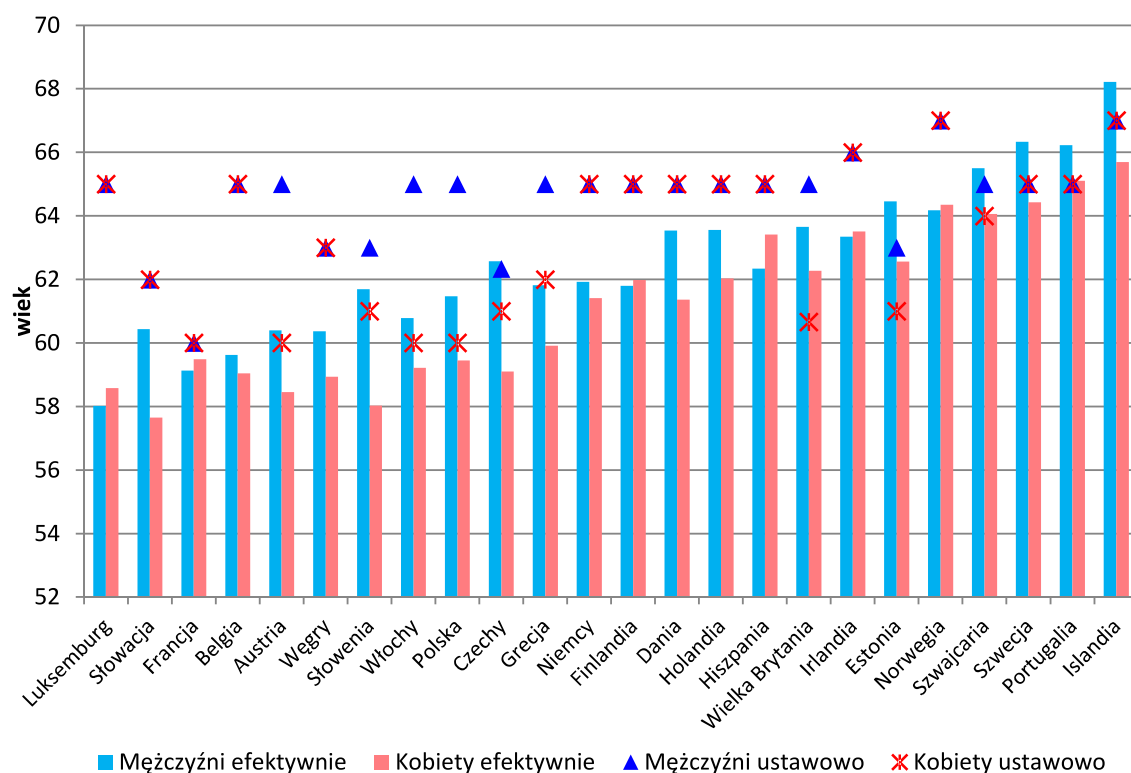
1.2. Wiek przejścia na emeryturę w Polsce i Europie

Od 1 stycznia 2013 r. weszła w życie Ustawa z dnia 11 maja 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw [Ustawa 2012]. Do najistotniejszych zmian należy zaliczyć stopniowe podwyższanie wieku emerytalnego aż do osiągnięcia poziomu 67 lat dla obu płci. Dotyczy to kobiet urodzonych po 31 grudnia 1952 r. oraz mężczyzn urodzonych po 31 grudnia 1948 r. Według ustawy w wieku 67 lat na emeryturę będą przechodzić kobiety urodzone po 30 września 1973 r. oraz mężczyźni urodzeni po 30 września 1953 r. Wprowadzono także możliwość przejścia na emeryturę częściową przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Stopniowemu ujednoliceniu (do 25 lat) dla kobiet i mężczyzn ulegnie również staż pracy uprawniający do najniższej emerytury.

Kierunek zmian w polskim systemie emerytalnym jest zgodny z obecnymi światowymi trendami. Jak wynika z raportu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD Pensions Outlook 2012), ponad połowa należących do niej krajów zdecydowała się na podwyższenie wieku emerytalnego do poziomu 67 lat lub więcej. Wprowadzane będą również inne działania mające na celu wydłużenie okresu pracy. Mowa tu m.in. o trudniejszym przechodzeniu na wcześniejszą emeryturę oraz o korzyściach z tytułu pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego [OECD 2012].

Motywy przeprowadzenia zmian w systemie emerytalnym są szeroko rozumiane następstwa procesu starzenia się populacji. Jednym z negatywnych przejawów tego zjawiska jest systematyczny spadek liczby oraz udziału osób w wieku produkcyjnym w społeczeństwie. Wskaźnikiem obecnych i przyszłych zmian jest liczba osób w wieku nieprodukcyjnym przypa-

Rycina 1. Wiek emerytalny ustawowy oraz efektywny w wybranych państwach Europy (dane za lata 2006–2011)²



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD [OECD 2011].

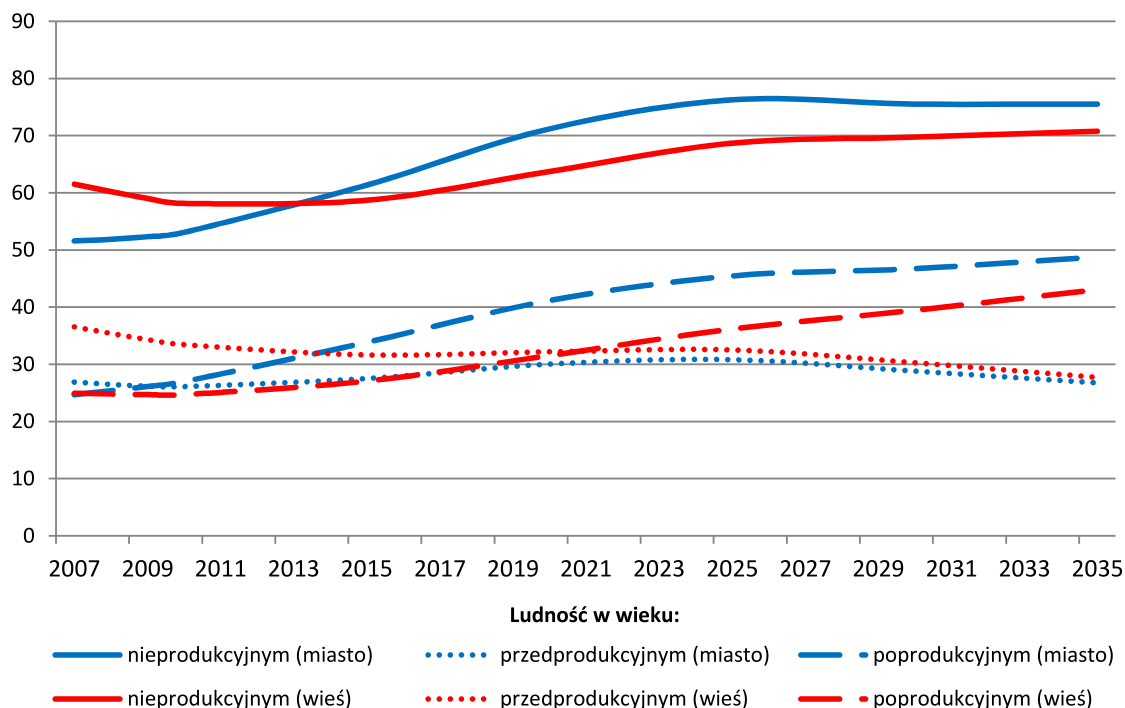
² Ustawowy wiek emerytalny podano dla 2010 r.

dająca na 100 osób w wieku produkcyjnym, czyli tzw. współczynnik obciążenia demograficznego. Z Narodowego Spisu Powszechnego wynika, że w 2011 r. współczynnik ten wyniósł dla Polski 55 (53 w miastach i 58 na wsi). Stanowi to istotny spadek w stosunku do 2002 r., kiedy wynosił on 62 (56 w miastach i 73 na wsi) [GUS 2013e]. Wbrew pozorom w tym przypadku obniżenie tego wskaźnika nie jest zjawiskiem pozytywnym, co ma związek z istotną zmianą struktury osób w wieku nieprodukcyjnym. Maleje mianowicie udział osób w wieku przedprodukcyjnym (z 38 na 100 osób w wieku produkcyjnym w 2002 r. do 29 w 2011 r.), a rośnie – tych w wieku poprodukcyjnym (z 24 do 26). Przekłada się to na zmniejszenie grupy osób wchodzących na rynek pracy oraz zwiększenie liczby osób w wieku emerytalnym, co jest szczególnie niekorzystne dla funkcjonowania systemu emerytalnego. W przypadku kobiet obserwuje się znacznie wyższe wskaźniki obciążenia demograficznego niż w przypadku mężczyzn – 68 w stosunku do 44. Dotyczy

to zarówno ludności miast (66 u kobiet i 42 u mężczyzn), jak i obszarów wiejskich (odpowiednio 72 do 47) [ibidem].

Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego na lata 2008–2035 dla Polski wskazują na bardzo szybki wzrost współczynnika obciążenia demograficznego w latach 2010–2025. W 2010 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 55 osób w wieku nieprodukcyjnym³. W 2025 r. będzie to już 73. Za prognozowany wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego odpowiada głównie zwiększenie się liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Na 100 osób w wieku produkcyjnym w 2010 r. przypadało 26 osób w wieku emerytalnym. Według przewidywań GUS w 2025 r. będzie to 37, a w 2035 r. – już 46. Najbardziej niekorzystne prognozy są pod tym względem dla województw: świętokrzyskiego (62) oraz lubelskiego (54) i łódzkiego (54), a najlepsze – dla mazowieckiego (44) oraz małopolskiego (47) i pomorskiego (47) [GUS 2009].

Rycina 2. Współczynniki obciążenia demograficznego w przeliczeniu na 100 osób w wieku produkcyjnym – prognozy GUS



Źródło: opracowanie własne na podstawie raportu GUS [GUS 2009].

³ Prognozy zostały opracowane przy założeniu, że wiek produkcyjny dla kobiet to 18–59 lat, a dla mężczyzn 18–64 lata.

Od stycznia 2013 r. w Polsce rozpoczął się proces systematycznego podnoszenia wieku emerytalnego, który zakończy się w 2040 r. w przypadku kobiet i w 2020 r. w przypadku mężczyzn. Należy jednak zauważyć, że istnieje wyraźna różnica między ustawowym wiekiem emerytalnym a średnią wieku przechodzenia na emeryturę. W Polsce, podobnie jak w większości państw europejskich, średni wiek, w jakim osoby rozpoczynają pobieranie świadczeń emerytalnych, jest istotnie niższy, niż wynikałoby to z zapisów prawa. Z uwagi na fakt, iż emerytury wypłacane są w naszym kraju przez: Zakład Ubezpieczeń Społecznych (4 952 tys. świadczeniobiorców, tj. 79,1% ogółu), Kasę Rolniczych Ubezpieczeń Społecznych (1 038 tys., tj. 16,6%), Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (138 tys., tj. 2,2%), Ministerstwo Obrony Narodowej (110 tys., tj. 1,8%) oraz Ministerstwo Sprawiedliwości (22 tys., tj. 0,3%), nie istnieją zbiorcze statystyki na ten temat [GUS 2012b]. Z danych publikowanych przez ZUS wynika, że średni wiek przyznania emerytury wyniósł w 2011 r. 59,8 roku (60,1 u mężczyzn i 59,5 u kobiet) [ZUS 2012]. Dla porównania, w 2005 r. było to 56,8 roku (58,4 u mężczyzn i 56 u kobiet) [ZUS 2006]. Spośród 102,5 tys. osób, którym w 2011 r. ZUS rozpoczął wypłatę świadczeń emerytalnych, kobiety stanowiły 44,7% [ZUS 2012]. 6 lat wcześniej udział ten był istotnie wyższy i wynosił 69,1% [ZUS 2006]. Z badań przeprowadzonych przez ZUS na grupie emerytów w wieku 50–69 lat wynika, że 75,3% kobiet i 86,2% mężczyzn deklaruje pobranie pierwszego świadczenia emerytalnego przed ukończeniem przewidzianego w ustawie wieku (60 lat dla kobiet i 65 dla mężczyzn) [GUS 2013g]. Spośród 6 261 tys. emerytów w 2011 r. 18,1% stanowiły osoby korzystające aktualnie z wcześniejszych emerytur. Wśród osób otrzymujących świadczenia z KRUS odsetek ten był znacznie niższy w stosunku do ogółu i wynosił 4,8. Dla porównania, w ZUS było to 18,1, MON – 67,7, MS – 64,1 oraz MSW – 72,9 [GUS 2012b]. Z prawa do przejścia na wcześniejszą emeryturę znacznie częściej korzystają

mężczyźni (27,8% ogółu mężczyzn pobierających świadczenia emerytalne) niż kobiety (11,4%). Częściowo te dysproporcje wyjaśnia różnica w wieku emerytalnym, gdyż jedna trzecia mężczyzn korzystających z prawa do wcześniejszej emerytury była w wieku 60–64 lat [GUS 2013g].

1.3. Stres okołoemerytalny w ujęciu zdrowotnym, ekonomicznym, psychologicznym i społecznym – zarys problemu

Termin „wiek” lub „okres okołoemerytalny” jest w większości przypadków definiowany jako przedział między 50. a 70. (lub 69.) rokiem życia. Wówczas to obserwuje się największą liczbę osób opuszczających rynek pracy. Stosowane jest również różnicowanie wieku okołoemerytalnego ze względu na płeć. W takim przypadku dla kobiet przyjmuje się okres między 50. a 65., a dla mężczyzn między 55. a 70. rokiem życia [MPiPS 2008]. Niniejszy raport opiera się na danych zastanych pochodzących z różnych źródeł, które nie zawsze uwzględniają pięcioletnie grupy wieku oraz płeć. Z tego względu autorzy jako wiek okołoemerytalny przyjęli przedział między 50. a 70. (69.) rokiem życia zarówno w stosunku do kobiet, jak i mężczyzn.

Przejście na emeryturę stanowi jedno z kluczowych wydarzeń w życiu każdego człowieka. Mimo że od strony formalnej zakończenie pracy zawodowej może nastąpić w zasadzie „z dnia na dzień”, w rzeczywistości należy analizować tę kwestię nie jako zdarzenie, a raczej jako swego rodzaju proces. Świadomość zbliżającego się momentu przejścia na emeryturę może w niektórych przypadkach wywoływać silniejszy stres niż samo faktyczne odejście z pracy. Z uwagi na długotrwały charakter tego stresu stanowi on poważne zagrożenie zarówno dla zdrowia fizycznego, jak i psychicznego.

Również okres, który następuje po zakończeniu pracy zawodowej i przejściu na emeryturę, wiąże się z wieloma wyzwa-

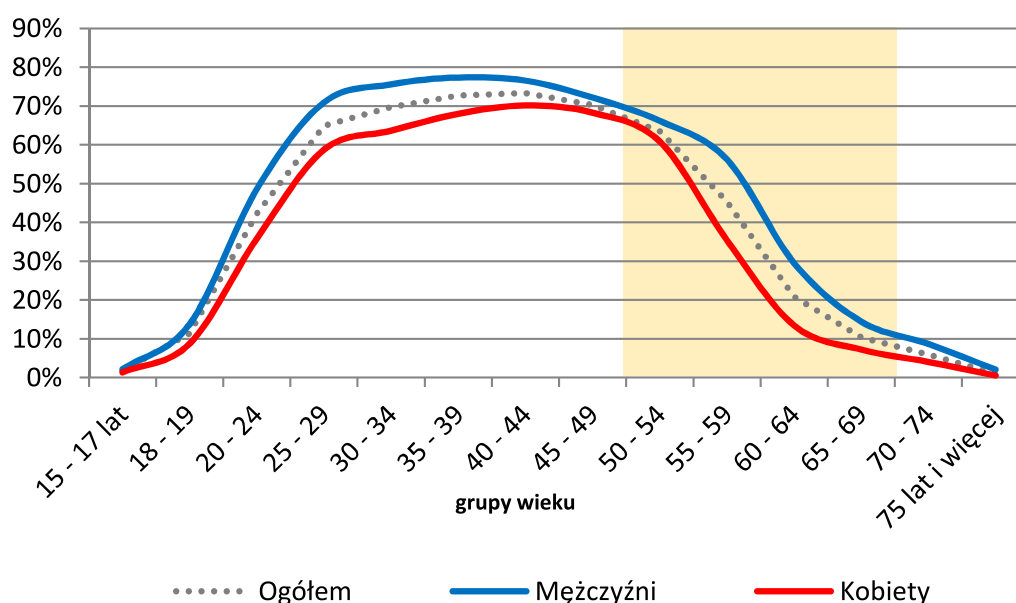
niami. Konieczność zmian oraz trudność z odnalezieniem się w nowej rzeczywistości (m.in. inny tryb życia, zmniejszenie dochodów) często są przyczyną pogorszenia samopoczucia oraz wystąpienia depresji. Niezwykle istotne okazują się także zmiany zachodzące w sferze relacji z innymi osobami. W związku z zakończeniem pracy zawodowej ograniczeniu (częściowemu lub całkowitemu) ulegają kontakty z dotychczasowymi współpracownikami. Zmieniają się również relacje w rodzinie. Szczególnie częstym zjawiskiem jest wchodzenie w rolę dziadka/babci (tutaj rozumianych jako opiekunowie wnuków) oraz doraźna pomoc dla dorosłych dzieci.

Na potrzeby niniejszego Raportu wprowadzone zostało pojęcie stresu okołoemerytalnego. Jest ono definiowane jako ogół negatywnych zjawisk związanych z przejściem na emeryturę, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu zdrowotnego i dobrostanu psychicznego. Granicami czasowymi stresu okołoemerytalnego są granice okresu okołoemerytalnego. Wynika to z faktu, iż przejście na emeryturę powinno być postrzegane jako proces, a nie jako sam tylko moment zakończenia pracy

zawodowej i wyjścia z rynku pracy.

Zmiany, które następują w życiu człowieka w okresie okołoemerytalnym, można przedstawić na czterech podstawowych wymiarach⁴: zdrowotnym, psychologicznym, społecznym i ekonomicznym. Mimo że z perspektywy Raportu najistotniejsze znaczenie ma problematyka zdrowia, to nie można jej prezentować w oderwaniu od trzech pozostałych obszarów tematycznych. Wszystkie wspomniane aspekty są ze sobą ściśle skorelowane i wzajemnie się przenikają, dlatego wytyczenie wyraźnych granic między nimi nie jest w pełni możliwe. Za przykład może posłużyć problem niepełnosprawności spotykany często wśród osób starszych. Może być on rozpatrywany zarówno w kontekście stanu zdrowia (jako następstwo choroby lub urazu), jak i kondycji psychicznej (zwiększone ryzyko depresji), sytuacji społecznej (proces marginalizacji osób niepełnosprawnych) oraz ekonomicznej (koszty rehabilitacji i opieki). Wymiary te zostały w skrócie przedstawione poniżej, a ich szczegółowe omówienie znajduje się w osobnych rozdziałach.

Rycina 3. Udział osób pracujących w poszczególnych grupach wieku



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013 e].

Aspekt zdrowotny

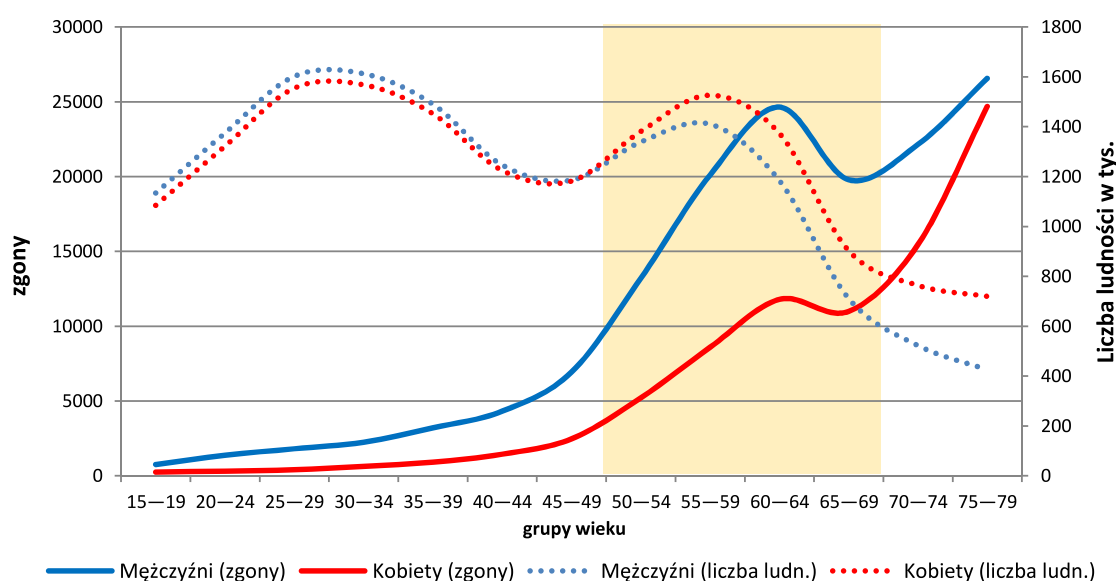
Jak zostało to wcześniej zasygnalizowane, kluczowym obszarem dla niniejszego Raportu jest problematyka zdrowia osób w wieku okołoemerytalnym. Zagadnienie to może być analizowane na różnych płaszczyznach, np. zgonów (liczba, przyczyna), chorób (w tym przewlekłych), subiektywnej oceny własnego zdrowia, aktywności fizycznej itd.

W 2012 r. w Polsce odnotowano łącznie blisko 385 tys. zgonów (52,5% z tej grupy stanowili mężczyźni). W grupie w wieku okołoemerytalnym (50–69 lat) było to 114 tys. (udział mężczyzn wyniósł 68%) [GUS 2013h]. Analizując liczbę zgonów (w wartościach bezwzględnych) z uwzględnieniem wieku i płci, obserwujemy przyspieszony wzrost śmiertelności w okresie między 45. a 65. rokiem życia (ryc. 4). Zjawisko to jest nasilone szczególnie w grupie mężczyzn. Uwagę zwraca zachwianie tendencji wzrostowej obserwowane zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet w wieku 65–69 lat, z tym że w grupie mężczyzn jest ono bardziej widoczne. Dane te mogą potwierdzać hipotezę dotyczącą kumulacji negatywnych czynników ryzyka w okresie poprzedzającym przejście na emeryturę

oraz tuż po nim. Analiza wskaźników standaryzowanych zgonów (uwzględniająca liczbę ludności w danym wieku oraz płeć) nie ujawnia załamania w tendencji wzrostowej w grupie 65–69 lat, niemniej jest to w znacznym stopniu związane z istotnym obniżeniem liczby ludności. Zagadnienie to jest bliżej analizowane w osobnym rozdziale poświęconym ryzyku zgonu w wieku okołoemerytalnym (zob. rozdz. 6).

Główną przyczyną zgonów w Polsce w 2011 r. były choroby układu krążenia (170 tys., tj. 45,2% ogółu zgonów) oraz nowotwory złośliwe (96 tys., tj. 25,6%). W grupie osób w wieku okołoemerytalnym odpowiadały one odpowiednio za 31,6 oraz 37,6% zgonów. Wśród kobiet (50–69 lat) najczęściej orzeczoną przyczyną śmierci były nowotwory (48,1%). Udział chorób układu krążenia wyniósł 26,9%. U mężczyzn kolejność była odwrócona: choroby układu krążenia stanowiły 33,8%, a nowotwory 32,6% [GUS 2013h]. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że dane te uwzględniają wyłącznie główną przyczynę zgonów, a na stan zdrowia wpływają istotnie również choroby współwystępujące. Wraz z wiekiem zwiększa się nie tylko ryzyko wystąpienia

Rycina 4. Zgony oraz liczba ludności w 2012 r. według płci w grupie 15–79 lat



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013h].

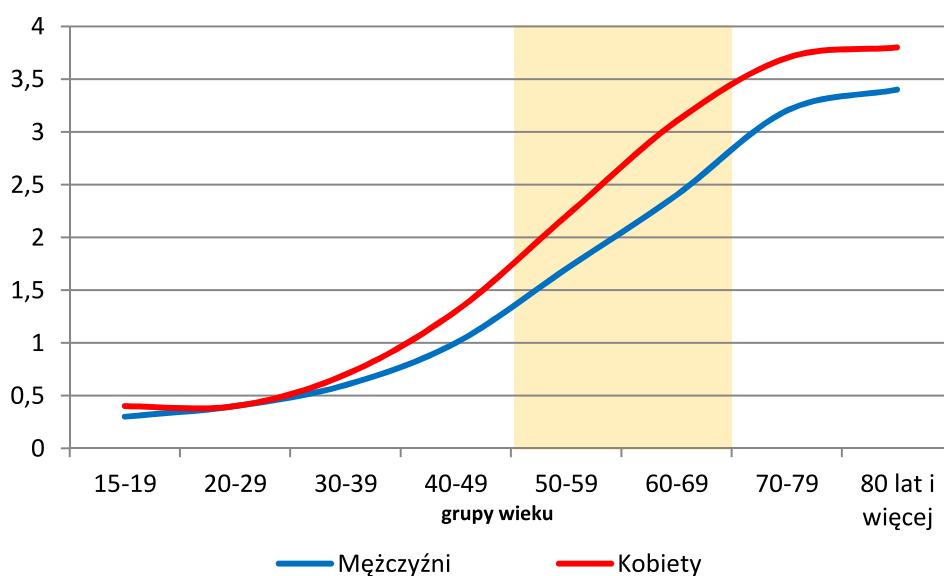
choroby przewlekłej, lecz także tzw. wielochorobowości, czyli występowania wielu chorób przewlekłych u jednej osoby. Z danych uzyskanych z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (*European Health Interview Survey, EHIS*) przeprowadzonego przez GUS w 2009 r. wynika, że 64,3% badanych w wieku 50–59 lat deklaruowało u siebie występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych. W grupie 60–69 lat było to już 78,3%. Powszechny problem stanowi również wspomniana powyżej wielochorobowość (ryc. 5). Średnio na jedną osobę w wieku 50–59 lat przypadają 2 schorzenia przewlekłe, a w grupie 60–69 lat – już 2,8. Jeżeli przeliczymy te dane na jedną osobę obecnie chorującą, to otrzymamy wartości 2,7 (50–59 lat) oraz 3,3 (60–69 lat). W obu grupach wieku wyższe wskaźniki uzyskały kobiety [GUS 2011].

Najczęściej występujące schorzenia w grupie osób w wieku okołoemerytalnym dotyczą układu krążenia. Mowa tu m.in. o chorobie wieńcowej, którą deklaruje 10,3% 50-latków oraz 23% 60-latków, a także nadciśnieniu (odpowiednio 31,3 i 46,5%). Istotny problem stanowią również dolegliwości ze strony układu kost-

no-stawowego, w tym bóle pleców (31,4% w grupie 50–59 lat, 33,8% w grupie 60–69 lat), zapalenie kości i stawów (odpowiednio 16,7 i 24%) oraz bóle szyi (odpowiednio 17,5 i 21,1%) [GUS 2011].

Wraz z wiekiem narasta również problem niepełnosprawności. Jakkolwiek niepełnosprawność biologiczną (według standardów Unii Europejskiej) deklaruje 31,5% osób w wieku 50–59 lat. W przypadku 8,5% mowa jest o poważnym ograniczeniu zdolności do wykonywania podstawowych czynności. W grupie osób w wieku 60–69 lat było to analogicznie 44 oraz 14,8%. Wyniki dotyczące kobiet i mężczyzn nie różnią się w sposób istotny. Można zauważyć, że w grupie mężczyzn nieco częściej występują poważne ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności [ibidem]. Powyżej 40. roku życia coraz częściej pojawiają się również problemy z podstawowymi czynnościami związanymi z samoobsługą. Na ogół ograniczenia w tym zakresie dotyczą kładzenia się oraz wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z krzesła. W grupie osób w wieku 60–69 lat 11,8% ma trudności z wykonywaniem tych czynności. Niewiele mniej osób w tym przedziale

Rycina 5. Średnia liczba schorzeń przewlekłych na osobę w poszczególnych grupach wieku



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2011].

(10%) deklaruje trudności w umyciu i wytarciu całego ciała (od stóp do głowy) oraz w ubieraniu się i rozbieraniu (9,3%). Wraz z wiekiem zaczynają się też coraz częściej pojawiać problemy z wykonywaniem prostych czynności domowych. W grupie 60–69 lat trudności ze zrobieniem zakupów zgłasza 13,6% osób, z czego 3,2% twierdzi, że nie jest w stanie wykonać tej czynności. Dla porównania, w grupie 50–59 lat było to odpowiednio 6,8 i 1,3%. Najwięcej trudności sprawiają osobom starszym ciężkie prace domowe, takie jak mycie okien i podłóg lub trzepanie dywanów. Jedna trzecia (33,1%) 60-latków deklaruje problemy z tego rodzaju czynnościami, w tym 8,8% twierdzi, że w ogóle nie jest w stanie ich wykonać [ibidem].

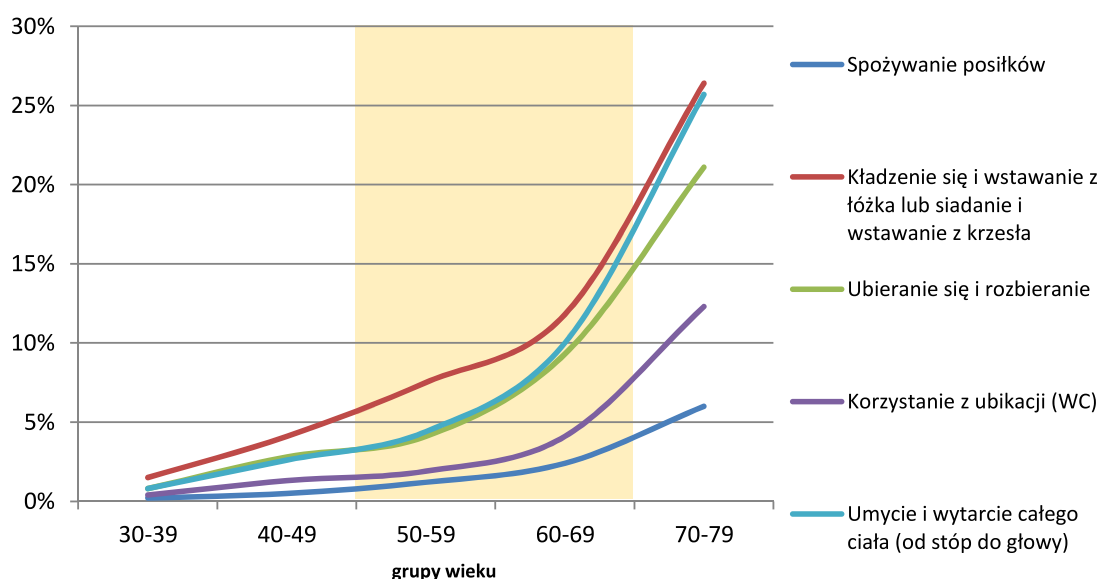
Podsumowując, można stwierdzić, że okres okołoemerytalny to moment, w którym następuje istotne pogorszenie się stanu zdrowia. Częściowo odpowiada za to naturalny proces starzenia się, ale u wielu osób nakładają się na to efekty wieloletnich zaniedbań w zakresie profilaktyki oraz niezdrowego trybu życia. Dotychczasowe problemy zdrowotne zaczynają się nawarstwiać, a ich leczenie staje się coraz trudniejsze ze względu na zjawisko

wielochorobowości. Jednakże mimo narastających problemów zdrowotnych większość osób zachowuje w tym okresie sprawność i samodzielność. Wejście w wiek okołoemerytalny powinno się wiązać ze zwróceniem szczególnej uwagi na kwestię własnego zdrowia oraz aktywności fizycznej. Dzięki odpowiedniej profilaktyce negatywne następstwa procesu starzenia się mogą zostać ograniczone, co wydłużyłoby czas przeżyty w zdrowiu.

Aspekt ekonomiczny

W grupie osób powyżej 50. roku życia zaczyna ujawniać się wyraźna tendencja do wychodzenia z rynku pracy. Z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności z 2011 r. wynika, że w wieku 50–54 lat 73% mężczyzn nadal pracuje zawodowo. Duży spadek aktywności (o ponad 30 punktów procentowych) widoczny jest między grupami 55–59 lat (62,1% pracujących) oraz 60–64 lat (32%). Wśród mężczyzn powyżej 65. roku życia pracuje już zaledwie 7,9%. U kobiet, ze względu na wcześniejszy wiek emerytalny, proces wychodzenia z rynku pracy ma miejsce wcześniej niż u mężczyzn. W grupie 50–54 lat pracuje 65,9% kobiet. W kolejnej grupie (55–59 lat) następuje już istot-

Rycina 6. Odsetek osób zgłaszających ograniczenia w czynnościach związanych z samoobsługą



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2011].

ny spadek udziału osób pracujących do poziomu 40,6%. Po przekroczeniu wieku emerytalnego w grupie kobiet 60–64-letnich odsetek ten wynosi 13,5, a powyżej 65. roku życia – 3,2 [GUS 2013f].

Zakończenie pracy zawodowej oraz przejście na emeryturę wiążą się w oczywisty sposób ze zmianą sytuacji ekonomicznej. Jednym z najbardziej widocznych przejawów tego zjawiska jest spadek wysokości dochodów. W 2011 r. przeciętna miesięczna emerytura brutto w ramach pozarolniczego systemu ubezpieczeń wynosiła 1845 zł. Kwoty te różniły się istotnie w zależności od instytucji, która wypłacała świadczenia: w przypadku ZUS było to 1783 zł, MON – 2987 zł, MSW – 2995 zł, MS – 3160 zł. W systemie rolniczych ubezpieczeń społecznych (KRUS) przeciętna emerytura wyniosła 1029 zł. Z analiz opublikowanych przez GUS wynika, że w 2011 r. przeciętna miesięczna emerytura w ramach pozarolniczego systemu ubezpieczeń stanowiła 62% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, natomiast w przypadku świadczeń wypłacanych z KRUS było to 34,6% [GUS 2012b].

Pod względem przeciętnych rocznych dochodów do dyspozycji netto na osobę w gospodarstwie domowym grupa emerytów plasowała się pośrodku skali. Ich dochody (w przeliczeniu na osobę) w 2011 r. wyniosły 14 821 zł. Dla porównania, w gospodarstwach domowych pracowników było to 15 795 zł, a wśród pracujących na własny rachunek – 18 339 zł. Po drugiej stronie skali znaleźli się renciści (11 254 zł na osobę) oraz rolnicy (9283 zł) [GUS 2012a]. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że gospodarstwa domowe emerytów są mniej liczne, co sprawia, że dysponują one realnie mniejszą siłą nabywczą niż gospodarstwa domowe osób pracujących zawodowo. Problem ten dotyczy w szczególności gospodarstw jednoosobowych, gdzie dochodzi do kumulacji niekorzyst-

nych zjawisk. W gospodarstwach domowych emerytów udział kosztów związanych z utrzymaniem mieszkania lub domu oraz nośnikami energii stanowi 24% ogółu wydatków. Pod tym względem trudniejszą sytuację mają jedynie renciści, gdzie odsetek ten sięga 26,2. Dla porównania, w gospodarstwach domowych pracowników udział kosztów związanych z utrzymaniem mieszkania oraz nośnikami energii wynosi 18,8% [GUS 2013a]. Pogorszenie się stanu zdrowia wraz z wiekiem również ma wpływ na strukturę wydatków. W gospodarstwach domowych emerytów obserwuje się wyższy udział kosztów związanych ze zdrowiem (8,1% domowego budżetu) w stosunku do ogółu gospodarstw domowych (5%) [GUS 2012b].

Wszystkie omówione powyżej kwestie wpływają na sytuację ekonomiczną emeryckich gospodarstw domowych, a co za tym idzie – na ryzyko ubóstwa i wykluczenia społecznego. GUS w swoich analizach posługuje się trzema wskaźnikami, które opisują różne wymiary tego zjawiska. Definicję ubóstwa dochodowego⁵ spełnia 11,4% emeryckich gospodarstw domowych. Dla porównania, wśród gospodarstw pracowników najemnych jest to 10,5%, a osób pracujących na własny rachunek poza rolnictwem – 6,2%. Drugi z wymiarów ubóstwa opisuje warunki życia⁶. Kryteria włączenia do tej grupy spełnia 15,7% gospodarstw domowych emerytów. Wśród pracowników najemnych jest to 9,1%, a pracujących na własny rachunek – 2,7%. Trzeci wymiar ubóstwa dotyczy braku równowagi budżetowej⁷. Jest to problem 15,8% gospodarstw domowych emerytów. Dla porównania, w grupie pracowników najemnych było to 12,7%, a osób pracujących na własny rachunek poza rolnictwem – 6,4% [GUS 2013b]. Dane te wskazują jednoznacznie na trudniejszą sytuację ekonomiczną emerytów. Należy jednak zauważyć, że w odróżnieniu od

⁵ Ubogiem pod względem dochodowym gospodarstwa domowe to te, w których miesięczny dochód pieniężny (w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie) był niższy od wartości uznanej za próg ubóstwa [GUS 2013g].

⁶ Ubóstwo warunków życia dotyczy braku zaspokojenia różnego typu potrzeb – zarówno o charakterze materialnym, jak i niematerialnym, które są rozpowszechnione w społeczeństwie oraz uznawane przez jego większość za niezbędne do zaspokojenia [GUS 2013b].

⁷ Ubóstwo braku równowagi budżetowej uwzględnia zarówno subiektywne opinie gospodarstw domowych dotyczące ich statusu materialnego, jak i fakty mówiące o trudnościach budżetowych gospodarstwa (w tym o zaległościach w opłatach) [GUS 2013b].

innych grup zagrożenie skrajnym ubóstwem jest tu nieznaczne. W 2012 r. problem ten dotyczył 4,3% emeryckich gospodarstw domowych, tj. istotnie mniej, niż wynosi wartość średnia dla ogółu gospodarstw domowych (6,8%). Wśród pracowników najemnych zagrożonych skrajnym ubóstwem jest 6,2% gospodarstw. Najlepszą sytuację pod tym względem mają osoby pracujące na własny rachunek. Problem ten dotyczy zaledwie 2,6% takich gospodarstw domowych [GUS 2013j].

W świadomości społecznej funkcjonuje obraz osób starszych, które zmagają się nie tylko z problemami zdrowotnymi wynikającymi z wieku, lecz także z trudnościami natury materialnej. W świetle wyników badań oraz oficjalnych danych należy stwierdzić, że z przejściem na emeryturę wiąże się obniżenie dochodów oraz stopy życia. Zmianie ulega również struktura wydatków. Zwiększa się udział kosztów związanych z bezpośrednim utrzymaniem i opieką zdrowotną. Zarazem jednak w porównaniu z innymi grupami społecznymi sytuacja emerytów w aspekcie ekonomicznym plasuje ich w okolicach wartości średnich dla całej populacji. Innymi słowy, przejście na emeryturę nie oznacza automatycznie wykluczenia z ży-

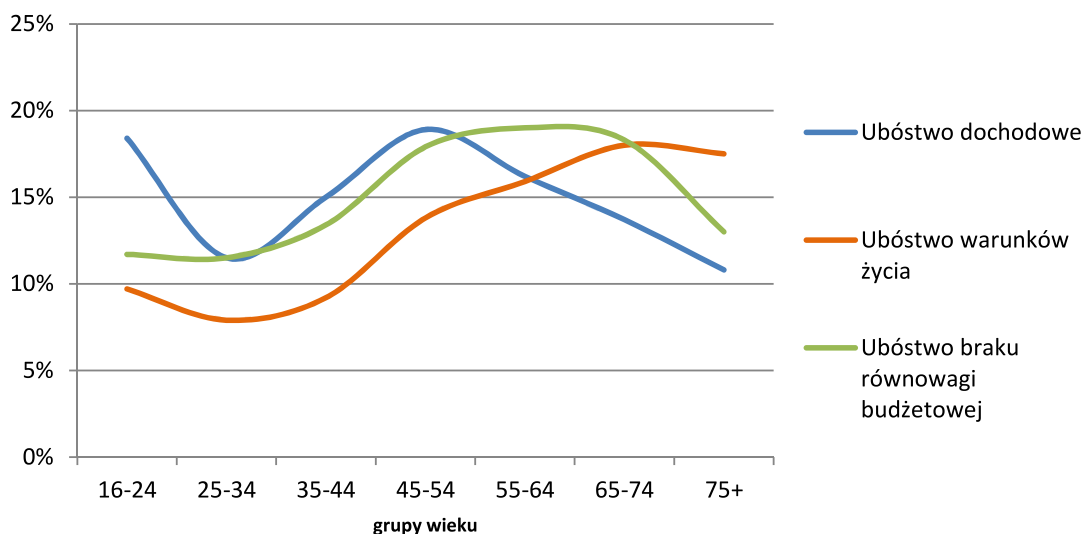
cia społecznego ani marginalizacji na tle ekonomicznym.

Aspekt psychologiczny

Zmiany, które następują w życiu człowieka w okresie okołoemerytalnym, wpływają również na jego zdrowie psychiczne. Zakończenie pracy zawodowej, pogarszający się stan zdrowia, ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności czy utrata pozycji głowy gospodarstwa domowego mogą spowodować pogorszenie się nastroju, a nawet długotrwałą depresję. Wyniki międzynarodowego badania *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* świadczą o tym, że populacja ludności Polski w wieku powyżej 50. roku życia znacznie częściej wykazuje symptomy depresji i negatywnych stanów emocjonalnych w porównaniu z innymi regionami Europy. Powszechnym zjawiskiem w grupie seniorów są smutek, zmęczenie, kłopoty ze snem, brak nadziei na przyszłość oraz drażliwość [Czapiński 2009].

Wyniki badań prowadzonych przez GUS również wskazują na niski dobrostan psychiczny osób w wieku okołoemerytalnym. Blisko 50,7% 50-latków i 48,3% 60-latków przejawia symptomy złego samo-

Rycina 7. Procent gospodarstw domowych zagrożonych różnymi typami ubóstwa z uwzględnieniem wieku głowy gospodarstwa domowego



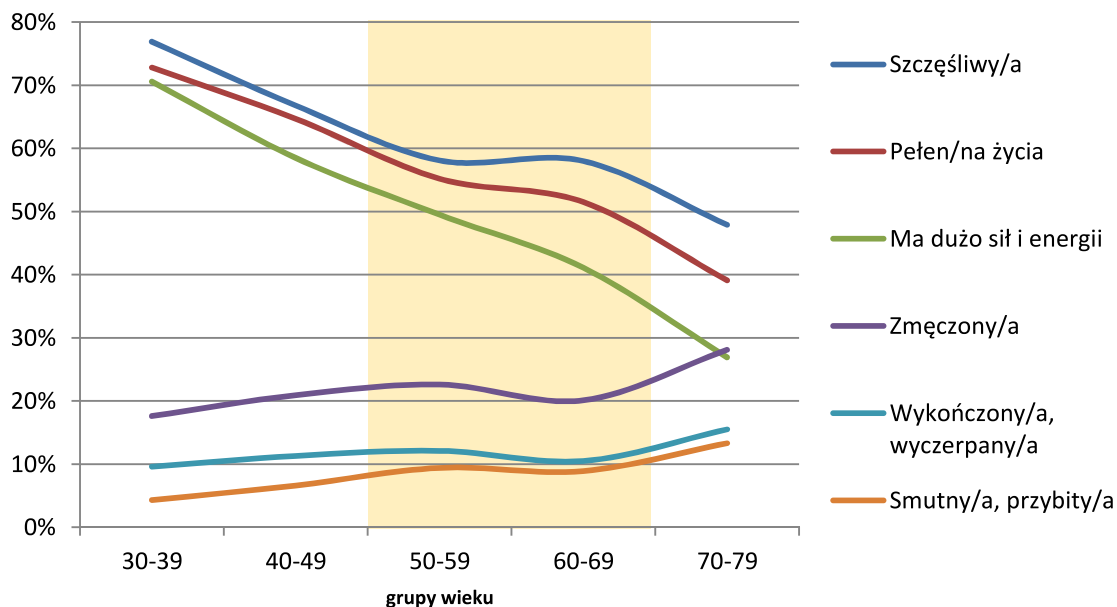
Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013j].

poczucia psychicznego przez cały czas lub przez większość dni. Z kolei dobre samopoczucie psychiczne przez cały czas lub przez większość dni deklaruje 25,4% osób w wieku 50–59 lat oraz 26,3%

w wieku 60–69 lat [GUS 2011].

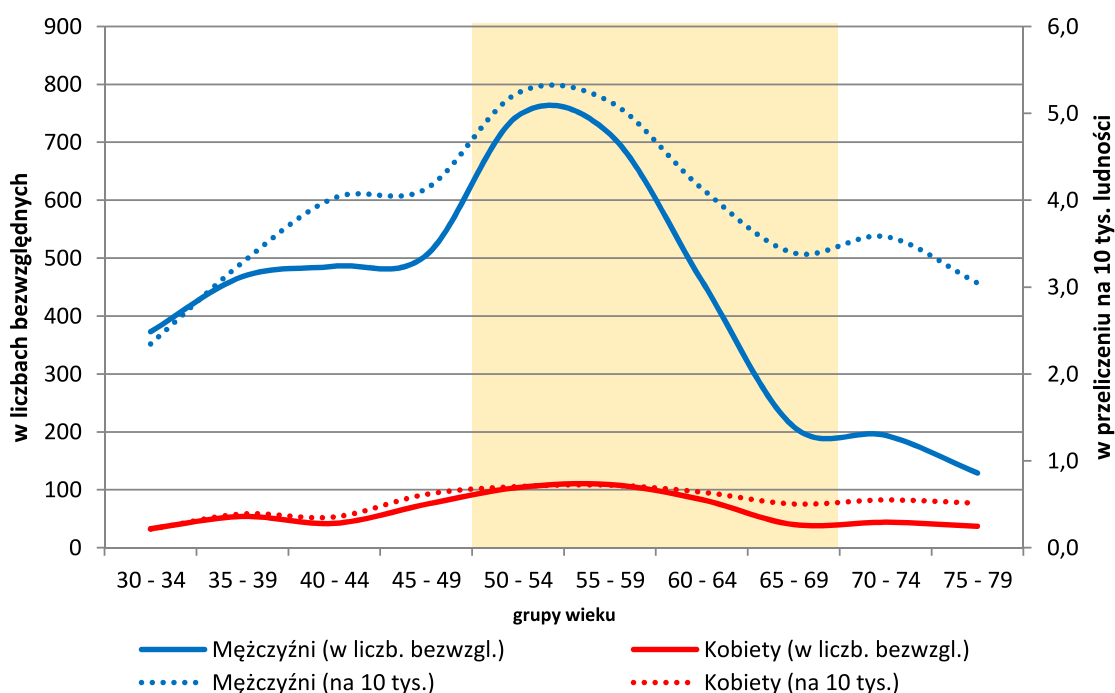
Czynnikami ryzyka rozwoju depresji w wieku podeszłym są m.in. wdowieństwo, poczucie osamotnienia, obniżenie pozycji

Rycina 8. Procent osób deklarujących wybrane uczucia i nastroje przez cały czas lub przez większość dni



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2011].

Rycina 9. Samobójstwa w liczbach bezwzględnych oraz w przeliczeniu na 10 tys. ludności według płci i wieku w 2011 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

społecznej i materialnej, wielochorobowość oraz utrata sprawności fizycznej. Prawdopodobieństwo wystąpienia depresji zwiększa się również w przypadku uzależnienia od pomocy osób drugih. Niekorzystny wpływ mogą ponadto wywierać zmiany środowiska zamieszkania. Badanie PolSenior pozwoliło dowiedzieć, że objawy kliniczne depresji wykazuje w grupie wieku 55–59 lat 17,6% mężczyzn i 21,7% kobiet. U osób powyżej 65. roku życia problem ten dotyczy 24,6% mężczyzn i 35,5% kobiet [PolSenior 2012].

Niediagnozowana depresja, bez specjalistycznej pomocy, może prowadzić do prób samobójczych, których część kończy się zgonem. Według oficjalnych statystyk GUS w 2011 r. w Polsce 6112 osób odebrało sobie życie, z czego 87,6% stanowili mężczyźni. Począwszy od 30. roku życia, obserwuje się systematyczny wzrost wskaźników samobójstw. Punkt kulminacyjny przypada na wiek 50–59 lat, czyli na pierwszą połowę okresu okołomerytalnego. W grupie mężczyzn w wieku 50–54 lat obserwuje się o 47,8% więcej samobójstw niż w grupie 45–49 lat. Wśród mężczyzn szczególnie wysokie ryzyko odebrania sobie życia dotyczy osób samotnych (wdowców lub rozwiedzionych), które nie potrafią się odnaleźć w tej nowej sytuacji. Najwięcej przypadków samobójstw w tej grupie ma miejsce w okresie 6–12 miesięcy po utracie bliskiej osoby.

Po przekroczeniu 60. roku życia następuje wyraźny spadek wskaźników samobójstw – zarówno w liczbach bezwzględnych, jak i w przeliczeniu na 10 tys. ludności. W odniesieniu do wcześniej prezentowanych informacji dotyczących problemu depresji wśród osób starszych tworzy to pewne problemy interpretacyjne. Można przyjąć, że zjawisko to wynika z adaptacji do nowych warunków. Starsze osoby uczą się funkcjonować w społeczeństwie w roli emerytów ze wszystkimi tego konsekwencjami. Zarazem jednak można wskazać na ograniczenia metodologiczne oficjalnych statystyk, nie wszystkie przypadki samo-

bójstw są bowiem rejestrowane. Problem ten jest szczególnie istotny w grupie osób starszych. Zaprzestanie przyjmowania leków lub pokarmu może szybko doprowadzić do zgonu. Należy przypuszczać, że tego rodzaju sytuacje w większości przypadków nie są uwzględnione w oficjalnych statystykach⁸.

Wspomniane wyżej kwestie, takie jak problem depresji czy samobójstw, to tylko część zagadnień związanych z aspektem psychologicznym okresu okołomerytalnego. W tym kontekście należy również wspomnieć o różnego rodzaju obawach, które najczęściej dotyczą lęku przed chorobą, utratą pamięci czy ograniczeniami samodzielności, a także pogorszenia warunków materialnych. Niezwykle istotny jest też problem samotności i utraty bliskich osób. Zjawiska te wpisane są w proces starzenia się. Jeżeli dojdzie do kumulacji niekorzystnych czynników, to osoba starsza może nie być w stanie poradzić sobie z nimi samodzielnie. W takiej sytuacji konieczna jest pomoc psychologiczna. Obecnie tego rodzaju rozwiązania stanowią nowość, ale można mieć nadzieję, że w przyszłości konsultacje oraz warsztaty szkoleniowe prowadzone przez specjalistów pracujących z osobami w podeszłym wieku staną się standardem.

Aspekt społeczny

Okres okołomerytalny to również czas, w którym następują istotne zmiany w zakresie roli, jaką każda osoba odgrywa w społeczeństwie. Zakończenie pracy zawodowej często wiąże się z nowymi zadaniami wewnątrz rodziny (np. wsparcie w wychowaniu wnuków). Ograniczenie lub rezygnacja z aktywności zawodowej w naturalny sposób skutkują wydłużeniem budżetu czasu wolnego. To szansa na realizację dawno odkładanych planów, ale w przypadku, gdy dodatkowy czas wolny nie jest zagospodarowany, zjawisko to może mieć charakter dysfunkcyjny i prowadzić do różnego rodzaju zaburzeń w wymiarze psychologicznym. Ponadto w okresie okołomerytalnym dochodzi do przewartościo-

⁸ Osobną kwestię stanowią próby samobójcze. Tego rodzaju zdarzenia rejestrowane są przez Komendę Główną Policji, ale wiarygodność danych na ten temat jest bardzo niska. Wynika to z faktu, że nie wszystkie przypadki są zgłaszane, a zainteresowanie Policji ogranicza się głównie do samobójstw, w których zachodzi podejrzenie związku z przestępstwem.

wania priorytetów życiowych. Zmianie ulega też sposób postrzegania nas przez inne osoby (percepcja społeczna).

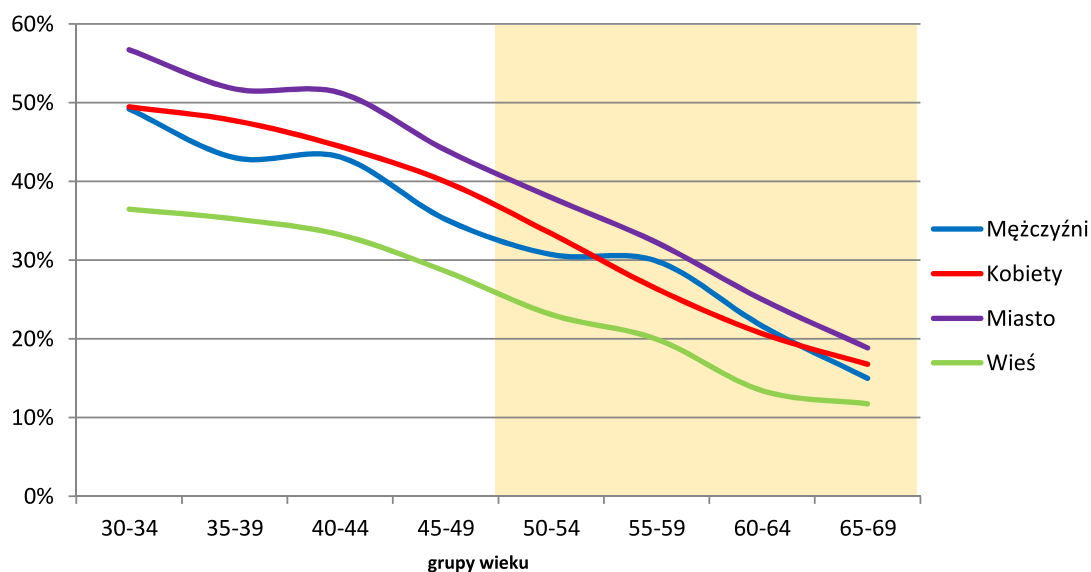
Według danych Eurostatu Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie pod względem udziału osób dorosłych w różnych formach kształcenia formalnego oraz pozaformalnego⁹. Z tego rodzaju edukacji w 2011 r. korzystało 24,2% osób w wieku 25–64 lat (23,2% mężczyzn i 25,2% kobiet), natomiast średnia dla całej Unii Europejskiej wynosi 40,3% [Eurostat 2013a]. Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują na zmniejszenie zainteresowania dodatkowym kształceniem wraz z wiekiem. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Spadek zainteresowania jakąkolwiek formą kształcenia, wliczając w to kształcenie formalne, pozaformalne oraz nieformalne (czyli samokształcenie bez udziału nauczyciela), jest również obserwowany w okresie okołoemerytalnym [GUS 2013d]. Hipotetycznie po zakończeniu pracy zawodowej i zwiększeniu ilości czasu wolnego można by się spodziewać wzrostu zainteresowania dalszą edukacją, niemniej dane tego nie potwierdzają. Przyczyną mogą być tu ograniczenia wynikające z pogarszającego się stanu

zdrowia oraz sytuacja materialna. Przeszkodę może również stanowić większe zaangażowanie w opiekę nad wnukami.

Instytucją, o której należy wspomnieć w kontekście kształcenia osób starszych, są tzw. Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW). Koncepcja UTW została wprowadzona w Europie na początku lat siedemdziesiątych XX w. Ich głównym celem jest pomoc w zaspokajaniu potrzeb seniorów, takich jak samokształcenie, utrzymywanie więzi towarzyskich czy stymulacja psychiczna i fizyczna. W Polsce funkcjonuje około 450 UTW, które działają w ramach różnych struktur organizacyjnych – mogą być częścią uczelni wyższych, ale przede wszystkim są obecnie powoływane przez stowarzyszenia i jednostki samorządu terytorialnego. Szacuje się, że liczba słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku przekracza 100 tys. osób. Ich rola nie ogranicza się wyłącznie do zadań edukacyjnych czy integracji środowisk seniorów, ale instytucje te wspomagają także budowę kapitału społecznego, co ma niezwykle istotne znaczenie dla jakości życia osób w wieku podeszłym [ASOS 2012; www.senior.gov.pl].

Na budowanie kapitału społecznego

Rycina 10. Odsetek osób uczestniczących w jakiegokolwiek formie kształcenia (formalnej, pozaformalnej oraz nieformalnej) według wieku i płci



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013d].

⁹ Terminy te zostały szerzej omówione w rozdziale poświęconemu aspektowi społecznemu w okresie okołoemerytalnym (zob. rozdz. 5).

wpływa również zaangażowanie w działania na rzecz społeczności lokalnej. Z danych GUS wynika, że tego rodzaju aktywność przejawia 15,6% dorosłych mieszkańców Polski. Wyższy poziom zaangażowania panuje wśród mężczyzn (17,1%) niż wśród kobiet (14,2%). Wiek też jest czynnikiem różnicującym. Najwyższy udział deklaracji dotyczących zaangażowania w działania na rzecz społeczności lokalnej odnotowano w grupie wieku 35–44 lat (19,7%) oraz 45–59 lat (18,5%). W starszych grupach wieku odsetek ten się zmniejsza i wynosi 16,7 dla osób w wieku 60–64 lat i 10,9 dla tych powyżej 65. roku życia. Podczas analizy statusu społeczno-zawodowego uwagę zwraca bardzo wysoki poziom zaangażowania w grupie pracowników sektora publicznego (22,8%), prywatnych przedsiębiorców (26,2%) oraz rolników (26,7%). Wśród emerytów udział ten wyniósł 13,3%, czyli podobnie jak wśród pracowników sektora prywatnego (13,2%) oraz bezrobotnych (13%) [GUS 2013c].

Posiadanie wysokiego kapitału społecznego jest niezwykle istotne, gdy pojawiają się problemy ze zdrowiem i codziennym funkcjonowaniem. Jak zostało wcześniej zaprezentowane, wraz z wiekiem rośnie zapotrzebowanie na pomoc w codziennych czynnościach, takich jak załatwianie spraw w urzędach, robienie zakupów, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, ubieranie się czy higiena osobista. Z badań Centrum Badania Opinii Społecznej wynika, że osoby starsze wymagające wsparcia najczęściej pomoc otrzymują od swoich dzieci (63%), współmałżonków (38%) oraz wnuków (29%). Istotną rolę odgrywają również przyjaciele (26%), znajomi (23%) i sąsiedzi (23%) [CBOS 2012].

Zakończenie pracy zawodowej może być okazją do silniejszego zaangażowania się w sprawę własnej rodziny lub lokalnej wspólnoty. Jednakże wyniki badań wskazują na to, że u części osób mechanizm ten działa w przeciwnym kierunku. Ograniczenia finansowe, problemy zdrowotne

oraz nieumiejętność odnalezienia się w nowych warunkach sprawiają, że częstym zjawiskiem jest dobrowolne wykluczenie się z życia społecznego. W przypadku osób starszych, narażonych na osamotnienie, proces alienacji stanowi szczególne zagrożenie. Z tego względu niezwykle istotne jest stopniowe włączanie się osób w wieku okołoemerytalnym w różnego rodzaju aktywności społeczne, takie jak wolontariat czy edukacja w ramach Uniwersytetów Trzeciego Wieku.

Piśmiennictwo

- ASOS (2012). 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. Warszawa.
- CBOS (2012). Społeczna solidarność z osobami w starszym wieku – raport z badań (BS/83/2012). Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Czapiński J. (2009). Dobrostan psychiczny i społeczny Polaków w wieku 50 i więcej lat na tle wybranych społeczeństw europejskich. Szczecin: Centre for Economic Analysis CenEA.
- Eurostat (2013a). http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=trng_aes_100&lang=en [dostęp: 23.11.2013].
- Eurostat (2013b). www.epp.eurostat.ec.europa.eu, komunikat 174/2013-21 November 2013 [dostęp: 10.11.2013].
- GUS (2009). Prognoza ludności na lata 2008–2035. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2011). Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2012a). Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2011). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2012b). Emerytury i renty w 2011 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013a). Budżet gospodarstw domowych w 2012 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013b). Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013c). Kapitał ludzki w Polsce w 2011 r. Gdańsk: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013d). Kształcenie dorosłych 2011. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013e). Ludność i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013f). Osoby powyżej 50. roku życia na rynku pracy w 2011 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.

- GUS (2013g). Przejście z pracy na emeryturę w 2012 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013h). Rocznik demograficzny. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013i). Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- MPIPS (2008). Dezaktywizacja osób w wieku okołoemerytalnym – raport z badań. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- OECD (2011). <http://www.oecd.org/els/emp/ageingan-deploymentpolicies-statisticsonaverageeffective-ageofretirement.htm> [dostęp: 10.11.2013].
- OECD (2012). OECD Pensions Outlook 2012, OECD Publishing.
- PoSenior (2012). M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Poznań: Wydawnictwo Termedia.
- Ustawa (2012). Ustawa z dnia 11 maja 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2012 r., poz. 637).
- ZUS (2006). Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2005 r. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
- ZUS (2012). Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2011 r. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Wstęp

Po przejściu na emeryturę zwiększa się częstość wizyt lekarskich oraz hospitalizacji, co jest następstwem pogarszającego się stanu zdrowia. Częściowo to efekt procesu starzenia się, który wpływa na cały organizm człowieka. Również stres, który może być związany z zakończeniem aktywności zawodowej i rozpoczęciem nowego etapu życia, sprzyja rozwojowi wielu jednostek chorobowych. Należą do nich m.in. schorzenia, będące główną przyczyną zgonów w okresie okołoemerytalnym, np. choroby układu krążenia i nowotwory.

Pogarszający się stan zdrowia to także istotny aspekt uwzględniany w trakcie podejmowania decyzji o ewentualnym wycofaniu się z rynku pracy. Ważne są tu szczególnie dolegliwości powodowane przez choroby przewlekłe, a także niska aktywność fizyczna związana z wcześniejszymi przyzwyczajeniami i niezdrowym trybem życia.

2.1. Analiza najczęściej występujących problemów zdrowotnych w wieku okołoemerytalnym

Przejście na emeryturę jest uważane za jedno z najbardziej stresujących wydarzeń w życiu człowieka [Minkler 1981]. Zostało wpisane na 10. miejscu wśród 43 życiowych wydarzeń, na podstawie których podjęto próbę zmierzenia stresu jako czynnika prognostycznego choroby [Holmes, Rahe 1967].

W zależności od indywidualnego podejścia wiele zdarzeń może wywoływać stres, nawet jeśli są one postrzegane jako pozytywne (np. ślub). W większości wypadków stres negatywnie wpływa na zdrowie. Przyczynia się do nadużywania alkoholu i palenia tytoniu oraz prowadzi do zaburzeń snu i jedzenia [Brannon, Feist 1997]. Pogarsza funkcjonowanie układu odpornościowego, hormonalnego i aktywności sercowo-naczyniowej [Ader, Felten, Cohen 2001]. Konsekwencjami

Aspekt zdrowotny

zdrowotnymi stresu oraz zaburzeń, jakie powoduje, są m.in. depresja, choroby sercowo-naczyniowe, infekcje [Cohen, Janicki-Devers, Miller 2007] oraz choroby nowotworowe [Kiecolt-Glaser, Glaser 1999].

W chwili przejścia na emeryturę organizm zostaje poddany silnemu działaniu stresu oraz jego negatywnemu wpływowi. W konsekwencji zwiększa się ryzyko wystąpienia i rozwoju chorób przewlekłych, a w szczególności schorzeń układu krążenia i nowotworów. Zarazem jednak przejście na emeryturę może mieć pozytywny charakter. Jeśli bowiem wykonywana przez lata praca wywoływała silny stres, to jej zakończenie wyeliminuje lub ograniczy wpływ tego czynnika ryzyka. Wówczas rozpoczęcie emerytury będzie pozytywnie oddziaływało na zdrowie danej osoby [Behncke 2009].

Uważa się, że przejście na emeryturę zwiększa ryzyko zachorowania na choroby przewlekłe, w szczególności cukrzycę typu 2, choroby układu krążenia i nowotwory. Dodatkowo seniorzy są bardziej narażeni na rozwój zespołu metabolicznego¹⁰, który jest istotnym czynnikiem powstania tych chorób. Emeryci mają także problemy z wykonywaniem czynności życia codziennego oraz chodzeniem, co sprzyja niższej samoocenie stanu zdrowia [Calvo, Sarkisian, Tamborini 2013].

Dane z badania *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA)¹¹ wskazują, że u 21% ankietowanych po zaprzestaniu pracy zdiagnozowano nową chorobę przewlekłą (cukrzyca, dusznica bolesna, zawał serca, udar mózgu, zapalenie stawów, choroba nowotworowa lub problem psychiczny). Wśród osób aktywnych zawodowo odsetek ten wyniósł 11 [Behncke 2012]. Przejście na emeryturę zwiększa ryzyko rozpoznania ciężkiej choroby układu krążenia o 3 punkty procentowe oraz innych chorób somatycznych (nowotworów lub zapalenia stawów) o 8 punktów procentowych [Behncke 2009].

Silne działanie stresu przyczynia się również do zaburzeń psychicznych, w tym do rozwoju depresji. Z polskich danych badania SHARE dotyczących kwestii zdrowia psychicznego wynika, że istnieje rozbieżność między deklaracjami stanu zdrowia a diagnozowaniem i leczeniem depresji. W Polsce 37% mężczyzn i 58,4% kobiet po 50. roku życia wskazało występowanie czterech lub więcej symptomów depresji¹² [Myck et al. 2009]. Temat ten został szerzej omówiony w rozdziale poświęconym aspektom psychologicznym zakończenia pracy zawodowej.

Powyższe rozbieżności są prawdopodobnie spowodowane innym rozumieniem miar zdrowia psychicznego. Polacy różnią się złe samopoczucie psychiczne, którego wyrazem są przygnębienie i płacz, od depresji jako choroby psychicznej wymagającej leczenia. Innym powodem takiego stanu rzeczy może być odmienne podejście systemu opieki zdrowotnej do zagadnień zdrowia psychicznego w Polsce i innych krajach europejskich [ibidem].

Zdania naukowców co do wpływu wcześniejszej lub późniejszej emerytury na zdrowie są podzielone. W opinii części badaczy późniejsze przejście na emeryturę przynosi korzyści zdrowotne. Wynika to z faktu, że przy takim podejściu praca stanowi kluczowy element wpływający na tożsamość osób starszych. Zapewnia im również kontakty społeczne i zaspokaja potrzeby finansowe [Calvo, Sarkisian, Tamborini 2013].

Przyczyny hospitalizacji

Dane Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej prowadzonego przez NIZP–PZH wskazują, że w 2010 r. w Polsce pacjenci byli hospitalizowani najczęściej z powodu chorób układu krążenia, które stanowiły przyczynę 15% wszystkich hospitalizacji, urazów i zatruc – 9,6%, nowotworów ogółem – 9%, cho-

¹⁰ „Termin „zespół metaboliczny” (metabolic syndrome, MS) określa współwystępowanie powiązanych ze sobą czynników ryzyka pochodzenia metabolicznego, sprzyjających rozwojowi chorób sercowo-naczyniowych o podłożu miażdżycowym oraz cukrzycy typu 2” [Pacholczyk, Ferenc, Kowalski 2008].

¹¹ Badanie ELSA zostało przeprowadzone na grupie mieszkańców Anglii urodzonych przed 1952 r.

¹² W badaniu analizowano 12 symptomów depresji, m.in.: poczucie przygnębienia, problemy ze snem, brak energii do codziennych zajęć, kłopoty z koncentracją, płacz.

rób układu moczowo-płciowego – 8,1%, trawiennego – 7,9%, i oddechowego – 6,9% [Wojtyniak, Goryński, Moskalewicz 2012].

Analiza standaryzowanych współczynników hospitalizacji mężczyzn i kobiet świadczy o częstszych o 3% pobytach w szpitalach kobiet ogółem. Jest to jednak związane z ciążą, porodem i położeniem. Z przyczyn chorobowych to mężczyźni są częściej kierowani do szpitali [ibidem].

Do najważniejszych przyczyn leczenia szpitalnego mężczyzn powyżej 45. roku życia należą choroby układu krążenia. Po 50. roku życia obserwuje się wzrost udziału chorób nowotworowych we wszystkich przyczynach hospitalizacji. Wśród kobiet, podobnie jak u mężczyzn, udział chorób układu krążenia istotnie rośnie od 45. roku życia, a po 60. roku życia stanowią one najczęstszą przyczynę hospitalizacji. Trend ten utrzymuje się do najstarszych grup wieku. W przypadku kobiet w wieku 45–59 lat największy

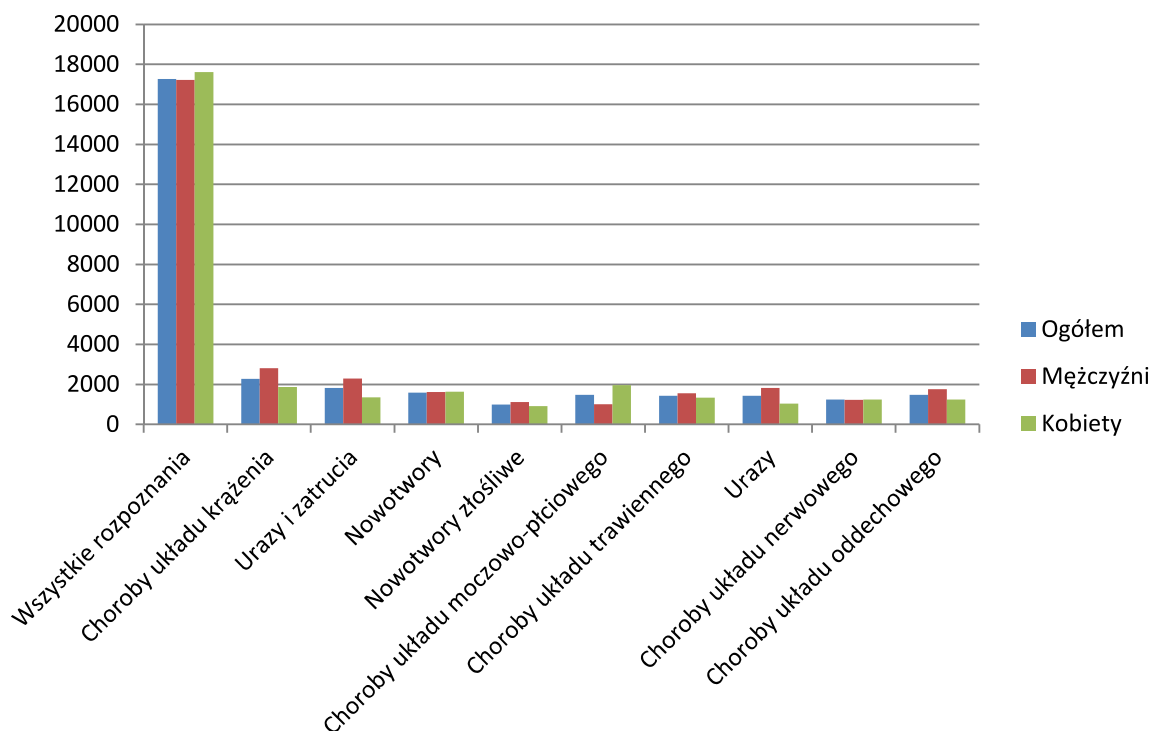
udział wśród przyczyn leczenia szpitalnego mają nowotwory, co maleje wraz z wiekiem [ibidem].

2.2. Zgony

Od 1991 r. obserwuje się systematyczne obniżanie się poziomu umieralności w Polsce, niemniej jest on nadal wyższy od średniego poziomu dla krajów Unii Europejskiej. W 2010 r. standaryzowany współczynnik zgonów dla Polaków był o około 36% wyższy od współczynnika notowanego dla państw UE. Dla kobiet z Polski współczynnik ten był o 17% wyższy [Wojtyniak, Goryński, Moskalewicz 2012].

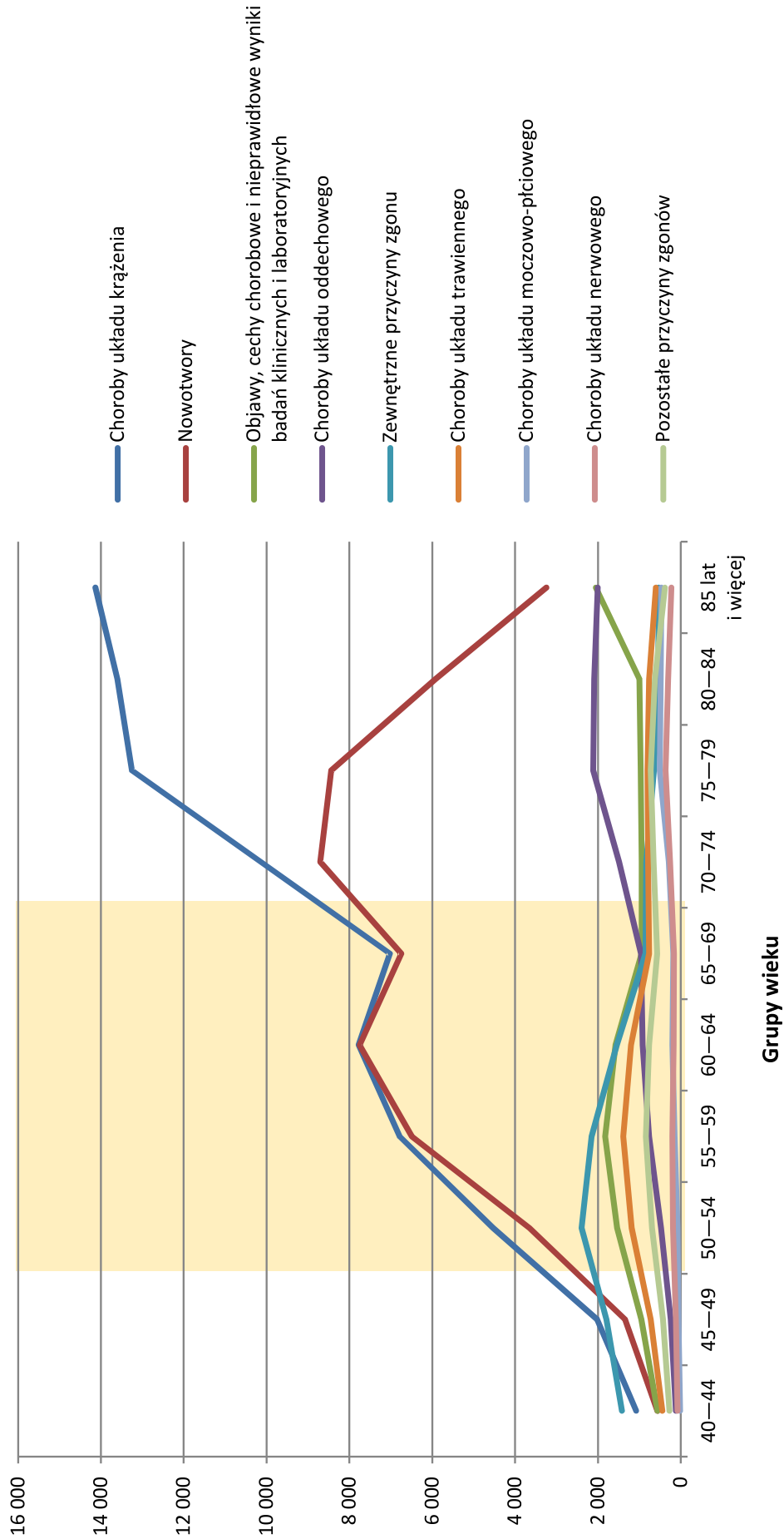
W Polsce do najważniejszych przyczyn zgonów zalicza się choroby układu krążenia oraz nowotwory. W 2010 r. schorzenia te były odpowiedzialne za 71,3% zgonów ogółem. Choroby układu krążenia przyczyniły się do 45,9% zgonów (40,8% wśród mężczyzn i 51,8% wśród kobiet), a nowotwory – do kolejnych 25,4% (odpowiednio 26,9 i 23,7%). Do

Rycina 11. Główne przyczyny hospitalizacji mężczyzn i kobiet w 2010 r. (standaryzowane wskaźniki hospitalizacji – na 100 tys. ludności)



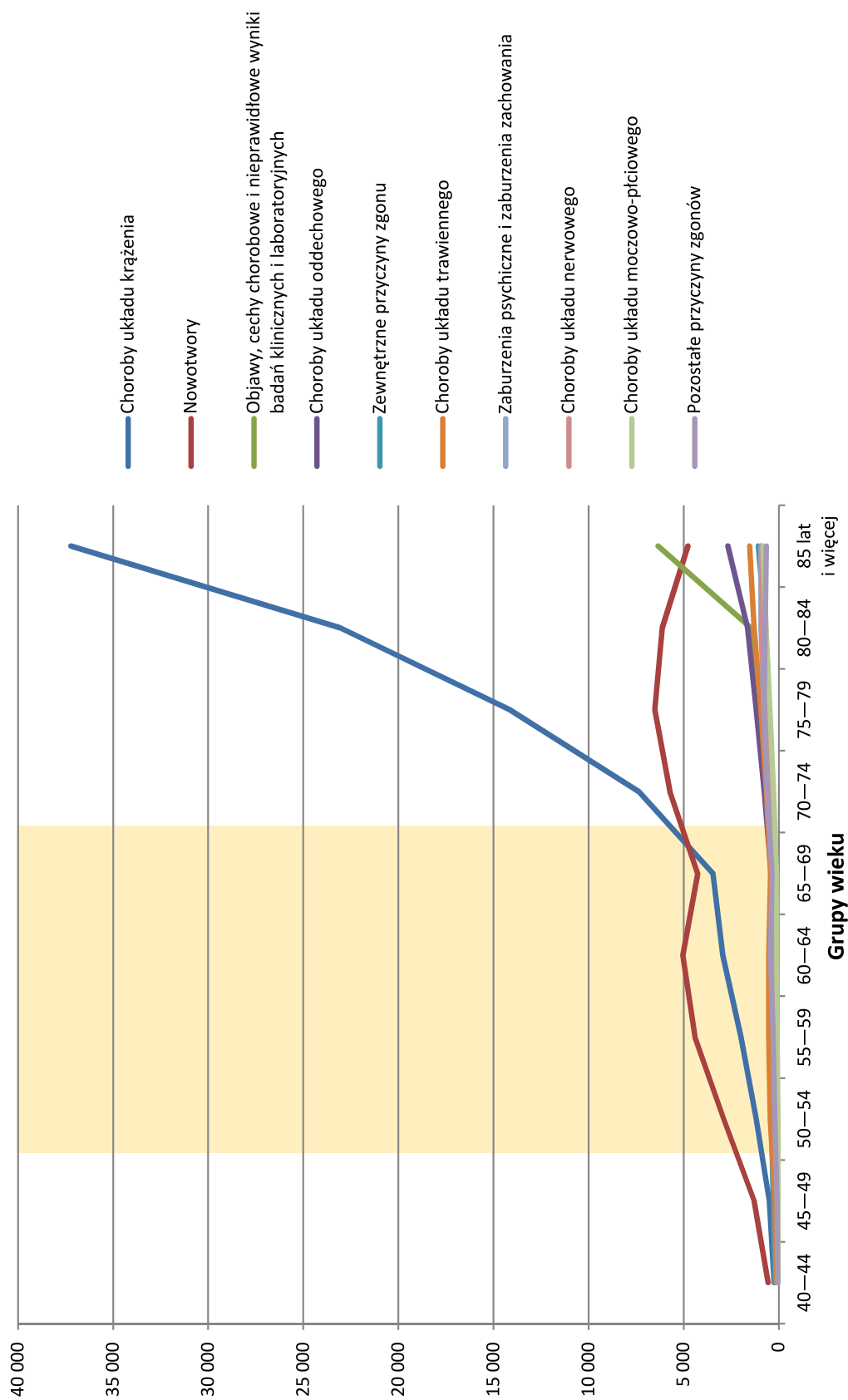
Źródło: opracowanie własne na podstawie [Wojtyniak, Goryński, Moskalewicz 2012].

Rycina 12. Główne przyczyny zgonów mężczyzn w poszczególnych grupach wieku w 2010 r. (liczby bezwzględne)



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2012].

Rycina 13. Główne przyczyny zgonów kobiet w poszczególnych grupach wieku w 2010 r. (liczby bezwzględne)



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2012].

pozostałych przyczyn zgonów należą przede wszystkim przyczyny zewnętrzne oraz choroby układu oddechowego i trawiennego [GUS 2012].

W 2010 r. z powodu chorób układu krążenia zmarły w Polsce 174 003 osoby, tj. 456 osób na 100 tys. ludności. Współczynniki rzeczywiste wskazują, że kobiety umierały z tego powodu częściej niż mężczyźni. Wartości współczynników dla obu grup wyniosły odpowiednio 469 dla kobiet i 442 dla mężczyzn na 100 tys. ludności, co jest związane ze starszą strukturą wieku kobiet. Standaryzowane współczynniki zgonów obu grup, uzyskane po wyeliminowaniu różnic między strukturami wieku, wskazują na większe zagrożenie życia mężczyzn przez te schorzenia. Było to 259,9 dla kobiet i 439,7 dla mężczyzn na 100 tys. [Wojtyniak, Goryński, Moskalewicz 2012].

W tym samym okresie z powodu nowotworów złośliwych zmarło 92 610 osób, tj. 242,5 osoby na 100 tys. osób. Podobnie jak w przypadku chorób układu krążenia, nowotwory stanowią większe zagrożenie dla życia mężczyzn niż kobiet. Standary-

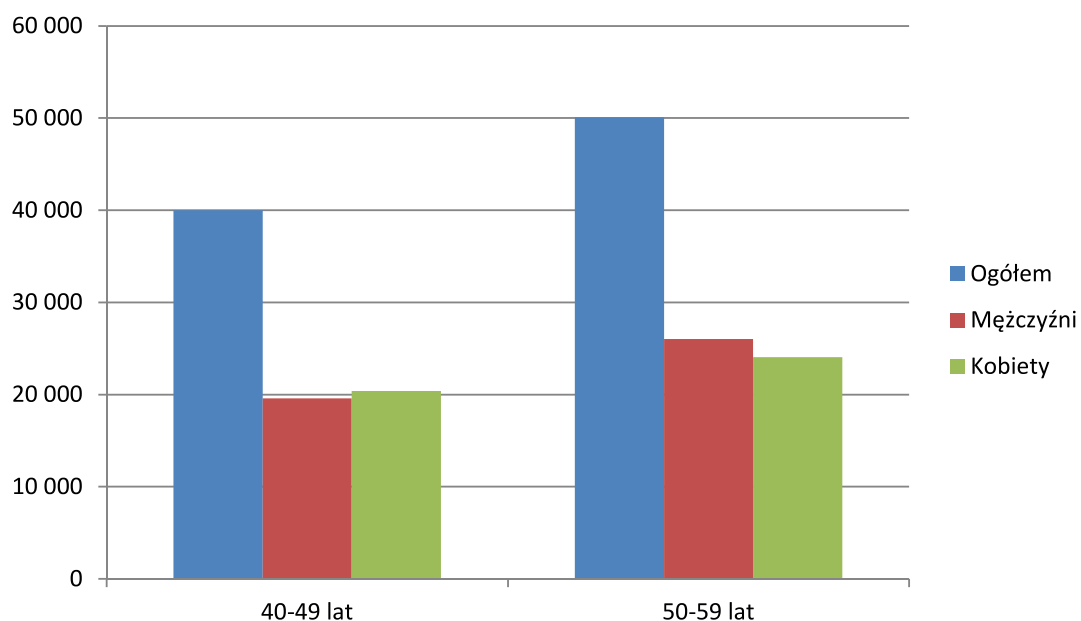
zowany współczynnik zgonów Polaków w 2010 r. był o 84,5% wyższy od współczynnika Polek. Wyniósł odpowiednio 271,1 i 146,9 na 100 tys. ludności [ibidem].

Wraz z wiekiem zmienia się znaczenie czynników odpowiadających za zgony w Polsce. Wśród mężczyzn i kobiet w początkowym okresie życia największe zagrożenie stanowią przyczyny zewnętrzne, tj. wypadki komunikacyjne, samobójstwa oraz upadki, a także problemy okołoporodowe. W starszych grupach wieku mężczyźni i kobiety najczęściej umierają z powodu chorób układu krążenia i nowotworów [ibidem].

2.3. Absencja chorobowa

Z danych statystycznych wynika, że w wieku 50–59 lat, czyli jeszcze w okresie aktywności zawodowej, istotnie wzrasta absencja chorobowa pracowników. Zakład Ubezpieczeń Społecznych odnotował zbliżoną liczbę wystawianych zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej przy jednoczesnym wzroście dni absencji chorobowej wśród 50-latków

Rycina 14. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej w podziale na grupy wieku i płeć (w tys.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Karczewicz, Sikora 2013].

w stosunku do 40-latków. W 2012 r. osoby w wieku 40–49 lat łącznie opuściły 39 998,8 tys. dni w pracy z tytułu choroby własnej, podczas gdy 50-latkowie – 50 091,6 tys., tj. o 10 092,8 tys. dni więcej. Przeciętna długość okresu, jakiego dotyczyło zaświadczenie lekarskie, wyniosła odpowiednio dla poszczególnych grup wieku 11,97 oraz 13,31 dnia. W młodszej z porównywanych grup to kobiety dłużej przebywały na zwolnieniach lekarskich. Łącznie chorowały przez 20 405,4 tys. dni w analizowanym okresie, podczas gdy mężczyźni – przez 19 580,8 tys. dni. W starszej grupie wieku proporcja była odwrócona. Liczba dni absencji chorobowej wśród mężczyzn wyniosła 26 031,9 tys., a wśród kobiet – 24 045,9 tys. (ryc. 14). Przeciętna długość okresu, jakiego dotyczyło zaświadczenie lekarskie dla mężczyzn ogółem wynosiła 11,74 dnia, natomiast dla kobiet – 13,10 dnia [Karczewicz, Sikora 2013]. Zwolnienia lekarskie wśród kobiet mogą być wydłużone z powodu ciąży oraz macierzyństwa.

2.4. Niepełnosprawność

Innym elementem determinującym stan zdrowia jest niepełnosprawność, która staje się coraz istotniejszym problemem ze względu na dłuższą przeżywalność ludności. Niepełnosprawność wiąże się z utratą sprawności fizycznej i psychicznej oraz stanowi poważne wyzwanie dla społeczeństwa [GUS 2011].

Z danych Eurostatu wynika, że w Polsce w 2009 r. żyło 8,1 mln osób niepełnosprawnych. Według przyjętej do tych analiz metodologii były to osoby, które ze względu na problemy zdrowotne miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, które zwykle nie przysparzają kłopotu. Posiadania prawnego orzeczenia o niepełnosprawności nie uwzględniano. Na tej podstawie uznano, że 21,5% Polaków zostało zaliczonych do grupy niepełnosprawnych. Wśród osób niepełnosprawnych (biologicznie) co trzecia ma poważne ograniczenia. Poziom niepełnosprawności w miastach i na terenach wiejskich jest porównywalny i wyno-

si odpowiednio 21,3 i 21,8%. Częstość występowania niepełnosprawności biologicznej wzrasta znacząco wśród osób po 50. roku życia. Co trzeci 50-latek został uznany za niepełnosprawnego. Wśród 70-latków było to już dwie trzecie grupy [ibidem].

Ogólny wskaźnik niepełnosprawności dla kobiet jest wyższy niż dla mężczyzn. Podobnie jednak jak w przypadku innych opisywanych zagadnień, wynika to z przesunięcia struktury wieku kobiet względem mężczyzn. Do 69. roku życia w prawie każdej grupie rówieśniczej to mężczyźni są częściej niepełnosprawni. Po 70. roku życia więcej jest niepełnosprawnych kobiet, ale przede wszystkim biologicznie. Dane GUS wskazują, że stan ten częściej dotyczy mieszkańców miast niż wsi [ibidem].

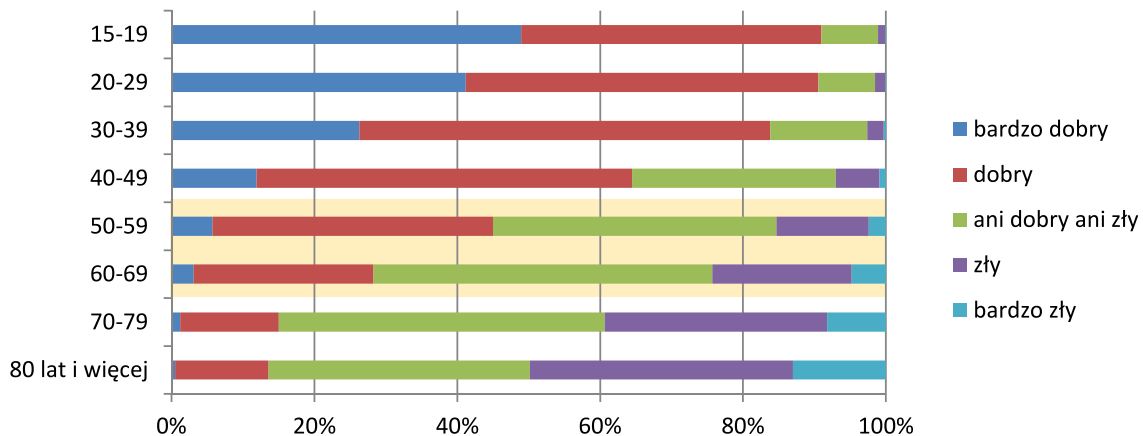
Bezpośrednio z niepełnosprawnością wiążą się trudności w wykonywaniu czynności codziennych. Około 40% osób w wieku 70–79 lat i starszych ma trudności z samoobsługą, przy czym około 50% osób nie otrzymuje żadnego wsparcia w tym zakresie. Badania wskazują, że ograniczenia zdrowotne uniemożliwiają ankietowanym wykonywanie ciężkich, a nawet lżejszych prac domowych, jak również robienie zakupów i przygotowywanie posiłków [ibidem].

2.5. Percepcja własnego stanu zdrowia przez osoby w wieku okołoemerytalnym

W 2009 r. GUS zrealizował na grupie 41 818 losowo dobranych osób badanie dotyczące stanu zdrowia ludności Polski, stanowiące część ogólnoeuropejskiego badania *European Health Interview Survey*. Przeprowadzona analiza bazowała na danych deklaracyjnych respondentów w zakresie chorób i dolegliwości.

Około 65% respondentów w wieku 15 lat i więcej oceniło swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, a około 10% – jako zły i bardzo zły. Pozostali uznali, że nie jest on „ani zły, ani dobry”. Zbliżone wyniki

Rycina 15. Stan zdrowia ludności Polski w grupach wieku 50 lat i więcej



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2011].

otrzymało Centrum Badania Opinii Społecznej [CBOS 2012]. W grupie 50-latków około 40% uznało swoje zdrowie za co najmniej dobre, a w najstarszych grupach wieku, tj. od 60. roku życia, liczba ta zmniejszyła się o połowę. Najstarsi respondenci najczęściej określali swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły (ryc. 15) [GUS 2011]¹³.

Autorzy badania sugerują, że taki stan rzeczy może być spowodowany m.in. gorszym wykształceniem osób starszych w porównaniu z ludźmi młodymi. 12% osób do 49. roku życia ma wykształcenie wyższe, podczas gdy po 50. roku życia jest to około 5%. Odwrotna proporcja występuje w przypadku wykształcenia podstawowego (4,8% wśród osób do 49. roku życia i 12% powyżej 50 lat). Wśród rozpoznanych przyczyn gorszej oceny własnego zdrowia wymienia się również stan cywilny badanego. Osoby żyjące w związkach małżeńskich i partnerskich oraz stanu wolnego lepiej oceniają swój stan zdrowia niż osoby owdowiałe i rozwiedzione. Osoby starsze, które pozostają same na skutek śmierci współmałżonka, deklarują gorsze zdrowie [ibidem].

Najgorzej swój stan zdrowia oceniają emeryci (28% odpowiedzi wskazujących na niezadowolenie) oraz renciści (42%). Niskie oceny stanu zdrowia przez osoby otrzymujące rentę wynikają z uszczerbku na zdrowiu, który powoduje czasową lub stałą niezdolność do wykonywania pracy zawodowej.

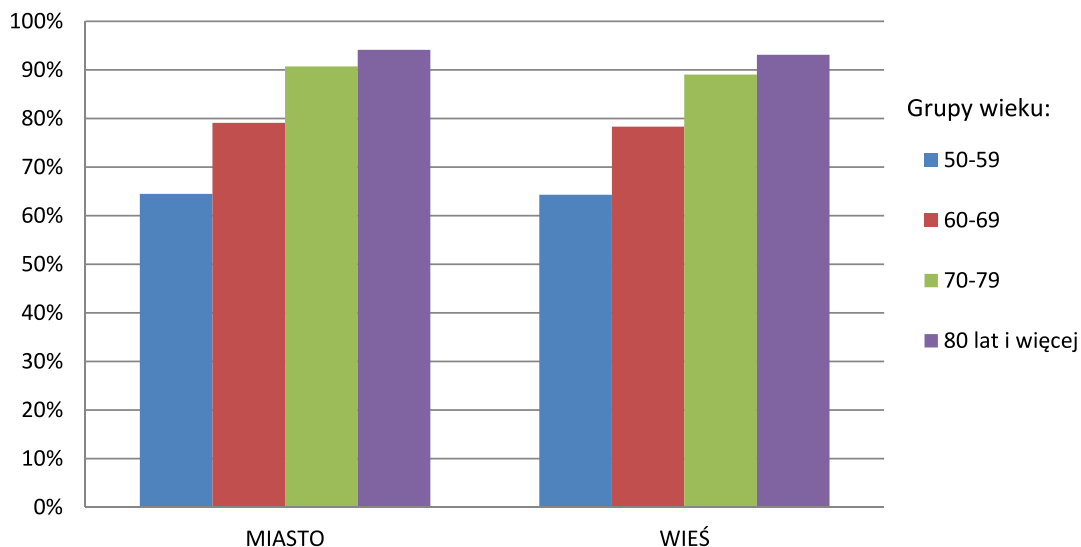
Istotnym czynnikiem wpływającym na poziom zadowolenia z własnego zdrowia jest przewlekła choroba. Długotrwałe problemy zdrowotne (trwające co najmniej 6 miesięcy) lub choroby przewlekłe deklaruje 43% Polaków. Częściej są to kobiety (47%) niż mężczyźni (39%). Wiek jest tu istotnym czynnikiem różnicującym odpowiedzi respondentów. Dolegliwości z powodu chorób przewlekłych deklarują głównie osoby starsze. Ponad 60% 50-latków, 79% 60-latków oraz ponad 90% osób w wieku 70 lat i więcej sygnalizowało wystąpienie takich problemów [ibidem]. Podobną zależność wykazało badanie przeprowadzone w 2012 r. przez CBOS, jednak zaobserwowane w nim różnice między kobietami i mężczyznami były większe [CBOS 2012]¹⁴. Problem chorób przewlekłych częściej też dotyczy mieszkańców miast (45,2%) niż wsi (39,4%) [GUS 2011].

¹³ Taka forma badania ogranicza wiarygodność zebranych danych, ponieważ deklaracje respondentów nie są weryfikowane przez lekarzy specjalistów.

¹⁴ Odnotowane różnice mogą wynikać z metodologii przeprowadzonych badań. Główny Urząd Statystyczny zrealizował badanie na grupie 41 818 osób dorosłych w wieku 15 lat i więcej. Doboru dokonano przy zastosowaniu schematu losowania dwustopniowego, warstwowego z różnymi prawdopodobieństwami wyboru na pierwszym stopniu. Zadano pytanie: „Czy ma Pan/i jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające (lub przewidywane, że będą trwały) 6 miesięcy lub dłużej?”.

Centrum Badania Opinii Społecznej zrealizowało badanie na liczącej 960 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski. Pytanie brzmiało: „Czy choruje Pan/i na jakąś przewlekłą chorobę?”.

Rycina 16. Deklarowane długotrwałe problemy zdrowotne w podziale na grupy wieku z uwzględnieniem miejsca zamieszkania w mieście lub na wsi



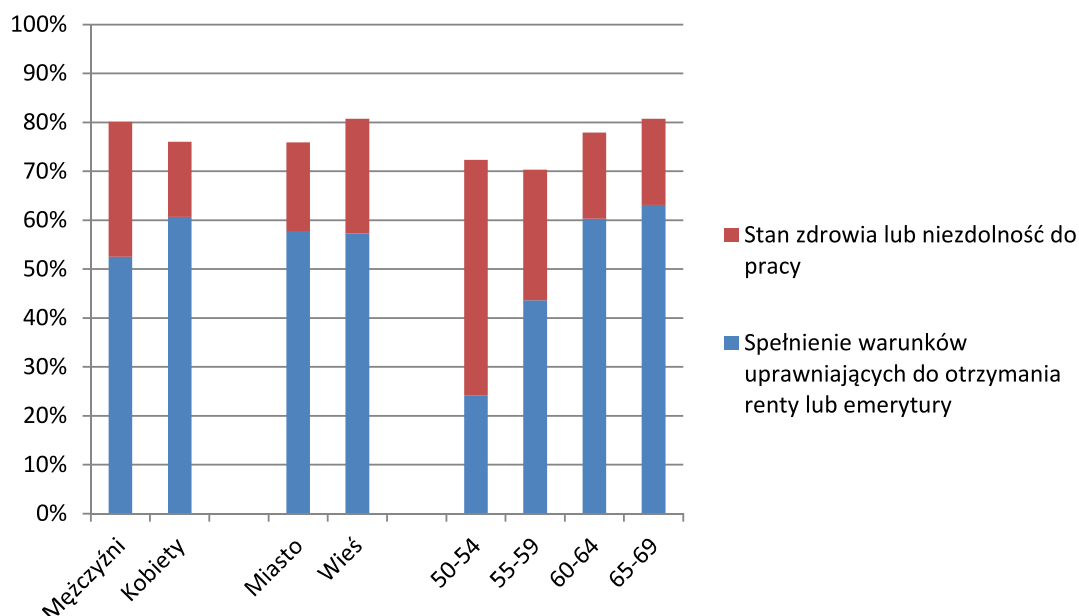
Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2011].

2.6. Wpływ przejścia na emeryturę na stan zdrowia

Przejście na emeryturę wiąże się nie tylko z zakończeniem pracy zawodowej, lecz także z innymi istotnymi zmianami w życiu człowieka. Często jest ograniczanie lub zaprzestawianie

kontaktów osobistych oraz konieczność zmiany dotychczasowego trybu życia i dostosowania się do nowych warunków. Sytuacja ta związana jest z obciążeniem psychicznym, mentalnym oraz fizycznym, przekładającym się na stan zdrowia. Według danych GUS zdrowie może być również jednym z głównych

Rycina 17. Przyczyny niekontynuowania pracy zawodowej przez osoby bierne zawodowo w wieku 50–69 lat, które pracowały przynajmniej do 50. roku życia



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013].

powodów przejścia na emeryturę, na co wskazywał co piąty respondent. Drugą z kolei istotną przyczyną wpływającą na tę decyzję jest spełnianie warunków uprawniających do przejścia na emeryturę [GUS 2013].

Przeprowadzone w Wielkiej Brytanii badanie ELSA potwierdziło negatywny wpływ przejścia na emeryturę na stan zdrowia respondentów. W tym okresie zwiększa się ryzyko zachorowania na choroby przewlekłe, głównie układu krążenia (np. zawał serca, udar mózgu) lub nowotwory. Często moment rozpoznania choroby pokrywa się z wiekiem okołoemerytalnym [Behncke 2009].

Niektóre osoby mają również świadomość obniżenia jakości życia na emeryturze i coraz większych potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej. Potrzeby te skłaniają część osób, które osiągnęły wiek emerytalny, do kontynuowania działalności zawodowej. Pozostanie dłużej aktywnym zawodowo przekłada się na sytuację materialną przyszłych emerytów, a ta z kolei – na jakość życia i dostęp do opieki medycznej (w szczególności niepublicznej) [Suszko 2012].

2.7. Nakłady na opiekę zdrowotną w zależności wieku

Proces starzenia się ma wpływ na pogorszenie stanu zdrowia, a także na zwiększenie zachorowalności, co przekłada się na potrzeby zdrowotne. Wraz z wiekiem wzrasta też zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze [Suszko 2012].

Eurostat co roku zbiera dane dotyczące wydatków na opiekę zdrowotną ponoszonych przez instytucje państwowe (w Polsce są to m.in.: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) oraz osoby prywatne. Informacje dotyczą działań wykorzystujących wiedzę oraz technologie medyczne, paramedyczne i pielęgniarskie w celu:

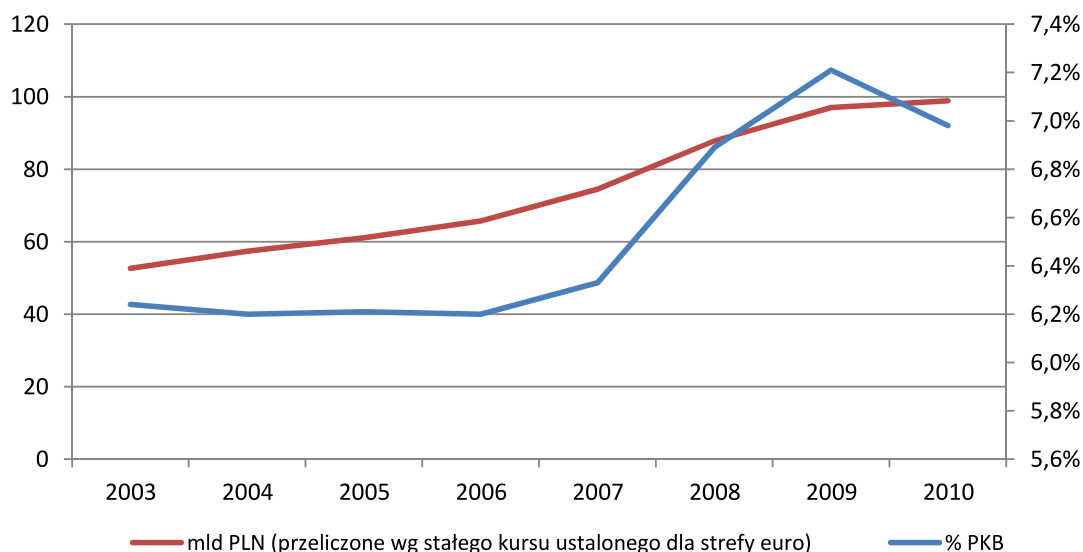
- promocji zdrowia i zapobiegania chorobom;
- leczenia chorób i zmniejszania przedwczesnej umieralności;
- opieki nad osobami przewlekle chorymi, które wymagają opieki pielęgniarskiej;
- opieki nad osobami niepełnosprawnymi, które wymagają opieki pielęgniarskiej;
- opieki nad pacjentami hospicjów;
- zarządzania zdrowiem publicznym;
- zarządzania programami i ubezpieczeniami zdrowotnymi.

Zgodnie z dostępnymi wynikami publikowanymi przez Eurostat, w latach 2003–2010 obserwowany był systematyczny wzrost nakładów na opiekę zdrowotną. Wydatki na ten cel zwiększyły się z 52,63 mld zł do 98,84 mld zł. W tym samym okresie wzrosła również część PKB wydzielona na ten cel – z 6,24% w 2003 r. do 6,98% PKB w 2010 r. Na przełomie 2009 i 2010 r. odnotowano spadek procentowy PKB przeznaczany na opiekę zdrowotną z 7,21 do 6,98%. Jednak po przeliczeniu całkowita kwota wydatków pozostała wyższa niż w roku poprzednim [Eurostat 2013]. W Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013 podano, że wydatki na opiekę nad osobami starszymi w 2008 r. stanowiły 0,22% PKB [Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych 2012].

Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia realizowane w ramach leczenia szpitalnego zmieniają się w zależności od grup wieku i dotyczących ich problemów zdrowotnych. Wśród osób w wieku 50–70 lat wyższe koszty opieki zdrowotnej generowane są przez mężczyzn niż kobiety. Wynika to z przesunięcia struktury wieku kobiet w stosunku do mężczyzn. Po 70. roku życia coraz większa część wydatkowana jest na kobiety. Wiąże się to z ich dłuższą średnią przeżywalnością [Centrala NFZ 2011].

Wyniki badania ELSA sugerują, że wydłużenie wieku emerytalnego nie powinno

Rycina 18. Wydatki na ochronę zdrowia ponoszone przez świadczeniodawców w Polsce w latach 2003–2010, według danych Eurostatu



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu [2013].

zwiększać wydatków na opiekę zdrowotną. Opóźnienie momentu przejścia na emeryturę może wręcz spowalniać negatywne skutki zdrowotne [Behncke 2012], wydłużenie okresu aktywności zawodowej wpływa bowiem pozytywnie na stan zdrowia, zmniejszając obciążenia finansowe systemu ochrony zdrowia [Calvo, Sarkisian, Tamborini 2013]. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) potwierdza, że pozostanie aktywnym zawodowo po 55. roku życia powoduje wolniejszą utratę funkcji poznawczych. Jest to związane ze stymulacją psychofizyczną w miejscu pracy i zaangażowaniem w relacje społeczne [WHO 2011]. Powyższe kwestie implikują podejmowane przez rządy poszczególnych krajów decyzje o podnoszeniu wieku emerytalnego. Jest to odpowiedź na zachodzące w społeczeństwie zmiany – proces starzenia się i zmieniającą się strukturę społeczeństwa. Przesuwanie momentu zakończenia aktywności zawodowej sprzyja bowiem rozwojowi gospodarki kraju. Dodatkowy element zmniejszający poziomy wydatkowania na opiekę zdrowotną stanowią poprawa i rozwój gospodarki kraju.

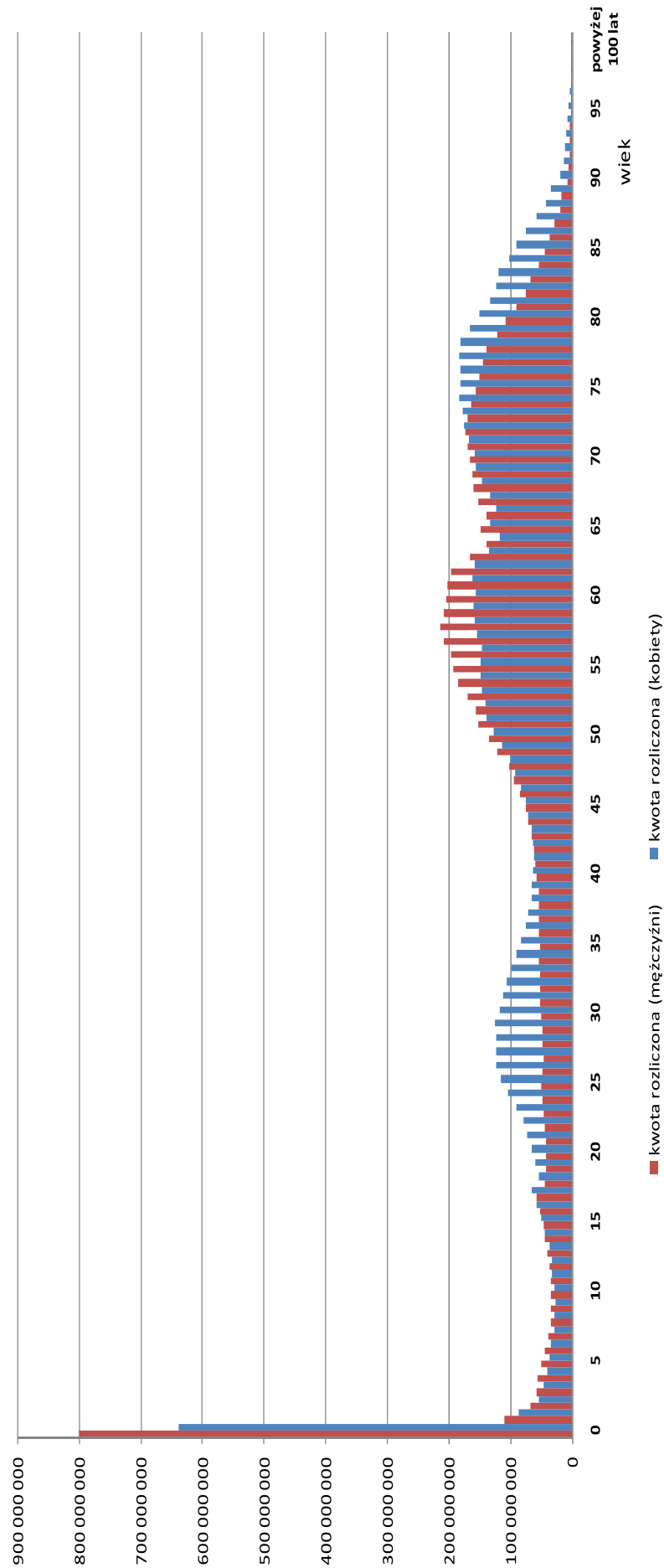
2.8. Profilaktyka prozdrowotna

Profilaktyka prozdrowotna stanowi kluczowy element w społeczeństwie, w którym zachodzi proces starzenia się oraz stale powiększa się grupa osób potrzebujących opieki zdrowotnej i pielęgnacyjnej. Promowanie zdrowego i aktywnego trybu życia oraz wczesne wykrywanie chorób redukują wydatki na ochronę zdrowia. Wpływają również na przesunięcie granicy wieku, po przekroczeniu której wzrasta liczba osób wymagających stałej opieki zdrowotnej [Suszko 2012].

Programy profilaktyczne realizowane na terenie kraju najczęściej skierowane są do szerszej grupy społeczeństwa, nie tylko do osób w wieku 50–70 lat. Do najbardziej popularnych programów profilaktycznych dostępnych również dla obywateli w wieku okołoemerytalnym należą:

- program profilaktyki chorób układu krążenia (obejmuje grupę osób w wieku: 35, 40, 45, 50 i 55 lat);
- program profilaktyki chorób odtytowych (skierowany do osób palących tytoń po 18. roku życia);
- populacyjny program wczesnego

Rycina 19. Rycina 19. Wydatki NFZ na leczenie szpitalne osób w poszczególnych grupach wieku w 2009 r. (kwoty rozliczone, zł)



Źródło: [Centrala NFZ 2011].

- wykrywania raka piersi (skierowany do kobiet w wieku 50–69 lat);
- program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy (obejmuje grupę kobiet w wieku 25–59 lat).

Większość programów nie jest skierowana do całej populacji w wieku okołoemerytalnym. Jednak wraz z wydłużeniem przeżywalności społeczeństwa granice te należałoby podwyższyć.

W Polsce za przygotowanie programów profilaktycznych odpowiada również Państwowa Inspekcja Sanitarna (zgodnie z zapisami art. 6 Ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej). Działania wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarnych skupiają się wokół organizacji akcji edukacyjnych seniorów w zakresie aktywnego stylu życia i zdrowego odżywiania. Programy zdrowotne realizowane przez organy inspekcji sanitarnej skierowane są również do dzieci i młodzieży, w celu rozwijania prozdrowotnych zachowań w młodszym wieku. Nauka właściwych dla zdrowia zachowań w tym wieku sprzyja zdrowemu i aktywnemu starzeniu się [Samoliński, Raciborski 2013]. Należy również wspomnieć, że samorządy lokalne w coraz większym stopniu wykazują zainteresowanie problematyką aktywnej i zdrowej starości. W najbliższym czasie można spodziewać się istotnego wzrostu liczby samorządowych programów zdrowotnych skierowanych do grupy osób w wieku okołoemerytalnym.

Zmiana aktywności fizycznej w momencie przejścia na emeryturę

Zachowanie niezależności funkcjonalnej osób starszych zależy od podejmowanej aktywności fizycznej. Regularne ćwiczenia przyczyniają się do zachowania wyższej jakości życia przez dłuższy okres oraz opóźniają procesy starzenia się [Morgulec-Adamowicz et al. 2011]. Ponadto wysoki poziom aktywności fizycznej obniża ogólną śmiertelność, redukując ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia oraz nowotworów [Blair et al. 1989].

W międzynarodowym badaniu SHARE dowiedziono, że osoby ćwiczące regularnie wykazywały mniejszy spadek funkcji poznawczych. Mierzono je, wykorzystując Test Fluencji Słownej (*Verbal Fluency Test*, VF) oraz badając opóźnienie przypominania słów (*delayed word recall*, DWR), po średnim okresie obserwacji wynoszącym 2,5 roku. Istotne zmiany były obserwowane głównie wśród osób podejmujących wysiłek fizyczny o charakterze bardziej energicznym. Analiza dowodzi, że każda aktywność fizyczna sprzyja rozwojowi funkcji poznawczych. Podejmowanie intensywniejszego wysiłku fizycznego przyczynia się do osiągnięcia lepszych rezultatów, nawet w krótkim czasie. Dokładny mechanizm tego procesu nie został jeszcze poznany [Aichberger et al. 2010].

Ponadto aktywność fizyczna może poprawić sprawność układu krążenia, a tym samym zmniejszyć ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego w starzejącym się mózgu [ibidem]. Należy jednak zauważyć, że wiek stwarza ograniczenia w podejmowaniu ćwiczeń fizycznych. Przede wszystkim są to: niesprawność, wynikająca z wieloletnich zaniedbań w zakresie dbałości o organizm, niska sprawność ruchowa związana z siedzącym trybem życia, lęk przed odniesieniem obrażeń i wiele innych [Morgulec-Adamowicz et al. 2011]. Zgodnie z zaleceniami WHO programy zachęcające osoby starsze do podjęcia aktywności fizycznej powinny bazować na prostych formach ruchu, takich jak chodzenie, taniec, pływanie lub ćwiczenia w łóżku. Istotne jest także, aby wybrana forma ruchu miała charakter odprężający. Taki rodzaj zajęć zapewniają Uniwersytety Trzeciego Wieku. Ich celem jest poprawa jakości życia osób starszych, rozpowszechnianie zdrowego stylu życia i promowanie aktywności ruchowej [ibidem].

W ogólnopolskim badaniu stanu zdrowia ludności przeprowadzonym przez GUS w 2009 r. również została poruszona tematyka aktywności fizycznej. Pytania dotyczyły czasu, jaki respondenci poświęcili

na konkretne czynności w tygodniu poprzedzającym badanie.

Analizując deklaracje osób powyżej 50. roku życia dotyczące podejmowania różnych form wysiłku fizycznego, obserwuje się systematyczny spadek dużej i umiarkowanej aktywności fizycznej. Osoby w tym wieku najczęściej podejmują czynności niewymagające znacznego wysiłku fizycznego. Z przeprowadzonego w Polsce badania SHARE wynika, że około 29% kobiet i 38% mężczyzn podejmuje intensywny wysiłek fizyczny co najmniej raz w tygodniu. Jest to prawie o połowę mniej niż w krajach, gdzie odnotowano najwyższe współczynniki podejmowania aktywności fizycznej dla obu płci. W Danii 65% kobiet ćwiczy regularnie, a w Szwajcarii 68% mężczyzn [Myck 2009].

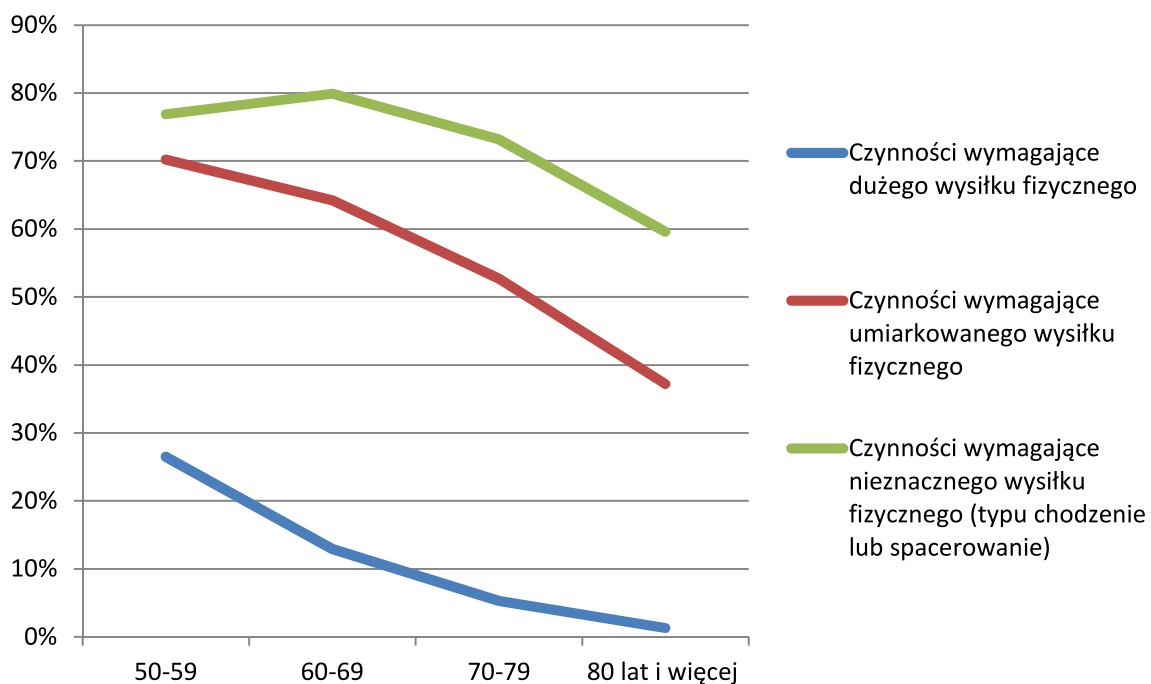
Profilaktyka w miejscu pracy

Wyniki badania Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego wskazują, że pracownicy po 50. roku życia spotykają się z dodatkowymi trudnościami. Około 20% pracowników

w tym wieku czuje się dyskryminowanych. Jedynie 25% ankietowanych w tej populacji wskazało możliwość korzystania ze szkoleń skierowanych bezpośrednio do tej grupy wieku, a 20% ankietowanych zostało zachęconych przez pracodawcę do dalszego zdobywania umiejętności. Pracownicy w wieku okołoemerytalnym wskazali, że najmniej działań w ich miejscu pracy dotyczyło tematyki zdrowotnej, mimo narastającej potrzeby. Z doradztwa dotyczącego zdrowia w miejscu pracy mogło skorzystać 20,6% zatrudnionych. Niemniej jedynie 13,6% osób z tej grupy przeszło szkolenia w zakresie procesu starzenia się oraz działań opóźniających jego negatywne efekty.

W badanej grupie 25,2% pracowników miało dostęp do bezpłatnych pakietów usług medycznych, natomiast z bezpłatnych karnetów na zajęcia sportowe mogło skorzystać 35% ankietowanych. Dowodzi to, że profilaktyka w miejscu pracy skierowana do osób w wieku okołoemerytalnym i starszych jest niewystarczająca. Najczęściej opieka zdrowotna w zakładach pracy pozostaje ograniczona do za-

Rycina 20. Deklaracje osób powyżej 50. roku życia dotyczące podejmowania różnych form wysiłku fizycznego



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2011].

pewnienia realizacji przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Potwierdzeniem tej tezy są wypowiedzi 44% respondentów z badania Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi [Hildt-Ciupińska, Bugajska 2013].

Zagwarantowanie szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy lub ułatwianie rozwoju umiejętności pracowników jest ustawowym obowiązkiem pracodawcy, określonym w Kodeksie pracy. Jednakże zapewnienie specjalnych szkoleń dla starszych pracowników, które spełniałyby ich indywidualne potrzeby, zależy od dobrej woli pracodawcy. Badania przeprowadzone przez Fiński Instytut Medycyny Pracy potwierdziły, że prowadzenie szkoleń dla starszych pracowników ma korzystny wpływ na ich zdrowie, wydajność i zdolność do pracy, a także satysfakcję z podejmowanych działań. W Polsce taka praktyka stanowi jednak rzadkość [ibidem].

Działania profilaktyczne skierowane do osób w wieku okołoemerytalnym powinny uwzględniać promocję zachowań prozdrowotnych w ramach organizowanych w miejscu pracy działań prospołecznych. Wymagają one zaangażowania przede wszystkim ze strony pracodawców i lekarzy medycyny pracy, ale także działów socjalnych. Podjęcie tej tematyki ma kluczowe znaczenie w budowaniu świadomości społeczeństwa wobec istoty roli miejsca zatrudnienia w łańcuchu polityki prozdrowotnej. Zakłady pracy pełnią znaczącą funkcję, przyczyniając się do poprawy zdrowia i propagowania zachowań prozdrowotnych oraz tworzenia grup wzajemnych zainteresowań. Przyjazne środowisko pracy może zatem istotnie ograniczyć stres okołoemerytalny, sprzyjając rozwojowi relacji międzyludzkich, zainteresowań indywidualnych i grupowych, a także aktywności ruchowych, turystycznych oraz sportowych. Działania na rzecz aktywizacji pozazawodowej pracowników przełożą się również na łagodniejszy przebieg procesu wyjścia z rynku pracy, a co za tym idzie – na ograniczenie czynników negatywnie wpływających

na stan ich zdrowia oraz ogólną jakość życia.

Przeprowadzona w tym rozdziale analiza może być podsumowana następującymi wnioskami:

1. Nie ma konsensusu, co do następstw zdrowotnych przejścia na emeryturę, co jest związane z wpływem dodatkowych czynników (np. rodzajem wykonywanej pracy, aktualnym stanem zdrowia). Przeważa jednak pogląd, iż przejście na emeryturę zwiększa ryzyko zachorowania na choroby przewlekłe, w szczególności cukrzycę typu 2, choroby układu krążenia i nowotwory. Emeryci mają także problemy z wykonywaniem czynności życia codziennego oraz chodzeniem, co sprzyja niższemu samooценieniu stanu zdrowia [Calvo, Sarkisian, Tamborini 2013].
2. Do najważniejszych przyczyn leczenia szpitalnego mężczyzn powyżej 45. roku życia należą choroby układu krążenia, natomiast po 50. roku życia obserwuje się wzrost udziału chorób nowotworowych we wszystkich przyczynach hospitalizacji. Wśród kobiet udział chorób układu krążenia istotnie rośnie od 45. roku życia, a po 60. roku życia stanowią one najczęstszą przyczynę hospitalizacji [Wojtyniak, Goryński, Moskalewicz 2012].
3. 20% badanych emerytów wskazało, że zdrowie było główną przyczyną przejścia na emeryturę [GUS 2013].
4. Profilaktyka prozdrowotna stanowi kluczowy element strategii przeciwdziałania negatywnym następstwom starzenia się. Pozwala również na wydłużenie okresu efektywnej pracy zawodowej oraz wpływa pozytywnie na utrzymanie aktywności społecznej. Należy zwiększyć rolę pracodawców oraz

działów socjalnych w budowaniu postawy prozdrowotnej wśród pracowników. Przyniesie to nie tylko korzyści samym pracownikom, ale również całemu przedsiębiorstwu.

Piśmiennictwo

- Ader R., Felten D., Cohen N. (2001). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Aichberger M.C., Busch M.A., Reischies F.M. et al. (2010). Effect of physical inactivity on cognitive performance after 2.5 years of follow-up. *GeroPsych*, 3(1): 7–15.
- Behncke S. (2009). *How Does Retirement Affect Health?* Bonn: Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit Institute for the Study of Labor.
- Behncke S. (2012). Does retirement trigger ill health. *Health Economy*, 21: 282–300.
- Blair S.N., Kohl H.W. III, Paffenbarger R.S. Jr. et al. (1989). Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *JAMA*, 262: 2395–2401.
- Brannon L., Feist J. (1997). *Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Calvo E., Sarkisian N., Tamborini C.R. (2013). Causal effects of retirement timing on subjective physical and emotional health. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(1): 73–84.
- CBOS (2012). Komunikat z bada : Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach, BS/110/2012. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznych.
- Centrala NFZ (2011). Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65. roku życia w 2009 r. Warszawa.
- Cohen S., Janicki-Deverts D., Miller G. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*, 298(14): 1685–1687.
- Eurostat (2013). http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database [dostęp: 11.10.2013].
- GUS (2011). Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2012). Rocznik demograficzny 2012. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013). Przejście z pracy na emeryturę w 2012 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Hildt-Ciupińska K., Bugajska J. (2013). Evaluation of activities and needs of older workers in the context of maintaining their employment. *Medycyna Pracy*, 64(3): 297–306.
- Holmes T., Rahe R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213–218.
- http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database [dostęp: 11.10.2013].
- Karczewicz E., Sikora A. (2013). Absencja chorobowa w 2012 roku. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych.
- Kiecolt-Glaser J., Glaser R. (1999). Psychoneuroimmunology and cancer: Fact or fiction? Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *European Journal of Cancer*, 35(11): 1603–1607.
- Minkler M. (1981). Research on the health effects of retirement: An uncertain legacy. *Journal of Health and Social Behaviour*, 22(2): 117–130.
- Morgulec-Adamowicz N., Rutkowska I., Rekowski W. et al. (2011). Zajęcia aktywności fizycznej w Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce. *Gerontologia Polska*, 19(3–4): 190–198.
- Myck M. (2009). Aktywność fizyczna populacji 50+ w Europie. *CenEA Research Note 03/2009*, <http://www.share50plus.pl/> [dostęp: 25.10.2013].
- Myck M., Czapiński J., Dorabalski W. et al. (2009). Zdrowie, praca i styl życia populacji 50+ w Polsce na tle innych krajów Europy. *CenEA Research Note 02/2009*, <http://www.share50plus.pl/> [dostęp: 25.10.2013].
- Osiński W. (2002). Aktywność fizyczna podejmowana przez osoby w starszym wieku. *Antropomotoryka*, 24: 3–22.
- Pacholczyk M., Ferenc T., Kowalski J. (2008). Zespół metaboliczny. Część I: Definicje i kryteria rozpoznawania zespołu metabolicznego. *Epidemiologia oraz związek z ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy typu 2*. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 62: 530–542.
- Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013 (2012). Załącznik do uchwały nr 137 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2012 r. Warszawa.
- Samoliński B., Raciborski F. (2013). *Zdrowe starzenie się*. Białą Księgą. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Suszko R. (2012). Stan zdrowia oraz potrzeby zdrowotne i opiekuńcze ludzi starych. *Studia BAS*, 2(30): 29–58.
- Taylor B.A., Bengtson V.L. (2001). *Sociological Perspectives on Productive Aging*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University.
- WHO (2011). *Global Health and Ageing*. World Health Organization, National Institute on Aging.
- Wojtyński B., Goryński P., Moskaiewicz B. (2012). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Wstęp

Sytuacja ekonomiczna osób starszych jest nierozzerwalnie powiązana z aspektami zdrowotnym, psychologicznym i społecznym. Wysokość dochodów oraz poziom wydatków determinują sytuację materialną gospodarstw domowych. Moment przejścia na emeryturę z rynku pracy wiąże się przede wszystkim z pogorszeniem sytuacji ekonomicznej. Ze względu na zmniejszenie dochodów zmieniają się relacja wydatków do dochodów oraz możliwości oszczędzania. Wraz z wiekiem zmienia się również struktura gospodarstw domowych. Dominują gospodarstwa jednoosobowe, głównie zarządzane przez kobiety. Osoby mieszkające samotnie są narażone na odizolowanie, a nawet wykluczenie społeczne, co negatywnie wpływa na ich stan zdrowia.

3.1. Charakterystyka aktywności ekonomicznej ludności w wieku okołoemerytalnym

Sytuacja ekonomiczna osób w wieku okołoemerytalnym zależy w dużym stopniu od ich aktywności zawodowej. Część badań naukowych wskazuje na pozytywny wpływ wydłużenia okresu pozostawania na rynku pracy na stan zdrowia [Calvo, Sarkisian, Tamborini 2013].

Z danych Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL)¹⁵, które przeprowadzono w IV kwartale 2011 r., wynika, że współczynnik aktywności zawodowej osób po 50. roku życia wyniósł 33,7% i był o 0,5 punktu procentowego wyższy niż w 2010 r. [GUS 2013d]. Dla porównania, ogólny wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 15–64 lat w 2011 r. wyniósł 59,7% [GUS 2013a]. W grupie po 50. roku życia współczynnik aktywności zawodowej mężczyzn był znacząco wyższy niż kobiet i wynosił 43,3% (u kobiet 26,2%) [GUS 2013d]. Należy jednak zauważyć, że różnica ta w znacznym stopniu jest konsekwencją wcześniejszego

Aspekt ekonomiczny

¹⁵ Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności za IV kwartał 2011 r. zostało przeprowadzone na reprezentatywnej grupie mieszkańców Polski. Realizuje się je w sposób ciągły przez cały kwartał. Analizie poddana jest aktywność ekonomiczna osób w wieku 15 lat i więcej w każdym tygodniu całego kwartału. Wyniki są uogólniane na całą populację

progę wieku emerytalnego dla kobiet.

Wśród osób po 50. roku życia najwyższy współczynnik aktywności zawodowej odnotowano w grupie osób z wykształceniem wyższym (51,6%), natomiast najniższy – wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym, podstawowym i niepełnym podstawowym (13,8%) [GUS 2013d]. Współczynnik aktywności zawodowej bez względu na wykształcenie był wyższy wśród mieszkańców wsi niż miast. Najwyższą jego wartość odnotowano wśród osób z wykształceniem wyższym mieszkających na terenach wiejskich – 53,2%, gdzie był on wyższy o 1,9 punktu procentowego niż w miastach [ibidem].

Opublikowane dane wskazują na to, że systematyczny spadek aktywności zawodowej następuje wcześniej, niż wynika to z ustawowego wieku emerytalnego. Wśród osób, które przekroczyły 50. rok życia, ale nie weszły jeszcze w wiek emerytalny¹⁶, odnotowany współczynnik aktywności zawodowej sięgał 59,9% [ibidem].

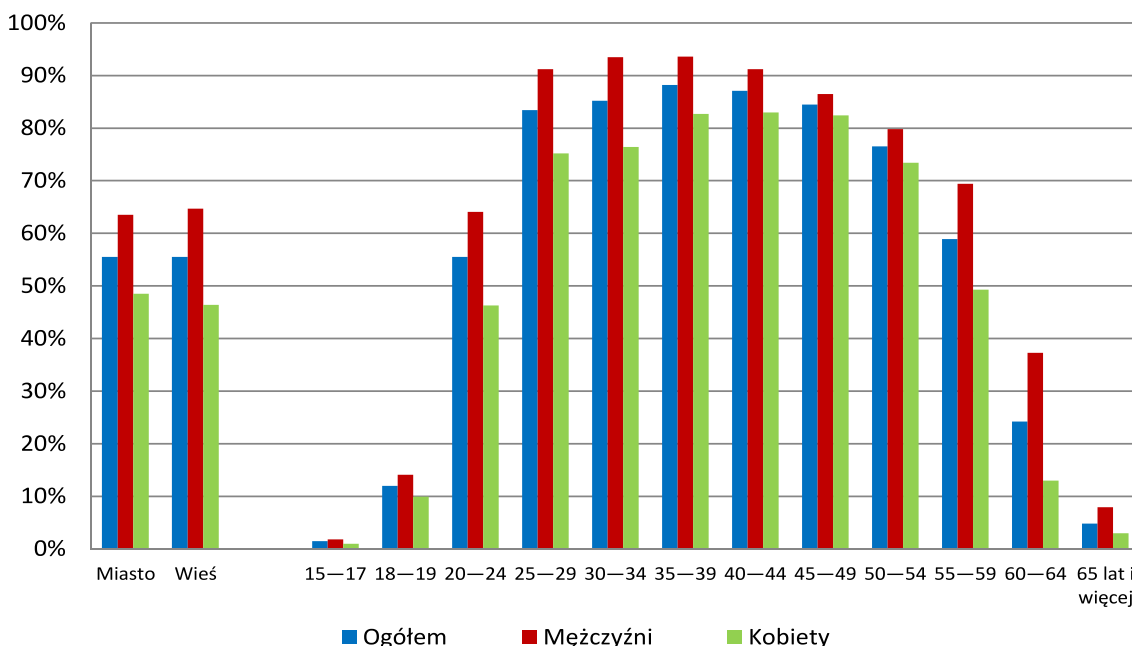
Z wyników BAEL z IV kwartału 2011 r.

wiadomo, że 20,9% mężczyzn i 28,3% kobiet w wieku 50–54 lat to osoby biernie zawodowo, czyli niepracujące i nieposzukujące pracy. W starszych grupach wieku udział osób biernych zawodowo istotnie wzrasta. W tym okresie dla grupy 55–59 lat wynosił on 45,0%, a dla grupy 60–64 lat – 76,7%. Wśród osób po 65. roku życia mężczyzn biernych zawodowo było 91,9%. Kobiety nieaktywnych zawodowo było więcej – 96,8%. Wynika to z faktu osiągnięcia przez nie wcześniej wieku emerytalnego oraz dłuższego przeciętnego dalszego trwania życia [ibidem].

Wśród kobiet, między grupami 50–54 i 55–59 lat odnotowano zmniejszenie zatrudnienia o 25,3 punktu procentowego (z 65,9 do 40,6%). Największy spadek zatrudnienia wśród kobiet obserwuje się między grupami 55–59 oraz 60–64 lat (o 27,1 punktu procentowego).

Wśród mężczyzn największy spadek zatrudnienia odnotowano między grupami 55–59 i 60–64 lat z 62,1 do 32,0% (o 30,1 punktu procentowego) [ibidem].

Rycina 21. Współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku 15 lat i więcej w I kwartale 2013 r. w podziale na wiek, płeć i miejsce zamieszkania



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013a].

¹⁶ Jako próg wieku emerytalnego przyjęto 65 lat dla mężczyzn i 60 lat dla kobiet.

W porównaniu ze średnią dla krajów Unii Europejskiej współczynnik aktywności zawodowej wśród mężczyzn po 50. roku życia jest w Polsce wyższy o 0,7 punktu procentowego (EU-27 – 42,6%, Polska – 43,3%). Wśród kobiet występuje odwrotna sytuacja, a dodatkowo obserwowana różnica jest znacznie większa niż w przypadku mężczyzn i wyniosła 2,7 punktu procentowego (EU-27 – 29%, Polska – 26,3%) [ibidem].

Liczba osób po 50. roku życia pozostających bez pracy w IV kwartale 2011 r. wynosiła 315 tys. (w tym 142 tys. kobiet). W porównaniu z 2010 r. była ona niższa o 0,3%, natomiast w stosunku do 2008 r. wzrosła o 108 tys. (tj. 52,2%) [ibidem].

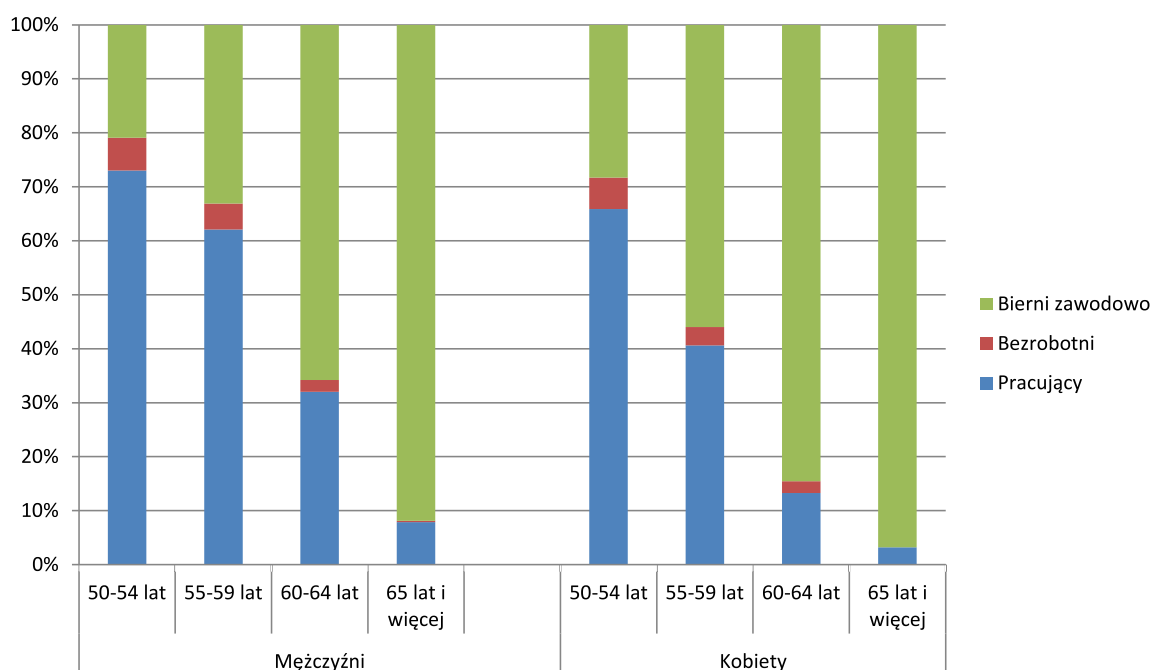
Rozpatrując sytuację osób po 50. roku życia na rynku pracy, należy zwrócić uwagę również na czynniki zewnętrzne, takie jak kryzys gospodarczy. Obecny rozpoczął się w roku 2008 i w istotny sposób wpłynął zarówno na światowy, jak i polski rynek pracy. Osoby po 50. roku życia, których nie obejmuje jeszcze

ochrona związana z wiekiem przedemerytalnym, są szczególnie zagrożone utratą miejsca pracy w sytuacji kryzysu gospodarczego. Co więcej, jest im też znacznie trudniej znaleźć nową pracę w przypadku jej braku lub utraty poprzedniej. Z tego względu grupa ta jest szczególnie zainteresowana możliwością korzystania z wszelkiego rodzaju świadczeń przedemerytalnych, co częściowo tłumaczy wysoki udział w niej osób biernych zawodowo.

3.2. Zmiana sytuacji ekonomicznej osób przechodzących na emeryturę

Sytuacja ekonomiczna osób starszych oraz możliwości swobodnego gospodarowania dochodem są jednym z istotnych czynników determinujących ich samopoczucie, a także pozycję w środowisku lokalnym i rodzinie. W analizie tego zagadnienia należy uwzględnić nie tylko kwestię samych dochodów gospodarstwa domowego, lecz także strukturę wydatków. Szczególnie istotna jest relacja wy-

Rycina 22. Aktywność ekonomiczna ludności powyżej 50. roku życia w podziale na grupy wieku i płeć w IV kwartale 2011 r. – wyniki BAEL



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013d].

datków stałych, głównie związanych z eksploatacją mieszkania (lub domu), do wydatków ogółem. Na sytuację ekonomiczną gospodarstwa domowego wpływa również liczba żyjących w nim osób. Budżety jednoosobowych gospodarstw domowych są mniej elastyczne, głównie z powodu wysokiego udziału wydatków stałych w całości przychodów [Błędowski 2011].

Wysokość dochodów istotnie wpływa również na udział osób starszych w życiu lokalnej społeczności, podejmowanie dodatkowych aktywności i zaspokajanie potrzeb. Zmienia się zapotrzebowanie na zakup dóbr i usług. Wraz z wiekiem lub utratą samodzielności i sprawności rośnie popyt na usługi, zwłaszcza opiekuńcze i pielęgnacyjne [ibidem].

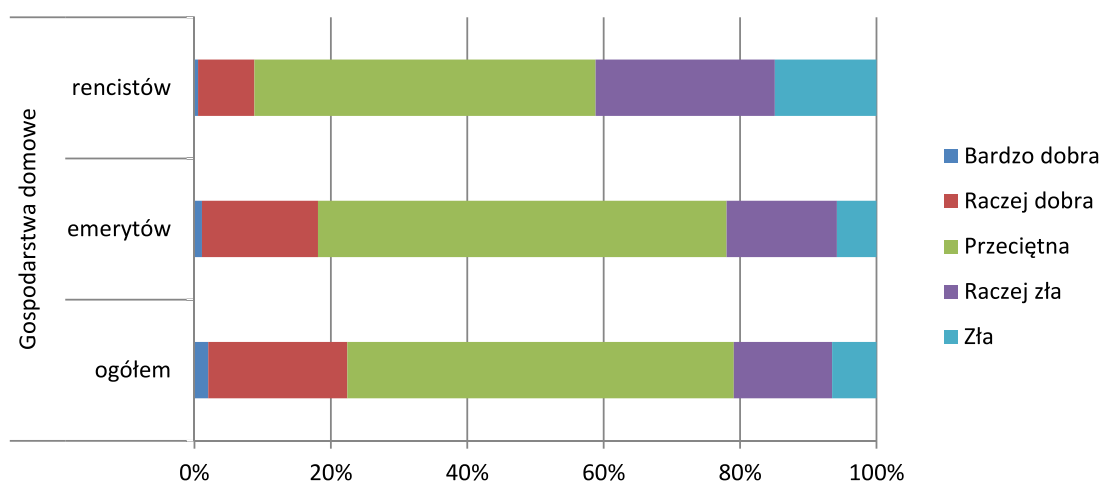
Analiza subiektywnych ocen sytuacji materialnej gospodarstw domowych przeprowadzona w 2012 r. wykazała, że emeryci określają swoją kondycję finansową przede wszystkim jako przeciętną (59,9%), natomiast 18,1% uważa, że ich sytuacja materialna jest raczej dobra i bardzo dobra. To blisko 9 punktów procentowych więcej niż wśród rencistów, których sytuację z wielu względów należy uznać za najtrudniejszą. Osoby pobierające świadczenia rentowe częściej określają swój stan jako raczej zły i zły (łącznie

41,2%). Wśród emerytów taką sytuację materialną deklaruje o połowę mniej osób (22%) [GUS 2013b]. W porównaniu z podobną analizą przeprowadzoną w 2009 r. przez GUS nie zaobserwowano istotnych zmian.

Ubóstwo¹⁷ jest stanem, który wynika bezpośrednio ze złej sytuacji materialnej osób starszych. Według danych Eurostatu za rok 2012 w Polsce zagrożonych ubóstwem było 17,8% mężczyzn i 15,2% kobiet w wieku 50–64 lat. W najstarszych grupach wieku mężczyzn, tj. powyżej 65. roku życia, odsetek ten maleje. W 2012 r. wynosił 9,4. Wśród kobiet natomiast nieznacznie wzrósł – do poziomu 16,8. Średnia dla Polski w tym czasie wynosiła 17,1%. Z powyższych danych wynika, że sytuacja osób po 50. roku życia w porównaniu z resztą populacji kraju jest relatywnie dobra [Eurostat 2013a].

W Polsce w 2012 r. ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zagrożone było 26,7% społeczeństwa. W grupie 50–64 lat dotyczyło to 28,9% mężczyzn i 31,1% kobiet. Wśród mężczyzn po 65. roku życia współczynnik ten był istotnie niższy (17,4%), natomiast wśród kobiet wynosił 27,1% [Eurostat 2013b]. Tak istotne różnice między kobietami a mężczyznami wynikają prawdopodobnie z faktu dłuższej średniej przeżywalności kobiet oraz

Rycina 23. Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych w 2012 r



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013b].

¹⁷ Według publikacji GUS oraz metodologii Eurostatu ubóstwem zagrożone są osoby żyjące w gospodarstwach domowych, których dochód do dyspozycji nie przekracza granicy ubóstwa. Została ona ustalona na poziomie 60% mediany dochodu w danym kraju.

niższych dochodów. Ich udział w najstarszych grupach wieku zdecydowanie rośnie. W grupie 80 lat i więcej jest 971 798 kobiet, podczas gdy liczba mężczyzn jest o ponad połowę niższa i wynosi 418 493 [GUS 2012c]. Wzrasta również zapotrzebowanie na usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze, co wiąże się z obciążeniem domowego budżetu. To z kolei implikuje większe zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

Z danych GUS z 2013 r. wynika, że wśród polskich emerytów wskaźnik ubóstwa dochodowego wynosi 11,4%, ubóstwa warunków życia – 15,5%, a ubóstwa braku równowagi budżetowej – 15,8%. Na wsi częściej występuje ubóstwo dochodowe (23,7%) i warunków życia (17,7%), natomiast w mieście – ubóstwo braku równowagi budżetowej (15,7%). Przyjmując kryterium wieku głowy gospodarstwa domowego, dla osób w przedziale 55–64 lat najwyższy jest wskaźnik ubóstwa braku równowagi budżetowej (19%), na kolejnych miejscach plasują się zaś ubóstwo dochodowe (16,2%) i ubóstwo warunków życia (15,9%). W grupie 65–74 lat najwyższy wskaźnik ubóstwa dotyczy braku równowagi budżetowej (18,3%), kolejno: warunków życia (18%) i dochodów (13,7%). Wśród samotnych kobiet najczęściej występuje ubóstwo braku równowagi budżetowej (21,1%), następnie warunków życia (18,66%) i dochodowe (14%). Wśród samotnych mężczyzn najczęściej występuje ubóstwo warunków życia (23,4%), kolejno: braku równowagi budżetowej (22,1%) i dochodowe (21,3%). Najwyższe stopy ubóstwa warunków życia odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim (18–20%). Województwo warmińsko-mazurskie odznaczało się także najwyższą stopą braku równowagi budżetowej (23%). Natomiast najwyższymi wskaźnikami ubóstwa dochodowego cechowały się województwa lubelskie, podlaskie, podkarpackie i świętokrzyskie (20–23,5%) [GUS 2013c].

Inną konsekwencją starości oraz zmiany ról społecznych i rodzinnych jest problem

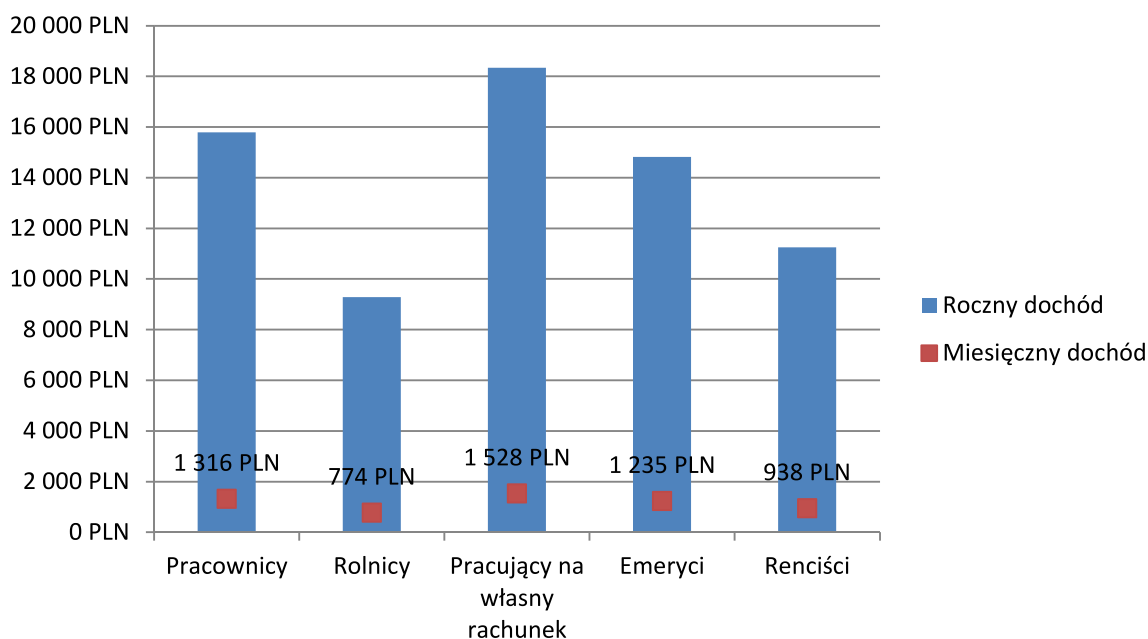
wykluczenia społecznego. W Polsce sama starość nie jest czynnikiem wykluczającym. Prowadzącymi do niego uwarunkowaniami są przede wszystkim niskie dochody, obniżony standard życia, niesamodzielność oraz częstsze samotne pozostawanie w gospodarstwie domowym. Dodatkowo istotnym elementem wpływającym niekorzystnie jest niedostateczny poziom rozwoju usług społecznych. Często osoby starsze nie mają, poza pomocą rodziny, dostępu do sieci wsparcia społecznego zapewniającego usługi opiekuńcze. Takie działania powinny być zapewnione przez lokalne placówki opiekuńcze. Wykluczeniem społecznym najbardziej zagrożone są osoby, których poziom niesamodzielności jest na tyle wysoki, że uniemożliwia niezależne opuszczenie gospodarstwa domowego. Osoby starsze podlegają również wykluczeniu cyfrowemu. Jest to spowodowane brakiem dostatecznego dostępu do urządzeń elektronicznych oraz Internetu, a przede wszystkim nieumiejętnością korzystania z nich [Błędowski 2013].

3.3. Budżet emeryta a budżet osoby pracującej – zmiana kosztów życia wynikających z zaprzestania pracy. Emeryt jako konsument

W 2012 r. przeciętny dochód rozporządzalny¹⁸ gospodarstw domowych emerytów przypadający na osobę wynosił miesięcznie 1361 zł. Tylko gospodarstwa domowe osób pracujących na własny rachunek osiągnęły wyższe dochody niż gospodarstwa emerytów. Mimo zbliżonych przeciętnych dochodów w obu typach gospodarstw domowych, sytuacja emerytów była mniej korzystna. Wpływała na to struktura liczby osób w gospodarstwie domowym. Mowa tu m.in. o wysokim udziale gospodarstw jednoosobowych, które zostały szerzej przedstawione w dalszej części rozdziału. Również przeciętne wydatki gospodarstw domowych w przeliczeniu na osobę wśród emerytów są najwyższe, z wyjątkiem gospodarstw osób pracujących na własny rachunek. Prze-

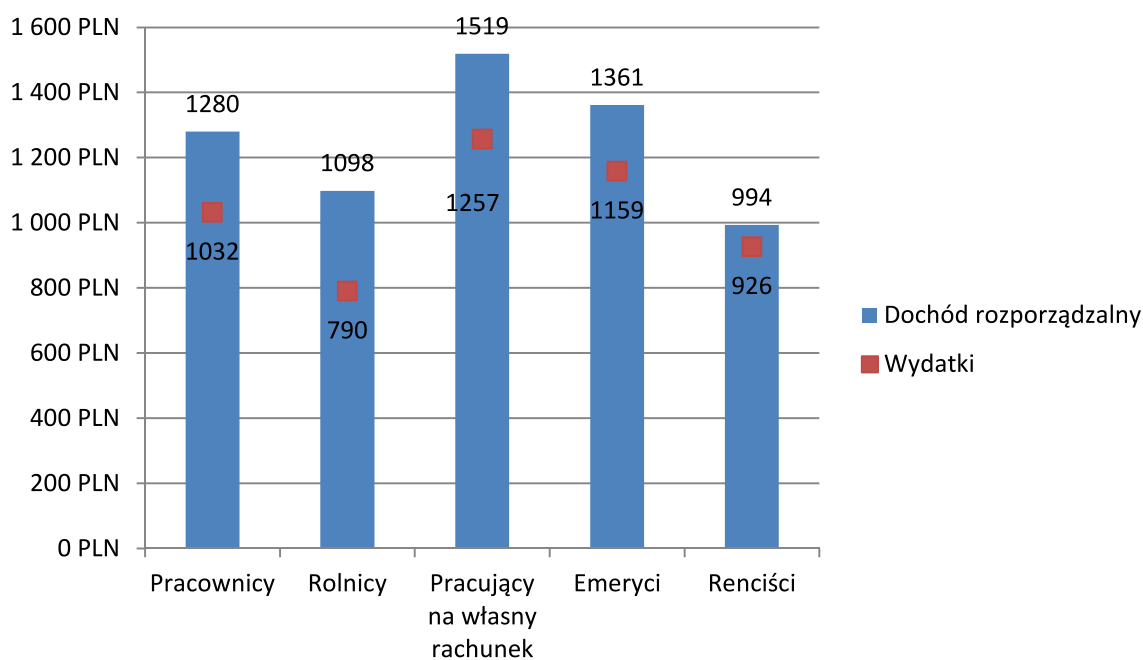
¹⁸ Dochód rozporządzalny to dochód pomniejszony o obciążenia z tytułu zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz świadczenia z ubezpieczenia społecznego i świadczenia pozostałe [GUS 2011b].

Rycina 24. Przeciętne dochody netto do dyspozycji na osobę w gospodarstwie domowym według grup społeczno-ekonomicznych w 2011 r. (w zł)¹⁹



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2012a].

Rycina 25. Wydatki i dochody rozporządzone na osobę w gospodarstwie domowym według grup społeczno-ekonomicznych w 2012 r. (w zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013e].

¹⁹ Zgodnie z metodologią Eurostatu dane dotyczące dochodu pochodzą z roku poprzedzającego badanie – w tym zestawieniu z 2010 r.

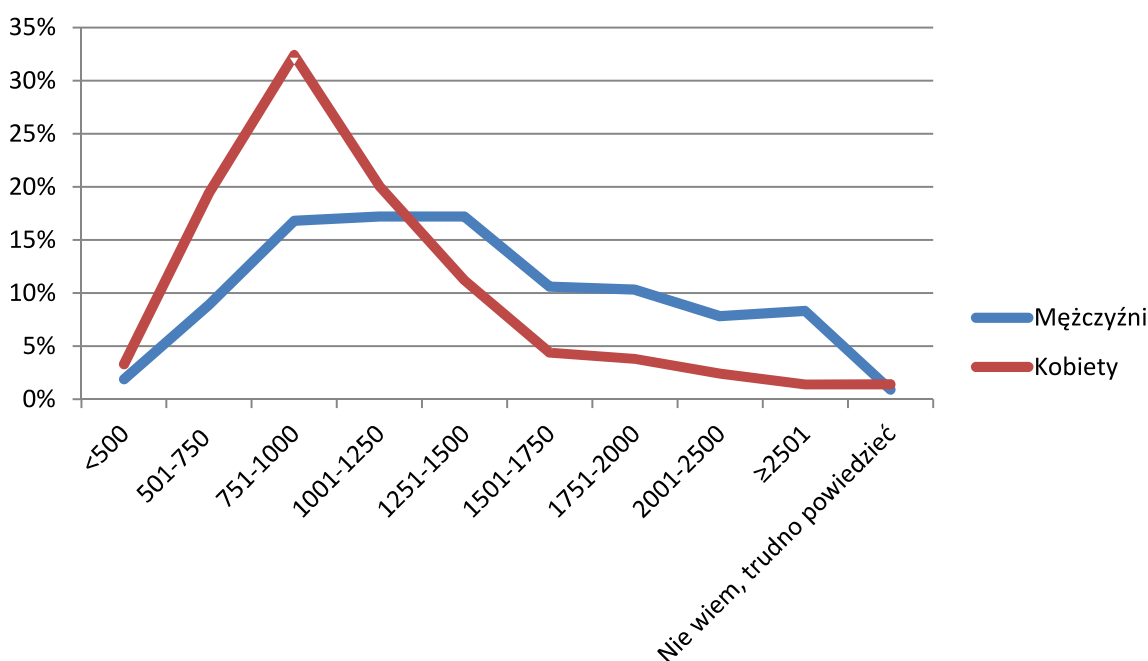
ciętnie wynosiły one miesięcznie 1159 zł netto, podczas gdy wydatki osób pracujących na własny rachunek osiągnęły poziom 1257 zł netto. Dla porównania, wydatki rencistów wynosiły 926 zł netto, a pracowników – 1032 zł netto [GUS 2013e].

Zagadnienie sytuacji materialnej osób starszych było również przedmiotem zainteresowania badania PolSenior²⁰. Jego autorzy wykazali istotne statystycznie zróżnicowanie wysokości dochodów osób w wieku powyżej 55 lat, w podziale według płci. W najniższych grupach dochodowych (do 1000 zł netto) odsetek kobiet (55,1) przewyższa blisko dwukrotnie odsetek mężczyzn (27,6). Z kolei udział mężczyzn w najwyższej grupie dochodu – powyżej 2500 zł netto – jest sześciokrotnie wyższy niż kobiet [Błędowski 2011]. Dane te wskazują, że kobiety w starszym wieku są szczególnie zagrożone ryzykiem ubóstwa. Biorąc pod uwagę fakt dłuższej średniej przeżywalności kobiet oraz większe prawdopodobieństwo utraty samodzielności, co wiąże się

z wyższymi wydatkami na zakup usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, należy określić ich sytuację finansową jako trudniejszą niż mężczyzn [Błędowski 2013].

Istotnym elementem w analizie budżetu gospodarstw domowych jest również relacja wydatków do dochodów. Świadczy ona o możliwości oszczędzania przez poszczególne gospodarstwa. W 2012 r. wśród emerytów przeciętnie relacja wydatków do dochodów wynosiła 85,1%. Wyższa była tylko w gospodarstwach domowych rencistów – 93,2% [GUS 2013e]. Dane te dowodzą ograniczonej możliwości oszczędzania. Ma to kluczowe znaczenie w momencie, gdy z powodu pogorszenia się stanu zdrowia zajdzie konieczność poniesienia dodatkowych kosztów. W takiej sytuacji niezwykle istotne jest posiadanie rezerw finansowych. Zaprezentowane dane wskazują, że jeżeli nie zostały one wytworzone w okresie pracy zawodowej, to po przejściu na emeryturę nie będzie do tego sposobności.

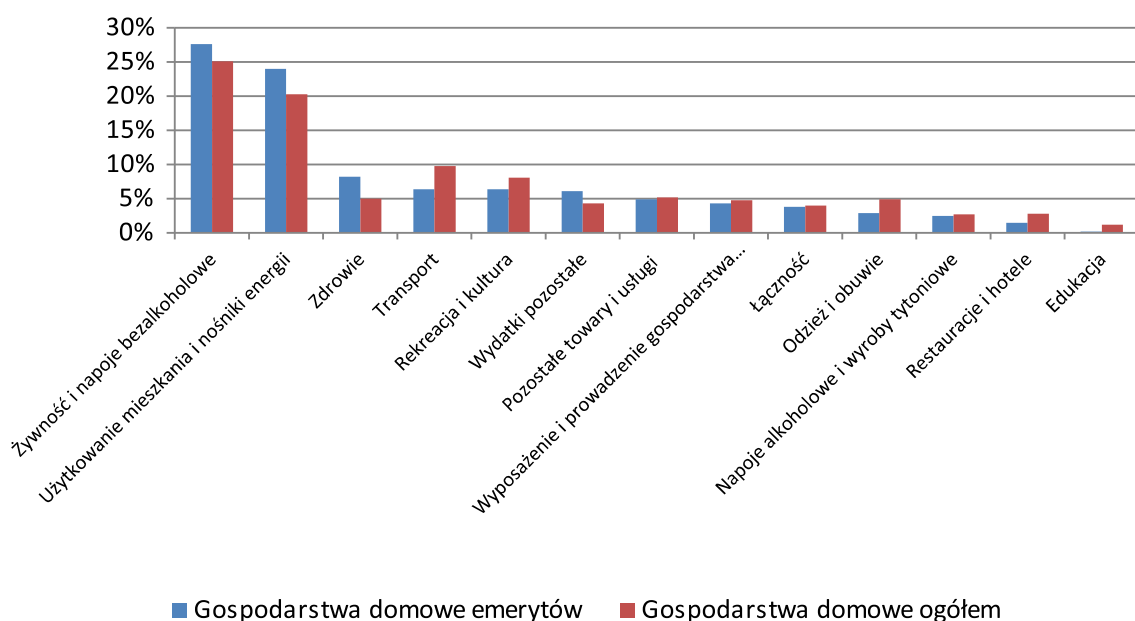
Rycina 26. Struktura wysokości dochodów własnych w miesiącu poprzedzającym badanie PolSenior w podziale według płci w wieku 55–59 lat oraz 65 lat i więcej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie [Błędowski 2011].

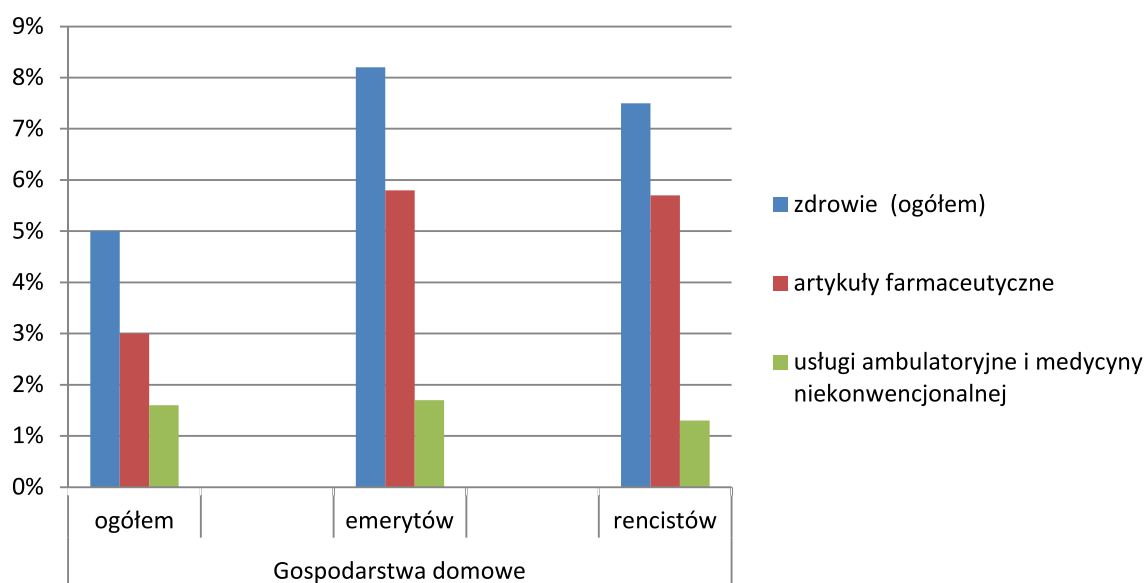
²⁰ Badanie PolSenior objęło populację 5695 osób powyżej 55. roku życia. Na pytanie dotyczące dochodów odpowiedziało 60% respondentów, otrzymane dane nie są zatem reprezentatywne dla całej populacji seniorów w Polsce.

Rycina 27. Przeciętne miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych emerytów i ogółem w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie [GUS 2012b, 2013b].

Rycina 28. Udział wydatków na zdrowie w przeciętnych miesięcznych wydatkach na osobę w gospodarstwach domowych w 2012 r



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013b].

Emeryci największą część budżetu przeznaczają na zakup żywności i napojów bezalkoholowych. W 2012 r. wydatki te stanowiły 27,6% ogółu przeciętnych miesięcznych wydatków na osobę w ich gospodarstwach domowych. Porównywalnym wydatkiem są koszty związane z użytkowaniem mieszkania lub domu oraz nośników energii – łącznie 24,0% ogółu wydatków. W 2012 r. 8,2% ogółu przeciętnych miesięcznych wydatków na osobę w gospodarstwach domowych emerytów przeznaczano na zdrowie, z czego 5,7% stanowiły wydatki na artykuły farmaceutyczne, a 1,7% – na usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej [GUS 2013b]. Wydatki na zdrowie tworzą największą grupę kosztów zaraz po żywności i użytkowaniu mieszkania, na które emeryci przeznaczają swoje zasoby pieniężne. Należy zauważyć, że w powyższej analizie potraktowano grupę gospodarstw emeryckich zbiorczo. Można przypuszczać, że uwzględnienie czynnika wieku pokazałoby systematyczny wzrost udziału kosztów związanych z opieką zdrowotną. Wynika to z naturalnego zjawiska pogarszania się stanu zdrowia związanego z procesem starzenia się.

Różnica w strukturze wydatków między gospodarstwami ogółem a gospodarstwami domowymi emerytów i rencistów jest szczególnie zauważalna w zakresie wydatków związanych ze zdrowiem. W 2012 r. obciążenie budżetu gospodarstwa domowego emerytów wydatkami na zdrowie (w tym na artykuły farmaceutyczne oraz usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej) było o ponad 3 punkty procentowe wyższe niż w przypadku gospodarstw domowych ogółem.

Z danych badania PolSenior wynika, że w związku z trudną sytuacją materialną osoby starsze niejednokrotnie muszą zrezygnować z niektórych zakupów związanych ze zdrowiem. Konieczność zrezygnowania z zakupu leków zgłaszało 15,5% respondentów (z czego 12,2% czasami, a 3,3% – często). Decyzje takie częściej podejmowali respondenci w wieku 65–69 i 70–74 lat. Konieczność rezygno-

wania z zakupu materiałów pielęgnacyjnych deklarowało 3,8% badanych (z czego 2,8% – czasami, a 0,9% – często). Brak możliwości zakupu leków oraz środków opatrunkowych i pielęgnacyjnych może istotnie wpływać na jakość życia pacjentów w starszym wieku [Błądowski 2011].

3.4. Korzystanie ze świadczeń opiekuńczych

Opieka długoterminowa stanowi istotną część systemu ochrony zdrowia oraz systemu świadczeń socjalnych. Popyt na świadczenia opieki długoterminowej rośnie w całej populacji ze względu na zachodzący proces starzenia się ludności i zmieniającą się strukturę wieku. Zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze wynika głównie z obniżenia lub utraty samodzielności w codziennych aktywnościach, zachodzących zmian psychicznych i umysłowych oraz ograniczeń poznawczych [Błądowski 2011].

Wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia EHIS przeprowadzonego w Polsce przez Główny Urząd Statystyczny w 2009 r. wskazują, że ponad 2,6 mln dorosłych Polaków (9,4% ogółu populacji) zgłaszało ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych. Spośród wszystkich wskazanych 218 tys. osób ma ograniczenia lekkie, 1 942 tys. – średnie oraz 473 tys. – poważne. Najczęściej kłopoty w podejmowaniu codziennych czynności deklarują osoby chore i starsze [GUS 2011a].

Zgodnie z obowiązującą literą prawa²¹ dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat. Kwota dodatku pielęgnacyjnego wynosi 203,50 zł miesięcznie. Biorąc pod uwagę postępującą wraz z wiekiem utratę samodzielności oraz związane z tym coraz większe potrzeby, suma ta, szczególnie w starszych grupach wieku, nie wystarcza na

²¹ Art. 75 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r., Nr 153, poz. 1227 z późn. zm.).

pokrycie dodatkowych kosztów pomocy. Niezaspokojenie potrzeb dotyczących pomocy w codziennym funkcjonowaniu może skutkować postępującym wykluczeniem oraz degradacją społeczną.

3.5. Struktura gospodarstw domowych – problem gospodarstw jednoosobowych

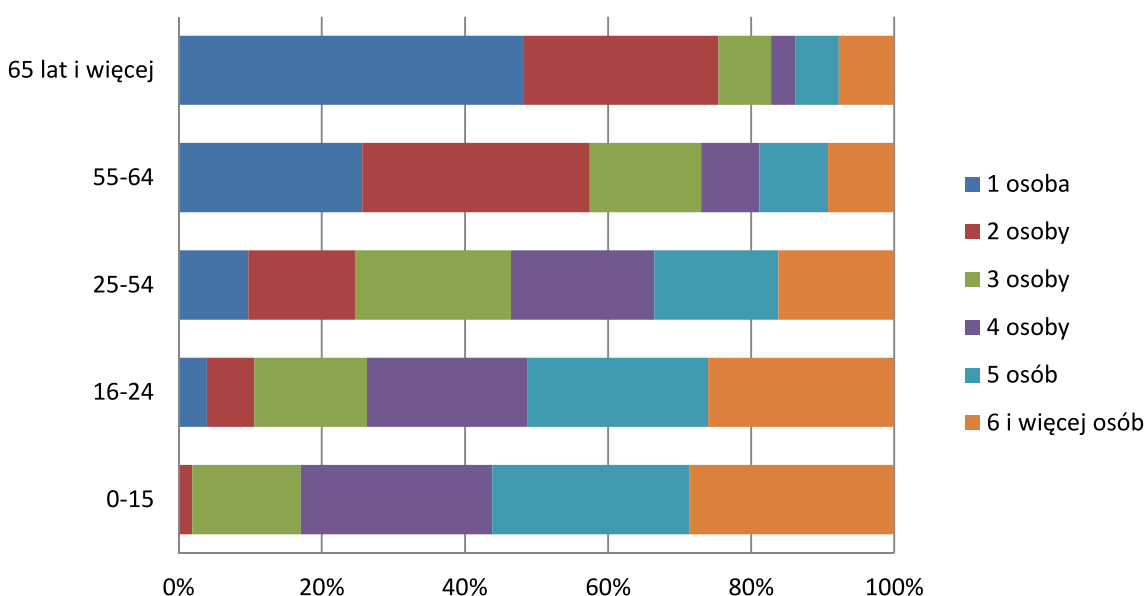
Dla analizy przeciętnych miesięcznych dochodów oraz wydatków w gospodarstwach domowych emerytów kluczowe znaczenie ma struktura liczby osób wchodzących w ich skład. W gospodarstwach emeryckich średnia liczba osób jest niższa w stosunku do ogółu gospodarstw [GUS 2012a]. Poziom dochodów oraz sytuacja materialna gospodarstwa domowego zależą od liczby żyjących w nim osób, a także wiążą się z rozkładem wydatków na produkty i usługi. Szczególną grupą kosztów każdego gospodarstwa domowego są wydatki stałe, głównie związane z utrzymaniem mieszkania lub domu. W jednoosobowych gospodarstwach domowych wydatki te stanowią wyjątkowo dużą część budżetu. W przypadku gospodarstw wieloosobowych, w których co najmniej dwie osoby są aktywne zawodo-

wo lub otrzymują świadczenia socjalne, wydatki te rozkładają się, nie obciążając domowego budżetu w takim stopniu, jak ma to miejsce w gospodarstwach jednoosobowych. Problem ten jest szczególnie istotny, ponieważ wraz z wiekiem rośnie udział gospodarstw domowych prowadzonych wyłącznie przez jedną osobę, co ma często związek ze śmiercią współmałżonka. Problem ten dotyczy znacznie częściej kobiet niż mężczyzn.

Z danych GUS wynika, że najtrudniejszą sytuację materialną deklaruje 22,2% osób pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych, podczas gdy w gospodarstwach dwuosobowych jest to 12,6%, a w pięcioosobowych – 10,4%. Potwierdza to wcześniejsze obserwacje.

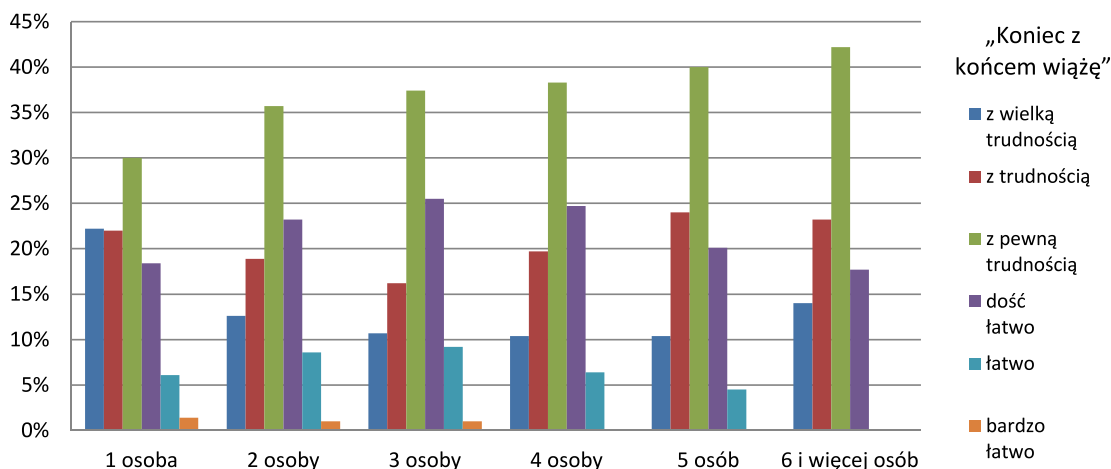
W Polsce jednoosobowe gospodarstwa domowe stanowią 19,7% ogółu gospodarstw. Najczęściej są one prowadzone przez osoby w wieku 65 lat i więcej (50,5%). 68,3% gospodarstw jednoosobowych należy do kobiet. 58,6% spośród nich ukończyło już przynajmniej 65 lat. Dla porównania w jednoosobowych gospodarstwach męskich udział ten wynosi 33,1% [GUS 2012a]. Wysoki odsetek go-

Rycina 29. Struktura liczby osób w gospodarstwach domowych w podziale na wiek



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2012c].

Rycina 30. Deklaracje dotyczące problemów z utrzymaniem się w zależności od liczby osób w gospodarstwie domowym



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2012a].

spodarstw domowych prowadzonych przez samotne kobiety jest w znacznym stopniu następstwem różnic w przeciętnej długości trwania życia w zależności od płci. Jednoosobowe gospodarstwa osób starszych zagrożone są szczególnie ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Niezwykle istotną kwestią jest również zapewnienie im wsparcia w przypadku, gdy osoba tam zamieszkująca ma poważne problemy ze zdrowiem i wykonywaniem codziennych czynności.

3.6. Regulacje prawne dotyczące pracy w okresie otrzymywania emerytury

Zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Ustawa 1998) osoby, które osiągnęły powszechny wiek emerytalny, mają możliwość podejmowania dodatkowej pracy i uzyskiwania nieograniczonych zarobków z tego tytułu. Szczególny przypadek stanowi sytuacja osób, które nabyły prawo do wcześniejszej emerytury oraz otrzymywały świadczenia z tego tytułu. Do 2009 r. wcześniejsza emerytura przysługiwała osobom ubezpieczonym urodzonym przed 1 stycznia 1949 r., które zgodnie z art. 32, ust. 2 powyższej ustawy były zatrudnione „przy pracach

o znacznej szkodliwości dla zdrowia oraz o znacznym stopniu uciążliwości lub wymagających wysokiej sprawności psychofizycznej ze względu na bezpieczeństwo własne lub otoczenia”. Osoby te są ograniczone limitem dodatkowych przychodów. W zależności od ich wysokości świadczenie emerytalne może być zawieszane lub zmniejszone. Taka sytuacja może mieć miejsce w przypadku uzyskiwania przychodów z tytułu:

- wykonywania pracy w ramach umowy o pracę;
- wykonywania pracy nakładczej na podstawie umowy o pracę nakładczą;
- wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia i umowy agencyjnej oraz współpracy przy wykonywaniu jednej z tych umów;
- wykonywania umowy o świadczenie usług (innej niż umowa zlecenia lub agencyjna), do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia oraz współpracy przy wykonywaniu tej umowy;
- wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej, innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje

się przepisy o zleceniu, umowy o dzieło, jeżeli została zawarta z pracodawcą, z którym równocześnie pozostaje się w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje się pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje się w stosunku pracy;

- prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych oraz współpracy przy jej wykonywaniu;
- wykonywania pracy w rolniczej spółdzielni produkcyjnej i spółdzielni kółek rolniczych;
- odpłatnego świadczenia pracy, na podstawie skierowania do pracy, w czasie kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania;
- pobierania stypendium sportowego;
- służby pełnionej w tzw. służbach mundurowych [INFOR 2013].

Zgodnie z zapisami art. 104, ust. 8 powyższej ustawy: „W razie osiągnięcia przychodu w kwocie przekraczającej 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za kwartał kalendarzowy, ostatnio ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, nie wyższej jednak niż 130% tej kwoty, świadczenie ulega zmniejszeniu o kwotę przekroczenia, nie większą jednak niż kwota maksymalnego zmniejszenia obowiązująca w dniu 31 grudnia 1998 r. w wysokości:

- 1) 24% kwoty bazowej obowiązującej przy ostatniej waloryzacji w 1998 r. – dla emerytury lub renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy;
- 2) 18% kwoty bazowej, o której mowa w pkt 1 – dla renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy;
- 3) 20,4% kwoty bazowej, o której mowa w pkt 1 – dla renty rodzinnej, do której uprawniona jest jedna osoba.

Zawieszenie prawa do uzyskiwania świadczenia emerytalnego ma miejsce w razie osiągnięcia przychodu w kwocie

przewyższającej 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za kwartał kalendarzowy, ostatnio ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego”.

Należy się jednak zastanowić, czy rozwiązania te w dobie nasilenia się zjawisk związanych ze starzeniem się polskiej populacji nie ograniczają nadmiernie aktywności osób starszych. Praca zawodowa (nawet w niepełnym wymiarze godzin) może pozytywnie wpływać nie tylko na sytuację materialną seniorów, lecz także na poziom ich aktywności fizycznej i społecznej. Korzyści z tego winny być obserwowane również w aspekcie zdrowotnym. By mogło się tak stać, konieczne jest wprowadzenie nowych rozwiązań dostosowujących polską gospodarkę do zachodzących procesów demograficznych. Reforma emerytalna, a w szczególności przesunięcie wieku emerytalnego, również będzie wymuszała zastosowanie nowego podejścia do pracy osób starszych.

Przeprowadzona w tym rozdziale analiza może być podsumowana następującymi wnioskami:

1. W IV kwartale 2011 r. współczynnik aktywności zawodowej osób po 50. roku życia wyniósł 33,7% i był o 0,5 punktu procentowego wyższy niż w 2010 r. [GUS 2013d]. Dla porównania, ogólny wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 15–64 lat w 2011 r. wyniósł 59,7% [GUS 2013a].
2. Zaprezentowane dane wskazują, iż po przejściu na emeryturę następuje obniżenie dochodów oraz stopy życia. Jednak w porównaniu do innych grup społecznych sytuacja emerytów w aspekcie ekonomicznym plasuje ich w okolicach wartości średnich dla całej populacji.
3. Według danych Eurostatu za rok 2012 w Polsce zagrożonych ubóstwem było 17,8% mężczyzn i 15,2% kobiet w wieku 50–64 lat [Eurostat 2013a].

4. Konsekwencją starości oraz zmiany ról społecznych i rodzinnych jest problem wykluczenia społecznego. W Polsce sama starość nie jest czynnikiem wykluczającym. Prowadzącymi do niego uwarunkowaniami są przede wszystkim niskie dochody, obniżony standard życia, niesamodzielność oraz częstsze samotne pozostawanie w gospodarstwie domowym [Błądowski 2013].

Piśmiennictwo

- Błądowski P. (2011). Sytuacja ekonomiczna i potrzeby opiekuńcze osób starszych w Polsce. *Polityka Społeczna*. Numer specjalny: Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. PolSenior. Warszawa.
- Błądowski P. (2013). Społeczne aspekty problemu starzenia się. Sytuacja materialna osób starszych. Problem wykluczenia społecznego. W: B. Samoliński, F. Raciborski (red.), *Zdrowe starzenie się* : Biała Księga. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 18–21.
- Calvo E., Sarkisian N., Tamborini C.R. (2013). Causal effects of retirement timing on subjective physical and emotional health. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(1): 73–84.
- Eurostat (2013a). <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do?dvsc=9> [dostęp: 1.11.2013].
- Eurostat (2013b). http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_peps01&lang=en [dostęp: 1.11.2013].
- GUS (2011a). Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2011b). Metodologia badań budżetów gospodarstw domowych. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2012a). Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2011). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2012b). Emerytury i renty w 2011 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2012c). Ludność – bilans opracowany w oparciu o wyniki NSP 2011, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13399_PL-K_HTML.htm [dostęp: 25.11.2013].
- GUS (2013a): Aktywność ekonomiczna ludności Polski. I kwartał 2013 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013b). Emerytury i renty w 2012 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013c). Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013d). Osoby powyżej 50. roku życia na rynku pracy w 2011 r. Warszawa–Bydgoszcz: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013e). Sytuacja gospodarstw domowych w 2012 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych. Informacja sygnałna. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- INFOR (2013). <http://www.infor.pl/prawo/emerytury/wysokosc/279737,Dorabianie-na-emeryturze-jako-sposob-podwyzszenia-emerytury.html#ixzz2jTzBchOS> [dostęp: 2.11.2013].
- Ustawa (1998). Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 2009 r. Nr 153, poz. 1227 z późn. zm.).

Wstęp

Stres okołomerytalny to zjawisko przede wszystkim psychologiczne. Na ten wymiar funkcjonowania osób w wieku senioralnym w społeczeństwie składają się m.in.: jakość życia, problemy emocjonalne o podłożu depresyjnym oraz związane z tym samobójstwa.

4.1. Problemy psychologiczne osób starszych

Depresja

Depresja²² to najczęściej spotykane zaburzenie psychiczne u osób powyżej 50. roku życia [Zawadka 2013; Guskowska et al. 2009]. Wyniki badania PolSenior (przeprowadzonego w latach 2008–2011 na terenie całego kraju na grupie 5695 respondentów w wieku powyżej 55. roku życia) wskazują, że klinicznie znaczące objawy depresyjne stwierdzono u co piątej osoby w wieku 55–59 lat oraz u około 30% starszych osób (powyżej 65. roku życia). Zarówno w grupie 55–59 lat, jak i wśród osób w wieku powyżej 65 lat depresja była częstsza u kobiet niż u mężczyzn (odpowiednio 21,7 oraz 17,6% i 35,5 oraz 24,6%), przy czym u 55–59-latków różnica między płciami nie była istotna statystycznie. Wśród badanych, którzy ocenili swoją sytuację ekonomiczną jako złą lub bardzo złą, co drugi respondent spełniał kryteria rozpoznania depresji [PolSenior 2012]. W latach 2004–2012 Polska brała udział w realizowanym w Europie projekcie SHARE 50+ – badaniu panelowym, które koncentruje się na osobach w wieku 50 lat i więcej. Jego celem jest stworzenie bazy danych łączącej informacje dotyczące wielu sfer życia tej coraz większej grupy w obrębie społeczeństw europejskich. Wyniki projektu wskazują, że pod względem większości miar dobrostanu psychicznego polska grupa osób w wieku 50 lat i więcej różni się od innych społeczeństw europejskich, zwłaszcza pod

²² Depresja to choroba cywilizacyjna, która polega na głębokim, przewlekłym smutku, apatii, przygnębieniu i żalu jako reakcji na różne niekorzystne zdarzenia losowe. Uczucia te są zwykle na tyle dotkliwe, że wywierają wpływ na życie codzienne, i mogą trwać całe tygodnie, a nawet miesiące. Osoba cierpiąca na depresję jest uważana za zbyt skoncentrowaną na sobie, egocentryczną oraz słabą psychicznie [NHS 2008].

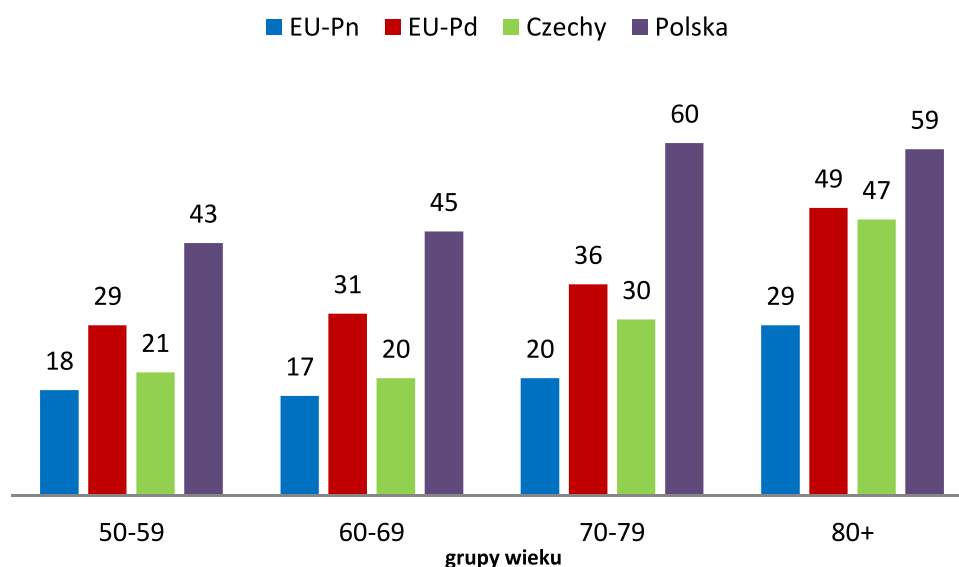
względem wskaźników negatywnych (depresja oraz negatywne stany emocjonalne). W większości przypadków odsetek Polaków doświadczających symptomów depresji psychicznej jest znacząco wyższy niż w innych regionach Europy. Społeczeństwa Europy Południowej zrównują się z Polakami jedynie pod względem poczucia winy, spadku zainteresowania, płaczliwości i kłopotów z koncentracją. Najbardziej od mieszkańców pozostałych państw Polacy odbiegają w częstości doświadczania braku nadziei na przyszłość, smutku, utraty przyjemności, kłopotów ze snem, zmęczenia oraz drażliwości. Po przekroczeniu 50. roku życia Polacy częściej doświadczają wielorakich symptomów depresji. Największa różnica w stosunku do Czechów i mieszkańców Europy Południowej występuje wśród osób w wieku 70–79 lat, a najmniejsza – w najstarszej grupie (80 lat i więcej). Niemal dwie trzecie Polek w wieku ponad 50 lat doświadcza co najmniej czterech symptomów depresji w porównaniu z jedną trzecią Czeszek i jedną czwartą mieszkanki Europy Północnej (ryc. 31) [SHARE 2013].

U mężczyzn różnice te są mniejsze, ale porządek częstości w przekroju regional-

nym jest taki sam jak u kobiet. Odsetek przypadków leczonej depresji plasuje Polskę na ostatnim miejscu, daleko za Czechami oraz krajami Europy Południowej i Północnej. Terapii antydepresyjnej poddawana była najczęściej grupa najmłodsza (50–59 lat), zarówno w Polsce, jak i w innych regionach Europy. Polacy, zwłaszcza kobiety, w wieku 50 i więcej lat są w dużo gorszej kondycji psychicznej niż mieszkańcy innych regionów Starego Kontynentu. Kondycja ta może być jedną z przyczyn częstego w naszym kraju wychodzenia kobiet z rynku pracy, czy to na rentę, czy emeryturę [SHARE 2013].

Obraz depresji i jej przebieg w okresie okołoemerytalnym jest ściśle powiązany z medycznymi, społecznymi i psychologicznymi aspektami tego etapu życia. W obrazie klinicznym depresji u osób w okresie okołoemerytalnym, jak również starszych (powyżej 75. roku życia) pewne objawy mogą wyraźnie dominować, a inne przejawiać się w mniejszym nasileniu. W tym wieku częstszymi przejawami depresji są: zahamowanie psychoruchowe, przygnębienie i lęk o falującym nasileniu oraz dobowej zmienności [Baumann 2008]. Dla osób w wieku 50–60 lat czynnikami ryzyka są stresujące doświadcze-

Rycina 31. Procent respondentów relacjonujących cztery i więcej symptomów depresji w czterech regionach Europy i czterech grupach wieku



Źródło: opracowanie własne na podstawie [SHARE 2013].

nia życiowe, zwłaszcza śmierć partnera, kłopoty finansowe oraz problemy w relacjach społecznych. W grupie osób starszych (powyżej 70. roku życia) depresja pojawia się często w wyniku nasilenia objawów chorób somatycznych (np. artretyzmu czy cukrzycy). Jej ryzyko zależy od zaawansowania choroby fizycznej i poziomu upośledzenia funkcji życiowych. U osób powyżej 70. roku życia nierzadko towarzyszą jej deficyty poznawcze. Między depresją a zaburzeniami w sferze poznawczej istnieją wzajemne powiązania przyczynowo-skutkowe. U starszych osób w stanie depresji może się rozwinąć pseudodemencja. Jednostki z deficytem poznawczym, ze względu na zaburzenia psychomotoryczne, gorzej wykonują zadania związane z aktywnością ruchową. Źle oceniają sytuację, podejmują ryzykowne decyzje, są też częściej narażone na upadki i urazy. Budzi to niepokój i lęk oraz obawę o utratę niezależności, a także powoduje konieczność korzystania z pomocy, w efekcie zaś – obniżenie nastroju, co wtórnie wpływa na stan somatyczny pacjenta i przyczynia się do pogorszenia jakości życia [Guszkowska et al. 2009]. Wraz z wiekiem maleje częstość występowania subiektywnych symptomów depresji (obniżenia nastroju, napędu, zaburzeń snu i innych objawów zmiany przeżywania samego siebie i otaczającego świata) [ibidem]. Następuje przesunięcie obrazu depresji z poziomu afektywnego w stronę poziomu somatycznego. Oznacza to: brak typowego nastroju depresyjnego, pojawianie się drażliwości, poczucie fizycznego cierpienia i bezradności, jak również utratę energii. Z powodu braku motywacji do wykonywania zadań, zahamowania psychoruchowego oraz wzmożonej męczliwości częstą odpowiedzią na zadawane pytania jest powtarzany zwrot „nie wiem” [Baumann 2008]. Oznacza to, że depresja u osób starszych nie objawia się w sposób typowy dla tej choroby (niechęć do życia, myśli samobójcze, zamykanie się w domu, unikanie kontaktów ze społeczeństwem). Systematyczny przegląd dokonany przez Calva w 2012 r. wskazuje na to, że nie ma jednoznacznych wyni-

ków badań dotyczących wpływu przejścia na emeryturę na zdrowie psychiczne człowieka. Z części badań wynika, że zachodzi taka zależność, lecz inne tego nie potwierdzają [Calvo et al. 2012]. Niektóre badania dowiodły, że istnieje związek między przejściem na emeryturę a dobrym samopoczuciem psychicznym [Coursolle et al. 2010]. Wczesne przejście na emeryturę wpływa na mniejszy stres życiowy osób starszych. Emeryci mają lepsze samopoczucie i więcej czasu dla siebie niż starsze osoby pracujące [Jokela et al. 2010]. Wyniki badań ogólnosiątkowych (m.in. Wielka Brytania, USA, Chile) wskazują, że część ludzi świetnie odnajduje się na emeryturze jako w nowej rzeczywistości [Coursolle et al. 2010; Midanik et al. 1995; Jokela et al. 2010]. Stres, depresja, smutek nie są konieczną, nieuchronną konsekwencją bycia na emeryturze. W części badań stwierdzono niższy poziom stresu wśród emerytów w porównaniu z osobami aktywnymi zawodowo. Co więcej, emeryci dysponują większą ilością czasu wolnego, co daje im sposobność podejmowania regularnej aktywności fizycznej (spacery, ćwiczenia). W świetle wspomnianych badań wczesne przejście na emeryturę może mieć korzystny wpływ na lepszy stan zdrowia psychicznego i fizycznego [ibidem]. Należy jednak zauważyć, że częściowo tłumaczy to fakt, iż osoby młodsze generalnie cieszą się lepszym zdrowiem oraz jakością życia. Kwestie te zostały omówione szerzej w rozdziale poświęconym zdrowotnym aspektom okresu okołomerytalnego.

Główne obawy emerytów

Jak wynika z komunikatu Centrum Badań Opinii Społecznej z 2012 r., dla zdecydowanej większości mieszkańców Polski okres starości wiąże się z różnego rodzaju obawami. Niezależnie od wieku i własnej sytuacji życiowej respondenci, myśląc o swojej starości, niezmiennie najbardziej obawiają się chorób, niedołężności i utraty pamięci (73%). Ponad połowa (56%) boi się utraty samodzielności, bycia ciężarem dla innych i uzależnienia od nich.

Jedna trzecia ankietowanych obawia się złych warunków życia, trudności z utrzymaniem się (32%), a także samotności i utraty osób bliskich (32%). Lęk przed cierpieniem deklaruje 18% respondentów, a niepokój związany z niepewnością, z kim będą mieszkać i pod czyją pozostać opieką – 16%. Co siedemnasty respondent (6%) obawia się, że będzie nikomu niepotrzebny. Osoby starsze (powyżej 65. roku życia) bardziej obawiają się cierpienia, natomiast młodsze (poniżej 55. roku życia) – złych warunków życia, trudności z utrzymaniem się oraz samotności i utraty bliskich [CBOS 2012a]. Niepokój w tej grupie wieku budzą ryzyko utraty pracy przed osiągnięciem wieku emerytalnego oraz warunki finansowe związane z przejściem na emeryturę. Około 60% mieszkańców Polski przewiduje znaczne obniżenie wówczas swoich dochodów [PBS DGA 2009]. Wraz z wiekiem poziom niepokoju się obniża, mimo to jednak 2% osób powyżej 65. roku życia spełnia kryteria diagnostyczne uogólnionego lęku. Co ważne, 10% badanych w okresie późnej dorosłości przeżyło epizody silnego niepokoju, najczęściej o charakterze fobii. Lęk przed śmiercią maleje z wiekiem, a jego maksymalne nasilenie obserwuje się w okresie średniej dorosłości (około 50. roku życia) [Guskowska et al. 2009].

Wyniki badania PolSenior wskazują, że wśród osób w wieku powyżej 70 lat wejście w ten okres życia najczęściej wiąże się z pogorszeniem stanu zdrowia i sprawności fizycznej (55,9%). Często podkreślano także na zwiększoną zależność od innych (49,5%) oraz traciwanie sił i ograniczenie aktywności (46,2%). Nieco rzadziej zwracano uwagę na takie symptomy wejścia w starość, jak początek problemów z pamięcią (27,8%), zmiany wyglądu fizycznego oraz zachowania (12,6%), a także traciwanie zainteresowania otoczeniem (10,6%). Dla około 16% respondentów starość zaczyna się wraz z wejściem w wiek emerytalny. Problemy występujące w starszym wieku można pogrupować w cztery kategorie: zdrowotne, społeczno egzystencjalne, finansowe

i związane z dostępem do infrastruktury. W badaniu PolSenior jako najważniejsze trudności związane z wiekiem wskazano chorobę i cierpienie (66,9%) oraz niepełnosprawność i zależność od innych (63,2%), samotność (30%), a także śmierć kogoś bliskiego (18,6%). Zwracają uwagę stosunkowo niskie wskazania na trudności w dostępie do potrzebnej pomocy zdrowotnej – 4,6%, czy do usług opiekuńczych – 2,0% [PolSenior 2012; Osiecka-Chojnacka 2012]. Ten wynik wart jest szczególnego uwypuklenia, gdyż koliduje ze stereotypowym postrzeganiem sytuacji osób starszych.

Przemoc wobec osób starszych

Na stres życiowy osób w wieku okołoemerytalnym składa się wiele czynników. Wynika on m.in. z przemocy i nadużyć, jakich doświadczają [Osiecka-Chojnacka 2012]. Przemoc wobec ludzi w podeszłym wieku przybiera różne postaci i może mieć rozmaite skutki [Halicka, Halicki 2010; TNS OBOP 2010]. Emeryci najczęściej doświadczają przemocy w formie znieważania, wyzywania, ośmieszania lub lekceważenia. Najbardziej do przemocy wobec ludzi starszych dochodzi na wsiach i w małych miastach, znacznie częściej zaś w dużych miastach, co może wynikać z panującej w aglomeracjach miejskich anonimowości. W wiejskich społecznościach, gdzie mieszkańcy znają się lepiej, do takich zdarzeń dochodzi rzadziej, czemu sprzyjają solidarność lokalna i wsparcie sąsiedzkie. Niemniej obserwuje się, że członkowie rodziny z różnych powodów nie udzielają oczekiwanego wsparcia swoim krewnym w podeszłym wieku. Taką sytuację stwierdzono zarówno w środowisku wiejskim, jak i miejskim. Jakąkolwiek formę przemocy zgłasza niemal 6% osób starszych. Przemoc dotyka częściej kobiet, młodszych seniorów (co dziesiąta osoba w wieku 55–59 lat), mieszkańców dużych miast oraz województw śląski, łódzki i mazowiecki [PolSenior 2012]. Skala zaniedbań i nadużyć w stosunku do osób starszych jest zróżnicowana i zależy od wielu nierozpoznanych czynników.

Samotność w okresie starości

Samotność to ważny czynnik ryzyka depresji, co w konsekwencji może prowadzić do samobójstwa. W ujęciu J. Rembowskiego „samotność jest złożonym i wielowymiarowym, psychospołecznym doświadczeniem człowieka. Jest to nieprzyjemne uczucie, pojawiające się na skutek niezgodności pomiędzy oczekiwaniami a realnymi możliwościami. Należy do stanów emocjonalnych, w których jednostka jest świadoma izolacji od innych osób i niemożliwości działania na ich korzyść” [Rembowski 1992].

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2011 r. jednoosobowych gospodarstw domowych w Polsce było 3254,7 tys., co stanowi 24% gospodarstw domowych ogółem. Mimo że liczba ta uległa zmniejszeniu w porównaniu z rokiem 2002, to odsetek w stosunku do ogółu gospodarstw domowych utrzymuje się na jednakowym poziomie (wówczas było to 3306,7 tys., tj. 24,8%) [GUS 2013e]. W 2011 roku w Polsce jednoosobowych gospodarstw domowych było zdecydowanie więcej w miastach niż na wsi (odpowiednio 27,2 i 17,4%) [GUS 2013a]. W świetle wyników badania PolSenior wśród osób powyżej 55. roku życia 18,2% to osoby mieszkające samotnie. Jest to konsekwencja znacznie dłuższego średniego trwania życia kobiet niż mężczyzn. W wielkich miastach (powyżej 500 tys. ludności) zarówno w populacji osób w wieku 55–59 lat, jak i powyżej 65. roku życia odsetek osób samotnie żyjących jest znacznie większy niż na wsi [PolSenior 2012]. Osoby starsze często wymagają pomocy, zwłaszcza te żyjące w jednoosobowych gospodarstwach domowych. CBOS podaje, że osoby w podeszłym wieku mające trudności z wykonywaniem niektórych codziennych czynności otrzymują różnorodną pomoc – najczęściej związaną z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Wsparcie polega na dotrzymywaniu towarzysztwa i udzielaniu porad w ważnych sprawach. Większość seniorów wymagających opieki otrzymuje pomoc w zała-

twianiu różnych spraw np. u lekarza, w urzędzie lub w banku, a także jest pielęgnowana w chorobie. W większości przypadków osoby starsze otrzymują pomoc od dzieci (63%), rzadziej od: współmałżonków (38%), wnuków (29%), przyjaciół (26%), znajomych (23%), sąsiadów (23%), rodzeństwa (16%) oraz dalszej rodziny (13%) [CBOS 2012b]. W polskiej populacji coraz wyraźniejsze stają się symptomy starzenia się ludności, dlatego w niedługiej przyszłości zapotrzebowanie na pomoc osobom starszym w wykonywaniu codziennych czynności będzie systematycznie rosło.

Według raportu GUS z 2009 r. w Polsce w latach 2005–2009 liczba domów pomocy społecznej oscylowała na prawie niezmiennym poziomie 823–829 placówek. Ciężar ich prowadzenia spoczywał przede wszystkim na instytucjach sektora publicznego, choć w kolejnych latach ulegał on stopniowemu wyrównaniu między oba sektory. W 2005 r. istniało 686 placówek prowadzonych w ramach sektora publicznego i 510 – w ramach sektora prywatnego, gdy już w 2009 r. – odpowiednio 715 i 683. Nadal jednak, w omawianym okresie, średnio 70% ogółu miejsc i 71% ogółu mieszkańców przypadało na placówki działające w ramach sektora publicznego (73% miejsc i 74% mieszkańców w 2005 r. oraz po 67% miejsc i mieszkańców w 2009 r.). Placówki tego sektora były też większe, dysponowały bowiem wyższą przeciętną liczbą miejsc w placówkach poszczególnych typów niż domu opieki społecznej działające w ramach sektora prywatnego. Przeciętna liczba miejsc w placówce w omawianym okresie wynosiła 91 [GUS 2011].

Analizując problem samotności w wieku senioralnym, należy mieć na uwadze definicję osamotnienia P. Czekanowskiego, zgodnie z którą poczucie osamotnienia nie jest tożsame z samotnością – tj. życiem w pojedynkę. Jest to natomiast subiektywne postrzeganie własnej sytuacji, będącej źródłem przykrych odczuć [Czekanowski 2002]. Według wyników bada-

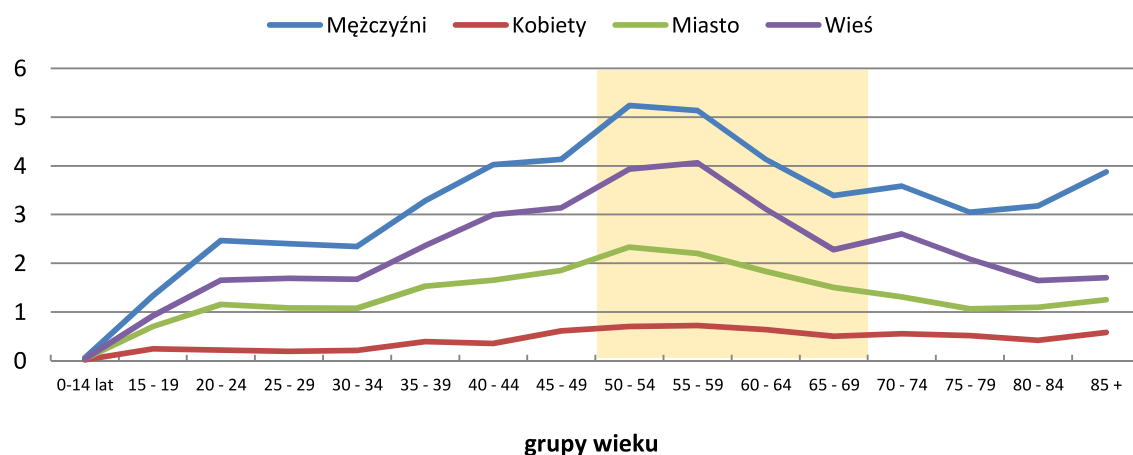
nia PolSenior z wiekiem wzrasta poczucie osamotnienia, jakkolwiek większy wpływ od wieku wywiera na to płeć. W grupie osób w wieku 55–59 lat udział kobiet, które nigdy lub prawie nigdy nie czuły się samotne, jest znacznie mniejszy niż w przypadku mężczyzn. Nie stwierdzono zależności między miejscem zamieszkania (wieś i duże miasto) a odsetkiem osób, które się czują osamotnione. Na odczuwanie osamotnienia wpływa jednak forma życia rodzinnego. Najczęściej samotne czują się osoby mieszkające w pojedynkę (co siódmy respondent czuje się tak często lub zawsze) oraz osoby niemające małżonka, a mieszkające z dziećmi (dwukrotnie wyższy odsetek). Największy wpływ na poczucie osamotnienia ma fakt, czy osoba mieszka sama czy z małżonkiem. Stwierdzono też silną zależność między poczuciem osamotnienia a oceną stosunków rodzinnych. Im lepsze relacje w rodzinie, tym bardziej dodatnia korelacja z brakiem poczucia osamotnienia [PolSenior 2012].

4.2. Samobójstwa wśród osób starszych

Negatywny obraz starości najczęściej utożsamiany jest m.in. z chorobami, niepełnosprawnością fizyczną, demencją i zaburzeniami psychicznymi. Ryzyko sa-

mobójstw jest częstsze wśród osób starszych chorujących przewlekle. Szczególną grupę ryzyka stanowią samotni mężczyźni – wdowcy lub rozwiedzeni, którzy nie potrafią się odnaleźć w społeczeństwie. Śmierć współmałżonka jest czynnikiem zwiększającym ryzyko zgonu (w wyniku pogorszenia stanu zdrowia lub samobójstwa). Odnotowuje się, że liczba samobójstw wśród osób owdowiałych jest największa w okresie 6–12 miesięcy po utracie bliskiej osoby, przy czym wskaźnik samobójstw jest dwukrotnie wyższy w przypadku samotnych mężczyzn niż kobiet [Baumann 2008]. Do innych ważnych czynników ryzyka samobójczego zaliczają się także: stres, lęk, choroby psychiczne, przewlekłe schorzenia oraz pogorszenie sytuacji ekonomicznej w wyniku przejścia na emeryturę, zmiana statusu społecznego, utrata pozycji w rodzinie, jak również związany z tym spadek poczucia własnej wartości, a także niekorzystny bilans życiowy. W psychologii wymienia się dodatkowo takie uwarunkowania, jak: osłabienie więzi rodzinnych oraz sąsiedzkich, poczucie izolacji, odosobnienie oraz postępujące procesy dezintegracyjne. Zwiększone ryzyko samobójstwa w okresie starości wiąże się z dużym poziomem lęku, znacznym pobudzeniem psychoruchowym, pobudzeniem z bezsennością oraz urojeniami depresyjnymi i omamami [Pilecka 2004].

Rycina 32. Samobójstwa na 10 tys. osób według płci i wieku w 2011 r.



Źródło: [GUS 2013b].

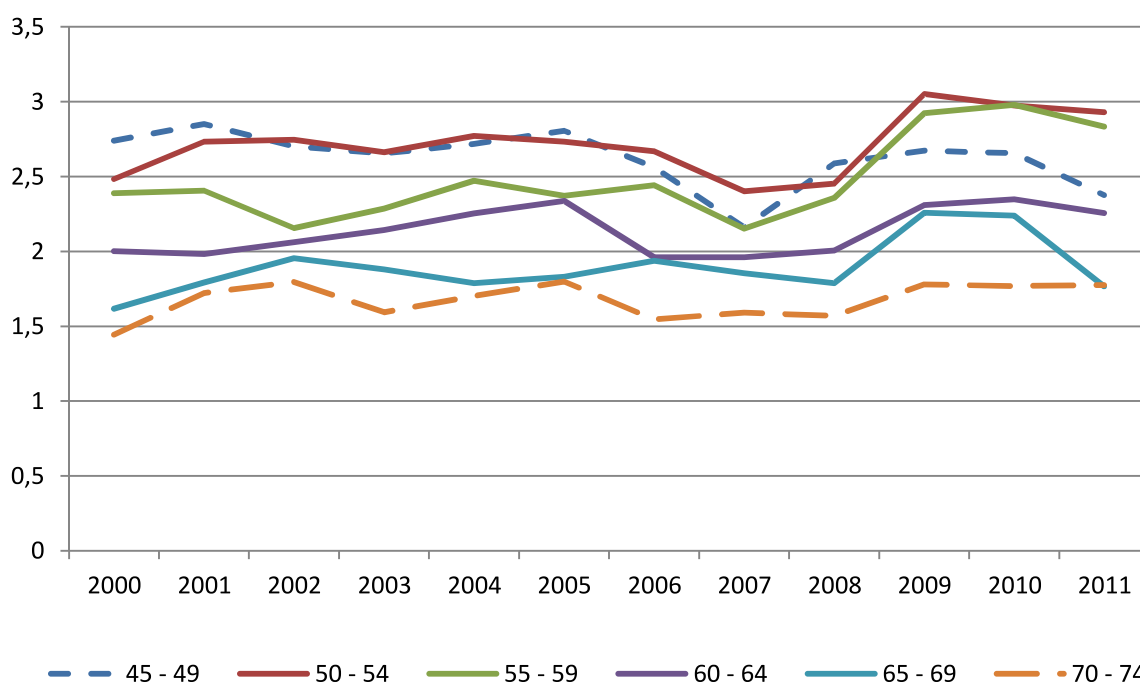
Próba samobójcza w okresie starości może mieć różne podłoże: ekonomiczne, zdrowotne, rodzinne i społeczne. Wbrew pozorom problem zdrowia i choroby nie jest najważniejszą przyczyną podejmowania ostatecznej decyzji. Nagłe przejście na emeryturę bez wcześniejszego przygotowania psychicznego oraz ekonomicznego, zwłaszcza w przypadku osób bardzo aktywnych w życiu społecznym i rodzinnym, może być jedną z przyczyn myśli samobójczych. Osoby te nie radzą sobie z nową sytuacją, czują się niepotrzebne społeczeństwu, gorsze. Ponadto w okresie starości ryzyko popełnienia samobójstwa zwiększają zespoły organiczne mózgu, wyczerpanie się zasobów materialnych, nieuleczalna choroba i zaburzenia nastroju [Osgood 1991].

Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju podaje, że w 2011 r. w Polsce liczba zgonów z powodu samobójstw na 100 tys. osób sięgnęła 15,1. Jest to relatywnie wysoki współczynnik. Dla przykładu w 2011 r. w Hiszpanii wyniósł on 6,2, w krajach skandynawskich 9,5, w Luksemburgu 10,4, a w Niemczech 10,8

[OECD 2013]. Natomiast raport GUS podaje, że w Polsce w 2011 r. odnotowano 16 samobójstw na 100 tys. ludności (29 w przypadku mężczyzn i 4 w przypadku kobiet). W miastach współczynnik ten wyniósł 13, natomiast na wsi – 20 [GUS 2013d]. Między danymi z raportu OECD a tymi z raportu GUS występuje nieznaczna różnica. Niepokoi fakt, że w Polsce współczynnik samobójstw u osób w wieku emerytalnym utrzymuje się na stałym wysokim poziomie (ryc. 32). Wskaźnik samobójstw na 10 tys. mieszkańców od 2000 r. w Polsce uległ nieznacznemu spadkowi. Zdecydowanie wyższy wskaźnik obserwuje się w przypadku osób w przedziałach wiekowych 50–54 oraz 55–59 lat (ryc. 33) [GUS 2013b].

Ważnych informacji dostarcza także analiza statystyk dotyczących prób samobójczych. Należy jednak pamiętać, że tylko część takich sytuacji jest w Polsce rejestrowana. Szczególnie w przypadku osób starszych, gdzie jako próbę samobójczą można traktować np. odstawienie przyjmowanych leków lub odmowę przy-

Rycina 33. Samobójstwa na 10 tys. osób w grupach wieku w latach 2000–2011



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013b].

Tabela 1. Wiek osób podejmujących próby samobójcze

Wiek (w latach)	Liczba prób	W tym zakończone zgonem
55–59	612	518
60–64	443	379
65–69	213	192
70–74	137	126
75–79	130	120
80–84	93	87
85 i więcej	79	73

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Statystyka 2013].

mowania pokarmu, dane te mogą być istotnie zaniżone. Z danych Policji wynika, że co piąty samobójca w Polsce to osoba powyżej 50. roku życia. W 2012 r. odnotowano 10 494 próby samobójcze (5791 w przypadku kobiet i 4703 w przypadku mężczyzn), z których 7746 zakończyło się zgonem (odpowiednio 4177 i 3569). Do prób samobójczych najczęściej dochodziło w mieszkaniu (odpowiednio 2331 i 1663) oraz w pomieszczeniach zabudowań gospodarczych (odpowiednio 996 i 906). Następne w kolejności miejsce stanowiły piwnice i strychy (odpowiednio 639 i 568), a także obszar parku i lasu (odpowiednio 493 i 463). Stan cywilny osób podejmujących próby samobójcze przedstawiał się następująco: kawaler: 1917, panna: 1622; żonaty: 2319, zamężna: 1927; wdowiec: 339, wdowa: 197; rozwiedziony: 403, rozwiedziona: 330. Źródłem utrzymania osób podejmujących próby samobójcze najczęściej była praca – kobiety: 1322, mężczyźni: 1148. W dalszej kolejności: pozostawały one na utrzymaniu innej osoby – odpowiednio 729 i 509,

lub pobierały rentę, emeryturę bądź alimenty – odpowiednio 868 i 637 [Statystyka 2013]. Według oficjalnych statystyk liczba prób samobójczych maleje wraz z wiekiem, począwszy od 55. roku życia (tab. 1).

Oprócz nieporozumień rodzinnych najczęstszym motywem samobójstw jest brak środków do życia. Z tych powodów w pierwszym półroczu 2013 r. łącznie próbowało się zabić ponad 300 osób (z tego 234 z powodu złych warunków ekonomicznych, a 73 z powodu nagłej utraty źródła utrzymania). To niemal tyle samo, co w całym 2008 r. i proporcjonalnie więcej niż w 2012 r., kiedy to takich przypadków było niespełna 500). Kolejnym motywem jest przewlekła choroba. W pierwszym półroczu 2013 r. stała się ona przyczyną 273 prób samobójczych, czyli niemal tylu, co w całym 2012 r., gdy liczba ta wyniosła 288. Ekspertki sugerują, że policyjne dane odślaniają tylko część prawdy o samobójstwach, a w rzeczywistości jest ich znacznie więcej [Zawadka 2013].

Binczycka-Anholcer podaje, że liczba zgonów samobójczych w Polsce w grupie osób powyżej 60. roku życia w ostatnich latach stale wzrasta zarówno w miastach, jak i na wsi. Tendencję tę obserwuje się jednak przede wszystkim na terenach wiejskich. Mężczyźni w okresie późnej dorosłości popełniają samobójstwa częściej niż kobiety w tej samej fazie życia. W poszczególnych przedziałach wiekowych, w pięcioletnich odstępach, proporcje te wahają się w miastach w granicach 6–9 na 100 tys. kobiet i 19–40 na 100 tys. mężczyzn. Na wsi odpowiednie proporcje liczbowe kształtują się w granicach odpowiednio 4–8 na 100 tys. i 7–19 na 100 tys. [Binczycka-Anholcer 2005]. Brakuje jednak dokładnych danych dotyczących liczby samobójstw w okresie starości, ponieważ ten fakt w przypadku osoby u kresu życia często jest traktowany przez rodzinę, policję i lekarzy jako „naturalna śmierć ze starości”. Taka „naturalna” śmierć następuje czasami na skutek zaprzestania jedzenia, odstawi-

nia leków lub ich celowego przedawkowania, o czym już wcześniej wspomniano [Baumann 2008].

4.3. Jakość życia osób starszych

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje jakość życia (*Quality of Life* – QoL) jako „indywidualne postrzeganie pozycji życia człowieka w kontekście kultury i systemów wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do celów, oczekiwań, standardów” [WHO 1993]. Jakość życia składa się z wielu domen, które mają wpływ na globalne zadowolenie, takich jak: warunki mieszkaniowe, bezpieczeństwo osobiste i rodzinne, zatrudnienie, relacje z otoczeniem, edukacja, a także wypoczynek. Jakość życia zależna od stanu zdrowia (*Health Related Quality of Life* – HRQoL) oznacza możliwy do osiągnięcia optymalny poziom zdolności fizycznych, psychicznych i intelektualnych, a także odgrywanych ról oraz funkcjonowania społecznego, percepcji stanu zdrowia, satysfakcji z życia oraz ogólnego, dobrego samopoczucia [ibidem]. Jakość życia nie jest tożsama z długością życia.

Wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego przeprowadzonego w Polsce w latach 2002–2010 na populacji osób dorosłych (N = 1678), wskazują, że najczęściej respondentów odpowiedziało, iż w skali 1–9 czuje się szczęśliwymi na „8” (27,2%). Zdecydowanie częściej badani odpowiadali pozytywnie na pytanie dotyczące ich poczucia bycia szczęśliwym [ESS 2010].

Większość czynników społeczno-demograficznych, a szczególnie płeć, stan cywilny i stan zdrowia seniorów, istotnie oddziałuje na jakość ich życia i jej składowe. Środowisko, w jakim żyją osoby starsze, ma również decydujący wpływ na jakość życia. Osoby przebywające w domu pomocy społecznej (DPS) mają inne problemy niż te mieszkające w domu z rodziną [Grzegorzczak et al. 2007]. Jednym z mniej ważnych czynników jest wiek [ibidem; Ostrzyżek et al. 2009].

Badania przeprowadzone wśród osób starszych w Polsce oraz w 12 krajach europejskich w ramach programu SENECA wskazują na gorszą samoocenę zdrowia u kobiet, zwłaszcza mieszkających samotnie [Schroll et al. 2002]. Systematyczna aktywność ruchowa przynosi korzyści nie tylko w sferze fizycznej, lecz także psychicznej, zwłaszcza emocjonalnej, osobom w każdym wieku. Dostosowane do wieku, a przede wszystkim do indywidualnych możliwości, regularne ćwiczenia fizyczne mogą polepszać jakość życia osób starszych. Wyniki badań wskazują, że cykliczne ćwiczenia fizyczne o charakterze ogólnousprawniającym – trwające 60 minut, realizowane przez 3 miesiące 3 razy w tygodniu – mogą się przyczynić do poprawy nastroju oraz redukcji objawów depresji wśród osób starszych z niewielkimi deficytami poznawczymi. Wywierają one wielokierunkowy, pozytywny wpływ na sferę fizyczną oraz psychiczną, przyczyniają się do polepszenia sprawności fizycznej, uśmierzenia dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa, poprawy jakości snu oraz równowagi. Zmniejszają lęk przed utratą sprawności i uzależnieniem od osób trzecich, poprawiają nastrój i redukują objawy depresji, przyczyniając się ostatecznie do zwiększenia jakości życia osób w starszym wieku [Guszkowska et al. 2009].

Projekt PolSenior wskazał, że jakość życia osób powyżej 55. roku życia w poszczególnych dziedzinach jest zróżnicowana regionalnie. Makroregion południowy charakteryzował się najwyższym średnim wynikiem jakości życia w aspekcie fizycznym (kondycja fizyczna, stan zdrowia). We wszystkich makroregionach występuje znaczna korelacja między subiektywnym zadowoleniem ze stanu zdrowia a uzyskanym wynikiem w płaszczyźnie fizycznej. W dziedzinie relacji społecznych kobiety osiągnęły wyższy wynik jakości życia niż mężczyźni. W pozostałych obszarach to mężczyźni mieli wyższe rezultaty. Mieszkańcy miast uzyskali wyższy wynik jakości życia w sferze fizycznej i psychologicznej, natomiast w dziedzi-

nach relacji społecznych i środowiska dotyczyło to mieszkańców wsi. Osoby w starszych grupach (powyżej 65. roku życia) lepiej oceniają jakość swojego życia niż te w wieku 55–59 lat. Oznacza to, że po przejściu na emeryturę poprawie ulega ocena jakości życia. Badanie pokazało, iż subiektywna ocena jakości życia i stanu zdrowia nie jest zróżnicowana względem miejsca zamieszkania (miasto lub wieś). Zadowolenie ze stanu zdrowia zależy natomiast od płci – bardziej zadowoleni są w tym zakresie mężczyźni. Subiektywna ocena jakości życia badanej populacji jest istotnie statystycznie zróżnicowana regionalnie, w przeciwieństwie do zadowolenia ze stanu zdrowia [PolSenior 2012]. Raport GUS z 2013 r. wskazuje, że zadowolonych z życia jest około 59% emerytów rolniczych, czyli około 10 punktów procentowych mniej niż wśród emerytów otrzymujących emeryturę z systemu pozarolniczego [GUS 2013c].

Wyniki ogólnosiwiatowego badania *Global Age Watch Index* z 2013 r., przeprowadzonego na zlecenie Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), wskazują, że pod względem jakości życia seniorów Polska znajduje się na 62. miejscu (na 91 zbadanych krajów). Emerytom najlepiej żyje się w Szwecji, Norwegii, Niemczech, Holandii i Kanadzie. USA znalazły się na 8. miejscu, a Chiny na 31. Polska wyprzedziła kraje afrykańskie oraz południowoazjatyckie, a także niektóre państwa Ameryki Środkowej. Spośród krajów europejskich za Polską znalazły się tylko Czarnogóra, Mołdawia, Rosja, Serbia, Turcja i Ukraina. Tworząc indeks o życiu seniorów (*Global Age Watch Index*), porównano siłę nabywczą ich dochodów, sytuację zdrowotną, wykształcenie i możliwość zatrudnienia. Jako dane posłużyły m.in. raporty Banku Światowego, OECD, Eurostatu i WHO. Wykorzystano także badania Instytutu Gallupa dotyczące samopoczucia mieszkańców poszczególnych państw [GAWI 2013]. Najgorzej na świecie Polska wypadła w kategorii samopoczucia psychicznego osób po 50. roku życia w porównaniu z ludźmi w wieku 35–49 lat. Pytanie brzmiało: „Czy two-

je życie ma sens?”. W Polsce sens ów widzi 60,4% respondentów, a w Niemczech 100%. Dla porównania, Węgry mają współczynnik 81,3%, a Czechy – 88,4%. Być może w wynikach tych znajdują odzwierciedlenie głębokie różnice kulturowe między społeczeństwami, ale tak powszechne w Polsce postawy anomiczne muszą budzić zastanowienie i skłaniać do poszukiwania ich doraźnych przyczyn.

Jakość życia zależy również od zdrowia, natomiast kierunek tego wpływu jest cały czas przedmiotem dyskusji. Wyniki badania przeprowadzonego w USA na grupie 9753 respondentów w latach 1992–2010 wskazują na pozytywną relację między odpowiednim czasem przejścia na emeryturę a jakością życia (zdrowiem psychicznym i fizycznym) [Calvo et al. 2012]. Korzystne dla seniorów jest przejście na emeryturę w momencie określonym ustawowo lub później. Natomiast przejście na wcześniejszą emeryturę może mieć negatywny wpływ na zdrowie emocjonalne [ibidem].

Wśród polskich seniorów rozpowszechniony jest pogląd na temat życia na niskim poziomie, mimo że w przeszłości ciężko pracowali, poświęcali się karierze oraz rodzinie [GAWI 2013]. Złe samopoczucie może wynikać z ogólnego stanu zdrowia oraz ograniczonego dostępu do opieki zdrowotnej. W Polsce na 10 tys. mieszkańców przypada jeden geriatra, podczas gdy w innych krajach UE – od 2,5 do nawet 6 lekarzy tej specjalności. W Polsce oddziały geriatryczne mają w sumie zaledwie 750 łóżek [Suchecka et al. 2013]. Przeciętny polski 60-latek będzie żył jeszcze 21 lat, ale w dobrym zdrowiu już tylko 16,2 roku. To poziom zbliżony do innych państw Europy Środkowej. 60-letni Brytyjczycy, Niemcy czy Szwedzi cieszą się zdrowiem jeszcze przez około 18 lat, a Japończycy – ponad 20 lat [GAWI 2013]. Według danych Państwowego Zakładu Higieny przeciętne dalsze trwanie życia w zdrowiu dla mężczyzn w wieku 50 lat wynosi 14,6 roku (dla kobiet 16,8 roku). Dla mężczyzn

w wieku 65 lat przeciętne dalsze trwanie życia w zdrowiu to już tylko 6,7 roku (dla kobiet 7,5 roku), przy czym przeciętne trwanie życia kobiet wynosi około 81 lat, a mężczyzn – około 72 lat [PZH 2012]. Jest to kluczowa kwestia, biorąc pod uwagę fakt, że średnia długość życia w Polsce w 2011 r. wyniosła tylko 77 lat. Dla przykładu w Czechach jest to 79,7 roku, a w Niemczech niespełna 81 lat [Eurostat 2013]. Długość trwania życia mieszkańców Polski różni się w zależności od środowiska zamieszkania. W najmniej korzystnej sytuacji są mieszkańcy małych miasteczek poniżej 5 tys. ludności, których przeciętna długość życia jest najkrótsza [PZH 2012]. Nie dziwi więc, że jakość życia emerytów w Polsce pozostaje na niskim poziomie. Według raportu stworzonego przez Joint Action European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS), w 2010 r. oczekiwana dalsza długość życia (*life expectancy*, LE) w wieku 65 lat w Polsce wynosiła 19,5 roku dla kobiet oraz 15,1 roku dla mężczyzn. Oczekiwana długość życia kobiet w wieku 65 lat bez ograniczenia aktywności z powodów zdrowotnych (odpowiadająca HLY – *healthy life years*, lata życia przeżyte w zdrowiu) wynosiła 7,5 roku (38% pozostającego czasu życia), z niezbyt poważnym ograniczeniem aktywności przez 6,9 roku (35%) oraz z poważnym ograniczeniem aktywności przez 5 lat (26%). Dla mężczyzn w tym samym wieku dalsza długość życia bez ograniczenia aktywności wynosiła 6,7 roku (44% pozostającego życia), z niezbyt poważnym ograniczeniem aktywności przez 4,7 roku (31%) oraz z poważnym ograniczeniem aktywności przez 3,7 roku (25%) [EHLEIS 2013]. Dane te są niezwykle istotne, jeżeli zestawić je z prognozą współczynnika wsparcia emerytalnego²³ na lata 2008–2050. W 2008 r. w Polsce na jednego emeryta przypadało 4,2 osoby w wieku produkcyjnym (20–64 lata). Szacuje się, że współczynnik ten w 2050 r. będzie wynosił 2,1 [OECD 2013].

4.4. Pomoc psychologiczna dla osób starszych

Wiek okołoemerytalny to okres rozwiązywania problemów związanych z „przechodzeniem” z jednego okresu życia w drugi. Typowymi sytuacjami wymagającymi adaptacji są przejście na emeryturę, redukcja sieci społecznej, żałoba czy wreszcie akceptacja zmian fizycznych w ciele, zmniejszonej sprawności bądź choroby. Adaptacja do zmiany ról często przebiega niezwykle boleśnie i może się stać psychologicznym podłożem uporczywych zaburzeń depresyjnych. Dotyczy to w szczególności osób, które postrzegają swoją aktualną sytuację jako utratę kontroli (nad sobą i innymi) lub narastający i nieakceptowalny deficyt autonomii.

Osoba starsza często ma poczucie, że zostało jej zbyt mało czasu i wobec tego żadne zmiany we własnym życiu nie mają już sensu, lub doświadcza żalu za straconymi i niewykorzystanymi szansami, jakie dawało wcześniej życie. Takie osoby wymagają wówczas pomocy w zmianie nastawienia w trzech obszarach: stosunku do siebie, odnalezienia swojego miejsca w świecie oraz stosunku do świata. W tym pierwszym kontekście osoba starsza musi się nauczyć wiązać w spójną emocjonalnie całość własną terażniejszość i przeszłość. W drugim aspekcie musi się nauczyć przeżywać siebie i otaczający ją świat w sposób spójny i całościowy. Natomiast w trzecim – należy nauczyć osobę starszą odnajdywania w szybko zmieniającym się świecie ładu, porządku, harmonii, spójności i sensu [Brzezińska PPG].

Psychologiczna pomoc w okresie starzenia się jest już coraz częściej stosowana. Często współpraca seniora z psychologiem polega na konsultacjach oraz udziale w warsztatach szkoleniowych prowadzonych przez specjalistów pracujących ze starszymi pacjentami. Psychoterapia ma charakter indywidualny bądź grupowy.

²³ Współczynnik wsparcia emerytalnego według OECD oznacza liczbę osób będących w stanie zapewnić wsparcie ekonomiczne osobom starszym, które mogą pozostawać w całkowitej zależności od innych. Współczynnik używany jest dla populacji w wieku od 20. do 64. roku życia, w stosunku do osób powyżej 65. roku życia.

Przeprowadzona w tym rozdziale analiza może być podsumowana następującymi wnioskami:

1. Polacy, zwłaszcza kobiety, w wieku 50 i więcej lat są w dużo gorszej kondycji psychicznej niż mieszkańcy innych regionów Europy. Kondycja ta może być jedną z przyczyn częstej w naszym kraju „ucieczki” kobiet z rynku pracy, czy to na renty, czy emerytury [SHARE 2013].
2. Ponad 70% Polaków myśli o okresie starości w kategoriach lęków i obaw. Lęk najczęściej dotyczy zdrowia własnego i partnera, niepełności, ale też blisko jedna trzecia obawia się niedostatku materialnego. Nie należy jednak absolutyzować znaczenia czynnika materialnego w warunkowaniu kondycji psychicznej osób w wieku emerytalnym i okołoemerytalnym.
3. Amerykańskie badania przeprowadzone na dużej próbie wskazują, że korzystne dla seniorów jest przechodzenie na emeryturę w momencie określonym ustawowo lub później. Przejście na wcześniejszą emeryturę wywiera często negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne.
4. Wskaźnik zgonów samobójczych w Polsce w grupie osób powyżej 60. roku życia w ostatnich latach stale wzrasta zarówno w miastach, jak i na wsi. Tendencję wzrostową obserwuje się przede wszystkim na terenach wiejskich. Mężczyźni w okresie późnej dorosłości popełniają samobójstwa częściej niż kobiety w tej samej fazie życia.
5. Wyniki ogólnoświatowego badania *Global Age Watch Index* z 2013 r., przeprowadzonego na zlecenie Organizacji Narodów Zjednoczonych, wskazują, że pod względem jakości życia seniorów Polska znajduje się na 62. miejscu (na 91 zbadanych krajów). Na ten niski ogólny

wskaźnik szczególnie silnie wpłynęła powszechność stanów depresyjnych w przypadku polskich seniorów.

Piśmiennictwo

- Baumann K. (2008). Problem aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 16(2): 80–88.
- Binczycka-Anholcer M. (2005). Zachowania suicydalne osób w starszym wieku. *Suicydologia*, 1: 77–87.
- Brzezińska A. (PPG). Przeciwdziałanie wykluczeniu osób starszych: pomoc psychologiczna. Wykład dla Instytutu Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Calvo E. et al. (2012). Causal effects of retirement timing on subjective physical and emotional health. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(1): 73–84.
- CBOS (2012a). Komunikat z badań. „Polacy wobec własnej starości”. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- CBOS (2012b). Komunikat z badań. „Społeczna solidarność z osobami w starszym wieku”. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Coursolle K. et al. (2010). The association between retirement and emotional well-being: Does prior work-family conflict matter? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65, 609–620.
- Czekanowski P. (2002). Sytuacja materialna. W: B. Synak (red.), *Polska starość* (s. 101–114). Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- EHLEIS (2013). Health Expectancy in Poland. EHLEIS Country Reports Issue 6, April 2013. European Health and Life Expectancy Information System – EHLEIS, <http://www.eurohex.eu> [dostęp: 20.10.2013].
- ESS (2010). Europejski sondaż społeczny. Runda 1–5. Ośrodek realizacji badań socjologicznych.
- Eurostat (2013). <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> [dostęp: 19.10.2013].
- GAWI (2013). Global Age Watch Index 2013, <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Poland> [dostęp: 17.10.2013].
- Grzegorzczak J. et al. (2007). Jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej i słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku. *Przebieg i Medycyna Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 3: 225–233.
- GUS (2011). Pomoc społeczna w Polsce w latach 2005–2009. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013a). Gospodarstwa domowe w 2011 roku – wyniki spisu ludności i mieszkań 2011. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013b). <http://stat.gov.pl/> [dostęp: 12.10.2013].
- GUS (2013c). Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.

- GUS (2013d). Rocznik demograficzny. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013e). Wybrane tablice dotyczące gospodarstw domowych i rodzin – wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Guszkowska M. et al. (2009). Wpływ ćwiczeń fizycznych na stany emocjonalne kobiet w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 17(2): 71–78.
- Halicka M., Halicki J. (2010). Przemoc wobec ludzi starszych. Na przykładzie badań rodowiskowych w województwie podlaskim. Białystok: Temida 2.
- Jokela M. et al. (2010). From midlife to early old age: Health trajectories associated with retirement. *Epidemiology*, 21: 284–290.
- Midanik L.T. et al. (1995). The Kaiser Permanente Retirement Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50, 59–61.
- NHS (2008). NHS Choices. Depression. Polish Translated, 04: 1–5.
- OECD (2013). <http://www.oecd.org/statistics> [dostęp: 09.10.2013].
- Osgood N.J. (1991). Prevention of suicide in the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 24: 293–306.
- Osiecka-Chojnacka J. (2012). Społeczne opinie o starości a wdrażanie idei aktywnego starzenia się. *Studia BAS*, 2(30): 101–128.
- Ostrzyżek A. et al. (2009). Wymiary jakości życia w podeszłym wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 90(4): 465–469.
- Pilecka B. (2004). Samobójstwo wieku starszego. W: P. Piórkowski (red.), *Przemoc i marginalizacja. Patologie społecznego dyskursu* (s. 129–144). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- PolSenior (2012). M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Wydawnictwo Termedia.
- PZH (2012). B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Rembowski J. (1992). *Samotność*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Schroll M. et al. (2002). Health related quality of life and physical performance. *SENECA 1999. The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 6(1): 15.
- SHARE (2013). Czapiński J.: Dobrostan psychiczny i społeczny Polaków w wieku 50 i więcej lat na tle wybranych społeczeństw europejskich. Centre for Economic Analysis CenEA, <http://www.share50plus.pl/> [dostęp: 19.10.2013].
- Statystyka (2013). <http://statystyka.policja.pl> [dostęp: 14.10.2013].
- Suchecka J. et al. (2013). W całej Unii seniorom żyje się lepiej. Ale nie w Polsce. *Gazeta Wyborcza* z 3 października.
- TNS OBOP (2010). Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie w Polsce wobec kobiet i wobec mężczyzn. Cz. I – raport z badań ogólnopolskich. Wyniki badań TNS OBOP dla MPIPS. Warszawa.
- WHO (1993). Światowa Organizacja Zdrowia. Pomiar jakości życia u dzieci. Genewa: Wydział zdrowia psychicznego z 1993 r. (Raport).
- Zawacka G. (2013). Kryzysowa fala samobójstw, www.rp.pl [dostęp: 11.10.2013].

Wstęp

Główną osią działań w ramach ogłoszonego w 2012 r. Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej było podnoszenie świadomości ogółu społeczeństwa, decydentów oraz innych zainteresowanych stron na temat znaczenia aktywności osób starszych. Dla władz państwowych ważnym zadaniem stała się zmiana społecznych postaw wobec starości. Komisja Europejska oficjalnie rozpoczęła Europejski Rok, prezentując dane Eurobarometru z raportu z badania *Active Ageing*. Dotyczyło ono ogólnych opinii o starości i ludziach starych, barierach w kontynuowaniu pracy, wreszcie dogodnej formy i czasu przechodzenia na emeryturę. Podjęto problem działalności ludzi starych jako wolontariuszy oraz tworzenia przyjaznego dla nich środowiska [Osiecka-Chojnacka 2012; Active Ageing 2012].

Funkcjonujące w społeczeństwie przekonania na temat tej grupy mogą sprzyjać nie tylko marginalizacji osób starszych, lecz także ich przedwczesnemu „samowykluczeniu” z różnych sfer życia. Między społecznymi opiniami o starości a tym, jak toczy się życie starszych pokoleń, zachodzi więc swoiste sprzężenie zwrotne: opinie kształtują w jakiejś mierze sytuację osób starszych, a „realia starości” w danym społeczeństwie mogą zmieniać „tradycyjne” przekonania i wizje tego okresu życia [Osiecka-Chojnacka 2012].

5.1. Partycypacja społeczna

Postawa obywatelska

Według danych Centrum Badania Opinii Społecznej z 2012 r. wzrasta udział osób deklarujących, że ludzie tacy jak my, działając wspólnie z innymi, mogą pomóc potrzebującym lub rozwiązać niektóre problemy swojego środowiska, osiedla, wsi bądź miasta. W przypadku osób w wieku 55–64 lat wyniósł on 61% w 2010 r. oraz 71% w 2012 r., a w przypadku osób powyżej 65. roku życia od-

Aspekt społeczny

powiednio: 57 i 62%. Po przejściu na emeryturę maleje odsetek osób deklarujących chęć pomagania w rozwiązywaniu niektórych problemów swojej społeczności lokalnej. W 2012 r. 59% mieszkańców Polski w wieku 55–64 lat deklarowało, że zdarzyło się im dobrowolnie i nieodpłatnie pracować na rzecz swojego środowiska, kościoła, osiedla, wsi lub miasta albo pracować społecznie na rzecz potrzebujących. Wśród osób starszych udział ten był praktycznie na tym samym poziomie i wyniósł 58% [CBOS 2012g]. Według danych CBOS wzrasta odsetek Polaków pracujących społecznie w organizacjach obywatelskich (tab. 2). Wśród osób w wieku 55–64 lat w 2002 r. wyniósł on 23, a w 2012 r. – 29 (ryc. 34). Należy jednak zastrzec, że określenie „pracujący społecznie” jest tu nieco na wyrost. Określamy tym mianem jakąkolwiek nieincydentalną aktywność na rzecz innych ludzi, niemotywowaną, przynajmniej bezpośrednio, względami własnej korzyści materialnej.

Na tle krajów europejskich wskaźniki zaangażowania Polaków w organizacje społeczeństwa obywatelskiego są nadal wyraźnie niższe. Po przejściu na emeryturę odsetek Polaków pracujących społecznie w organizacjach obywatelskich

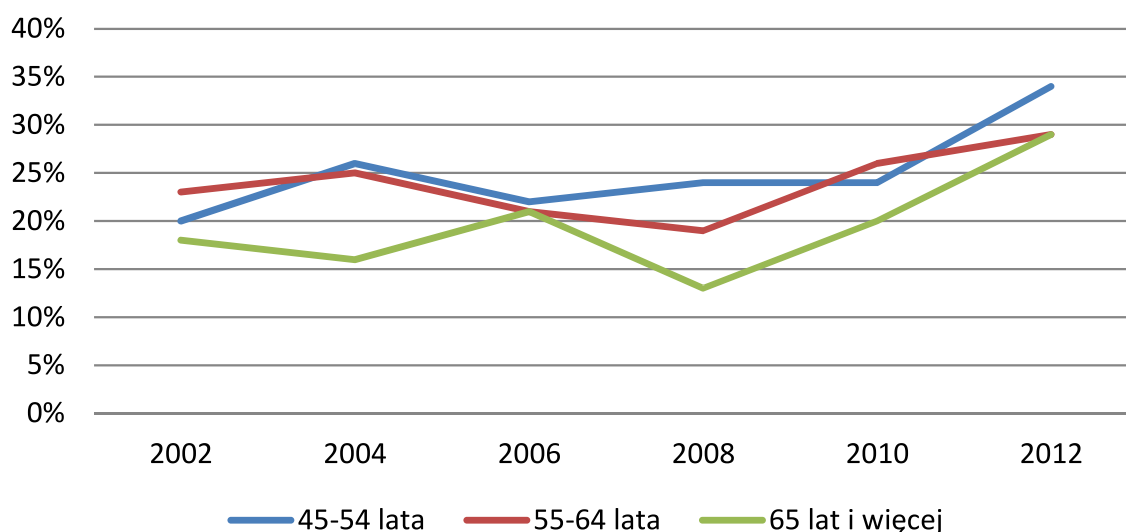
Tabela 2. Praca społeczna w organizacjach obywatelskich

Cechy społeczno-demograficzne	Respondenci pracujący społecznie w organizacjach obywatelskich (według terminów badań)	
	2002	2012
	w %	
Ogółem	21	32
Płeć		
Mężczyźni	24	32
Kobiety	18	33
Wiek (w latach)		
18–24	28	39
25–34	20	37
35–44	18	40
45–54	20	34
55–64	23	29
65 i więcej	18	29
Miejsce zamieszkania		
Wieś	23	30
Miasto do 20 tys.	19	30
20–100 tys.	15	36
101–500 tys.	21	30
501 tys. i więcej mieszkańców	26	38

Źródło: opracowanie własne na podstawie [CBOS 2012a].

w 2012 r. utrzymywał się na niemal jednakowym poziomie co w młodszej grupie wieku. Odsetek kobiet i mężczyzn angażujących się w działalność trzeciego sek-

Rycina 34. Procent mieszkańców Polski pracujący społecznie w organizacjach obywatelskich według wieku



Źródło: opracowanie własne na podstawie [CBOS 2012a].

Tabela 3. Zbiorczy wskaźnik zaangażowania w pracę społeczną²⁴

Cechy społeczno-demograficzne	Respondenci pracujący społecznie na rzecz swojego środowiska lub osób potrzebujących	
	w latach	
	2001	2011
	w %	
Ogółem	33	39
Płeć		
Mężczyźni	35	39
Kobiety	30	40
Wiek (w latach)		
18–24	38	47
25–34	32	35
35–44	35	47
45–54	32	42
55–64	36	35
65 i więcej	23	35
Miejsce zamieszkania		
Wieś	39	41
Miasto do 20 tys.	34	38
20–100 tys.	25	39
101–500 tys.	29	36
501 tys. i więcej mieszkańców	30	41
Bierni zawodowo		
Renciści	22	30
Emeryci	30	35
Uczniowie i studenci	50	48
Bezrobotni	23	36

Źródło: opracowanie własne na podstawie [CBOS 2012a].

tora jest na zbliżonym poziomie (odpowiednio 33 i 32). Wyniki wskazują na brak w Polsce zjawiska gwałtownej społecznej demobilizacji po wejściu w wiek emerytal-

ny. Mieszkańcy dużych miast zdecydowanie częściej udzielają się społecznie w organizacjach obywatelskich niż na wsi. W 2012 r. zaobserwowano wzrost odsetka osób angażujących się w działalność w organizacjach obywatelskich, w porównaniu z rokiem 2002. Przyrosty aktywności były szczególnie duże w grupach kobiet, osób w wieku 45–54 lat oraz mieszkańców miast liczących 20–100 tys. ludności (tab. 2) [CBOS 2012a].

Brak zaangażowania w działalność na rzecz społeczności lokalnej oraz w pracę organizacji obywatelskich najczęściej przejawiają robotnicy, renciści, emeryci, osoby niezadowolone ze swojej sytuacji materialnej, badani w starszym wieku oraz osoby z wykształceniem podstawowym (65–71% respondentów z wymienionych grup nie podejmuje żadnej tego rodzaju aktywności). Miejsce zamieszkania (wieś lub duże miasto) nie różnicuje badanych pod względem działalności w organizacjach obywatelskich (dla obu grup – 41%). Podobnie płeć – udział kobiet wynosi 40%, a mężczyzn – 39%. W 2011 r. zaobserwowano wzrost zbiorczego wskaźnika zaangażowania w pracę społeczną, w porównaniu z rokiem 2001. Przyrost aktywności dotyczył także grupy emerytów i wyniósł 5 punktów procentowych (tab. 3) [ibidem].

Według danych Eurostatu z 2006 r. tylko 4,2% Polaków w wieku 18–64 lat aktywnie uczestniczyło w działalności partii politycznych oraz związków zawodowych, natomiast wśród osób starszych odsetek ten wyniósł 1,9. Dla przykładu w Danii odsetek ten wśród osób do 65. roku życia wyniósł 13,5, a w grupie starszej – 8 [Eurostat]. Teoretycznie, w związku z większą ilością czasu wolnego, można byłoby się spodziewać większej gotowości osób starszych do uczestnictwa w życiu społecznym, ale dane tego nie potwierdzają. Kontrargumentem dla tej hipotezy jest pogarszający się stan zdrowia i ograniczona sprawność, które mogą w tym przypadku stanowić istotną barierę.

²⁴ Zbiorczy wskaźnik zaangażowania w pracę społeczną uwzględnia dwa wymiary aktywności: dobrowolną i nieo płatną pracę na rzecz swojej społeczności lokalnej lub osób potrzebujących oraz działalność w organizacjach obywatelskich. Takie ujęcie pozwala na uchwycenie wszystkich społeczników, którzy w 2011 r. – według własnych deklaracji – poświęcali swoją pracę i czas dla dobra wspólnego.

Tabela 4. Aktywność społeczna i wzajemna pomoc osób po 50. roku życia

	EU-10-Pn*		EU-10-Pd**		Czechy		Polska	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Odsetek osób, które w ostatnim miesiącu:								
• uczestniczyły w pracach ochotniczych, charytatywnych lub wolontariacie	17,3	12,9	10,2	9,2	2,5	3,1	3,4	1,1
• brały udział w szkoleniu lub kursie edukacyjnym	7,3	7,0	3,1	3,9	3,7	6,7	1,3	1,6
• uczęszczały do klubu sportowego, towarzyskiego lub innego rodzaju	28,4	23,2	14,5	12,9	17,1	13,2	2,7	2,2
Odsetek osób (babć i dziadków), które w ciągu ostatnich 12 miesięcy zajmowały się wnukami w czasie nieobecności ich rodziców	42,2	42,3	39,4	46,7	34,8	43,4	41,2	46,4
Odsetek osób, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy:								
• regularnie udzielały pomocy komuś w obrębie gospodarstwa domowego	6,2		8,4		8,0		9,8	
• regularnie otrzymywały pomoc od kogoś w obrębie gospodarstwa domowego	12,0		15,8		13,1		14,4	

* EU-10-Pn: Europa Północna (Austria, Belgia, Niemcy, Dania, Holandia i Szwecja).

** EU-10-Pd: Europa Południowa (Francja, Włochy, Hiszpania i Grecja).

M – mężczyźni, K – kobiety.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [SHARE 2013].

Według danych Eurostatu z 2006 r. 54,7% Polaków w wieku 18–64 lat deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy aktywnie uczestniczyło w nieformalnych działaniach²⁵ na rzecz osób trzecich. Wśród osób powyżej 65. roku życia było to 35,8%. Dla porównania, w Niemczech

odsetek ten wśród osób do 65. roku życia wyniósł 37, a w grupie starszej – 39,3, we Francji zaś odpowiednio 17,9 i 16 [Eurostat]. Maksymalny poziom wskaźnika aktywności społecznej dotyczy osób w wieku 45–54 lat, kiedy sytuacja zawodowa oraz rodzinna pozwalają na więk-

²⁵ Np. gotowanie, opieka w domu lub szpitalu, zabieranie innych osób na spacer lub zakupy.

sze zaangażowanie w aktywności czasu wolnego. Dalsze lata przynoszą już stopniowy spadek uczestnictwa, przy czym szczególnie wyraźnym progiem, po którym aktywność znacząco spada, jest wiek 75 lat [GUS 2013a].

Najważniejszym korelatem partycypacji politycznej jest uczestnictwo w wyborach. Średnia frekwencja w wyborach parlamentarnych jest w Polsce najniższa w Europie i dla elekcji parlamentarnych w latach 1989–2007 wyniosła 47% [Raciborski 2011]. Jednak to nie starsi wiekiem wyborcy są za to odpowiedzialni. Absencja jest najwyższa wśród wyborców najmłodszych (18–25 lat), a najwyższa w grupie wieku 56–65 lat. Typowy dystans między tymi grupami wynosi 20 punktów procentowych (dane Polskiego Generalnego Studium Wyborczego, ISP PAN). Frekwencja istotnie maleje w grupie wyborców po 65. roku życia, co jest prawidłowością we wszystkich krajach demokratycznych. Pewien udział mają w tym przeszkody związane ze stanem zdrowia osób starszych, niemniej istotniejszy jest kulturowo warunkowany spadek zainteresowania polityką. Warto jednak odnotować, że demobilizacja wyborców najstarszych nie jest gwałtowna. Frekwencja w tej grupie oscyluje wokół średniej krajowej i zwykle pozostaje o 10–15 punktów procentowych wyższa niż wśród wyborców najmłodszych. Problemem nie jest więc kryzys obywatelskości wśród emerytów, a raczej ogólny deficyt postaw obywatelskich w Polsce. Relatywizujący punkt widzenia nie może jednak przesłonić prawdy, że wyborcza aktywność cechuje tylko co drugiego emeryta. Tym samym ludzie ci nie wykorzystują szansy, jaką stwarza udział w wyborach, dla wytwarzania poczucia sprawstwa politycznego i budowania tożsamości politycznych. Są to ważne czynniki wpływające na ogólny dobrostan psychiczny jednostki. Mają one też znaczenie systemowe: wysoka partycypacja wyborcza sprzyja legitymizacji rządów

i systemu politycznego jako całości.

Udział w życiu społeczności lokalnych i społeczeństwie

Wyniki badania SHARE wskazują, że Polacy powyżej 50. roku życia bardzo rzadko udzielają się społecznie w ramach prac charytatywnych lub wolontariatu. Taką aktywność zgłasza tylko 3% mężczyzn i 1% kobiet. Dla porównania, w północnych krajach EU (w tym w Niemczech) jest to odpowiednio 17 i 13%. W tych krajach dużo bardziej rozpowszechnione są również szkolenia oraz kursy edukacyjne (7% w porównaniu z niecałymi 2% w Polsce). W przypadku pozazawodowej aktywności największa dysproporcja między Polską i pozostałymi krajami SHARE dotyczy aktywności towarzysko-sportowej (tab. 4) [SHARE 2013].

Udział we wspólnotach religijnych

Według raportu GUS poziom zaangażowania na rzecz działań społeczno-religijnych Kościoła rośnie wraz z wiekiem. Znacząco maleje natomiast populacja osób biernych²⁶ – z 54% wśród osób w wieku 25–34 lat do niecałych 30% w przedziale 65–74 lat. Dwukrotnie wzrasta odsetek osób aktywnych (z 5,5 w przedziale wiekowym 25–34 lat do 11,6 dla osób w wieku 65–74 lat). Najbardziej włączają się w kościelne inicjatywy osoby starsze – szczególnie w wieku 65–74 lat (11,6%), a po 75. roku życia zaangażowanie to nieznacznie słabnie [GUS 2013a]. Przyczyną tego zjawiska jest prawdopodobnie ograniczenie ogólnej sprawności i pogorszenie stanu zdrowia. Analiza średnich nieskateryzowanych wartości wskaźnika²⁷ zaangażowania w społeczną działalność Kościoła/wspólnoty religijnej według wieku oraz płci mocniej uwypukla przedstawione zależności. Średnia wartość dla płci wynosi 2,94 dla kobiet i 2,39 dla mężczyzn, a dla całej populacji – 2,68 (zakres wskaźnika: 0–4). Wskaźnik ten uzyskuje najwyższe

²⁶ Przyjęto, że do kategorii osób biernych kwalifikują się respondenci, którzy: raz w miesiącu lub rzadziej mają poczucie związku z Kościołem lub wyznaniem oraz biorą udział w mszy św. bądź nabożeństwie bez wykazania innego rodzaju zaangażowania; do kategorii osób aktywnych zaliczają się respondenci, którzy deklarują wysoki poziom zaangażowania i poczucia związku z Kościołem bądź wyznaniem, wysoką częstotliwość udziału w mszach św., nabożeństwach lub spotkaniach religijnych oraz członkostwo lub poczucie przynależności do organizacji religijnej bez wykazania innego rodzaju zaangażowania.

²⁷ Średnia wartość wyliczona dla danej zbiorowości.

wartości wśród osób w wieku 65–74 lat (zazwyczaj już nieaktywnych zawodowo) – 3,27; dla kobiet w tym wieku wynosi on 3,52, dla mężczyzn zaś – 2,92. Wysoki poziom wskaźnika odnotowano także wśród osób mieszczących się w przedziale wieku 55–64 lat (2,87; ryc. 35).

Wyniki wskazują na znacznie większą aktywność społeczno-religijną kobiet niż mężczyzn i to we wszystkich kategoriach wieku. Różnice te są szczególnie widoczne wśród osób w wieku 55–64 lat. W tym wypadku różnica między aktywnością kobiet i mężczyzn jest największa, co po części wynika prawdopodobnie z późniejszego przechodzenia mężczyzn na emeryturę. Aktywność mężczyzn w wieku 35–64 lat pozostaje praktycznie na jednakowym poziomie [ibidem].

Z wyników Diagnozy Społecznej z 2013 r. wiadomo, że ponad 41% osób dorosłych deklaruje systematyczny udział w nabożeństwach i innych uroczystościach religijnych. Jest to o ponad 1 punkt procentowy mniej niż w 2011 r. i o ponad 9 punktów procentowych mniej niż w 2000 r., a przy tym najmniej w całym okresie od 1992 r. Jednak średnia częstość udziału w nabożeństwach nie zma-

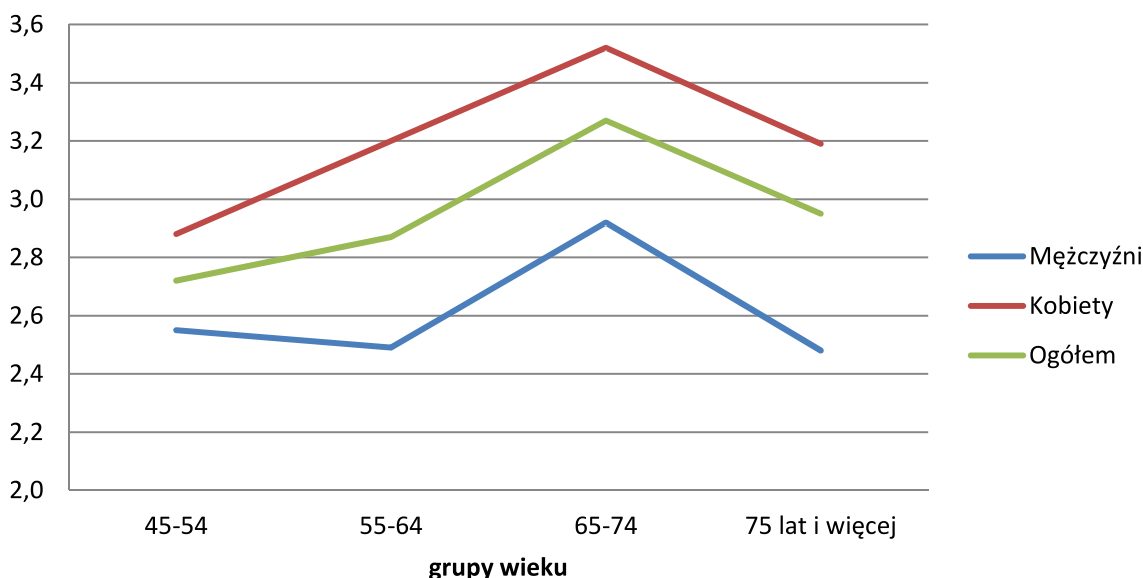
łała, lecz nieznacznie się zwiększyła w ostatnich dwóch latach za sprawą wzrostu odsetka osób uczestniczących w uroczystościach religijnych nieregularnie (1–3 razy w miesiącu). Najbardziej religijne ze względu na kryterium praktyk instytucjonalnych grupy ludności to: kobiety, osoby starsze (w wieku 60 lat i więcej), mieszkańcy wsi (w tym rolnicy), renciści i emeryci oraz osoby z podstawowym wykształceniem, a najniższymi behawioralnymi wskaźnikami religijności charakteryzują się mężczyźni, osoby w wieku do 44 lat, mieszkańcy największych miast, osoby najlepiej wykształcone i najzamożniejsze, bezrobotni, pracownicy sektora prywatnego i prywatni przedsiębiorcy (tab. 5) [Czapiński 2013a].

5.2. Społeczna percepcja ról emerytów

Rola emeryta w rodzinie

Każdy okres życia, w tym późna dorosłość, stawia przed człowiekiem nowe zadania. Pozornie banalne twierdzenie, iż starość jest kontynuacją wcześniejszych faz życia, ma głęboki sens. Wskazuje na ciągłość ról społecznych wypełnianych przez jednostkę i współzależność jej ży-

Rycina 35. Średnia wartość wskaźnika zaangażowania w działalność społeczno-religijną Kościoła/wspólnoty religijnej według wieku i płci



Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013a].

ciowych sytuacji. Brak osiągnięć w życiu zawodowym i osobistym we wcześniejszych okresach życia skutkuje frustracją, nerwicą egzystencjalną i depresją w późnym wieku. Jakość starości i starzenia się zależy w decydującej mierze od charakteru życia, jakie człowiek prowadził wcze-

śniej, zwłaszcza już w stadium dorosłości [Zielińska-Więczkowska et al. 2008]. Okres starości to czas przyjmowania nowych ról społecznych, m.in. babci i dziadka. Większość Polaków patrzy na ludzi starych właśnie przez pryzmat tych ról. Na pytanie o powód przydatności senio-

Tabela 5. Odsetek osób uczestniczących z różną częstością w nabożeństwach lub innych spotkaniach o charakterze religijnym oraz przeciętna częstość udziału w nabożeństwach w miesiącu w wybranych przekrojach społeczno-demograficznych w 2013 r.

Grupa społeczno-demograficzna	Częstość udziału w nabożeństwach w miesiącu (w %)				Częstość udziału w nabożeństwach w miesiącu
	0 razy	1–3 razy	4 razy	ponad 4 razy	
Ogółem	32,5	26	29,9	11,6	2,63
Płeć					
Mężczyźni	38,7	26,4	26,1	8,8	2,21
Kobiety	26,9	25,6	33,3	14,2	3,02
Wiek (w latach)					
45–59	29,3	26,3	33,0	11,4	2,67
60–64	26,6	23,0	36,7	13,6	3,05
65 i więcej	24,0	18,8	39,0	18,1	3,72
Miejsce zamieszkania					
Miasto ponad 500 tys.	50,1	22,8	19,1	8,0	1,82
Wieś	20,3	29,6	37,4	12,7	3,05
Status społeczno-demograficzny					
Renciści	29,9	24,0	32,3	13,8	3,04
Emeryci	23,7	19,9	39,2	17,1	3,57

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Czapiński 2013a].

rów w społeczeństwie 97% badanych wskazało pomoc przy opiece nad dziećmi, gdy rodzice intensywnie pracują. Nie wiele mniej osób (90%) wymieniło wsparcie finansowe dla dzieci i wnuków [Osiecka-Chojnacka 2012]. Ceniony jest także czas, który osoby starsze poświęcają wnukom (97%), jak również ich wiedza i doświadczenie (95%) [Rasińska et al. 2012]. Z badań wynika, że dwie trzecie dziadków (67%) widuje swoje wnuki minimum raz na siedem dni, a 64% równie często spotyka się ze swoimi dorosłymi dziećmi, które mieszkają osobno [CBOS 2012b]. Duża grupa emerytów pomaga rodzinie – opiekuje się wnukami i prawnukami (44%), pomaga w prowadzeniu domu (34%) lub w działalności zarobkowej rodziny (29%), ponadto sprawuje opiekę nad chorymi czy niepełnosprawnymi jej członkami (22%) [CBOS 2012f]. W świetle badania PolSenior rodzina jest dla osób w wieku 55–59 lat oraz starszych najważniejszą grupą odniesienia, a sukcesy i niepowodzenia w życiu rodzinnym w dużym stopniu decydują o wyniku ich subiektywnego bilansu życia. Mężczyźni i kobiety są w podobnym stopniu zadowoleni ze stosunków z najbliższą rodziną, a różnice między grupami wieku okazują się tu nieznaczne. W grupie 55–59 lat 56,1% mężczyzn uważa stosunki z najbliższą rodziną za dobre (wśród kobiet jest to 50%). W grupie 65–74 lat odsetek ten zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet wyniósł 53,2 [PolSenior 2012].

Podobny obraz zarysowuje się w świetle wyników badania CBOS z 2012 r. Zdecydowana większość badanych, którzy znali swoich dziadków (86%), określiła stosunki z nimi jako bliskie (z czego 61% jako bardzo bliskie). Jedynie co ósmy badany (12%) opisał je jako niezbyt bliskie lub całkowicie pozbawione bliskości. Prawie trzy czwarte dorosłych mieszkańców Polski (72%) ma poczucie, że coś zawdzięcza swojej babci lub dziadkowi. Co szósty (16%) twierdzi, że nie zawdzięcza im niczego, a co dwunasty (8%) nigdy nie poznał lub nie pamięta swoich dziadków. Obecnie zdecydowanie więcej badanych

niż w 2000 i 2007 r. deklaruje, że odczuwa wobec nich wdzięczność. Zmniejszył się natomiast odsetek respondentów, którzy mają odmienne zdanie na ten temat, oraz tych, którzy w ogóle nie znali swoich dziadków. Zwiększa się udział osób starszych w wychowaniu wnuków. Kobiety częściej niż mężczyźni angażują się w opiekę nad wnukami i prawnukami, pomagają dzieciom i rodzinie w prowadzeniu domu, częściej też wspierają dzieci i innych członków rodziny w ich działalności zarobkowej [CBOS 2012e]. Wdzięczność osób badanych najczęściej wynikała z uznania roli, jaką dziadkowie odegrali w wychowaniu i opiece nad nimi (65%) oraz z otaczania ich miłością (64%). Ponad połowa zawdzięcza im znajomość dziejów rodziny (57%), wpojenie zasad moralnych (57%) i wiarę religijną (54%). Nieco rzadziej badani twierdzą, że zawdzięczają swoim dziadkom takie cechy, jak obowiązkowość, pracowitość, samodyscyplina czy silna wola (48%). Około dwóch piątych respondentów uznało, że dzięki dziadkom zdobyło praktyczne umiejętności (44%) i znajomość niektórych wydarzeń historycznych (43%) oraz że to oni nauczyli ich patriotyzmu (38%). W co czwartej osobie odpowiadaającej na to pytanie dziadkowie rozbudziły jakieś zainteresowania. Stosunkowo niewielu badanych odziedziczyło po nich mieszkanie (10%) lub otrzymało coś w spadku (6%). Kluczowe wydaje się zaangażowanie dziadków w opiekę nad wnukami. Ponad cztery piąte badanych, którzy doświadczyli takiej opieki (83%), określiło swoje relacje z dziadkami jako bardzo bliskie, a pozostałe 17% – jako raczej bliskie. Wspominając własne dzieciństwo, większość badanych twierdzi, że mieli regularne, bliskie kontakty ze swoimi babciami i dziadkami. Szczególnie często o bliskości i wdzięczności mówią młodzi mieszkańcy Polski, którzy nie ukończyli jeszcze 35. roku życia [ibidem].

Rodziny jednopokoleniowe, zarówno w okresie poprzedzającym starość, jak i w jej toku, są typowe dla wielkomiejskiego życia rodzinnego. Z kolei w każdej grupie wieku na wsi odsetek osób żyją-

cych w rodzinach wielopokoleniowych jest wyższy niż w mieście. W Polsce przeciętna liczebność mieszkającej wspólnie rodziny wynosi 2,86 osoby.

Zależnie od płci, ale także od wieku, zmienia się pozycja osób starszych wewnątrz rodziny. Zazwyczaj kobiety mają niższą pozycję niż mężczyźni. W miarę postępów starzenia się następuje spadek znaczenia danej osoby i dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Główną przyczyną utraty pozycji głowy gospodarstwa domowego na rzecz młodszego pokolenia jest śmierć małżonka lub

małżonki [PolSenior 2012]. Im ludzie są starsi, tym bardziej zawęża się krąg rodziny, w którym uczestniczą. Nie dotyczy to jednak relacji z dziećmi i wnukami. Kobiety i mężczyźni utrzymują kontakty rodzinne o zbliżonej intensywności. Wyjątek stanowią osoby w wieku 55–59 lat, gdyż w tej grupie kontakty z wnukami są istotnie częstsze wśród kobiet [ibidem]. Można przypuszczać, że wynika to zarówno z wcześniejszego kończenia przez kobiety aktywności zawodowej, jak i z tradycyjnego podziału ról.

Tabela 6. Rozkład odpowiedzi na pytanie, w jakim zakresie ludzie w wieku 55 lat i więcej wnoszą swój wkład w podanych obszarach (w %)

		Duży udział	Średni udział	Brak udziału	Trudno powiedzieć
Pracownicy	UE	65	28	3	4
	Polska	53	30	8	9
Konsumenci	UE	72	23	2	3
	Polska	59	28	5	8
Wolontariusze	UE	58	26	7	9
	Polska	31	36	17	16
Wspierający rodzinę	UE	74	19	3	4
	Polska	65	21	5	9
Opiekunowie dla niepełnosprawnych	UE	71	21	3	5
	Polska	64	18	6	12
Opiekunowie dla wnuków	UE	82	14	2	2
	Polska	83	10	1	6

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Active Ageing 2012].

Rola emeryta w społeczeństwie

Polacy – podobnie jak większość Europejczyków – deklarują docenianie roli osób starszych w różnych sferach życia społecznego. Pytani przez CBOS, czy ludzie starsi „są potrzebni społeczeństwu”, w większości odpowiedzieli twierdząco (87%). Zróżnicowanie opinii w tej sprawie było związane z wiekiem. Najbardziej przychylni seniorom byli respondenci w wieku 35–44 lat, natomiast osoby mające 65 lat i starsze najczęściej twierdziły, że są oni dla społeczeństwa raczej obciążeniem. Wprawdzie na tle ogólnego przekonania o społecznej „funkcjonalności” emerytów mała grupa uważa inaczej, ale warto poznać uzasadnienie tego poglądu. Stanowiło go przede wszystkim wskazanie, że ludzie starsi częściej oraz ciężiej chorują (94%), a ich leczenie pochłania więcej funduszy. Ponadto dużym problemem są ich uzależnienie od innych (79%) oraz nierówność wynikająca z przywilejów, takich jak tańsze przejazdy komunikacją publiczną, za które płacą pozostali podatnicy (60%) [CBOS 2012d]. W grę wchodzi więc z jednej strony niska samoocena ludzi starszych, a z drugiej jednak istnienie mechanizmów wykluczania tej kategorii osób. Odpowiedzi na pytanie

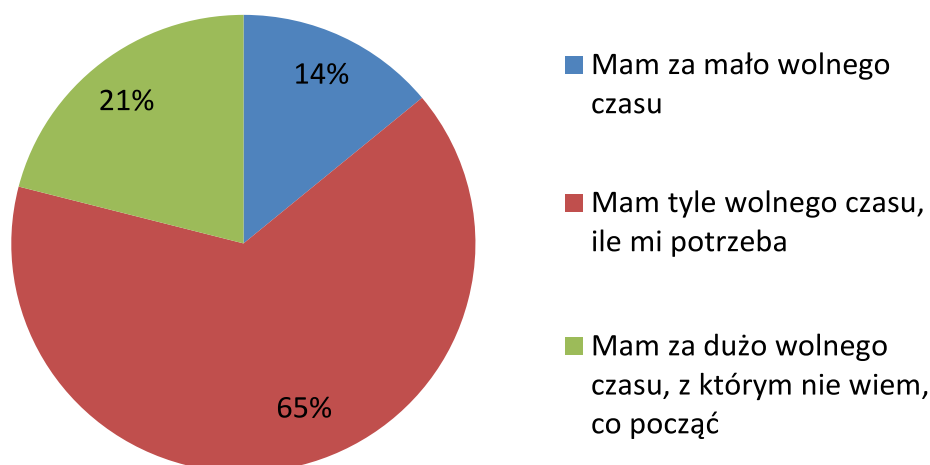
o wkład, jaki ludzie powyżej 55. roku życia wnoszą w życie społeczne w różnych odgrywanych przez siebie rolach, pokazują, że z wyjątkiem ról rodzinnych Polacy rzadziej niż ogół Europejczyków wskazują na dużą rolę osób starszych (tab. 6). Różnica ta jest szczególnie wyraźna, jeśli mówimy o roli wolontariuszy, ale również bardzo znacząca, jeśli chodzi o rolę pracownika [Active Ageing 2012].

Zmiana trybu i stylu życia. Budżet czasu wolnego

Wyniki badania CBOS z 2012 r. pokazują, że większość emerytów (65%) deklaruje, iż ma tyle wolnego czasu, ile im potrzeba. Co piąty (21%) uważa, że ma za dużo wolnego czasu, a co siódmy (14%) – że za mało (ryc. 36).

Zbyt małą ilość wolnego czasu częściej zgłaszają pracujący oraz młodszy emeryci. Jest to prawdopodobnie związane z większą ich aktywnością. W grupie tych, którzy twierdzą, że mają zbyt mało wolnego czasu, średnia wieku wynosi 63 lata, natomiast wśród osób usatysfakcjonowanych ilością wolnego czasu oraz mających go zbyt dużo – 69 lat.

Rycina 36. Deklaracje Polaków dotyczące ilości czasu na emeryturze



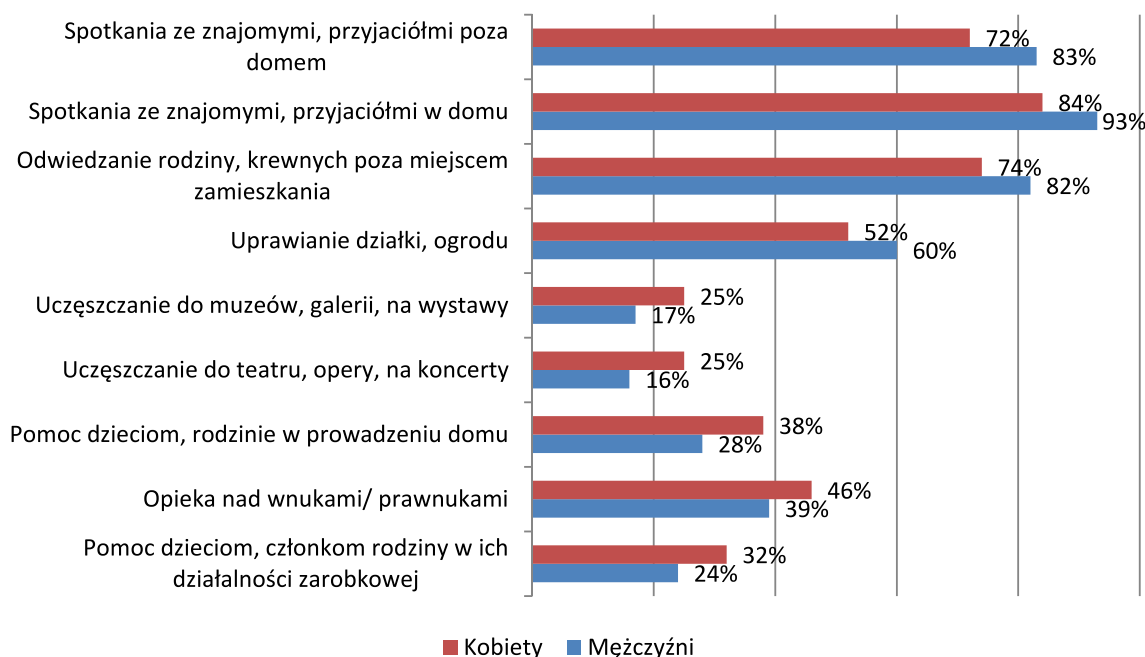
Źródło: opracowanie własne na podstawie [CBOS 2012f].

Wzory spędzania czasu na emeryturze są bardzo zróżnicowane. Bardzo silną ich determinantą jest wiek. Generalnie wraz z wiekiem respondenci coraz rzadziej podejmują różnorodne formy aktywności. Wpływ wieku jest najmniej zauważalny w przypadku działań rzadko podejmowanych przez seniorów, takich jak: praca w charakterze wolontariusza, uczestnictwo w działalności wspólnoty religijnej, nauka języków obcych, a także w przypadku najbardziej popularnego sposobu spędzania czasu – oglądania telewizji. Kobiety na emeryturze nieco częściej biorą udział w życiu kulturalnym: chodzą do teatru, do opery, na koncerty, do muzeów, do galerii i na wystawy. Niemniej w obu grupach jest to rzadki sposób spędzania wolnego czasu. Mężczyźni w większym stopniu angażują się w uprawianie działki czy ogródka, odwiedzanie rodziny poza miejscem zamieszkania, a także spotkania ze znajomymi i przyjaciółmi – w domu i poza nim (ryc. 37) [CBOS 2012f].

Również miejsce zamieszkania (wieś lub miasto) ma duży wpływ na sposoby spędzania czasu na emeryturze. Emeryci mieszkający w miastach zdecydowanie częściej niż ci, którzy mieszkają na wsi, czytają książki, czasopisma i gazety, korzystają z komputera i Internetu, uczestniczą w życiu kulturalnym, podróżują po kraju i świecie, częściej też poświęcają się swojemu hobby. Do listy aktywności typowo miejskich należy dodać także takie sposoby spędzania czasu, jak: udział w różnych ciekawych zajęciach, nauka języków obcych, dokształcanie się. Emeryci mieszkający na wsi praktycznie nie podejmują takich form aktywności, przeważnie nie ma bowiem odpowiedniej infrastruktury na terenach wiejskich. Z kolei zdecydowanie częściej uprawiają oni działki i ogrody (ryc. 38), co również wynika z obiektywnych warunków [ibidem].

Sposoby spędzania czasu na emeryturze związane są także z sytuacją materialną. Jej oddziaływanie uwidacznia się szcze-

Rycina 37. Sposoby spędzania czasu wolnego na emeryturze według płci



Połączono odpowiedzi „Tak, regularnie”, „Tak, od czasu do czasu”, „Tak, ale rzadko”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [CBOS 2012f].

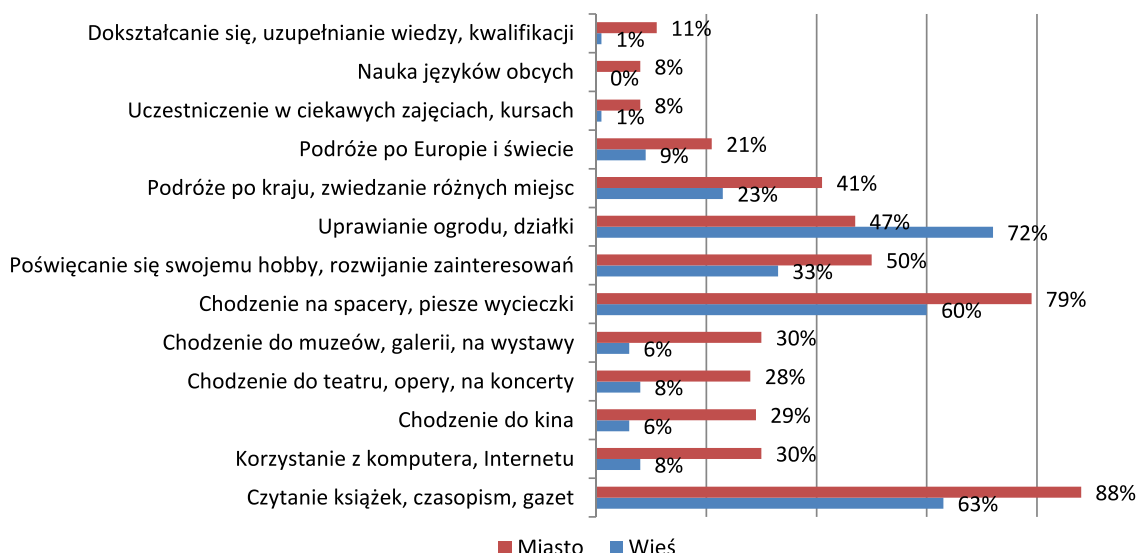
gólnie w przypadku takich aktywności, jak: podróże, uczestnictwo w kulturze oraz korzystanie z komputera i Internetu. Emeryci lepiej sytuowani częściej podróżują po kraju i świecie, odwiedzają rodzinę poza miejscem zamieszkania, częściej czytają książki, czasopisma i gazety, chodzą do kina, teatru, opery czy na koncerty oraz częściej korzystają z komputera i Internetu [ibidem].

Podejmowane na emeryturze formy aktywności zależą również od poziomu wykształcenia. Okazuje się, że emeryci lepiej wykształceni częściej angażują się w prace społeczne na rzecz innych ludzi, poświęcają się swojemu hobby, korzystają z komputera i Internetu, częściej uczestniczą w kulturze, chodzą na spacer-y lub piesze wycieczki, uprawiają sport i gimnastykę, podróżują po kraju i świecie, a także więcej czasu przeznaczają na doksztalcanie i rozwój [CBOS 2012f].

Według raportu Eurostatu z 2006 r. 63,6% mieszkańców Polski w wieku do 64. roku życia w ciągu 12 miesięcy nie

było w kinie, a 23,1% ogląda seanse 1–3 razy w ciągu roku. Dla osób powyżej 65. roku życia odsetki te wyniosły odpowiednio 94,7 i 4,3. Podobna zależność występuje w przypadku wyjść na koncerty, bale, do opery itp. – w grupie do 64. roku życia 66,9% respondentów nie brało w ciągu roku udziału w tego rodzaju atrakcjach kulturalnych, a 23,5% uczestniczyło w nich 1–3 razy. Dla osób powyżej 65. roku życia odsetki te wyniosły odpowiednio 88,2 i 8,5. Wyjścia na imprezy sportowe wśród osób powyżej 65. roku życia należą do rzadkości: ponad 94% badanych nie bierze w nich udziału, a zaledwie 3% robi to 1–3 razy w ciągu roku. Dla porównania, w grupie do 64. roku życia było to odpowiednio 71,4 i 15,4% [Eurostat]. Dane te mają charakter deklaratywny i można się spodziewać, że w rzeczywistości odsetki te są jeszcze niższe. Poziom uczestnictwa w wymienionych aktywnościach wśród osób starszych wskazuje na wyraźne wykluczenie społeczne tej grupy. Ograniczenia finansowe oraz zdrowotne nie tłumaczą w pełni

Rycina 38. Sposoby spędzania czasu wolnego na emeryturze według miejsca zamieszkania



Połączono odpowiedzi „Tak, regularnie”, „Tak, od czasu do czasu”, „Tak, ale rzadko”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [CBOS 2012f].

ni istnienia tego zjawiska. Można przypuszczać, że – przynajmniej częściowo – jest to efekt samowykluczenia, wynikającego ze sposobu, w jaki osoby starsze postrzegają swoją rolę w społeczeństwie.

5.3. Formy edukacji dla osób starszych. Uniwersytety Trzeciego Wieku jako instytucje przeciwdziałające marginalizacji osób starszych

Kształcenie osób starszych może przybierać formy edukacji formalnej, pozaformalnej i nieformalnej. Z danych Eurostatu wynika, że w Polsce w 2011 r. kształcenie i szkolenie dotyczyło 0,9% populacji osób w wieku 50–74 lat, podczas gdy przeciętnie w krajach UE-27 obejmuje 4,2%. Obserwując dane od 2005 r., można stwierdzić spadek tego współczynnika dla Polski (od 1,1 do 0,9%; tab. 7). W populacji kobiet w wieku 50–74 lat, podobnie jak w całej Unii Europejskiej, odsetek kształcących się był wyższy niż w populacji mężczyzn w tej samej grupie wieku [Eurostat].

Z danych Eurostatu wynika, że uczestnictwo osób dorosłych w Polsce w kształceniu oraz szkoleniu jest silnie uzależnione od ich wieku, poziomu wykształcenia i rodzaju edukacji (formalnej lub pozaformalnej²⁸). Uczestnictwo osób dorosłych z najstarszej kategorii wieku (55–74 lata), zarówno w edukacji formalnej, jak i pozaformalnej, wyraźnie odstaje w Polsce (0,6%) od średniej w UE (3,5%), co plasuje nasz kraj na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Podobne, wyraźne różnice dzielą osoby lepiej oraz gorzej wykształcone, na korzyść tych z wyższym wykształceniem [ibidem]. Dane te jednoznacznie wskazują, że problem edukacji osób starszych, a w szczególności słabo wykształconych, stanowi poważne wyzwanie dla państwa polskiego. Niezwykle istotne jest rozwijanie wszelkiego rodzaju inicjatyw, które umożliwiłyby zniwelowanie dystansu, jaki nasz kraj ma w stosunku do średniej europejskiej. Dużą rolę mogą tu odegrać tzw. Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW).

Uniwersytety Trzeciego Wieku są instytu-

Tabela 7. Kształcenie i szkolenie populacji w wieku 50–74 lat (w %)

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Ogółem						
UE-27	4,2	4,3	4,4	4,5	4,5	4,4	4,2
Polska	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	0,9
	Mężczyźni						
UE-27	3,7	3,7	3,7	3,8	3,7	3,6	3,6
Polska	1,0	1,1	1,0	0,9	1,0	1,0	0,8
	Kobiety						
UE-27	4,6	4,8	5,8	5,2	5,2	5,1	4,8
Polska	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Eurostat].

²⁸ Edukacja formalna obejmuje naukę w systemie szkolnym – na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjum, zasadniczych szkół zawodowych, szkół ponadgimnazjalnych (w tym policealnych), jak również kształcenie na poziomie studiów wyższych, podyplomowych i doktoranckich.

Kształcenie pozaformalne, tj. udział w edukacji poza systemem formalnym, obejmuje wszelkie zorganizowane/zinstytucjonalizowane działania edukacyjne, które nie odpowiadają definicji kształcenia formalnego.

Kształcenie nieformalne dotyczy samodzielnego uczenia się respondenta w celu uzyskania wiedzy lub doskonalenia umiejętności. W odróżnieniu od kształcenia formalnego i pozaformalnego powinno się odbywać bez udziału nauczyciela.

cjami, których główny cel stanowi edukacja osób starszych. Jest to formuła działalności edukacyjnej, która przyczynia się do zaspokajania takich potrzeb seniorów, jak: samokształcenie, poznawanie środowiska, poszerzanie wiedzy i umiejętności, wykonywanie społecznie użytecznych działań, wypełnienie wolnego czasu, utrzymywanie więzi towarzyskich, stymulacja psychiczna i fizyczna, a czasem nawet możliwość realizacji młodzieńczych marzeń. Innymi celami UTW są: sprzyjanie aktywności fizycznej osób starszych, ułatwianie kontaktów z instytucjami, np. służbą zdrowia, ośrodkami kultury, ośrodkami rehabilitacyjnymi, a także angażowanie słuchaczy w aktywność sportową i turystyczną oraz aktywność na rzecz otaczającego ich środowiska. UTW, podobnie jak wolontariat, wspomagają budowanie kapitału społecznego. Kontakt z innymi osobami oraz kształtowanie relacji wywierają pozytywny wpływ na poczucie bycia potrzebnym, kondycję zdrowotną itp.

W 2011 r. w Polsce przeciętnie na 10 tys. mieszkańców przypadało 17 uczestników UTW. Największy odsetek słuchaczy zaobserwowano w województwach: lubuskim (27 na 10 tys.), warmińsko-mazurskim (26),

pomorskim (24) i kujawsko-pomorskim (22). Najmniej seniorów bierze udział w zajęciach w województwach: świętokrzyskim (6), małopolskim (9), podlaskim (11), opolskim oraz lubelskim (12) [ASOS 2012].

Generalnie w Polsce wśród dorosłych obserwuje się negatywną zależność między wiekiem a uczestnictwem w różnych formach kształcenia. Im starsze osoby, tym w mniejszym stopniu angażują się w podnoszenie/zmianę wykształcenia. Wśród osób w wieku 50–69 lat odsetek kształcących się formalnie w 2011 r. wynosił poniżej 1,5. W kursach i szkoleniach (kształcenie pozaformalne) uczestniczyła średnio co 12 osoba w wieku 50–69 lat. W samokształceniu bierze na ogół udział więcej osób niż w pozostałych formach kształcenia. Ta prawidłowość występuje w każdej grupie wieku. W zbiorowości osób w wieku 50–69 lat odsetek korzystających z kształcenia nieformalnego wynosił 30 (tab. 8) [GUS 2013b].

5.4. Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych, alienacja

Wyróżnia się 11 barier pełnego uczestnictwa w życiu społecznym: podeszły

Tabela 8. Osoby w wieku 50–69 lat według uczestnictwa w kształceniu formalnym, pozaformalnym i nieformalnym oraz wieku w 2011 r.

Kategoria wiekowa (w latach)	Ogółem	Osoby uczestniczące w				Osoby nieuczestniczące w żadnej formie kształcenia
		jakiegokolwiek formie kształcenia	kształceniu formalnym	kształceniu pozaformalnym	kształceniu nieformalnym	
Ogółem	27 483	44,0	13,6	20,9	30,0	56,0
50–54	2 849	32,6	1,4	17,9	24,5	67,4
55–59	2 922	28,4	0,4	13,0	21,9	71,6
60–64	2 483	21,3	0,1	5,2	18,8	78,7
65–69	1 472	16,6	–	2,8	15,6	83,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie [GUS 2013b].

wiek (powyżej 50. roku życia), samotność, ubóstwo, mieszkanie na wsi, niskie wykształcenie własne i ojca, uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, konflikt z prawem, poczucie dyskryminacji, niepełnosprawność i bezrobocie [Kubicki 2010]. Ubóstwo oraz społeczne wykluczenie rozumiane są jako procesy kumulacji różnych negatywnych czynników, związanych z marginalizacją zarówno ekonomiczną, jak i społeczną. Według wyników Diagnozy Społecznej z 2013 r. najmniejszy zasięg skrajne ubóstwo miało w grupach gospodarstw domowych emerytów, pracowników i pracujących na własny rachunek (wartość stopy skrajnego ubóstwa wynosiła w tych grupach gospodarstw domowych mniej niż 2,7%) [Panek 2013]. Wśród emerytów przeważa fizyczny typ wykluczenia, związany ze sprawnością organizmu (11,2% wykluczonych, 19,7% zagrożonych wykluczeniem). Wykluczenie materialne dotyczyło 4,3% emerytów (2,5% było zagrożonych wykluczeniem) [Czapiński 2013b].

Z komunikatu CBOS z 2012 r. wynika, że do skromniejszego życia częściej przyznają się respondenci starsi oraz gorzej wykształceni (na pytanie: „Które z wymienionych określeń najlepiej charakteryzuje sposób gospodarowania pieniędzmi w Pana/i gospodarstwie domowym?”, udzielili odpowiedzi: „Żyjemy bardzo biednie lub skromnie”). Większość osób źle oceniających własne warunki materialne, mających wykształcenie podstawowe i 65 lat lub więcej uważa, że żyje skromnie bądź bardzo biednie. Bezradność wobec biedy najczęściej ujawniają badani powyżej 55. roku życia. W grupach społeczno-zawodowych najczęściej ujawniają ją bezrobotni, emeryci oraz renciści. Stosunkowo najwięcej niezadowolonych z warunków materialnych swoich gospodarstw domowych jest wśród bezrobotnych i rencistów. Relatywnie najpoważniejsze obawy co do własnej sytuacji materialnej w najbliższym roku wyrażają renciści i emeryci [CBOS 2012c].

Alienacja (łac. *alienus*, *alienum* – obcy, cudzy) oznacza: wyobcowanie, poczucie

izolacji od społeczeństwa, nieutożsamianie się ze społecznością lokalną i ponadlokalną, utratę tożsamości jednostki charakterystyczną dla dużych ośrodków miejskich w społeczeństwach przemysłowych oraz poprzemysłowych (postindustrialnych), ponadto może dotyczyć sytuacji migracji zarobkowej. To, co się sądzi o starości, może sprzyjać nie tylko marginalizacji osób starszych, lecz także ich przedwczesnemu „samowykluczeniu” z życia społecznego. Między opiniami społecznymi o starości a tym, jak się toczy życie starszych pokoleń, zachodzi więc swoiste sprzężenie zwrotne: opinie kształtują w jakiejś mierze sytuację ludzi w podeszłym wieku, a „realia starości” w danym społeczeństwie mogą zmieniać „tradycyjne” opinie i wizje starości [Osiecka-Chojnacka 2012]. Według wyników badania PolSenior poczucie zaniedbania osób starszych towarzyszy najczęściej mieszkańcom bardzo dużych aglomeracji (15,7%) i miast liczących 50–200 tys. mieszkańców (15,6%), najrzadziej zaś miast maksymalnie 20-tysięcznych (12,4%). Poza wielkimi aglomeracjami odsetek osób zgłaszających poczucie zaniedbywania utrzymuje się na tym samym poziomie (3,3) [PolSenior]. Najbardziej narażone na izolację społeczną, wskutek oddziaływania czynnika wieku, są osoby najstarsze (w wieku 75 lat i więcej). Ograniczenie kontaktów społecznych dotyczy przede wszystkim ludzi niepełnosprawnych oraz starszych. Wśród osób w wieku 65–74 lat poziom izolacji społecznej wynosił około 11%, ale w grupie wieku 75 lat i więcej wyizolowanych społecznie było już około 23% osób. W młodszych grupach wieku wartość wskaźnika izolacji społecznej wahała się od około 6 do około 9%. Izolacją społeczną dotknięte są przede wszystkim osoby pozostające poza rynkiem pracy – renciści, bezrobotni, emeryci (wskaźnik izolacji w granicach 13–17%). Mieszkańcy miast są w nieco większym stopniu wyizolowani społecznie niż mieszkańcy wsi (odpowiednio 10 i 7%). Najwięcej osób, których dotyczy to zjawisko, odnotowano w miastach dużych i średnich (100–500 tys. i 20–100 tys. mieszkańców) – około 11%.

W największych i najmniejszych ośrodkach miejskich wskaźnik izolacji społecznej wynosi około 9% [GUS 2013a].

5.5. Instytucjonalne działania na rzecz aktywizacji społecznej osób starszych

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013 (ASOS) opracowano w związku z wyzwaniem, jakie stawiają przed Polską procesy demograficzne i społeczne. Głównym celem programu jest stworzenie warunków sprzyjających rozwojowi aktywności społecznej osób starszych (które z powodu wyżu demograficznego lat 50. XX w. wchodzi lub w najbliższej przyszłości będą wchodzić w wiek ponad 60 lat). Są to osoby, które kończąc przeważnie aktywność zawodową, pozostają nadal w dobrej kondycji psychofizycznej, a także mają potencjał, kwalifikacje, życiowe doświadczenie oraz czas wolny, który można i należy zagospodarować dzięki tworzeniu odpowiedniej oferty aktywności społecznej. Program ASOS uwzględnia wewnętrzne zróżnicowanie populacji ludzi starszych. Co więcej, promuje działania, które mają na celu podtrzymanie ich aktywności oraz zapewnienie udziału w życiu społecznym, jak również działania ukierunkowane na osoby o ograniczonej samodzielności. Program ma też na celu poprawę jakości oraz poziomu życia osób starszych (powyżej 60. roku życia). W założeniu powinien się przyczynić do pełniejszego korzystania z ich potencjału społeczno-zawodowego, tak aby mogły one podejmować nowe role społeczne. Program uwzględnia wynikające z barier funkcjonalnych ograniczenia, na które mogą być narażone osoby starsze. Jest integralnym elementem działań na rzecz realizacji Strategii Rozwoju Kraju, Strategii Polityki Społecznej oraz Strategii Wspierania Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego. Działania w ramach programu służą

wsparciu ofert organizacji oraz instytucji działających na rzecz osób starszych, w tym niepełnosprawnych lub o ograniczonej sprawności ruchowej. Jednocześnie zakłada on wykorzystanie istniejącej już infrastruktury społecznej oraz ścisłą współpracę z jednostkami samorządowymi (placówkami oświatowo-kulturalnymi), ponieważ współdziałanie międzysektorowe na poziomie lokalnym może istotnie zwiększyć efektywność podejmowanych zadań na rzecz aktywności społecznej osób starszych [ASOS 2012]. Na program składają się komponent konkursowy oraz systemowy. Ten pierwszy zakłada wsparcie finansowe projektów, które są realizowane przez organizacje działające w sferze pożytku publicznego w czterech obszarach priorytetowych dla osób starszych. Są to:

- I. Edukacja osób starszych – obejmuje działania, które mają na celu m.in.: rozwój oferty edukacyjnej skierowanej do seniorów, wykorzystanie potencjału wzajemnego uczenia się, rozwój innowacyjnych form edukacji, w tym nieformalnej i pozaformalnej.
- II. Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową – zakłada rozwój różnych form aktywności osób w podeszłym wieku przy jednoczesnym wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej (np. bibliotek publicznych czy domów kultury). Istotne jest tu również włączenie do wspólnych działań młodszego pokolenia, co umożliwi budowanie wzajemnego zrozumienia oraz rozwój umiejętności społecznych.
- III. Partycypacja społeczna osób starszych – działania na rzecz zwiększenia ich udziału w życiu publicznym, społecznym, gospodarczym, kulturalnym i politycznym.
- IV. Usługi społeczne dla osób starszych – działania, które służą rozwojowi różnych form wsparcia w drodze zwiększenia dostępności

oraz podniesienia jakości usług społecznych dla ludzi w zaawansowanym wieku. Działanie ma na celu tworzenie lokalnych sieci wsparcia bazujących na pracy wolontariuszy w celu kształtowania środowiska samopomocy [MPiPS 2013].

Program ASOS finansowany jest z budżetu państwa. W świetle informacji opublikowanych na stronie internetowej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wiadomo, że na realizację programu przewidziano środki w wysokości 20 mln zł w 2012 r. oraz 40 mln zł w 2013 r. Pierwsza edycja otwartego konkursu ofert została rozstrzygnięta w październiku 2012 r. Cieszyła się ogromnym zainteresowaniem, o czym świadczy liczba 1400 zgłoszonych projektów. Ostatecznie wyłonionych zostało ponad 420 najlepszych projektów, w większości zaplanowanych do realizacji w dwuletnim przedziale czasowym. Pierwsza edycja otwartego konkursu ofert ukazała ogromny potencjał organizacji lokalnych, które działają na rzecz aktywności społecznej seniorów. Wsparcie finansowe projektów pozwoliło na urzeczywistnienie wielu ciekawych pomysłów dotyczących włączenia osób starszych w działania na rzecz społeczności lokalnych [ibidem].

Wykonaniem zobowiązania przewidzianego w Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013 są Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (ZDPS). W świetle tego dokumentu polityka senioralna rozumiana jest jako „ogół działań, w okresie całego życia człowieka, prowadzących do zapewnienia warunków dla wydłużenia aktywności, zarówno zawodowej, jak i społecznej, oraz dla samodzielnego, zdrowego, bezpiecznego oraz niezależnego życia osób starszych” [ZDPS 2013]. Projekt ma charakter ramowy. Stanowi konkretny zestaw koniecznych działań w obszarze polityki senioralnej w Polsce, kierowany do szerokiego grona odbiorców:

- do społeczeństwa, które ze względu na swoje kompetencje oraz potencjał konstytuuje priorytetowy element w procesie budowania i rozwoju polityki aktywnego oraz zdrowego starzenia się;
- do władz publicznych wszystkich szczebli, sektora prywatnego, a także pozarządowego oraz partów społecznych, których działania umożliwią odpowiednie zagospodarowanie aktywów wynikających z wydłużania życia.

Według ZDPS tak zdefiniowani adresaci działań w obszarze polityki senioralnej, a także ich ścisła wzajemna współpraca umożliwią skuteczną realizację głównego celu polityki senioralnej, jakim jest poprawa sytuacji osób starszych dla godnego starzenia się w dobrym zdrowiu [ibidem].

Rada ds. Polityki Senioralnej

W ramach komponentu systemowego Rządowego Programu ASOS w lutym 2013 r. powołano Radę ds. Polityki Senioralnej. Jej kształt odpowiada założeniu tworzenia polityki senioralnej w formule partycypacyjnej. Jest to organ pomocniczy Ministra Pracy i Polityki Społecznej. Do stałego udziału w pracach Rady zostali zaproszeni przedstawiciele ministerstw oraz centralnych organów administracji publicznej, a także organizacji jednostek samorządu terytorialnego, organizacji trzeciego sektora oraz eksperci, wydelegowani do prac w Radzie. Jej charakter odzwierciedla konsultacyjny i opiniotwórczy wymiar tego organu. Głównym efektem prac Rady ma być projekt założeń długofalowej polityki senioralnej.

Dialog obywatelski obejmujący osoby starsze i ich organizacje

Organizacje osób starszych samodzielnie występujących we własnym imieniu (*self-advocacy*) próbują angażować się aktywnie w procesy kształtowania polityk w celu wyrażania trosk oraz kwestii ich dotyczących. Wyrażanie opinii społecz-

nych przez starszych ludzi jest w obecnych czasach niezbędne bardziej niż kiedykolwiek, ze względu na coraz szybszy proces starzenia się populacji oraz pogarszające się nastroje spowodowane kryzysem i ogólną sytuacją społeczną. Szeroki dialog obywatelski między obywatelami w każdym wieku, władzami publicznymi i podmiotami, których decyzje wpływają na codzienne życie ludzi, będzie miał rozstrzygające znaczenie w kontekście reakcji na zmiany demograficzne [Przewodnik dialogu 2010].

W 2008 r. utworzono Parlamentarny Zespół ds. Osób Starszych. Jego celem jest zmobilizowanie członków Sejmu i Senatu do udziału w kształtowaniu długoterminowej strategii dotyczącej osób starszych oraz do działań mających na celu włączenie kwestii starzenia się w główny nurt polityki, a w szczególności uwzględnianie jej w ramach przedkładanych inicjatyw ustawodawczych. Zespół promuje i wspiera zasadę udziału organizacji osób starszych w politycznej debacie np. poprzez zaangażowanie krajowej sieci koordynującej działania organizacji seniorów, Forum50+ [ibidem; SEJM 2013].

Podsumowując, należy stwierdzić, że ogólny obraz społecznego usytuowania osób starszych jest w Polsce dość skomplikowany. Wynika to z następujących przesłanek:

1. Generalnie osoby starsze są mało zaangażowane w działalność organizacji społeczeństwa obywatelskiego i szerzej w życie społeczności lokalnych, ale nie odróżniają się negatywnie pod tym względem od pokolenia młodszego. Gdy natomiast idzie o aktywność polityczną i społeczną, to polskich emerytów dzieli przepaść od emerytów zachodnioeuropejskich.
2. Jeśli chodzi o sposoby spędzania czasu wolnego przez emerytów, obraz wyłaniający się z badań ankietowych należałoby uznać za bardzo optymistyczny. Zdecydowana większość emerytów spotyka się z przyjaciółmi, odwiedza rodzinę poza miejscem zamieszkania, chodzi na spacer i wycieczki, czyta gazety i książki, a co czwarty uczestniczy w tzw. kulturze wysokiej. Tymczasem inne dane (Eurostat) wskazują, że najwyżej co dziesiąty Polak w wieku powyżej 65 lat bywa w kinie. Ogólnie jednak nie ma empirycznych przesłanek do twierdzenia, że w Polsce występuje gwałtowne pogorszenie jakości życia ludzi wchodzących w wiek emerytalny. Fakt, że polscy emeryci znacznie rzadziej niż zachodnioeuropejscy uczą się w formach otwartych, mniej podróżują i mniej angażują się w życie społeczne, wynika z ogólnego ekonomicznego i cywilizacyjnego dystansu społeczeństwa polskiego do społeczeństw Europy Zachodniej.
3. Podstawowym środowiskiem społecznym, w którym egzystują emeryci, jest szeroko rozumiana rodzina. Stanowi ona dla nich podstawową grupę odniesienia, źródło ich tożsamości i niejako wzywa ich do odgrywania nowych ról społecznych, a zwłaszcza świadczenia pomocy w opiece nad wnukami. Blisko połowa emerytów, w szczególności kobiet, udziela takiej pomocy swoim dorosłym dzieciom. Nie są to jednak świadczenia jednokierunkowe, co szósty emeryt korzysta bowiem w codziennym życiu ze wsparcia dzieci i wnuków.
4. Społeczne postrzeganie znaczenia ludzi starszych koncentruje się w Polsce wokół ról rodzinnych. W praktyce oznacza to silne, zinstytucjonalizowane oczekiwania wobec osób w podeszłym wieku, aby podejmowały systematyczną i często bardzo uciążliwą opiekę nad wnukami. Mamy więc do czynienia ze swoistymi, społecznie zalegitymizowanymi roszczeniami pod adresem seniorów. Bez osłabienia tego

typu oczekiwań bardzo trudno będzie w Polsce zabiegać o ich zawodową aktywność, starać się o wzbogacanie wzorów spędzania czasu wolnego, a także o uczestnictwo ludzi starszych w życiu społecznym i politycznym. Innymi słowy, dominacja ról rodzinnych utrudnia różnicowanie praktyk emerytalnych Polaków.

Piśmiennictwo

- Active Ageing (2012). Report, Special Eurobarometer 378. European Commission, styczeń.
- ASOS (2012). 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. Warszawa, sierpień.
- CBOS (2012a). *Aktywność społeczna w organizacjach obywatelskich*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej, luty.
- CBOS (2012b). *Komunikat z badań. „Więzi rodzinne”*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej, lipiec.
- CBOS (2012c). *Materialne warunki życia*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej, kwiecień.
- CBOS (2012d). *Polacy wobec własnej starości*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej, lipiec.
- CBOS (2012e). *Rola dziadków w naszym życiu*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej, styczeń.
- CBOS (2012f). *Sposoby spędzania czasu na emeryturze*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej, sierpień.
- CBOS (2012g). *Potencjał społecznikowski i zaangażowanie Polaków w wolontariat*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej, luty.
- Czapiński J. (2013a). Indywidualna jakość i styl życia. *Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i Jakość Życia Polaków – Raport. Contemporary Economics, 7: 172–278* (wyd. specjalne), DOI: 10.5709/ce.1897-9254.107.
- Czapiński J. (2013b). Wykluczenie społeczne. Rodzaje wykluczenia społecznego. *Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i Jakość Życia Polaków – Raport. Contemporary Economics, 7: 379–384* (wyd. specjalne), DOI: 10.5709/ce.1897-9254.118.
- Eurostat. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> [dostęp: 04.11.2013].
- GUS (2013a). *Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS (2013b). *Kształcenie dorosłych 2011*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Kubicki P. (2010). *Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych*. Ekspertyza przygotowana w ramach projektu „EAPN Polska – razem na rzecz Europy Społecznej”. Instytut Gospodarstwa Społecznego SGH. Zakład Gerontologii Społecznej IPiSS.
- MPiPS (2013). <http://www.mpips.gov.pl> [dostęp: 05.11.2013].
- Osiecka-Chojnacka J. (2012). Społeczne opinie o starości a wdrażanie idei aktywnego starzenia się. *Studia BAS, 2(30): 101–128*.
- Panek T. (2013). Wykluczenie społeczne. Ubóstwo. *Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i Jakość Życia Polaków – Raport. Contemporary Economics, 7: 353–369* (wyd. specjalne), DOI: 10.5709/ce.1897-9254.115.
- PolSenior (2012). *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań: Wydawnictwo Termedia.
- Przewodnik dialogu (2010). *Przewodnik dialogu obywatelskiego na rzecz integracji społecznej osób starszych*. AGE Platform Europe, grudzień.
- Raciborski J. (2011). *Obywatelstwo w perspektywie socjologicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rasińska R. et al. (2012). Obraz ludzi starszych w raportach i zestawieniach. *Nowiny Lekarskie 2012, 81(1): 84–88*.
- SEJM (2013). <http://www.sejm.gov.pl/> [dostęp: 05.11.2013].
- SHARE (2013). Myck J. et al.: *Zdrowie, praca i styl życia populacji 50+ w Polsce na tle innych krajów Europy*. CenEA Research Note Series RN02pl/09, <http://www.share50plus.pl/> [dostęp: 17.10.2013].
- ZDPS (2013). *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*. Projekt. Warszawa, 20.10.2013.
- Zielińska-Więczkowska H. et al. (2008). Starość jako wyzwanie. *Gerontologia Polska, 16(3): 131–136*.

Wstęp

We wcześniejszych rozdziałach wiek okołoemerytalny oraz towarzyszące mu zjawiska zostały omówione w kontekście zdrowotnym, ekonomicznym, psychologicznym i społecznym. Nie wszystkie zmiany związane z przejściem na emeryturę oznaczają pogorszenie jakości życia. Kluczowym jednak zagadnieniem jest ewentualny wpływ przejścia na emeryturę na stan zdrowia. Wyniki badań naukowych nie są w tej kwestii jednoznaczne. Zakończenie pracy zawodowej może oznaczać zaprzestanie oddziaływania stresorów związanych z wykonywaniem codziennych obowiązków służbowych. Dodatkowo oczekiwanie na emeryturę może być samo w sobie źródłem stresu, którego długotrwałe oddziaływanie negatywnie wpływa na samopoczucie danej osoby. W takiej sytuacji przejście na emeryturę powinno pozytywnie wpłynąć na zdrowie, a przede wszystkim na dobrostan psychiczny. W argumentacji przeciwnej wskazuje się, że praca zawodowa jest źródłem życiowej satysfakcji. Konieczność przychodzenia do pracy oraz pewien reżim życiowy, który się z tym wiąże, wzmacnia aktywność zarówno fizyczną, jak i społeczną. Rzecz jasna, także sytuacja materialna w przypadku osób pracujących jest istotnie lepsza.

Rozważania te nie przybliżają nas jednak do jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy sam fakt przejścia na emeryturę zwiększa ryzyko zgonu. Pytanie to wiąże się z hipotezą tzw. gilotyny emerytalnej. Zjawisko to miałoby polegać na gwałtownym pogorszeniu się stanu zdrowia u osób, które w ostatnim okresie przeszły na emeryturę. Według założeń ma to wynikać z dużego obciążenia psychicznego, mentalnego oraz fizycznego w następstwie wyjścia z rynku pracy i rozpoczęcia życia w nowej roli. Konsekwencją kumulacji oddziaływania negatywnych czynników w tych okolicznościach jest właśnie zwiększone ryzyko zgonu.

Ryzyko zgonu w okresie okołoemerytalnym – gilotyna emerytalna

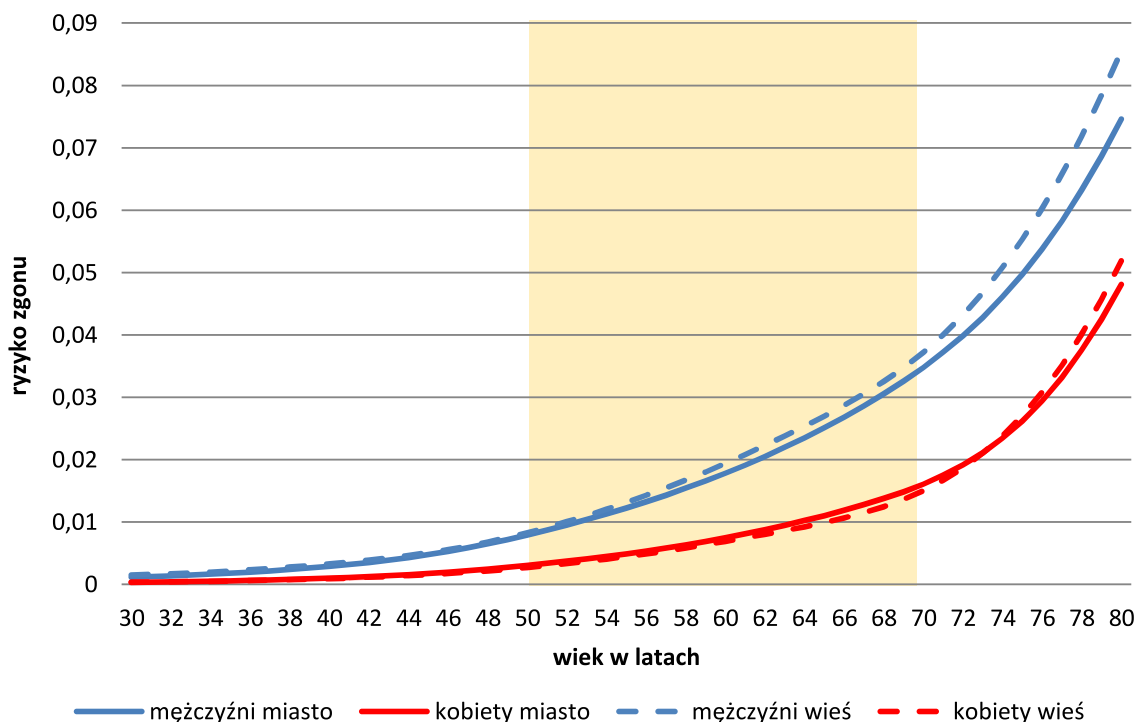
6.1. Ryzyko zgonu a wiek

Hipotezę dotyczącą istnienia gilotyny emerytalnej można starać się zweryfikować na podstawie danych o prawdopodobieństwie zgonu, które są gromadzone i opracowywane przez instytucje publiczne w ramach ich podstawowej działalności. Główny Urząd Statystyczny (GUS) udostępnia tego rodzaju statystyki w podziale na płeć, wiek w latach oraz miejsce zamieszkania. Rycina 39 przedstawia ryzyko zgonu w zależności od wieku w 2011 r. Zgodnie z koncepcją gilotyny emerytalnej wzrost ryzyka zgonu winien występować około 60. roku życia u kobiet i 65. roku życia u mężczyzn (co stanowi odzwierciedlenie ustawowego wieku emerytalnego w 2011 r.). Należałoby się również spodziewać spadku tempa wzrostu tego wskaźnika w kolejnych latach, z uwagi na adaptację do nowych warunków.

Zaprezentowane dane GUS raczej nie potwierdzają istnienia omawianego zjawiska.

Obserwuje się systematyczny wzrost ryzyka zgonu wraz z wiekiem. Po 70. roku życia następuje wyraźne przyspieszenie tempa wzrostu tego wskaźnika. Około 60. roku życia u kobiet oraz 65. roku życia u mężczyzn nie występują żadne zaburzenia ogólnej tendencji, co przeczy istnieniu gilotyny emerytalnej. Należy jednak zauważyć, że przyjęto tu *a priori* założenie, iż kobiety i mężczyźni przechodzą na emeryturę dopiero po osiągnięciu ustawowego wieku, co w świetle informacji przedstawionych we wcześniejszych rozdziałach nie jest prawdą. Problemu tego nie rozwiązuje również przyjęcie jako momentu przejścia na emeryturę średniego wieku, w którym ją przyznano (w 2011 r. było to 60,1 roku w przypadku mężczyzn i 59,5 roku w przypadku kobiet), z uwagi na jego rozrzut. W takiej sytuacji wpływ gilotyny emerytalnej rozkładałby się na różne grupy wieku, co uniemożliwiłoby jego obserwację.

Rycina 39. Prawdopodobieństwo zgonu z uwzględnieniem wieku, płci i miejsca zamieszkania w 2011 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

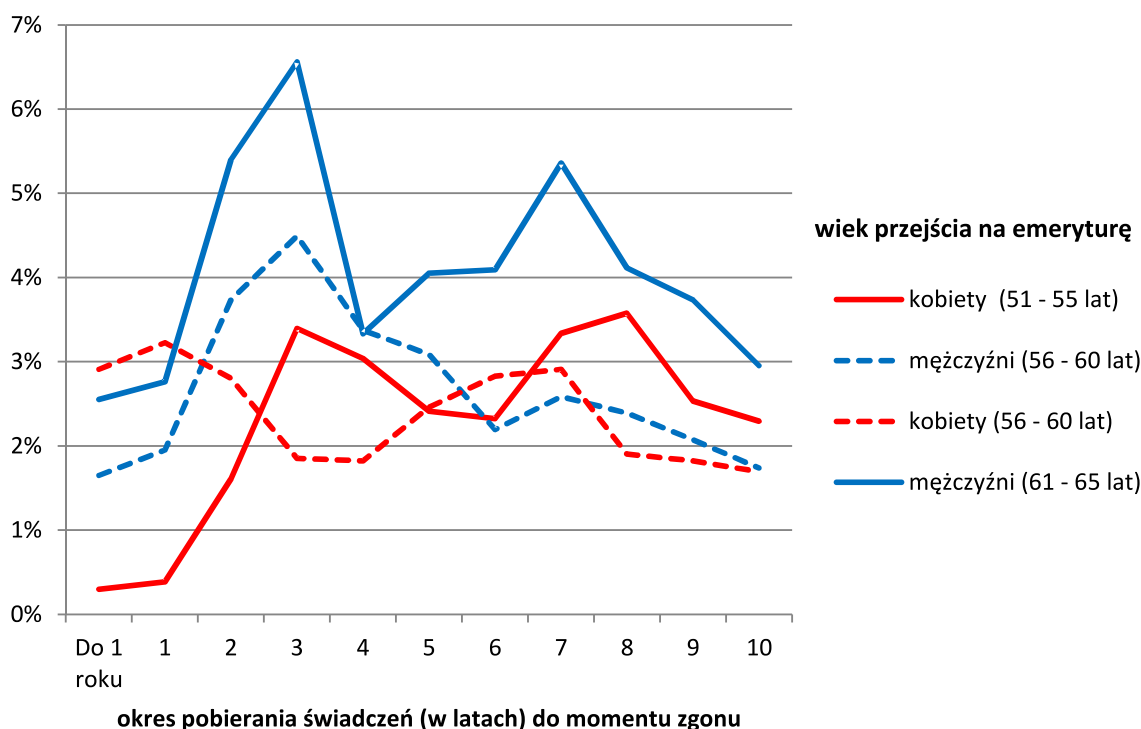
6.2. Gilotyna emerytalna z perspektywy okresu pobierania świadczeń (ZUS)

Istotne znaczenie dla analizy problemu giloty emerytalnej mają informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) pochodzące z badania przeprowadzonego w 2011 r. (dane zbierane były w czterech miesiącach: lutym, maju, sierpniu oraz listopadzie). Analiza objęła co drugiego świadczeniobiorcę (emeryta) wychodzącego z systemu wypłat z powodu zgonu. Łącznie zebrano informacje na temat 23 981 zgonów (14 765 mężczyzn i 9216 kobiet). W badaniu gromadzone były dane m.in. na temat płci, wieku przyznania świadczeń emerytalnych oraz okresie ich pobierania. Na podstawie uzyskanych w ten sposób informacji możliwe jest uwzględnienie czynników, których zabrakło we wcześniejszej analizie. Należy jednak zauważyć, że dane udostępnione przez ZUS dotyczą wyłącznie osób, które pobierały świadczenia emerytalne. Nie

można na ich podstawie wnioskować o zgonach osób, które wkroczyły w okres okołoemerytalny, ale nie rozpoczęły pobierania świadczeń.

W dalszych analizach wykorzystano dane dotyczące zgonów kobiet, które przeszły na emeryturę w wieku 51–55 lat (3356 osób) oraz 56–60 lat (3782 osoby). Stanowi to 77,5% zgonów w grupie kobiet badanych przez ZUS. W przypadku mężczyzn włączono do analizy te osoby, które przeszły na emeryturę w wieku 56–60 lat (w liczbie 6611) oraz 61–65 lat (4740). Stanowiło to 76,9% zgonów mężczyzn, uwzględnionych przez ZUS. Zróznicowanie wieku kobiet i mężczyzn miało na celu odzwierciedlenie różnic w ustawowym wieku emerytalnym. Dodatkowo włączenie pozostałych grup wieku, np. kobiet 61–65-letnich oraz mężczyzn 51–55-letnich, było niewskazane z uwagi na relatywnie niewielkie ich liczebności²⁹, co mogło istotnie wpływać na zaburzenie wyników.

Rycina 40. Udział zgonów w kolejnych latach (od momentu przejścia na emeryturę) w stosunku do wszystkich zgonów, które nastąpiły w zadanym okresie (dane ZUS)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS (2011 r.).

²⁹ Jest to szczególnie widoczne po uwzględnieniu podziału na lata pobierania świadczeń, gdzie w niektórych przypadkach liczba zgonów wahała się od 0 do 10.

Rycina 40 przedstawia procentowy udział zgonów, które nastąpiły w kolejnych latach od rozpoczęcia pobierania świadczeń emerytalnych. Jako 100% przyjęto wszystkie zgony w danej kategorii płci i wieku, w jakim dana osoba przeszła na emeryturę (np. wśród kobiet, które w wieku 51–55 lat rozpoczęły pobieranie świadczeń). Na rycinie 40 zaprezentowano jedynie okres pierwszych 10 lat od momentu przejścia na emeryturę, ale podstawą procentowania były wszystkie zgony w danej kategorii.

Spośród kobiet, które zmarły w wybranych czterech miesiącach 2011 r., a rozpoczęły pobieranie świadczeń emerytalnych w wieku 51–55 lat, 0,3% nie przeżyło okresu jednego roku na emeryturze. W przypadku kobiet, które wyszły z rynku pracy w wieku 56–60 lat, odsetek ten wyniósł 2,9. Wśród mężczyzn przechodzących na emeryturę w tym samym wieku był on równy 1,6, natomiast w grupie, która opuściła rynek pracy w wieku 61–65 lat – 2,6.

Kluczowe znaczenie ma jednak nie tylko wysokość odsetka zgonów w zależności od upływu lat od momentu przejścia na emeryturę, lecz także jego dynamika. W przypadku kobiet, które rozpoczęły pobieranie świadczeń w wieku 51–55 lat, oraz mężczyzn, którzy przeszli na emeryturę w wieku 56–60 lub 61–65 lat, obserwuje się intensywny wzrost udziału zgonów po zakończeniu drugiego roku od momentu wyjścia z rynku pracy. Udział ten wynosi dla wymienionych grup odpowiednio 1,6; 3,7 i 5,4%. W tych samych grupach kolejny rok pobierania świadczeń przynosi dalszy wzrost odsetka zgonów do poziomu 3,4; 4,5 oraz 6,6, po czym następuje spadek jego wartości do 3, 3,4 i 3,3.

Na podstawie zaprezentowanych danych można stwierdzić, że ryzyko zgonu w pierwszym roku od przejścia na emeryturę pozostaje na podobnym poziomie co

w dalszych latach. Wyjątek stanowi tu grupa kobiet, która rozpoczęła pobieranie świadczeń w wieku 51–55 lat. W ich przypadku odsetek zgonów w trakcie pierwszego roku jest wyraźnie niższy niż w późniejszych okresach. Istotny wzrost odsetka zgonów zaobserwowano natomiast po zakończeniu drugiego i trzeciego roku pobierania świadczeń. Zjawisko to wystąpiło w trzech z czterech³⁰ analizowanych grup. Ponowny wzrost udziału zgonów następuje po 7 latach od przejścia na emeryturę, ale w przypadku mężczyzn – na mniejszą skalę niż w pierwszym okresie.

Czy przedstawione wyniki świadczą o istnieniu gilotyny emerytalnej? Odpowiedź na to pytanie zależy od sposobu definiowania tego zjawiska. W świetle danych ZUS twierdzenie, że zaraz po przejściu na emeryturę (w okresie pierwszych 12 miesięcy) ryzyko zgonu istotnie wzrasta, jest nieprawdziwe. Nie jesteśmy w stanie określić skali ani kierunku zmiany względem okresu poprzedzającego wyjście z rynku pracy, gdyż takie informacje nie są udostępnione przez ZUS. Należy jednak zauważyć, że po ukończeniu drugiego i trzeciego roku pobierania świadczeń odsetek zgonów istotnie się zwiększa. Dane te mogą potwierdzać istnienie gilotyny emerytalnej, z tym zastrzeżeniem, że jej efekt nie jest widoczny natychmiast po przejściu na emeryturę, a dopiero po około trzech latach. Źródłem tego opóźnienia może być fakt, że pogorszenie zdrowia najczęściej nie ma charakteru nagłego, a raczej jest procesem (tj. zjawiskiem rozłożonym w czasie), prowadzącym ostatecznie do zgonu.

6.3. Gilotyna emerytalna z perspektywy okresu pobierania świadczeń (KRUS)

Wcześniejsza analiza dotycząca ryzyka zgonu w kolejnych latach po przejściu na emeryturę oparta była na danych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Jej za-

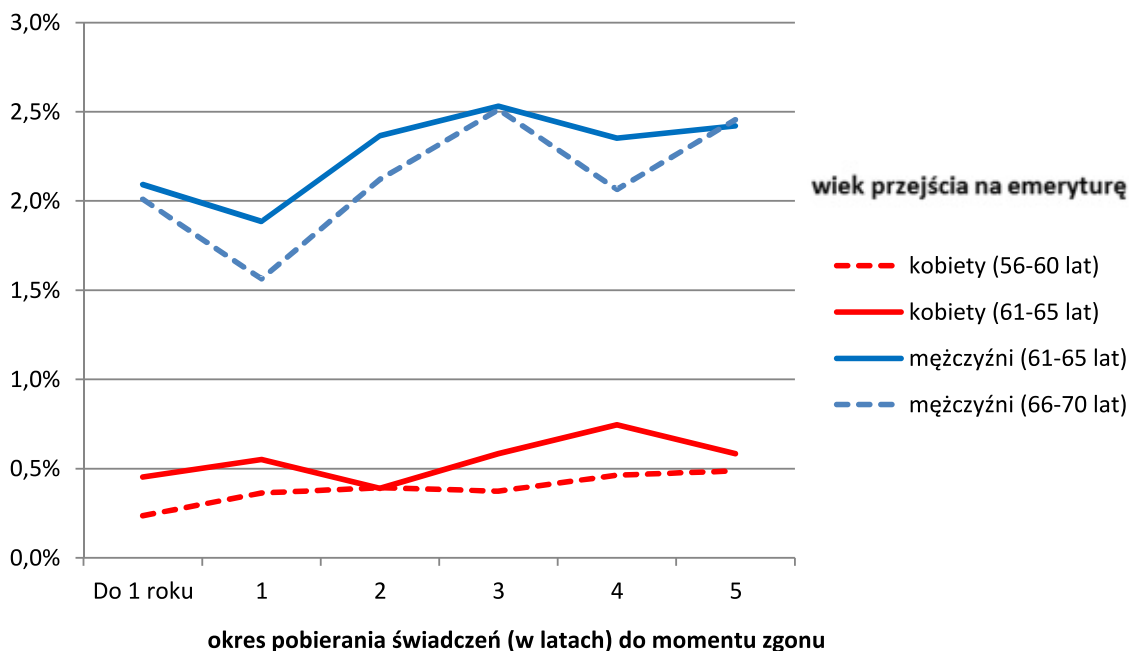
³⁰ W czwartej z analizowanych grup (kobiety, które rozpoczęły pobieranie świadczeń emerytalnych w wieku 56–60 lat) zjawisko to ma nieco inny charakter. W tej grupie udział zgonów w okresie poniżej roku od momentu przejścia na emeryturę jest stosunkowo wysoki (najwyższy spośród analizowanych grup). W następnym roku odsetek ten nieco jeszcze wzrasta, by w kolejnych latach istotnie się obniżyć. W tym przypadku można zaryzykować hipotezę, że zjawisko gilotyny emerytalnej rozpoczyna się jeszcze przed przejściem na emeryturę, co tłumaczyłoby wysoki odsetek zgonów w pierwszym okresie pobierania świadczeń. Dostępne dane nie umożliwiają jednak zweryfikowania tej hipotezy z uwagi na brak informacji odnośnie do okresu poprzedzającego przejście na emeryturę.

kres ograniczał się wyłącznie do osób, które pobierały świadczenia z tej instytucji. Kolejna analiza dotyczy osób pobierających emeryturę z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). W tym przypadku dane uzyskano bezpośrednio z rejestrów KRUS. Ich struktura i zakres były znacząco różne niż w przypadku danych z ZUS. Do analizy włączono wszystkie osoby, które otrzymały pierwsze świadczenie emerytalne w latach 2005–2007³¹. Następnie sprawdzono, czy osoby te przeżyły do listopada 2013 r. (data pobrania danych z systemu informatycznego), a jeśli nie, to w którym roku pobierania świadczeń zmarły. Ponieważ okres obserwacji w zależności od roku przejścia na emeryturę był zróżnicowany, to w analizie uwzględniono wyłącznie pierwsze pięć lat pobierania świadczeń. Z uwagi na liczebność skoncentrowano się tylko na grupie kobiet, które przeszły na emeryturę w wieku 56–60 lat (21 164 osoby) oraz 61–65 lat (3087 osób). Wśród mężczyzn było to od-

powiednio 61–65 lat (7269 osób) oraz 66–70 lat (1792 osoby). Z wymienionych grup, które rozpoczęły pobieranie świadczeń między 2005 a 2007 r., pierwszych pięciu lat nie przeżyło łącznie 1812 osób.

Rycina 41 przedstawia dane dotyczące udziału zgonów w kolejnych (pięciu) latach po rozpoczęciu pobierania świadczeń w odniesieniu do ogólnej liczby osób w danej kategorii³², które przeszły na emeryturę w latach 2005–2007. Analiza ujawnia znacznie mniejszy zakres zmian w kolejnych latach przebywania na emeryturze niż w odniesieniu do osób ubezpieczonych w ZUS. W przypadku mężczyzn, którzy rozpoczęli pobieranie świadczeń w wieku 61–65 lub 66–70 lat, obserwuje się nieznaczny wzrost po przeżyciu 2 oraz 3 lat na emeryturze. Można podjąć próbę interpretowania tego zjawiska jako przejawu gilotyny emerytalnej (działającej z podobnym opóźnieniem jak w przypadku osób ubezpieczonych w ZUS), jednak siła jego oddziaływania jest bardzo słaba. Trudno uznać to za do-

Rycina 41. Udział zgonów w kolejnych latach (od momentu przejścia na emeryturę) w stosunku do wszystkich osób, którym przyznano świadczenia emerytalne w latach 2005–2007 (dane KRUS)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KRUS (2013 r.).

³¹ Uzyskanie informacji na temat osób, które przeszły na emeryturę przed 2005 r., nie było możliwe, gdyż zapisano je w innym systemie. Uzyskano natomiast dane z lat 2008 i 2009, ale ich wykorzystanie było niewskazane z uwagi na brak pełnej pięcioletniej obserwacji.

³² W przypadku analizy opartej na danych ZUS (z uwagi na ich charakter) posłużono się w tym miejscu nie łączną liczbą osób, które pobierały świadczenia, a łączną liczbą zgonów w danej kategorii.

wód istnienia tego zjawiska. W przypadku kobiet obserwowane różnice w odsetkach zgonów w kolejnych latach pobierania świadczeń są na tyle niskie, że mogą mieć charakter całkowicie przypadkowy.

Niewielka zmienność w ryzyku zgonów w badanych grupach nie pozwala również dowieść istnienia zwiększonej śmiertelności tuż po przejściu na emeryturę wśród ubezpieczonych w KRUS. Pokrywa się to z wnioskami z wcześniejszej analizy danych z ZUS.

6.4. Wnioski

Wyniki przeprowadzonych analiz nie są jednoznaczne. W przypadku osób ubezpieczonych w ZUS w trzech z czterech omawianych grup wystąpiło zjawisko, do którego pasowałoby określenie opóźnionej (lub odroczonej) gilotyny emerytalnej. W danych pochodzących z KRUS jedynie w grupie mężczyzn obserwuje się zwiększoną liczbę zgonów około trzeciego roku pobierania świadczeń (tak jak w przypadku danych ZUS), ale różnice są mało znaczące. Wśród kobiet jedynie w grupie, która przeszła na emeryturę w wieku 51–55 lat i pobiera świadczenia z ZUS, można dopatrywać się efektu oddziaływania opóźnionej gilotyny emerytalnej. Podsumowując, należy uznać, że problem ten dotyczy głównie mężczyzn mieszkających w miastach. Niewykluczone, że zjawisko to jest powiązane z rodzajem wykonywanej pracy. Emerytura rolnicza na ogół nie oznacza zaniechania dotychczasowej pracy. To zmiana w życiu rolnika raczej formalna. I właśnie kontynuowanie pracy w gospodarstwie rolnym może być czynnikiem ograniczającym efekt gilotyny emerytalnej. Kwestia ta wymaga dalszych badań, ale zaobserwowana różnica dynamiki zgonów mężczyzn w miastach i na wsi stanowi bardzo poważny argument na rzecz tezy, że nagłe zaprzestanie aktywności zawodowej rodzi negatywne konsekwencje dla zdrowia i jakości życia.

Ani dane uzyskane z ZUS, ani z KRUS nie potwierdzają hipotezy nagłego wzro-

stu śmiertelności w okresie tuż po przejściu na emeryturę. Dotyczy to zarówno grupy kobiet, jak i mężczyzn. Taki rezultat nie zaskakuje, jest bowiem zgodny z naszą wiedzą na temat wpływu chorób przewlekłych na zdrowie i jakość życia. Pogarszanie się stanu zdrowia ma raczej charakter długotrwałego procesu, a nie punktowego zdarzenia, chociaż w niektórych przypadkach możliwe jest zaobserwowanie swego rodzaju punktów krytycznych.

Należy jednak zauważyć, że żadne z przedstawionych ujęć nie daje pełnego obrazu sytuacji. Dane GUS nie uwzględniają kluczowej z punktu widzenia tego problemu badawczego informacji, jaką jest moment przejścia na emeryturę. Z kolei na podstawie informacji udostępnionych przez ZUS i KRUS nie można wyciągnąć jakichkolwiek wniosków na temat osób, które nabyły już prawo do świadczeń emerytalnych, ale jeszcze z niego nie skorzystały. Innymi słowy, nie sposób stwierdzić, jak kształtuje się ryzyko zgonu w okresie bezpośrednio poprzedzającym przejście na emeryturę. Dodatkowo wszystkie przedstawione analizy opierały się na kontroli jedynie dwóch czynników różnicujących: wieku oraz płci. Natomiast problem zdrowia (a tym samym ryzyka zgonu) jest niezwykle złożony i warto byłoby w przyszłości uwzględnić większą liczbę czynników.

Wstęp

Jak wskazuje najnowszy raport Banku Światowego z 2013 r., wskaźnik zatrudnienia w Polsce wynosi 58%, a przeciętny Polak w wieku produkcyjnym (25–64 lat) spędza aż 13,5 roku na bezrobociu. Najbardziej zagrożone wykluczeniem z rynku pracy są osoby młode, starsze, kobiety i przedstawiciele mniejszości narodowych. Jak pokazują badania, wiek i płeć znacząco wpływają na możliwość znalezienia nowej pracy czy nawet odpowiedniego przekwalifikowania się. Zarówno młodszy (do 34. roku życia), jak i starsi (po 55. roku życia) pracownicy są mniej chętniej zatrudniani przez sektor prywatny w porównaniu z pracownikami w wieku 35–54 lat. A najtrudniej znaleźć pracę osobom, które po 50. roku życia znalazły się na bezrobociu [Bank Światowy 2013]. Rosnące zapotrzebowanie na świadczenia przedemerytalne³³ (w styczniu 2012 r. pobierało je 96,8 tys. Polaków, a rok później już 123 tys. osób) potwierdza, że powrót na rynek pracy osób starszych jest niezwykle trudny.

Istotny problem społeczny stanowi dezaktywacja ekonomiczna ludności w wieku okołoemerytalnym. Średni wiek opuszczania rynku pracy w Polsce wynosi 60,2 roku w przypadku mężczyzn i 59,6 roku w przypadku kobiet i należy do najniższych w Europie³⁴. Ubytek kobiet z rynku pracy nasila się po osiągnięciu przez nie 54. roku życia, natomiast mężczyzn – po ukończeniu 59 lat. Tendencja ta jest związana z możliwością przejścia na wcześniejszą emeryturę, pobierania za-

³³ Według Ustawy o świadczeniach przedemerytalnych z dnia 30 kwietnia 2004 r. prawo do świadczenia przedemerytalnego mają osoby w wieku zbliżonym do emerytalnego, które jeszcze nie nabyły uprawnień emerytalnych, mają długi staż zawodowy i utraciły źródło przychodu w związku z ustaniem zatrudnienia lub stosunku służbowego z przyczyn od nich niezależnych. Warunkiem uzyskania zasiłku jest uprzednia rejestracja we właściwym powiatowym urzędzie pracy. Wysokość świadczenia od marca 2013 r. wynosi 975,78 zł i jest rewaloryzowana rokrocznie.

³⁴Zob. <http://www.kongresprzedsiębiorczosci.com.pl/stanowisko.pdf>. [dostęp: 19.11.2013].

Moment przejścia na emeryturę – analiza SWOT

siłków przedemerytalnych czy rent z tytułu niezdolności do pracy lub rent rodzinnych³⁵. Ponadto aż 58% kobiet i 55% mężczyzn przechodzi na emeryturę przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Dlatego uważna diagnoza czynników wpływających na indywidualne decyzje odnośnie do kontynuowania pracy zarobkowej (po nabyciu uprawnień emerytalnych czy zasiłkowych) jest niezbędna do kształtowania efektywnej polityki społecznej.

7.1. Analiza SWOT

Na potrzeby niniejszego raportu celem analizy SWOT³⁶ było określenie korzyści (lub strat) związanych z pozostaniem aktywnym na rynku pracy w wieku okołoemerytalnym, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu tej decyzji na stan zdrowia. Poniższa analiza wskazuje mocne i słabe strony (rozumiane jako czynniki wewnętrzne, bezpośrednio wpływające na decyzję jednostki) oraz szanse i zagrożenia (rozumiane jako czynniki zewnętrzne pośrednio wpływające na decyzję jednostki lub mające wymiar *stricto* społeczny) związane z decyzją o kontynuowaniu pracy zawodowej w momencie uzyskania uprawnień emerytalnych lub zasiłkowych. Z opracowania zostały wyłączone tzw. grupy uprzywilejowane, które otrzymują świadczenia na odrębnych zasadach (górnicy, nauczyciele, służby mundurowe, kolejarze, prokuratorzy, sędziowie oraz osoby rozliczające się w KRUS³⁷).

³⁵ Chodzi głównie o rentę po zmarłym współmałżonku, która jest należna, jeśli wdowa (lub wdowiec) w chwili jego śmierci miała (miał) ukończone 50 lat lub była (był) niezdolna(y) do pracy albo jeśli wychowuje przynajmniej jedno dziecko uprawnione do renty rodzinnej po zmarłym małżonku.

³⁶ Analiza SWOT jest narzędziem diagnostycznym, które pozwala wskazać istotne elementy mające wpływ na finalną decyzję (na podstawie rachunku zysków i strat) dotyczącą wyboru konkretnego rozwiązania. Dzięki metodzie SWOT można posegregować informacje według kluczowych kategorii, którymi są:

- mocne strony (*Strengths*) – atuty analizowanego rozwiązania lub pozytywne czynniki wewnętrzne;
- słabe strony (*Weaknesses*) – wady analizowanego rozwiązania lub negatywne czynniki wewnętrzne;
- szanse (*Opportunities*) – nowe możliwości (potencjalne lub zastane) związane z wyborem analizowanego rozwiązania lub pozytywne czynniki zewnętrzne;
- zagrożenia (*Threats*) – niebezpieczeństwa, bariery czy dodatkowe koszty związane z wyborem analizowanego rozwiązania lub negatywne czynniki zewnętrzne.

Poprawna kategoryzacja pomaga skupić się na kluczowych czynnikach i właściwie zdiagnozować sytuację, a następnie wybrać optymalne w danym wypadku rozwiązanie.

³⁷ Nie jest możliwe uwzględnienie punktu widzenia wszystkich tych środowisk w ramach jednej analizy SWOT.

Problem decyzyjny: czy kontynuować pracę zawodową po uzyskaniu uprawnień emerytalnych lub zasiłkowych?

Silne strony (rozumiane jako bezpośrednie korzyści związane z kontynuacją pracy zawodowej)	Słabe strony (rozumiane jako niedogodności związane z kontynuacją zatrudnienia)
<ul style="list-style-type: none"> – Wyższa emerytura³⁸ (nie dotyczy osób, które nabyły uprawnienia na tzw. starych zasadach – tj. urodzonych przed 1 stycznia 1949 r.) – Wyższy bieżący dochód³⁹ oraz możliwość pobierania świadczeń przy zachowaniu wynagrodzenia ze stosunku pracy (do określonego poziomu) – Dostęp do dodatkowych świadczeń pozapłacowych związanych z kontynuacją zatrudnienia (np. benefity finansowane z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, dostęp do prywatnej opieki zdrowotnej) – Nowe wyzwania, które stanowią pozytywną stymulację do dalszego rozwoju i inwestowania w siebie (zaspokojenie potrzeby samorealizacji) – Mniejsze ryzyko depresji (dotyczy tylko zawodów związanych z prestiżem społecznym i dopasowanych do kwalifikacji pracownika) – Integracja społeczna, mniejsze poczucie samotności i izolacji od innych (zaspokojenie potrzeby afiliacji) – Utrzymanie pozycji społecznej i poczucia bycia potrzebnym, co wpływa na większą pewność siebie i zachowanie zdrowia psychicznego (zaspokojenie potrzeby uznania) – Zmniejszenie ryzyka wykluczenia osób starszych (społecznego, finansowego, cyfrowego) – Wewnętrzna motywacja do pracy („nie muszę, ale chcę pracować”) – Większa aktywność fizyczna osób pracujących związana z aktywnością zawodową (trzeba się ubrać, dojechać do pracy etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> – Koszty alternatywne związane z utratą możliwości wykonywania innych czynności (wsparcie rodziny, realizacja pasji życiowych etc.) – Większy stres życiowy i niepewność (brak poczucia bezpieczeństwa, stres związany z zagrożeniem utratą pracy) – Pogorszenie się stanu psychicznego, jeśli praca nie jest dostosowana do kwalifikacji i możliwości pracownika (ryzyko depresji, wypalenia zawodowego) – Pogorszenie się stanu zdrowia w przypadku prac fizycznych lub wykonywanych w warunkach szczególnie uciążliwych bądź szczególnie szkodliwych dla zdrowia – Obciążenia związane z pracą (koszty dojazdu, doksztalcania się, zmęczenie etc.)

³⁸ Dla większości osób urodzonych po 1949 r. obowiązujące są tzw. nowe zasady, według których emerytura jest wypłacana po osiągnięciu wieku emerytalnego, a jej wysokość zależy od sumy odprowadzonych w przeszłości składek.

³⁹ Według danych ZUS z grudnia 2012 r. średnia miesięczna wypłata emerytur w relacji do przeciętnego wynagrodzenia wynosi 61,3%, przy czym wskaźnik ten jest wyższy w przypadku mężczyzn (74,8%).

Możliwości (rozumiane jako czynniki zewnętrzne wpływające pośrednio na decyzję o kontynuacji zatrudnienia)	Zagrożenia (rozumiane jako czynniki zewnętrzne wpływające pośrednio na decyzję o przejściu na emeryturę)
<ul style="list-style-type: none"> – Prognozowane zmniejszenie liczby ludności w wieku produkcyjnym, które sprzyja zwiększonemu zainteresowaniu pracodawców utrzymaniem starszych pracowników w firmie i angażowaniem ich w jej działalności (np. poprzez doradztwo, mentoring etc.) – Kampanie społeczne promujące różnorodność w miejscu pracy i zachęcające do przełamywania stereotypów oraz międzypokoleniowej wymiany doświadczeń i wzmocnienia solidarności międzypokoleniowej – Zaangażowanie firm w ramach realizowanych programów z zakresu społecznie odpowiedzialnego biznesu i godzenie potrzeb osób starszych z oczekiwaniami pracodawców – Budowa „srebrnej gospodarki” charakteryzującej się szeroką ofertą usług dla osób starszych i dostrzeżeniem ich w roli konsumentów – Rosnąca popularność Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz środki unijne przeznaczane na uzupełnienie luki kompetencyjnej wśród starszych pracowników – Polityka senioralna państwa i coraz większe zaangażowanie instytucji państwowych w aktywizację osób starszych i implementację programów⁴⁰ długofalowych 	<ul style="list-style-type: none"> – Nacisk społeczny ze względu na blokowanie miejsc pracy i możliwości rozwoju dla młodszego pokolenia (szczególnie odczuwalne w przypadku zajmowania prestiżowych stanowisk lub w regionach o wysokim bezrobociu) – Wysokie wymagania pracodawców w stosunku do zatrudnionych (elastyczność, mobilność, dyspozycyjność, dobra prezencja, dokładność i szybkość działania, łatwość nabywania nowych umiejętności, rozwinięte kompetencje z zakresu IT) powodujące, że starszy pracownik przegrywa w konkurencji z młodszym, poczucie niedopasowania – Zmiany technologiczne na rynku pracy skutkujące dekapitalizacją kompetencji osób starszych (w konsekwencji wyższy koszt zatrudnienia osób starszych nie jest rekompensowany większą efektywnością ich pracy) – Narażenie na dyskryminację w miejscu pracy skutkującą brakiem inwestowania w rozwój pracownika (brak dostępu do szkoleń czy awansów, „zamrożenie” na tej samej pozycji zawodowej) – Niechęć pracodawców związana z wyższymi kosztami zatrudniania i „przywyczajeniami” osób starszych (większe ryzyko niedyspozycji i absencji chorobowych, wyższe wynagrodzenia ze względu na staż pracy) – Funkcjonujące stereotypy w odniesieniu do osób starszych (pracownik mało perspektywiczny); także w świadomości samych pracowników w wieku 50 lat i więcej – Kryzys ekonomiczny i związany z nim malejący popyt na pracę (redukcje w pierwszej kolejności obejmują osoby, które mają alternatywne źródła utrzymania, np. uprawnienia emerytalne – tzw. kryterium socjalne) – Trudności z zapewnieniem opieki nad starzejącymi się członkami rodziny lub dziećmi (ze względu na wysokie koszty usług bądź preferowany rodzinny system opieki) skutkują koniecznością rezygnacji z pracy zwłaszcza kobiet w okresie okołoemerytalnym – Brak powszechnie dostępnych programów przekwalifikujących, które umożliwiłyby osobom starszym nabycie nowych umiejętności wymaganych w pracy

⁴⁰ Np. Dokument ASOS 2012 (MPiPS) oraz materiały opracowane przez Radę ds. Polityki Senioralnej.

Uwagi

Analiza SWOT pokazuje, jakie czynniki mogą być brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o pozostaniu aktywnym na rynku pracy. Należy jednak podkreślić, że wagi poszczególnych czynników będą nadawane indywidualnie w zależności od:

- **Stanu zdrowia (zarówno psychicznego, jak i fizycznego)** – pogarszanie się z wiekiem stanu zdrowia (choroby przewlekłe, ograniczenie sprawności fizycznej, choroby neurodegeneracyjne, upośledzenie narządów zmysłu) zależy od indywidualnych predyspozycji, stylu życia oraz prowadzenia odpowiedniej profilaktyki zdrowotnej we wcześniejszych okresach. W przypadku częstych niedyspozycji zdrowotnych powrót do pracy może się wiązać z podniesionym poziomem stresu, jeśli nie zostanie ona dostosowana do fizycznych możliwości pracownika. Kluczowe jest więc zaangażowanie pracodawców i zachęcenie ich do wzięcia współodpowiedzialności za efektywne funkcjonowanie osób starszych w ich organizacji (np. poprzez zmianę charakteru powierzonych zadań, zmniejszenie wymiaru pracy, dostosowanie pomieszczeń etc.).
- **Sytuacji ekonomicznej** – obawa przed zmniejszeniem bieżących dochodów, utratą niezależności finansowej czy brakiem możliwości zabezpieczenia potrzeb rodziny jest najsilniejszym motywatorem do pozostania na rynku pracy. Jednakże w przypadku płac niskopłatnych różnica między otrzymywanym świadczeniem a wynagrodzeniem nie jest wysoka. Ponadto po przejściu na emeryturę i odjęciu kosztów związanych z uzyskaniem przychodu (np. dojazdy do pracy) sytuacja finansowa emeryta może być lepsza niż nisko wykwalifikowanego pracownika. Z kolei osoby prowadzące działalność gospodarczą są mniej skłonne do przechodzenia na emeryturę niż najemni pracownicy⁴¹ [MPIPS 2008] i częściej odraczają ten moment.
- **Sytuacji rodzinnej** – powszechnie uważa się, że osoby w wieku okołiemerytalnym (szczególnie kobiety) dezaktywują się ze względu na chęć opieki nad członkami rodziny (głównie wnukami). Jednakże na podstawie badań [ibidem: 123] można stwierdzić, że opuszczanie rynku pracy nie jest podyktowane powodami rodzinnymi. To raczej przejście na emeryturę zachęca rodzinę na „zagospodarowania” babci czy dziadka. Osobne zagadnienie stanowi konieczność opieki na starszymi członkami rodziny z uwagi na brak dostępnych ośrodków opiekuńczych lub ich wysokie koszty.
- **Miejsca zamieszkania** – im wyższy poziom bezrobocia w danym regionie, tym trudniej o dobrze płatną pracę i tym większa jest presja otoczenia, by osoby nabywające uprawnienia zwalniały intratne posady. Osobną kwestią jest zamieszkiwanie na wsi, gdzie przejście na emeryturę ma charakter łagodniejszy i stopniowy. Decyzja o przejściu na emeryturę ma wyraźnie wymiar ekonomiczny (dodatkowe środki) i nie oznacza zaprzestania angażowania się w prace we własnym gospodarstwie.
- **Charakteru wykonywanej pracy i poziomu wykształcenia** – im wyższy poziom kwalifikacji zawodowych, tym większe prawdopodobieństwo posiadania pracy lepiej płatnej czy związanej z wysokim prestiżem społecznym, co z kolei wpływa na motywację i chęć pozostania na rynku pracy. Jednocześnie – tym poważniejsze trudności ma pracodawca z zastąpieniem danego pracownika. Stąd też większa skłonność pracodawców do zatrzymania starszych i doświadczonych, wysoko wykwalifikowanych pracowników w organizacji i dostosowania charakteru pracy do ich możliwości. Zarazem jednak praca ciężka, silnie stresująca czy nisko płatna skłania do wcześniejszego opuszczenia rynku pracy.
- **Płci** – czynnik ten silnie różnicuje aktywność zawodową. Kobiety są znacznie dłużej nieaktywne na rynku pracy w wieku produkcyjnym, co spowodowane jest aktywnością związaną z prowadzeniem domu oraz wychowywaniem dzieci. Powrót do pracy jest w przypadku kobiet utrudniony ze względu na brak ciągłości zatrudniania i aktualizowania posiadanych kwalifikacji zawodowych. Z tego samego powodu mogą się one spodziewać niższego wynagrodzenia za pracę, co sprawia, że kontynuacja zatrudnienia

⁴¹ W grupie pracujących na własny rachunek udział osób, które pozostają aktywne zawodowo w okresie okołiemerytalnym, jest o mniej więcej 20 punktów procentowych wyższy w porównaniu z grupą pracowników najemnych.

może być dla nich nieopłacalna (zwłaszcza gdy mają możliwość podjęcia alternatywnych zajęć albo podlegają silnej presji na dezaktywizację wskutek niedoboru usług opiekuńczych).

- **Możliwości kontynuowania pracy** – jest to czynnik często niezależny od samych zainteresowanych. W wielu firmach pracownicy w wieku okołoemerytalnym są częściej zwalniani, niż odchodzą z własnej woli [ibidem: 125]. Pracodawcy obawiają się, że od pracownika w wieku ochronnym nie będzie można za dużo wymagać. Problemem jest więc konieczność utrzymania wysokiej wydajności pracowników w związku z rosnącą konkurencyjnością biznesu, ograniczoną liczbą etatowych miejsc pracy oraz wysoką podażą lepiej wykształconych młodszych pracowników (ze znajomością języków obcych, narzędzi IT etc.). Tendencja do „pozbywania się” starszych pracowników jest szczególnie wyraźna w branżach, w których nie jest trudno ich zastąpić (np. prace biurowe niewymagające wysokich kwalifikacji).
- **Panującego zwyczaju w danym środowisku** – w pewnych grupach zawodowych (np. górnicy, nauczyciele) następują masowe przejścia na emeryturę w momencie nabycia uprawnień. Pobieranie relatywnie wysokich gwarantowanych świadczeń przy możliwości „dorabiania sobie” (np. udzielanie korepetycji w przypadku nauczycieli) jest z ekonomicznego punktu widzenia bardziej opłacalne.

7.2. Przyczyny wczesnej dezaktywacji zawodowej

Z raportu dotyczącego dezaktywacji osób w wieku okołoemerytalnym [MPiPS 2008] wynika, że czynnikiem determinującym przechodzenie na emeryturę jest przede wszystkim nabycie odpowiednich uprawnień. W dalszej kolejności na dezaktywację wpływają kryteria dochodowe, stan zdrowia, presja wymagań ze strony środowiska zawodowego i uwarunkowania rodzinne (m.in. konieczność opieki nad schorowanymi członkami rodziny). Ograniczenie możliwości wcześniejszego

opuszczenia rynku pracy⁴² i wprowadzenie zachęt do dłuższej partycypacji zawodowej (np. przez zwiększenie wiedzy na temat wysokości przyszłej emerytury czy korzyści związanych z kontynuacją zatrudnienia) jest zatem kluczowe, by nasilić aktywizację zawodową Polaków. Dotyczy to szczególnie osób w wieku przedemerytalnym, gdyż w tym okresie podejmuje się decyzje odnośnie do opuszczenia lub pozostania na rynku pracy.

7.3. Dodatkowe obserwacje wynikłe z analizy

- Im lepsze są ogólny dobrostan i poziom kompetencji pracownika, tym mniejsze występują bariery związane z wejściem i utrzymaniem się na rynku pracy. Innymi słowy, to nie czynnik wieku, lecz raczej efektywności i użyteczności pracownika determinuje jego pozycję na rynku pracy. Kluczowe jest zatem posiadanie odpowiednich kompetencji (społecznych, językowych, technicznych) i kondycji psychofizycznej, a także – coraz częściej – możliwość mobilności zawodowej, by utrzymać/zdobyć stanowisko pracy.
- Im wyższa pozycja zawodowa i dopasowanie kompetencji pracownika do wykonywanych zadań, tym większe prawdopodobieństwo, że będzie on chciał kontynuować zatrudnienie po nabyciu uprawnień emerytalnych. Ciężka, nisko płatna praca, generująca stres czy postrzegana jako mało prestiżowa jest czynnikiem wpływającym na decyzję o szybszym przejściu na emeryturę.
- Kluczowe są aktywności podejmowane we wcześniejszych fazach życia, które rzutują na stan zdrowia i sprawność w wieku podeszłym. Odpowiednia profilaktyka zdrowotna, rehabilitacja i inwestowanie przez całe życie zawodowe w swoje kompetencje (doszkalanie) pozytywnie wpływają na dobrostan i możliwości w wieku podeszłym.
- Osoby, które wypadły z rynku pracy ze względu na brak odpowiednich kompetencji lub pogarszający się stan zdrowia, warto angażować w aktywności społeczne, co ma pozytywny wpływ na ich sa-

⁴² Rozwiązania wprowadzone przez reformę emerytalną z 2012 r. (zrównanie i podniesienie wieku emerytalnego do 67. roku życia, wprowadzenie częściowych emerytur znacząco niższych od świadczeń należnych w momencie osiągnięcia ustawowego wieku emerytalnego).

- moocenę i subiektywne poczucie zdrowia, a także przyczynia się do redukcji ryzyka depresji.
- Uzupełnianie luk kompetencyjnych wynikłych ze zmian technologicznych i wykształcenie proaktywnej postawy wśród osób starszych, a także promowanie solidarności międzypokoleniowej to warunki ich efektywnej adaptacji na rynku pracy.
 - Im trudniejsza sytuacja ekonomiczna, tym wyższe ryzyko wykluczenia społecznego i większe problemy z uzyskaniem pracy („spirala ubóstwa”).
 - Okres ochronny⁴³ może utrudniać pracownikom w wieku powyżej 50 lat powrót na rynek pracy w przypadku zwolnienia. Pracodawcy obawiają się zatrudniania pracowników, którzy niezależnie od efektów swojej pracy czy od sytuacji finansowej firmy będą chronieni przed zwolnieniem.
 - Wprowadzenie odpowiednich udogodnień dla pracodawców, by nie zastępowali starszych pracowników młodszymi (np. w drodze zmniejszenia obciążeń podatkowych, obniżenia składek ZUS) może przyczynić się do poprawy sytuacji na rynku pracy dla osób w wieku okołoemerytalnym.

7.4. Podsumowanie

Powyższa analiza przybliżyła problematykę dezaktywizacji emerytalnej i wskazuje na kluczowe czynniki, które mają wpływ na decyzję dotyczącą opuszczenia rynku pracy przez osoby w wieku okołoemerytalnym. Na moment przejścia na emeryturę oddziałuje wiele czynników, a ich wagi nadawane są w zależności od specyficznej sytuacji jednostki (zdrowotnej, ekonomicznej, rodzinno-społecznej). Nie ma więc jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy warto kontynuować pracę po nabyciu uprawnień emerytalnych lub zasiłkowych, gdyż każda decyzja jest rozpatrywana indywidualnie z uwzględnieniem możliwych alternatyw i posiadanych zasobów. Należy przy tym założyć, że jednostki postępują racjonalnie. Oznacza to, że zostaną na rynku pracy, jeśli w ich ocenie korzyści (w analizie SWOT: silne strony i możliwości) związane z kontynuacją zatrudnienia będą przewyższać su-

mę strat (tj. słabe strony i zagrożenia) z tego tytułu. Warto też zauważyć, że ocena sytuacji jest dokonywana na podstawie dostępnych informacji (często stereotypowych, czerpanych z najbliższego otoczenia). Zmiana sposobu postrzegania pewnych kwestii jest możliwa tylko za pośrednictwem odpowiednio zaplanowanych kampanii informacyjno-edukacyjnych.

Ponadto należy podkreślić, że skuteczna walka z dezaktywacją zawodową polega na tworzeniu nowych miejsc pracy (w przeciwnym razie, utrzymując zatrudnienie osób starszych, zablokuje się dostęp do pracy osobom młodym). Stąd kluczowe jest wprowadzenie mechanizmów uelastyczniających warunki pracy i zachęcających pracodawców do zwiększenia zatrudnienia, jak również wspieranie jednostek przy rozpoczynaniu i prowadzeniu działalności gospodarczej.

Implikacje stanu zdrowia dla problematyki dezaktywizacji emerytalnej

Jak wynika z przeprowadzonej analizy SWOT, stan zdrowia to jeden z wielu czynników wpływających na decyzję o zakończeniu lub kontynuowaniu pracy zawodowej. W powszechnej świadomości istnieje jedynie negatywne powiązanie między zdrowiem a pracą – uważa się, że dłuższa aktywność zawodowa powoduje większe obciążenie organizmu. Tym samym osoby zwlekające z przejściem na emeryturę ryzykują pogorszenie się zdrowia oraz niższą jakość życia w momencie wyjścia z rynku pracy. Rzeczywiście, w przypadku pracy źle dopasowanej do aktualnych możliwości i kwalifikacji taki efekt może nastąpić. Mowa tu o dodatkowym pogorszeniu zdrowia w stosunku do tego, który jest naturalnym efektem starzenia się człowieka. Zarazem jednak prawidłowo dobrana praca względem kwalifikacji, możliwości i potrzeb osoby starszej powinna się przekładać na dłuższe utrzymanie zdrowia i wyższą jakość życia. Niestety, w społeczeństwie polskim nie istnieje taka świadomość.

⁴³ Okres ochronny rozpoczyna się na 4 lata przed osiągnięciem wieku emerytalnego.

Na koniec należy wyjaśnić jeszcze jedną kwestię. Mimo że stan zdrowia to tylko jeden z wielu czynników uwzględnianych przy podejmowaniu decyzji o kontynuowaniu lub zakończeniu pracy, to w rzeczywistości pozostawanie w dobrym zdrowiu stanowi warunek konieczny ewentualnej dalszej aktywności zawodowej. Z tego względu tak istotna jest długofalowa profilaktyka prozdrowotna. Odpowiedzialne zarządzanie własnym zdrowiem to podstawa skutecznego wydłużania aktywności zawodowej.

Piśmiennictwo

- Bank Światowy (2012). Skills, not just diplomas, http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/101411_FullReport.pdf [dostęp: 20.11.2013].
- Bank Światowy (2013). Back to work: Growing with jobs in Europe and Central Asia, http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2013/11/07/000020439_20131107084019/Rendored/PDF/Backto0work0G0ope0and0Central0Asia.pdf [dostęp: 20.11.2013].
- <http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/747748,ile-zarabiaja-pracownicy-po-piecdziesiatce.html> [dostęp: 23.11.2013].
- http://wyborcza.biz/biznes/1,100896,14914805,Przeciety_Polak_spedza_13_lat_na_bezrobociu.html#TRrelSST#ixzz2ITGImyZh [dostęp: 19.11.2013].
- http://wyborcza.pl/1,76842,14946939,Uciekamy_przed_bezrobociem__Jak_przezyc__60_latku_.html#ixzz2ITgHsSnz [dostęp: 19.11.2013].
- Komisja Europejska (2012). EUROPE 2020. Integrated guidelines for the economic and employment policies of the Member States, <http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/Brochure%20Integrated%20Guidelines.pdf> [dostęp: 23.11.2013].
- MPiPS (2008). Dezaktywizacja osób w wieku około emerytalnym, <http://www.mpips.gov.pl/userfiles/File/Raporty/Dezaktywizacja.pdf> [dostęp: 23.11.2013].
- Westerlund H. et al. (2009). Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): A cohort study. *Lancet*, 374(9705): 1889–1896.
- ZUS (2012). Wa niejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2011 r. Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Starzenie się polskiej populacji jest jednym z kilku najważniejszych wyzwań, z jakim w najbliższych dziesięcioleciach państwo musi się zmierzyć. Według szacunków Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności w wieku 65 lat i więcej do 2025 r. zbliży się do wartości 8 mln. Tendencji tej odwrócić nie można, ale można uczynić wiele, by zminimalizować negatywne konsekwencje omawianego zjawiska – zarówno dla rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, jak i jakości życia osób starszych.

Konieczna staje się długofalowa polityka prozdrowotna skierowana do całego społeczeństwa, w tym również do najmłodszych roczników, promująca aktywność fizyczną, społeczną i rodzinną, unikanie czynników ryzyka, takich jak nałogi (tytoniowy i alkoholowy) oraz niewłaściwa dieta, zgodnie z zasadą „zdrowie przez całe życie” (*health across the life*). Truizmem jest twierdzenie, że jakość życia na starość zależy od nawyków i stylów życia wytworzonych w młodości, ale dane przedstawione w raporcie wskazują, że nie są z tego wyciągane należyte wnioski.

Ubóstwo, stres czy wielochorobowość prowadzą do fizycznej, psychicznej i społecznej niepełnosprawności oraz uzależnienia od innych osób. Są to również cechy wieku podeszłego, którego granice stanowią zakończenie pracy zawodowej i przejście na emeryturę. Już samo istnienie takiego społecznego wyobrażenia okresu emerytury budzi poczucie zagrożenia tych, którzy się do niego zbliżają. Szczególne nasilenie tego zjawiska występuje wśród osób samotnych, które przedwcześnie utraciły najbliższego partnera życiowego. Ucieczka w chorobę, często nieświadoma lub spowodowana chęcią zwrócenia na siebie uwagi rodziny, może prowadzić do depresji i poczucia alienacji. Te czynniki z kolei zwiększają ryzyko przedwczesnego zgonu, czasami samobójczego.

Zagrożenia dla dobrostanu psychicznego osób starszych i ogólnie dla jakości ich

Uwagi końcowe i rekomendacje dla polityki senioralnej

życia mają zróżnicowany charakter. Niektórym przeciwdziałać jest bardzo trudno, np. obniżeniu dochodów czy pogorszeniu zdolności ruchowych. Jednak wiele z tych zagrożeń może być zredukowanych przez aktywne działania w obszarze polityki rynku pracy oraz polityki społecznej i zdrowotnej.

Pierwszym elementem tej strategii powinno być stworzenie środowiska pracy sprzyjającego osobom starszym. Ważne rekomendacje w tym zakresie sformułował Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES) w opinii „Przyszłość rynku pracy w Europie – w poszukiwaniu skutecznej odpowiedzi na tendencje demograficzne” (2011/C 318/01). Kluczowe znaczenie ma przestroga: „Podnosząc wiek emerytalny, należy również zadbać o to, by można było dłużej pracować. To oznacza tworzenie miejsc pracy i kształtowanie ich w taki sposób, by zapewnić możliwość kontynuowania pracy do ustawowego wieku emerytalnego. Niezbędna jest do tego konsekwentna transformacja zmierzająca do stworzenia środowiska pracy uwzględniającego potrzeby osób starszych”. Dalej dokument ów traktuje o potrzebie dostosowywania stanowisk pracy dla osób starszych, zwalczaniu ich dyskryminacji w środowisku pracy, opiece medycznej, profilaktyce i rehabilitacji. EKES podkreśla także znaczenie postulatów uczenia się przez całe życie. To zaś wymaga z jednej strony budowania właściwej infrastruktury, z drugiej zaś – takiego formowania postaw osób starszych, aby chciały się uczyć i aby pozostać aktywne.

Przedstawione w poszczególnych rozdziałach analizy pozwalają na sformułowanie kilku syntetycznych rekomendacji pod adresem obecnej i przyszłej polityki senioralnej.

1. Nieodzowna jest poprawa ilościowa i jakościowa opieki zdrowotnej dla osób w wieku okołoemerytalnym, której cel stanowi nie tylko poprawa stanu zdrowia jak największej liczby pacjentów, lecz także zmniejszenie stopnia ich niepełnosprawności, poprawa kondycji psychicznej i podtrzymanie fizycznej sprawności ułatwiającej zawodową oraz społeczną aktywność.
2. Niezbędne jest rozwijanie i wdrażanie innowacyjnych technologii medycznych mających na celu niwelowanie skutków niepełnosprawności oraz ograniczanie negatywnych następstw chorób przewlekłych, tak by umożliwić osobom starszym jak najdłuższe pozostawanie aktywnymi zawodowo, społecznie oraz fizycznie..
3. Konieczne jest stworzenie modelu miejsca pracy dla osób w wieku okołoemerytalnym, uwzględniającego postępującą wielochorobowość oraz niepełnosprawność.
4. Należy budować system dokształcania stosownego do warunków pracy, szczególnie dla ludzi bezpośrednio w wieku okołoemerytalnym, tak aby dostosowywać kompetencje zatrudnionych do zmieniających się warunków technologiczno-społeczno-zawodowych, czyniąc osoby w wieku okołoemerytalnym atrakcyjnymi na rynku pracy.
5. Tym samym trzeba zapobiegać poczuciu wykluczenia, ubóstwa i utraty istotnej roli społecznej, prowadzących do poczucia pustki, depresji i wynikającej z tego spirali narastania problemów zdrowotnych osób w wieku 50–60 lat i więcej.
6. Bardzo ważną rolę odgrywa aktywność społeczna i polityczna ludzi starszych. W szczególności promować należy wszelkie formy wolontariatu i ich udział w organizacjach trzeciego sektora. Pomaganie innym jest jednym z najsukuczniejszych sposobów zapobiegania depresji i społecznej marginalizacji. Nie bez znaczenia jest też ogólnospołeczny pożytek, będący rezultatem zaangażowania tego rodzaju.
7. Jedną z wypróbowanych form budowania kapitału społecznego i poprawy dobrostanu psychicznego osób starszych jest upowszechnianie uczestnictwa w Uniwersytetach Trzeciego Wieku. W Polsce ostatnimi laty, w związku z burzliwym rozwojem szkolnictwa wyższego, powstała olbrzymia infrastruktura, która może być wykorzystana dla

- takich form kształcenia.
8. Konieczne jest wspieranie rozwoju i przekształceń rynku pracy w celu utrzymania jak najdłuższej aktywności zawodowej osób starszych, poprzez odpowiednią legislację oraz edukację pracodawców. Pracodawcy powszechnie ograniczają inwestowanie w starszych wiekiem pracowników (np. nie delegują ich do udziału w dodatkowych szkoleniach). Wywołuje to nie tylko poczucie ich dyskryminacji w miejscu pracy, lecz także utrudnia dostosowanie się do nowych wymogów i wyższych oczekiwań. Dodatkowo utwierdza też pewien stereotypowy sposób myślenia o osobach starszych wśród młodszych pracowników.
 9. Wskazane jest tworzenie miejsc pracy pozwalających na wykorzystanie doświadczenia i umiejętności, uwzględniających ograniczenia wynikające z pogarszającego się stanu zdrowia i zmniejszonej adaptacji do postępu technologicznego osób w wieku ponad 50 lat.
 10. Korzystne staje się rozwijanie usługowego charakteru form zatrudnienia oraz doradztwa – tj. takich form zatrudnienia, które sprzyjają wykorzystaniu kompetencji, wiedzy i umiejętności interpersonalnych osób w wieku około-emerytalnym.
 11. Należy wspierać tworzenie miejsc pracy dla ludzi młodych, aby zapobiec niepotrzebnej konkurencji/rywalizacji międzypokoleniowej, leżącej u podstaw frustracji, niespełnienia zawodowego i poczucia utraty przydatności społecznej obu grup wieku: osób młodych i starszych.
 12. Prewencję w zakresie wykluczenia społecznego oraz ubóstwa trzeba podjąć odpowiednio wcześniej; łatwiej zapobiegać temu zjawisku, niż później próbować odwrócić zachodzący proces.
 13. Trzeba rozwijać właściwą politykę prodominową, uwzględniającą rolę osób w wieku poprodukcyjnym. Rodzina jest dla ludzi starszych najważniejszą grupą odniesienia. Sukcesy i niepowodzenia w życiu rodzinnym w dużym stopniu decydują o wyniku ich subiektywnego bilansu życia. Dlatego budowanie odpowiednich relacji powinno nastąpić

przed przejściem na emeryturę. Wsparcie rodziny w okresie okołoemerytalnym jest niezwykle istotne dla zmniejszenia negatywnych następstw związanych z wyjściem z rynku pracy. Ważne, by kwestię tę uświadamiali sobie zarówno ludzie starsi, jak i członkowie ich rodzin.

Spis rycin

Rycina 1. Wiek emerytalny ustawowy oraz efektywny w wybranych państwach Europy (dane za lata 2006–2011)	8
Rycina 2. Współczynniki obciążenia demograficznego w przeliczeniu na 100 osób w wieku produkcyjnym – prognozy GUS.....	9
Rycina 3. Udział osób pracujących w poszczególnych grupach wieku	11
Rycina 4. Zgony oraz liczba ludności w 2012 r. według płci w grupie 15–79 lat	12
Rycina 5. Średnia liczba schorzeń przewlekłych na osobę w poszczególnych grupach wieku.....	13
Rycina 6. Odsetek osób zgłaszających ograniczenia w czynnościach związanych z samoobsługą	14
Rycina 7. Odsetek gospodarstw domowych zagrożonych różnymi typami ubóstwa z uwzględnieniem wieku głowy gospodarstwa domowego	16
Rycina 8. Odsetek osób deklarujących wybrane uczucia i nastroje przez cały czas lub przez większość dni	17
Rycina 9. Samobójstwa w liczbach bezwzględnych oraz w przeliczeniu na 10 tys. ludności według płci i wieku w 2011 r.	17
Rycina 10. Odsetek osób uczestniczących w jakiegokolwiek formie kształcenia (formalnej, pozaformalnej oraz nieformalnej) według wieku i płci	19
Rycina 11. Główne przyczyny hospitalizacji mężczyzn i kobiet w 2010 r. (standaryzowane wskaźniki hospitalizacji – na 100 tys. ludności)	24
Rycina 12. Główne przyczyny zgonów mężczyzn w poszczególnych grupach wieku w 2010 r. (liczby bezwzględne).....	25
Rycina 13. Główne przyczyny zgonów kobiet w poszczególnych grupach wieku w 2010 r. (liczby bezwzględne)	26
Rycina 14. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej w podziale na grupy wieku i płeć (w tys.)	27
Rycina 15. Stan zdrowia ludności Polski w grupach wieku 50 lat i więcej	29
Rycina 16. Deklarowane długotrwałe problemy zdrowotne w podziale na grupy wieku z uwzględnieniem miejsca zamieszkania w mieście lub na wsi	30
Rycina 17. Przyczyny niekontynuowania pracy zawodowej przez osoby bierne zawodowo w wieku 50–69 lat, które pracowały przynajmniej do 50. roku życia.....	30
Rycina 18. Wydatki na ochronę zdrowia ponoszone przez świadczeniodawców w Polsce w latach 2003–2010, według danych Eurostatu	32
Rycina 19. Wydatki NFZ na leczenie szpitalne osób w poszczególnych grupach wieku w 2009 r. (kwoty rozliczone, zł).....	33
Rycina 20. Deklaracje osób powyżej 50. roku życia dotyczące podejmowania różnych form wysiłku fizycznego.....	35
Rycina 21. Współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku 15 lat i więcej w I kwartale 2013 r. w podziale na wiek, płeć i miejsce zamieszkania	39
Rycina 22. Aktywność ekonomiczna ludności powyżej 50. roku życia w podziale na grupy wieku i płeć w IV kwartale 2011 r. – wyniki BAEL.....	40
Rycina 23. Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych w 2012 r.....	41
Rycina 24. Przeciętne dochody netto do dyspozycji na osobę w gospodarstwie domowym według grup społeczno-ekonomicznych w 2011 r. (w zł)	43

Rycina 25. Wydatki i dochody rozporządzalne na osobę w gospodarstwie domowym według grup społeczno-ekonomicznych w 2012 r. (w zł)	43
Rycina 26. Struktura wysokości dochodów własnych w miesiącu poprzedzającym badanie PolSenior w podziale według płci w wieku 55–59 oraz 65 lat i więcej	44
Rycina 27. Przeciętne miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych emerytów i ogółem w 2012 r.	45
Rycina 28. Udział wydatków na zdrowie w przeciętnych miesięcznych wydatkach na osobę w gospodarstwach domowych w 2012 r.	45
Rycina 29. Struktura liczby osób w gospodarstwach domowych w podziale na wiek	47
Rycina 30. Deklaracje dotyczące problemów z utrzymaniem się w zależności od liczby osób w gospodarstwie domowym	48
Rycina 31. Procent respondentów relacjonujących cztery i więcej symptomów depresji w czterech regionach Europy i czterech grupach wieku	52
Rycina 32. Samobójstwa na 10 tys. osób według płci i wieku w 2011 r.	56
Rycina 33. Samobójstwa na 10 tys. osób w grupach wieku w latach 2000–2011	57
Rycina 34. Procent mieszkańców Polski pracujący społecznie w organizacjach obywatelskich według wieku	65
Rycina 35. Średnia wartość wskaźnika zaangażowania w działalność społeczno-religijną Kościoła/wspólnoty religijnej według wieku i płci	69
Rycina 36. Deklaracje Polaków dotyczące ilości czasu na emeryturze	73
Rycina 37. Sposoby spędzania czasu wolnego na emeryturze według płci	74
Rycina 38. Sposoby spędzania czasu wolnego na emeryturze według miejsca zamieszkania	75
Rycina 39. Prawdopodobieństwo zgonu z uwzględnieniem wieku, płci i miejsca zamieszkania w 2011 r.	84
Rycina 40. Udział zgonów w kolejnych latach (od momentu przejścia na emeryturę) w stosunku do wszystkich zgonów, które nastąpiły w zadanym okresie (dane ZUS)	85
Rycina 41. Udział zgonów w kolejnych latach (od momentu przejścia na emeryturę) w stosunku do wszystkich osób, którym przyznano świadczenia emerytalne w latach 2005–2007 (dane KRUS)	87



Spis tablic

Tabela 1. Wiek osób podejmujących próby samobójcze	58
Tabela 2. Praca społeczna w organizacjach obywatelskich.....	65
Tabela 3. Zbiorczy wskaźnik zaangażowania w pracę społeczną	66
Tabela 4. Aktywność społeczna i wzajemna pomoc osób po 50. roku życia.....	67
Tabela 5. Odsetek osób uczestniczących z różną częstością w nabożeństwach lub innych spotkaniach o charakterze religijnym oraz przeciętna częstość udziału w nabożeństwach w miesiącu w wybranych przekrojach społeczno-demograficznych w 2013 r.	70
Tabela 6. Rozkład odpowiedzi na pytanie, w jakim zakresie ludzie w wieku 55 lat i więcej wnoszą swój wkład w podanych obszarach (w %).....	72
Tabela 7. Kształcenie i szkolenie populacji w wieku 50–74 lat (w %).....	76
Tabela 8. Osoby w wieku 50–69 lat według uczestnictwa w kształceniu formalnym, pozaformalnym i nieformalnym oraz wieku w 2011 r.....	77