

AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA OSÓB STARSZYCH W KONTEKŚCIE PERCEPCJI POLAKÓW

DIAGNOZA SPOŁECZNA 2013

RAPORT TEMATYCZNY

AUTORZY:
JANUSZ CZAPIŃSKI
PIOTR BŁĘDOWSKI

WARSZAWA 2014



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPOJNOŚCI



Centrum
Rozwoju
Zasobów
Ludzkich



MINISTERSTWO PRACY
I POLITYKI SPOŁECZNEJ

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA OSÓB STARSZYCH W KONTEKŚCIE PERCEPCJI POLAKÓW

DIAGNOZA SPOŁECZNA 2013

RAPORT TEMATYCZNY

AUTORZY:

JANUSZ CZAPIŃSKI

PIOTR BŁĘDOWSKI

WARSZAWA 2014

Zawarte w tej publikacji poglądy i konkluzje wyrażają opinie autorów i nie muszą odzwierciedlać oficjalnego stanowiska Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Publikacja została opracowana w ramach projektu systemowego realizowanego przez Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich pn. „Diagnoza społeczna 2009–2013”, zainicjowanego przez Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej).

Projekt okładki:

Brygida Grodzicka

Opracowanie graficzne i korekta:

Brygida Grodzicka, Joanna Żychowicz-Pokulniewicz

Skład:

Joanna Żychowicz-Pokulniewicz

Druk i oprawa:



Drukarnia Braci Grodzickich Sp.J.
05-500 Piaseczno, ul. Geodetów 47A
www.dbg.com.pl

© Copyright by Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej and Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich

ISBN 978-83-61638-75-9

Publikacja bezpłatna

Nakład 1000 egz.

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



MINISTERSTWO PRACY
I POLITYKI SPOŁECZNEJ

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Merytoryczne opracowanie projektu badawczego

Rada Monitoringu Społecznego w składzie:

dr Dominik Batorski, UW
dr hab. Janusz Czapiński, prof. UW i WSiFZ (przewodniczący)
prof. dr hab. Janusz Grzelak, UW
mgr Teresa Kamińska, Instytut PRO PUBLICO BONO
prof. dr hab. Irena E. Kotowska, SGH
mgr Wiesław Łagodziński, GUS (sekretarz)
prof. dr hab. Tomasz Panek, SGH (wiceprzewodniczący)
prof. dr hab. Antoni Sułek, UW
prof. dr hab. Tadeusz Szumlisz, SGH

Autorzy raportu

dr hab. Janusz Czapiński
prof. dr hab. Piotr Błądowski

Badanie *Diagnoza Społeczna*, mimo iż finansowane zarówno z pieniędzy publicznych, w obecnej edycji w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzkiego (ze środków EFS), grantu badawczego Narodowego Centrum Nauki i ze środków Narodowego Banku Polskiego, jak i z pieniędzy prywatnych, ma w całości charakter publiczny.

Patronat medialny

Tygodnik **POLITYKA.PL**, Radio TOK FM

Realizator badań

Polskie Towarzystwo Statystyczne

Obsługa organizacyjna i finansowa badań: Biuro Badań i Analiz Statystycznych Polskiego Towarzystwa Statystycznego oraz Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie

Ankieterzy:

GUS

Komplet materiałów (raporty, kwestionariusze i bazy danych) *Diagnozy Społecznej* pobrać można z:
www.diagnoza.com

Spis treści

Wprowadzenie	7
Rozdział 1. Społeczno-demograficzna charakterystyka osób starszych	9
1.1. Wstęp	9
1.2. Trzeci i czwarty wiek jako wyznaczniki poziomu aktywności	10
1.3. Osoby starsze według miejsca zamieszkania	10
1.4. Materialne warunki życia	12
1.4.1. Wysokość i źródła dochodu	12
1.4.2. Warunki mieszkaniowe	19
1.4.3. Zasobność materialna	21
1.5. Sytuacja rodzinna	22
1.6. Wykształcenie	27
1.7. Seniorzy na rynku pracy	30
1.8. Podsumowanie	31
Rozdział 2. Charakterystyka zdrowotna osób starszych	33
2.1. Wstęp	33
2.2. Natężenie symptomów chorobowych	33
2.3. Depresja psychiczna i dobrostan psychiczny	40
2.4. Niepełnosprawność	43
2.5. Zakres i koszty korzystania z systemu ochrony zdrowia	46
2.6. Podsumowanie	49
Rozdział 3. Psychologiczna charakterystyka osób starszych	51
3.1. Wstęp	51
3.2. Postawy społeczne	51
3.3. System wartości	54
3.4. Religijność	55
3.5. Stosunek do nowoczesnych technologii komunikacyjnych	57
3.6. Motywacja, samoocena i nadzieja	61
3.7. Podsumowanie	64
Rozdział 4. Aktywność społeczna i przynależność organizacyjna osób starszych	65
4.1. Wstęp	65
4.2. Formy aktywności społecznej osób starszych	65
4.3. Aktywność nieformalna na rzecz rodziny i społeczności lokalnej	66
4.4. Aktywność formalna – seniorzy w organizacjach pozarządowych i politycznych	68
4.5. Podsumowanie	70

Rozdział 5. Kapitał społeczny osób starszych	73
5.1. Wstęp	73
5.2. Sieci społeczne	75
5.3. Dbłość o dobro wspólne	77
5.4. Zaufanie	78
5.5. Stosunek do demokracji	80
5.6. Partnerzy w budowaniu kapitału społecznego seniorów	82
5.7. Podsumowanie	82
Rozdział 6. Jakość życia osób starszych	85
6.1. Wstęp	85
6.2. Częstkowe wymiary jakości życia	86
6.3. Ogólny wskaźnik jakości życia	88
6.4. Podsumowanie	89
Wnioski i rekomendacje dla polityki społecznej	91
Literatura	93
Spis rysunków	95
Spis tabel	99

Wprowadzenie

Z uwagi na stosowanie w literaturze i dokumentach państwowych oraz w danych statystycznych różnych granic starości, zdecydowaliśmy się zastosować najszersze podejście, umożliwiające identyfikację najpełniejszego zakresu zagadnień związanych ze starością. Przyjeliśmy w związku z tym wiek 60 lat jako moment początkowy tego okresu w życiu człowieka. W wielu badaniach odwołujemy się do zróżnicowania starości, wyróżniając jej dwa etapy: III i IV wiek¹. W związku z tym wyróżniliśmy 4 pięcioletnie przedziały wieku respondentów zaliczanych do tzw. III wieku (60–64 lata, 65–69 lat, 70–74 lata i 75–79 lat) oraz zdecydowaliśmy się całościowo analizować sytuację osób zaliczanych do IV wieku (80 lat i więcej).

Inne stosowane kryteria analizy odnoszą się do płci i kategorii miejsca zamieszkania. Oba są ważne z punktu widzenia oceny sytuacji seniorów oraz ze względu na różnice występujące między poziomem rozwoju infrastruktury społecznej między miastem a wsią, a także między mniejszymi miastami (charakteryzującymi się na ogół występowaniem silniejszych więzi społecznych) a dużymi ośrodkami miejskimi, gdzie więzi społeczne mogą okazać się słabsze, ale na ogół wyższy jest poziom rozwoju infrastruktury socjalnej i usługowej.

Na poziom aktywności osób starszych wpływają w dużym stopniu stan zdrowia oraz sytuacja rodzinna. Stan zdrowia może determinować możliwości angażowania się w działania na rzecz społeczności, natomiast rodzina może okazać się alternatywą w stosunku do aktywności społecznej. Bardzo ważną zmienną okazuje się wykształcenie osób starszych, którego poziom w istotny sposób wpływa na opinie i wybory seniorów.

Celem opracowania jest identyfikacja czynników modyfikujących zachowania seniorów, określenie rozmiarów ich aktywności na rzecz społeczeństwa i środowiska lokalnego, potrzeb oraz oczekiwań co do różnych form aktywności społecznej oraz ustalenie tych elementów sytuacji życiowej, które w największym stopniu wpływają na te aktywności. W tym celu wykorzystano przede wszystkim wyniki badania *Diagnoza Społeczna 2013*, ale dodatkowo również wnioski pochodzące z innych badań empirycznych i opracowań naukowych oraz w rozdziale na temat niepełnosprawności z *Diagnozy Społecznej 2009*.

¹Zob. np. analizy zaprezentowane w częściach medycznej i społecznej raportu *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Termedia, Poznań 2012.

1. Społeczno-demograficzna charakterystyka osób starszych

1.1. Wstęp

Struktura próby członków gospodarstw domowych i indywidualnych respondentów w wieku 60 i więcej lat w edycji *Diagnozy Społecznej* z 2013 r. jest według wieku, płci, miejsca zamieszkania i innych cech społeczno-demograficznych reprezentatywna dla populacji.

W próbie gospodarstw domowych odsetek osób w wieku 60 i więcej lat wyniósł 20,9%, w tym wśród mężczyzn 17,6% a wśród kobiet 24%; był więc dokładnie taki, jak w całej populacji Polaków. Ogółem 59,3% członków badanych gospodarstw domowych w grupie wieku 60+ stanowiły kobiety i wraz z przechodzeniem do wyższych grup wieku udział ten ulegał zwiększeniu (z 53,7% w grupie 60–64 lata do 66,7% w grupie 80 i więcej lat). Jest to konsekwencją obserwowanej powszechnie feminizacji starości, wyrażającej się wzrastającym w miarę przechodzenia do kolejnych grup wieku odsetkiem kobiet wśród osób starszych, co jest spowodowane nadumieralnością mężczyzn w niższych grupach wieku.

Udział seniorów w wieku 60 i więcej lat w próbie respondentów indywidualnych¹ wyniósł nieco więcej, bo 25,0% (w tym wśród mężczyzn 21,3% i wśród kobiet 28,4%), ale struktura tej podpróby ze względu na płeć i wiek odpowiada z pewną nadreprezentacją kobiet strukturze populacji. Szczegóły na ten temat zawierają tabele 1.1 i 1.2.

Tabela 1.1. Członkowie gospodarstw domowych według grup wieku i płci

Wyszczególnienie		Wiek (w latach)						Ogółem
		do 59	60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Mężczyźni	liczebność	14558	1128	666	453	453	421	17679
	płeć (%)	82,3%	6,4%	3,8%	2,6%	2,6%	2,4%	100,0%
	wiek (%)	50,3%	46,3%	41,7%	38,9%	37,8%	33,3%	48,3%
Kobiety	liczebność	14410	1309	930	712	745	844	18950
	płeć (%)	76,0%	6,9%	4,9%	3,8%	3,9%	4,5%	100,0%
	wiek (%)	49,7%	53,7%	58,3%	61,1%	62,2%	66,7%	51,7%
Ogółem	liczebność	28968	2437	1596	1165	1198	1265	36629
	płeć (%)	79,1%	6,7%	4,4%	3,2%	3,3%	3,5%	100,0%
	wiek (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

¹ Respondentami indywidualnymi, czyli osobami wypełniającymi kwestionariusz indywidualny, byli członkowie badanych gospodarstw domowych, którzy ukończyli 16 rok życia.

Tabela 1.2. Respondenci indywidualni według grup wieku i płci

Wyszczególnienie		Wiek (w latach)						Ogółem
		do 59	60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Mężczyźni	liczebność	9847	973	576	381	389	352	12518
	płeć (%)	78,7%	7,8%	4,6%	3,0%	3,1%	2,8%	100,0%
	wiek (%)	50,0%	46,5%	41,2%	38,0%	37,5%	33,9%	47,7%
Kobiety	liczebność	9843	1121	821	622	647	687	13741
	płeć (%)	71,6%	8,2%	6,0%	4,5%	4,7%	5,0%	100,0%
	wiek (%)	50,0%	53,5%	58,8%	62,0%	62,5%	66,1%	52,3%
Ogółem	liczebność	19690	2094	1397	1003	1036	1039	26259
	płeć (%)	75,0%	8,0%	5,3%	3,8%	3,9%	4,0%	100,0%
	wiek (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1.2. Trzeci i czwarty wiek jako wyznaczniki poziomu aktywności

Wydłużający się okres starości w życiu człowieka przynosi coraz większe wewnętrzne zróżnicowanie tego etapu w życiu człowieka. Początkowo różnice w jakości i stylu życia między etapem poprzedzającym starość a jej początkiem są mało zauważalne, ale z czasem ulegają nasileniu, prowadząc w efekcie do coraz powszechniej stosowanego rozróżnienia między tzw. trzecim a czwartym wiekiem. W literaturze mówi się niekiedy o tzw. „młodych starszych” i „starych starszych” (*Young Old* i *Old Old*), a niekiedy wyróżnia się dodatkowo okres długowieczności (*Oldest Old*). Granica między III a IV wiekiem była początkowo lokowana na poziomie 75 lat, ale zmiany w skali aktywności i sprawności coraz starszych osób, a także w stanie zdrowia seniorów uprawniają do tego, by przesunąć tę granicę na 80. rok życia. Taki pogląd utrwała się w literaturze².

W dalszej części raportu podjęta zostanie próba wykazania na przykładzie danych dotyczących różnych form i rozmiarów aktywności społecznej seniorów, oceny ich stanu zdrowia, poziomu aktywności fizycznej i innych cech, iż granica 80 lat życia człowieka powinna być brana pod uwagę w planowaniu i realizacji działań w zakresie polityki społecznej i zdrowotnej w Polsce. Przejście do okresu IV wieku wyznaczone jest przez spadający poziom sprawności organizmu i bardziej ograniczone możliwości funkcjonowania człowieka w przestrzeni społecznej.

O ile w przypadku osób zaliczanych do grupy III wieku nie występują jeszcze radykalne zmiany w zakresie stanu zdrowia, dobrostanu psychicznego czy sytuacji rodzinnej, o tyle czynniki te w coraz większym stopniu ograniczają możliwości samodzielnego funkcjonowania osób w IV wieku, a to z kolei odbija się na skali zaangażowania w różne formy aktywności społecznej.

1.3. Osoby starsze według miejsca zamieszkania

Strukturę respondentów według klasy miejscowości zamieszkania przedstawia tabela 1.3. Jak wynika z zamieszczonych w niej danych, rozkład częstości poszczególnych grup wieku seniorów jest w poszczególnych klasach miejscowości dość równomierny i nie ma podstaw, by twierdzić, że jakaś klasa miejscowości – na przykład małe miasta czy wsie – jest specjalnie narażona na proces demograficznego starzenia się mieszkańców.

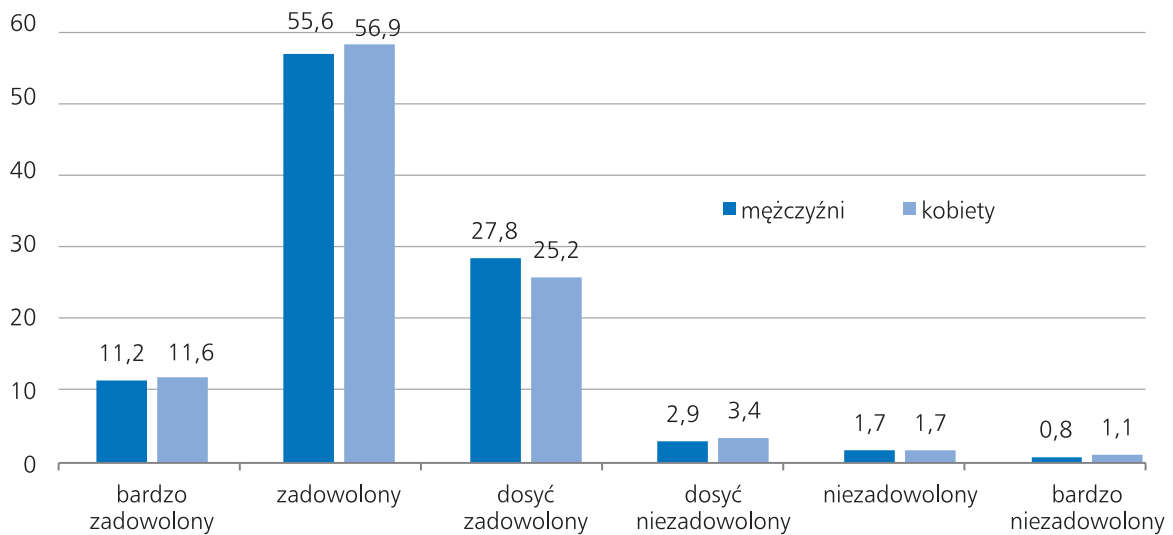
Respondenci zostali zapytani o stopień zadowolenia z miejscowości, w której mieszkają, oraz o akceptację decyzji i działań miejscowych władz. Na wykresach 1.1 i 1.2 pokazana została struktura udzielonych odpowiedzi. Niezadowolonych jest tylko około 5 do 9% (ok. dwukrotnie mniej niż wśród młodszych respondentów), co wskazuje prawdopodobnie nie tylko na przyzwyczajenie do miejsca wynikające z faktu

²Aspekty medyczne... , poz. cyt.

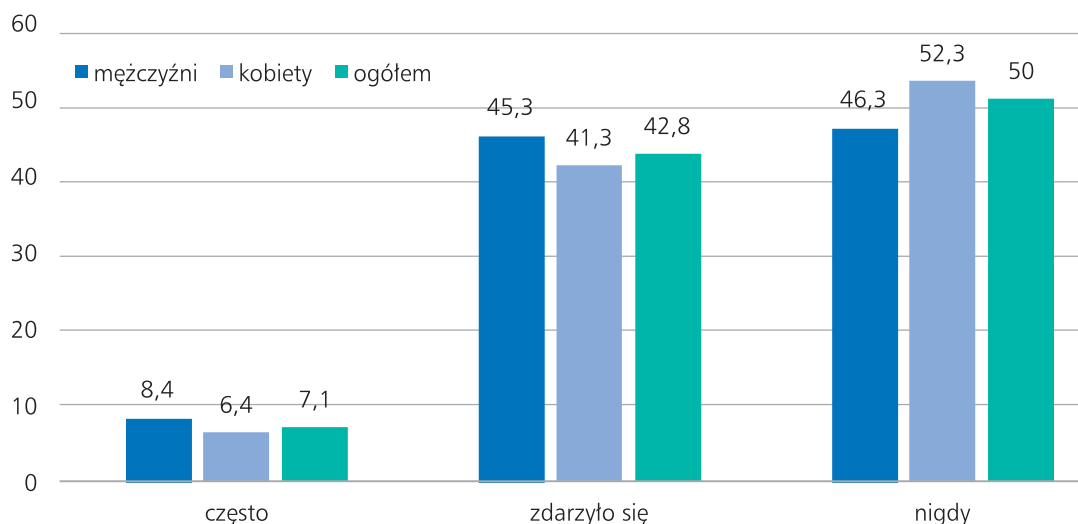
Tabela 1.3. Procent respondentów indywidualnych według grup wieku i kategorii miejsca zamieszkania

Kategoria miejsca zamieszkania	Grupy wieku					Ogółem
	60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Miasta o liczbie mieszkańców 500+ tys.	12,4	11,5	11,0	13,0	12,4	12,1
Miasta o liczbie mieszkańców 200–500 tys.	10,1	10,2	9,1	10,5	9,9	10,0
Miasta o liczbie mieszkańców 100–200 tys.	8,3	7,1	7,8	7,2	10,3	8,1
Miasta o liczbie mieszkańców 20–100 tys.	20,4	23,1	21,6	19,7	19,4	20,9
Miasta o liczbie mieszkańców poniżej 20 tys.	14,9	12,5	10,8	12,7	10,9	12,8
Wieś	33,9	35,6	39,8	36,8	37,0	36,1

na ogół długotrwałego zamieszkiwania, ale i na akceptację starszych mieszkańców dla działań podejmowanych przez władze samorządowe. Istotnie wśród seniorów odsetek osób niezadowolonych z decyzji i działania miejscowych władz jest znacząco niższy niż w grupie młodszych respondentów ($p < 0,001$).



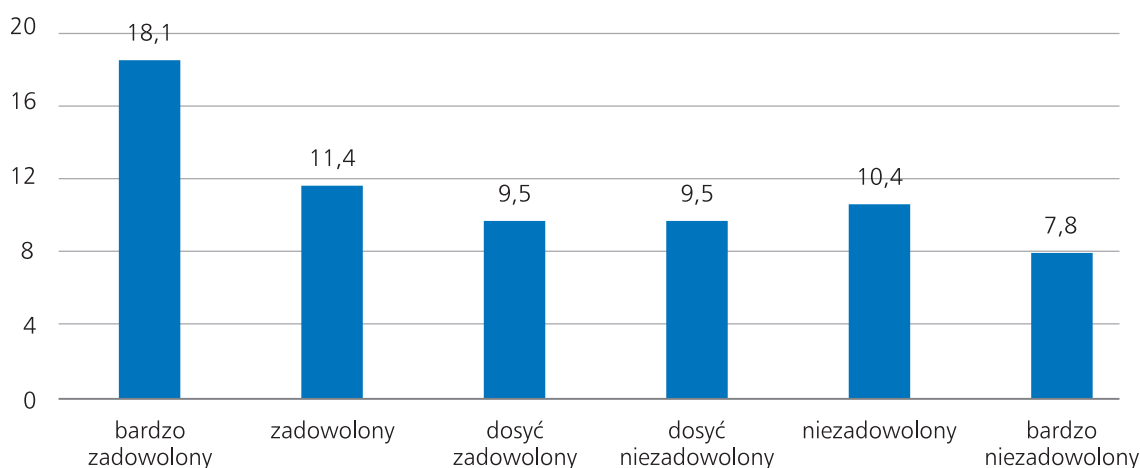
Wykres 1.1. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i zadowolenia z miejscowości, w której mieszkają



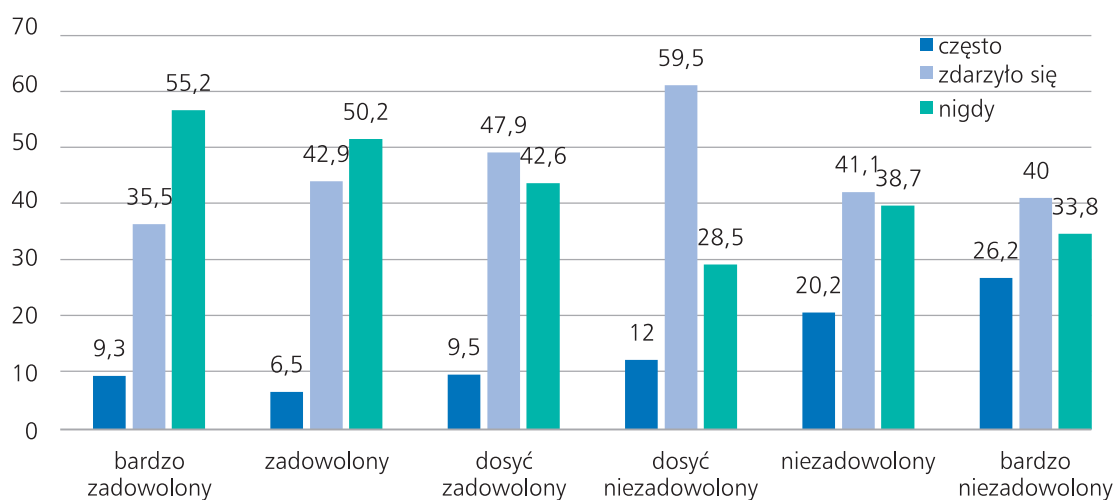
Wykres 1.2. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i odpowiedzi na pytanie, jak często denerwowały ich decyzje i działania miejscowych władz

Warto przy tym zwrócić uwagę na fakt, że działania lokalnych władz rzadziej denerwują kobiety niż mężczyzn (wykres 1.2). Czynnikiem istotnie wpływającym na strukturę ocen jest poziom wykształcenia ($p < 0,001$). O ile jednak wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rośnie odsetek osób bardzo zadowolonych z miejscowości zamieszkania – z 8% w grupie osób z wykształceniem podstawowym do 17% wśród osób z wykształceniem wyższym i pomaturalnym, o tyle spada odsetek osób akceptujących decyzje i działania miejscowych władz (odpowiednio z 57 do 37%).

Osoby zadowolone z miejscowości zamieszkania zdecydowanie częściej angażują się w działania na rzecz społeczności lokalnej (wykres 1.3) i częściej także akceptują decyzje i działania miejscowych władz (wykres 1.4).



Wykres 1.3. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat angażujących się w działania na rzecz społeczności lokalnej według zadowolenia z miejscowości zamieszkania



Wykres 1.4. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat, których decyzje i działania miejscowych władz nigdy nie denerwowały lub denerwowały sporadycznie bądź często według zadowolenia z miejscowości zamieszkania

1.4. Materialne warunki życia

1.4.1. Wysokość i źródła dochodu

Charakterystyka materialnych warunków życia osób starszych odnosi się przede wszystkim do wysokości dochodu, jakim dysponowali respondenci oraz do głównych źródeł utrzymania. Obie te informacje pozwalają na ocenę podstawowego wymiaru sytuacji materialnej, jakim jest sytuacja dochodowa osób

starszych. Ważną informację stanowią dane o przeciętnym osobistym dochodzie netto osiąganym w okresie ostatnich trzech miesięcy oraz o dochodzie netto, który respondenci spodziewają się uzyskiwać za dwa lata. Rozkład odpowiedzi na pytanie o osobiste bieżące dochody netto, ich średnia i mediana dla osób w wieku 60+ lat i młodszych przedstawiane zostały w tabeli 1.4.

Tabela 1.4. Respondenci według przeciętnej wysokości dochodu osobistego netto osiąganego w ciągu ostatnich trzech miesięcy w grupie osób starszych i młodszych

Kwota w zł	Osoby w wieku 60+ lat		Osoby w wieku 16–59 lat	
	liczba osób	odsetek	liczba osób	odsetek
do 799	625	10,0	5488	30,6
800–1199	1638	26,1	1713	9,6
1200–1499	1282	20,5	1735	9,7
1500–1999	1264	20,2	2561	14,3
2000 i więcej	1458	23,3	6424	35,8
Razem	6567	100,0	17921	100,0
Średni dochód		1554		2024
Mediana dochodu		1350		1500

Fakt, że ponad 1/3 spośród osób starszych uzyskiwała dochód w wysokości mniejszej niż 1200 zł miesięcznie musi budzić zaniepokojenie, zwłaszcza że prawie 19% (22% mężczyzn i 17% kobiet) z tej grupy żyje w gospodarstwach jednoosobowych (wobec 3% najuboższych osób w młodszym wieku). Wobec ciągle ułomnego systemu finansowania ze środków publicznych usług społecznych należy się obawiać, że wiele spośród tych osób zmuszonych jest do rezygnacji z zaspokajania swoich potrzeb. Ogólnie jednak sytuacja dochodowa osób starszych, choć przeciętnie gorsza od sytuacji osób młodszych, pod względem dysproporcji jest jednak dużo lepsza – rozkład dochodów osobistych jest w tej grupie znacznie bardziej równomierny. W grupie z dochodem do 800 zł znajduje się znacznie mniejszy odsetek seniorów niż osób młodszych i ponadto wraz z wiekiem procent seniorów (zarówno mężczyzn jak i kobiet) z najniższym dochodem spada (z 15,5% w wśród osób w wieku 60–64 lata do 2,6% wśród seniorów w wieku 80 i więcej lat). Spada również z wiekiem, choć niesystematycznie, odsetek osób z dochodem najwyższym (2 tys. zł i więcej). Kobiety starsze mają niższe dochody od starszych mężczyzn i różnica ta rośnie wraz z wiekiem (tabela 1.5).

Wyniki *Diagnozy Społecznej* potwierdzają również ścisły związek między poziomem wykształcenia a wysokością dochodu osobistego. Wykształcenie policealne i wyższe pozwala na ośmiokrotne zmniejszenie zagrożenia ubóstwem w stosunku do wykształcenia podstawowego.

Dochody osobiste można traktować jako wystarczający wskaźnik materialnych warunków życia w przypadku osób samotnych. Ogólnie jednak lepszym wskaźnikiem jest dochód ekwiwalentny gospodarstwa domowego. Tabela 1.6 pokazuje, że z wiekiem respondentów nieznacznie tylko spada wysokość dochodu ekwiwalentnego gospodarstwa domowego. W rozkładzie wysokości dochodu ekwiwalentnego ze względu na płeć występuje niewielka różnica między mężczyznami i kobietami, rosnąca z wiekiem seniorów od 0% w grupie wieku 60–64 lata do 14% w grupie wieku 80 i więcej lat; wynika to z rosnącej liczby jednoosobowych gospodarstw kobiet, które mają zazwyczaj niższe od mężczyzn emerytury. Procent seniorów żyjących w gospodarstwach, w których pieniędzy starcza najwyżej na najtańsze jedzenie, nie jest ogólnie większy od odsetka osób młodszych żyjących w takich gospodarstwach (tabela 1.6).

Zakres skrajnego ubóstwa (procent osób w gospodarstwach z dochodem ekwiwalentnym w 2013 r. poniżej 522 zł) jest ponad dwukrotnie mniejszy wśród seniorów (2,9%) niż w gospodarstwach osób młodszych (6,5%) i nieco większy wśród mężczyzn (3,2%) niż wśród kobiet (2,7%) w wieku senioralnym (tabela 1.6).

Ogólnie zatem sytuacja materialna seniorów jest nieznacznie tylko gorsza od sytuacji większości osób młodszych, a jeśli chodzi o skrajne ubóstwo jest nawet dużo lepsza.

Tabela 1.5. Procent respondentów według płci, grup wieku i przedziałów uzyskiwanych dochodów

Płeć	Dochód w zł	Wiek (w latach)						Ogółem
		do 59	60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Mężczyźni	do 799	25,6	16,7	5,1	5,6	2,4	1,8	8,5
	800–1199	8,0	18,0	17,4	19,2	20,2	18,8	18,5
	1200–1499	7,8	13,2	16,1	17,8	22,4	17,3	16,4
	1500–1999	14,9	15,8	27,5	26,1	21,6	27,4	22,2
	2000 i więcej	43,7	36,2	33,9	31,4	33,4	34,8	34,4
	ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kobiety	do 799	35,7	14,5	14,9	13,9	5,6	3,0	11,0
	800–1199	11,1	24,4	30,1	38,2	33,0	36,0	31,3
	1200–1499	11,6	22,7	23,3	20,1	23,8	26,4	23,2
	1500–1999	13,6	20,1	16,2	15,4	19,3	22,3	18,8
	2000 i więcej	27,9	18,3	15,4	12,4	18,3	12,3	15,7
	ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ogółem	do 799	30,6	15,5	10,9	10,7	4,4	2,6	10,0
	800–1199	9,6	21,4	24,9	31,0	28,3	30,2	26,1
	1200–1499	9,7	18,3	20,4	19,2	23,2	23,3	20,5
	1500–1999	14,3	18,2	20,8	19,5	20,1	24,0	20,2
	2000 i więcej	35,8	26,5	23,0	19,6	23,9	19,9	23,2
	ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 1.6. Wysokość dochodu gospodarstwa domowego na jednostkę ekwiwalentną i procent osób w gospodarstwach, w których pieniądze starcza najwyższej na najtańsze jedzenie ze względu na wiek i płeć respondenta

Wiek	Płeć	Wysokość dochodu na jednostkę ekwiwalentną w ostatnim miesiącu	Procent osób, którym starcza najwyższej na najtańsze jedzenie	Procent osób skrajnie ubogich
Do 59 lat	mężczyźni	1667	8,6	6,6
	kobiety	1657	8,3	6,4
	ogółem	1662	8,4	6,5
60–64 lata	mężczyźni	1560	9,6	5,0
	kobiety	1556	7,3	3,5
	ogółem	1558	8,4	4,2
65–69 lat	mężczyźni	1672	5,8	2,4
	kobiety	1553	9,4	3,0
	ogółem	1602	7,9	2,7
70–74 lata	mężczyźni	1595	4,0	1,6
	kobiety	1431	11,8	2,3
	ogółem	1495	8,8	2,0
75–79 lat	mężczyźni	1596	4,5	3,0
	kobiety	1462	8,6	2,9
	ogółem	1512	7,1	3,0
80+ lat	mężczyźni	1676	5,4	1,8
	kobiety	1436	8,3	1,3
	ogółem	1515	7,3	1,4
Ogółem	mężczyźni	1657	8,3	6,0
	kobiety	1617	8,4	5,4
	ogółem	1636	8,3	5,7

Głównym źródłem utrzymania osób starszych jest emerytura pracownicza (64,4%), następnie emerytura rolnicza (11,5%), renta rodzinna (7,3%, prawie wyłącznie kobiety) i renta inwalidzka (5,6%, głównie mężczyźni w wieku 60–64 lat) (tabela 1.7).

Tabela 1.7. Główne źródło utrzymania mężczyzn i kobiet w różnym wieku oraz ogółem osób starszych (w procentach osób w danej grupie wieku)

Główne źródło utrzymania	Mężczyźni					Kobiety					Ogółem
	60–64	65–69	70–74	75–79	80+	60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Praca najemna stała w sektorze publicznym	8,6	1,6	1,0	0,3		3,4	0,6		0,2	0,3	2,2
Praca najemna stała w sektorze prywatnym	15,1	1,0				2,1	0,5	0,2			2,8
Praca najemna dorywcza w sektorze publicznym	0,4										0,1
Praca najemna dorywcza w sektorze prywatnym	0,3	0,2				0,3					0,1
Użytkowanie gospodarstwa rolnego	4,4	0,9	0,3			0,5	0,2	0,2	0,2		0,9
Pomaganie w użytkowaniu gospodarstwa rolnego						0,2					0,0
Pracodawca poza gospodarstwem indywidualnym w rolnictwie	0,9	0,2	0,3				0,1				0,2
Praca stała na własny rachunek	3,2	1,2				0,8	0,5				0,8
Praca dorywcza na własny rachunek	0,2					0,1					0,0
Emerytury pracownicze	26,6	78,7	80,8	86,2	79,9	70,0	73,4	65,3	64,9	55,0	64,4
Emerytury rolników indywidualnych	4,7	7,7	12,3	11,9	16,9	7,2	10,2	16,3	16,2	20,2	11,5
Renty inwalidzkie	21,6	7,3	3,7	0,5	2,6	5,0	1,5	1,1	0,5	1,5	5,6
Renty rodzinne	0,8	0,2	0,8	0,8		4,9	9,0	14,7	15,7	21,1	7,3
Zasiłki dla bezrobotnych	1,7										0,2
Inne świadczenia z Funduszu Pracy	3,3					0,3					0,5
Pozostałe świadczenia z ubezpieczenia społecznego	0,3									0,1	0,1
Zasiłki rodzinne i dodatki do nich											0,0
Zasiłki z pomocy społecznej	1,9	0,5				0,9	0,4	0,2	0,2	0,3	0,6
Inne świadczenia z pomocy społecznej	0,8		0,3			0,4	0,1		0,5		0,3
Pozostałe dochody o charakterze socjalnym							0,7				0,1
Dochody z wynajmu domu, garażu	0,4	0,2									0,1
Emerytury i renty zagraniczne		0,2	0,5	0,3	0,6	0,1	0,4	0,5	0,5	0,1	0,3
Dary, alimenty od osób prywatnych	0,5					0,1				0,1	0,1
Inne dochody	0,3						0,1				0,0
Pozostawanie na utrzymaniu innych członków gospodarstwa	3,9	0,2				3,8	2,2	1,6	1,4	1,2	1,9

Interesujące jest, że podczas gdy odsetek emerytów rośnie z wiekiem, odsetek emerytek korzystających z emerytury pracowniczej spada. Duże różnice płci dotyczą grupy najmłodszej (60–64), co wynika z różnicy wieku emerytalnego: dochody z pracy są głównym źródłem utrzymania dla 33% mężczyzn w tej grupie i tylko 8% kobiet. Tylko 0,6% utrzymuje się z zasiłków z pomocy społecznej (głównie

młodszy mężczyźni), a niecałe 2% pozostaje na utrzymaniu innych członków gospodarstwa domowego, głównie osoby młodsze (60–64 lata).

Można wyraźnie dostrzec, jak w miarę przechodzenia do coraz wyższych grup wieku zwiększa się rola finansów publicznych w zapewnieniu dochodów seniorom, podczas gdy praca jako źródło ich dochodu traci na znaczeniu. Wobec zakrojonej na wiele lat reformy systemu zabezpieczenia emerytalnego i trudności w utrzymaniu stabilności finansów publicznych należałoby podjąć dyskusję nad rolą młodszych obywateli w zapewnieniu sobie bezpieczeństwa finansowego na starość.

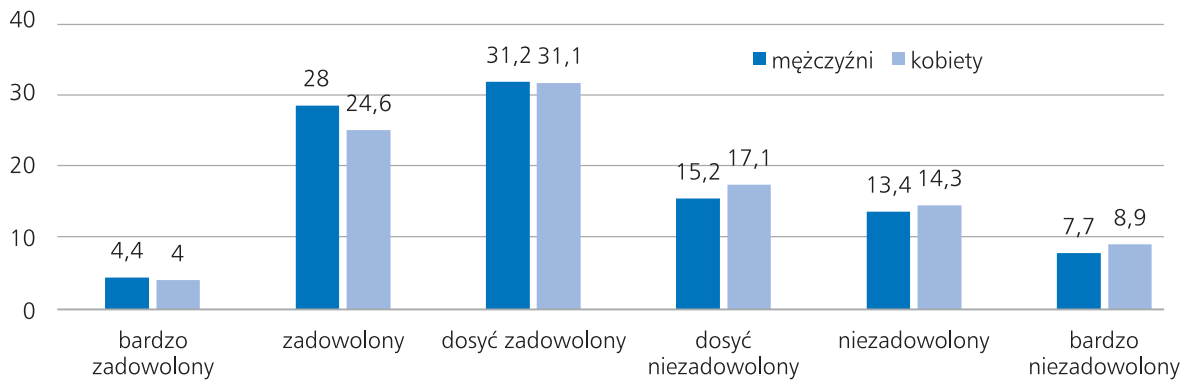
Występuje istotny statystycznie związek ($p < 0,001$) między poziomem wykształcenia respondentów a ich głównym źródłem dochodu (tabela 1.8). Praca w sektorze publicznym jest źródłem utrzymania częściej dla osób lepiej wykształconych; w przypadku pracy w sektorze prywatnym rozkład ze względu na wykształcenie jest bardziej równomierny, z większym jednak odsetkiem w grupie osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Z emerytur pracowniczych częściej korzystają osoby z wykształceniem wyższym i średnim, natomiast z emerytur rolniczych najczęściej utrzymują się osoby z wykształceniem podstawowym, co wiąże się z ogólnie niższym poziomem wykształcenia rolników.

Tabela 1.8. Główne źródło utrzymania mężczyzn i kobiet oraz ogółem osób starszych ze względu na poziom wykształcenia (w procentach seniorów z danym poziomem wykształcenia)

Główne źródło utrzymania	Poziom wykształcenia			
	podstawowe i niższe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe i policealne
Praca najemna stała w sektorze publicznym	0,4	2,0	2,4	6,6
Praca najemna stała w sektorze prywatnym	1,2	4,6	2,7	3,7
Praca najemna dorywcza w sektorze publicznym	0,1			
Praca najemna dorywcza w sektorze prywatnym	0,1	0,1	0,2	
Użytkowanie gospodarstwa rolnego	0,8	2,3	0,3	0,1
Pomaganie w użytkowaniu gospodarstwa rolnego			0,1	
Pracodawca poza gospodarstwem indywidualnym w rolnictwie	0,2		0,2	0,3
Praca stała na własny rachunek	0,2	0,5	1,5	1,4
Praca dorywcza na własny rachunek	0,0	0,1		0,1
Emerytury pracownicze	48,7	62,0	78,1	82,0
Emerytury rolników indywidualnych	25,0	7,6	2,4	1,0
Renty inwalidzkie	5,2	9,9	4,5	1,1
Renty rodzinne	13,0	4,8	4,8	2,0
Zasiłki dla bezrobotnych	0,2	0,7	0,1	
Inne świadczenia z Funduszu Pracy	0,1	1,4	0,4	0,2
Pozostałe świadczenia z ubezpieczenia społecznego	0,0	0,1	0,1	
Zasiłki rodzinne i dodatki do nich				
Zasiłki z pomocy społecznej	0,9	0,7	0,4	0,1
Inne świadczenia z pomocy społecznej	0,3	0,3	0,4	
Pozostałe dochody o charakterze socjalnym	0,3			
Dochody z wynajmu domu, garażu		0,1	0,1	0,1
Emerytury i renty zagraniczne	0,3		0,4	0,2
Dary, alimenty od osób prywatnych	0,2	0,2		
Inne dochody		0,1	0,1	0,1
Pozostawanie na utrzymaniu innych członków gospodarstwa	2,5	2,7	1,0	0,8

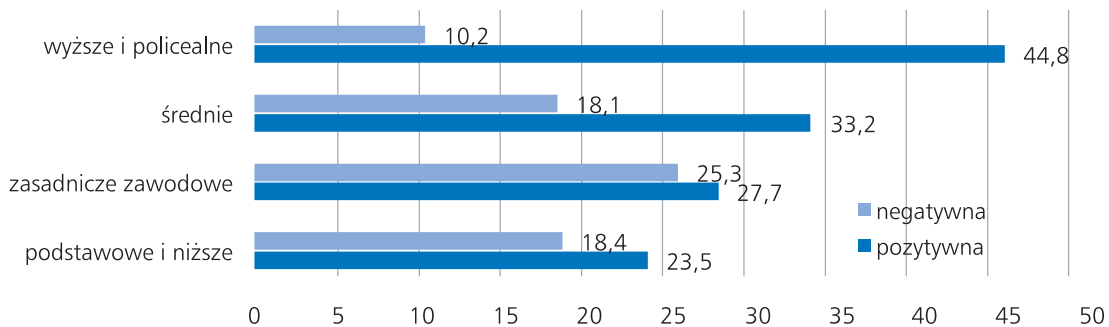
Renty rodzinne także stanowią główne źródło utrzymania osób z podstawowym wykształceniem (prawie wyłącznie w grupie kobiet). Najmniejszy odsetek osób pozostających na utrzymaniu innych członków gospodarstwa domowego jest wśród osób z wyższym i średnim wykształceniem. Praca na rachunek własny częściej jest głównym źródłem utrzymania osób lepiej wykształconych.

Na wykresie 1.5 pokazane zostały dane dotyczące oceny sytuacji finansowej rodziny. Różnica między ocenami sformułowanymi przez mężczyzn i kobiety jest istotna statystycznie, ale znika, gdy wyeliminujemy wpływ wysokości dochodu osobistego i dochodu ekwiwalentnego gospodarstwa domowego. Potwierdza to uwagi o gorszej sytuacji materialnej kobiet w starości. Warto zwrócić uwagę na to, że jest to w Europie powszechnie występujący efekt i w decydującej mierze uwarunkowany niższym niż w przypadku mężczyzn poziomem wynagrodzeń kobiet, co rzutuje na niższe świadczenie emerytalne kobiet.



Wykres 1.5. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i satysfakcji z sytuacji finansowej swojej rodziny

Podobnie, jak w przypadku większości innych elementów oceny sytuacji życiowej seniorów, poziom wykształcenia w istotny sposób wpływa na zadowolenie z sytuacji finansowej. Dobrze (bardzo zadowolony/a i zadowolony/a) ocenia ją 30% starszych respondentów, a źle (niezadowolony/a oraz bardzo niezadowolony/a) – 22,4%. Szczegółowe dane na ten temat zawiera wykres 1.6. Można na nim wyraźnie dostrzec, jak w miarę przechodzenia do coraz wyższych poziomów wykształcenia zwiększa się odsetek respondentów formułujących oceny dobre i zmniejsza się odsetek tych, którzy źle oceniają sytuację finansową swojej rodziny. W grupie respondentów z wykształceniem średnim i wyższym wyraźnie dostrzegalna jest przewaga ocen pozytywnych. Ma to także związek z wyższymi dochodami osób lepiej wykształconych i jest zjawiskiem uniwersalnym w przekroju międzynarodowym.



Wykres 1.6. Procent seniorów według oceny sytuacji finansowej swojej rodziny i poziomu wykształcenia

Jeżeli wziąć pod uwagę wiek respondentów, to okaże się, że przy w miarę wyrównanym poziomie ocen pozytywnych, formułowanych przez seniorów w wieku 60–80 lat, w grupie 80 i więcej lat odsetek zadowolonych z sytuacji finansowej swojej rodziny zauważalnie wzrasta. Dotyczy to zarówno kobiet jak i mężczyzn. Trudno o jednoznaczne wyjaśnienie tego faktu. Zapewne nie wpływa na to otrzymywanie dodatku pielęgnacyjnego, bo ten przysługuje wszystkim, którzy ukończyli 75. rok życia. Bardziej prawdopodobne wydaje się wyjaśnienie przedstawione w raporcie z badania PolSenior, gdzie odsetek osób deklarujących zadowolenie ze swojej sytuacji finansowej był zaskakująco wysoki (około 66%): osoby starsze, nie mając możliwości zaspokojenia wszystkich potrzeb, wypierają ze świadomości te, których zaspokojenie jest w danej sytuacji materialnej zupełnie nierealne, a to prowadzi do poprawy ogólnej

oceny. Nie wykluczony jednak jest także wpływ wysokości aspiracji materialnych, niższych zdecydowanie wśród osób najstarszych.

Wielkość klasy miejscowości zamieszkania także ma statystycznie istotny wpływ na ocenę sytuacji finansowej rodziny osób starszych. Z danych w tabeli 1.9 można odczytać kilka informacji ważnych dla polityki społecznej wobec seniorów. Przede wszystkim na uwagę zasługuje fakt, że na wsi odsetek

Tabela 1.9. Procent różnych ocen sytuacji finansowej rodziny w grupie seniorów w zależności od klasy miejscowości zamieszkania i wieku

Klasa miejsca zamieszkania	Ocena sytuacji finansowej	Grupy wieku					Ogółem
		60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Miasta o liczbie mieszkańców 500 tys. i więcej	bardzo zadowolony	2,7	3,8	2,8	3,1	5,5	3,4
	zadowolony	21,7	27,5	27,8	27,7	25,8	25,4
	dosyć zadowolony	38,8	33,8	29,6	33,8	32,8	34,7
	dosyć niezadowolony	12,4	15,0	23,1	16,2	12,5	15,1
	niezadowolony	17,8	11,3	2,8	13,1	18,0	13,6
	bardzo niezadowolony	6,6	8,8	13,9	6,2	5,5	7,8
Miasta o liczbie mieszkańców 200–500 tys.	bardzo zadowolony	4,8	5,7	3,3	2,8	8,9	5,1
	zadowolony	20,6	28,6	33,7	37,0	33,7	28,9
	dosyć zadowolony	31,1	30,0	31,5	32,4	24,8	30,2
	dosyć niezadowolony	18,2	11,4	14,1	10,2	18,8	14,9
	niezadowolony	18,7	12,9	15,2	13,0	10,9	14,8
	bardzo niezadowolony	6,7	11,4	2,2	4,6	3,0	6,2
Miasta o liczbie mieszkańców 100–200 tys.	bardzo zadowolony	3,0	3,0	3,9	3,9	7,7	4,2
	zadowolony	29,0	25,3	32,5	25,0	39,4	30,3
	dosyć zadowolony	32,5	34,3	26,0	35,5	22,1	30,3
	dosyć niezadowolony	13,6	14,1	15,6	9,2	16,3	13,9
	niezadowolony	13,6	14,1	14,3	15,8	8,7	13,1
	bardzo niezadowolony	8,3	9,1	7,8	10,5	5,8	8,2
Miasta o liczbie mieszkańców 20–100 tys.	bardzo zadowolony	4,0	4,7	5,6	7,4	5,9	5,2
	zadowolony	26,7	26,4	26,5	25,6	31,7	27,2
	dosyć zadowolony	35,5	32,4	32,6	27,1	24,3	31,4
	dosyć niezadowolony	13,9	14,8	15,3	24,6	16,3	16,3
	niezadowolony	10,6	13,5	12,6	8,9	15,3	12,0
	bardzo niezadowolony	9,2	8,2	7,4	6,4	6,4	7,9
Miasta o liczbie mieszkańców poniżej 20 tys.	bardzo zadowolony	3,2	4,7	5,6	2,4	3,7	3,8
	zadowolony	29,4	36,1	35,2	26,2	33,0	31,5
	dosyć zadowolony	33,0	27,8	32,4	23,8	35,8	30,8
	dosyć niezadowolony	12,0	11,2	12,0	24,6	9,2	13,4
	niezadowolony	12,9	14,8	10,2	15,1	11,0	13,0
	bardzo niezadowolony	9,4	5,3	4,6	7,9	7,3	7,4
Wieś	bardzo zadowolony	2,6	5,3	1,8	4,2	5,0	3,7
	zadowolony	23,3	20,1	20,8	18,9	24,5	21,7
	dosyć zadowolony	29,4	29,4	32,7	28,4	33,7	30,5
	dosyć niezadowolony	16,0	19,5	20,0	21,3	18,7	18,7
	niezadowolony	15,5	15,6	16,5	17,4	11,8	15,4
	bardzo niezadowolony	13,3	10,1	8,4	9,7	6,3	10,1
Ogółem	bardzo zadowolony	3,2	4,8	3,4	4,3	5,8	4,2
	zadowolony	24,9	25,6	26,4	24,6	29,4	25,9
	dosyć zadowolony	32,8	30,8	31,7	29,2	29,9	31,2
	dosyć niezadowolony	14,5	15,7	17,6	19,6	16,2	16,3
	niezadowolony	14,6	14,1	13,2	14,3	12,8	13,9
	bardzo niezadowolony	10,0	9,0	7,7	7,9	6,0	8,5

najgorzej oceniających sytuację finansową swoich rodzin jest nieco wyższy niż w pozostałych kategoriach miejscowości. Na wsi co czwarty senior jest niezadowolony lub bardzo niezadowolony z sytuacji finansowej rodziny wobec co piątego w miastach.

Biorąc pod uwagę sytuację na lokalnych rynkach pracy i mniejsze niż gdzie indziej możliwości uzyskania dodatkowego dochodu z pracy, jak też mniej rozbudowany system usług bytowych oraz społecznych, można oczekiwać, że więcej potrzeb ludzi starszych pozostaje niezaspokojonych właśnie na wsi. Warunkują to zarówno niższe dochody, jak i gorzej rozbudowana infrastruktura usługowa. W takich przypadkach rodzina i grupy nieformalne zyskują dodatkowo na znaczeniu.

1.4.2. Warunki mieszkaniowe

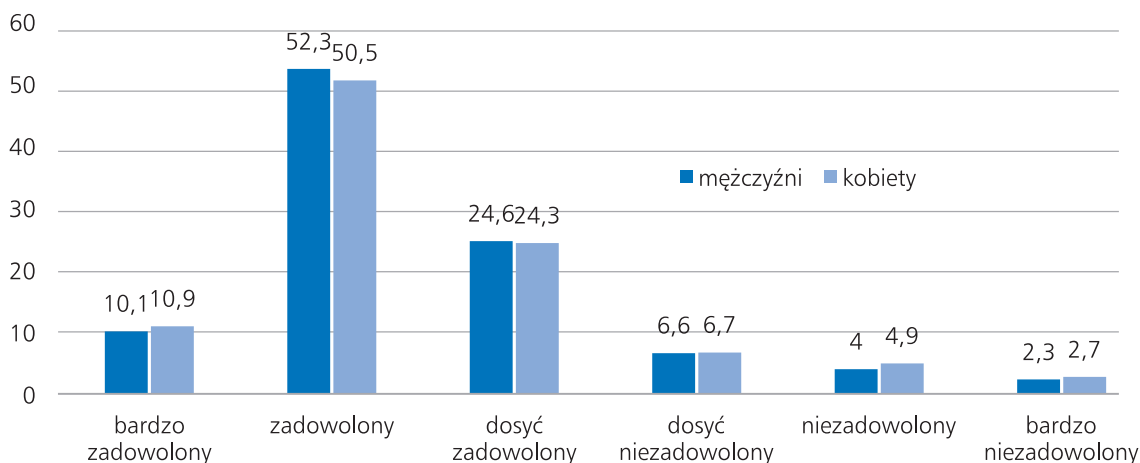
Jednym z wymiarów sytuacji materialnej są warunki mieszkaniowe. Jeśli mierzyć je powierzchnią przypadającą na jednego członka gospodarstwa domowego, to sytuacja seniorów jest o ponad 40% lepsza niż osób młodszych (odpowiednio 35 m² do 24 m²) (tabela 1.10). W grupie seniorów powierzchnia na osobę rośnie wraz z wiekiem, co wynika ze spadku liczby członków gospodarstwa domowego (w wyniku śmierci partnera i/lub wyprowadzenia się dzieci do własnego mieszkania).

Tabela 1.10. Powierzchnia mieszkania na jednego członka gospodarstwa domowego według wieku i płci

Wiek w latach	Płeć	Liczba metrów kwadratowych na osobę
do 59	mężczyzna	24,3
	kobieta	23,7
	ogółem	24,0
60–64	mężczyzna	30,7
	kobieta	32,1
	ogółem	31,4
65–69	mężczyzna	34,1
	kobieta	35,6
	ogółem	35,0
70–74	mężczyzna	33,0
	kobieta	37,6
	ogółem	35,9
75–79	mężczyzna	34,1
	kobieta	40,7
	ogółem	38,2
80+	mężczyzna	35,3
	kobieta	38,2
	ogółem	37,2
Ogółem	mężczyzna	26,1
	kobieta	27,2
	ogółem	26,7

Powierzchnia mieszkania na osobę jest skorelowana z zadowoleniem z warunków mieszkaniowych ($r = 0,242$, $p < 0,001$ dla całej próby respondentów i $r = 0,162$, $p < 0,001$ dla podpróby seniorów). Jak wynika z wykresu 1.7 ogółem około 60% seniorów jest zadowolonych z warunków mieszkaniowych, a dalsze 25% – dosyć zadowolone. Nie ma w tych ocenach istotnych różnic między mężczyznami i kobietami. Ocena sytuacji mieszkaniowej jest statystycznie istotnie zależna od poziomu wykształcenia respondentów ($p < 0,001$). Badani mający wykształcenie podstawowe w 53,5% przypadków byli zadowoleni lub bardzo zadowoleni ze swoich warunków mieszkaniowych. Respondenci z wykształceniem zawodowym formu-

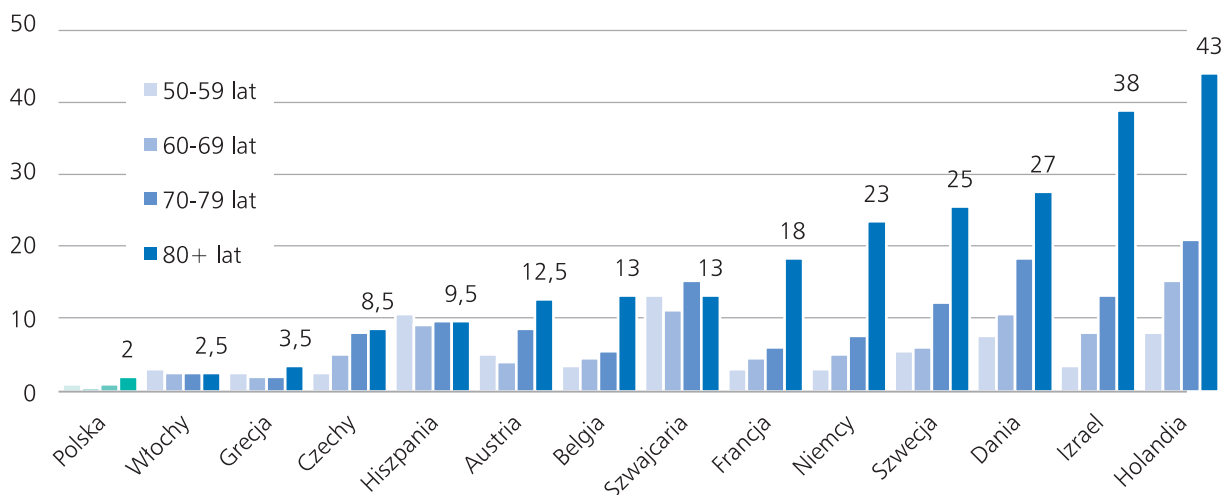
wali podobne oceny w 61,3% odpowiedzi, ze średnim – w 67,0%, a z wyższym – w 74,2%. Zapewne dużą rolę odgrywa w tym przypadku fakt, że lepiej wykształceni respondenci dysponują wyższym dochodem, a ten z kolei umożliwia przynajmniej częściowe zaspokojenie potrzeb związanych z poprawą warunków mieszkaniowych.



Wykres 1.7. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i oceny warunków mieszkaniowych

Jedyną klasą miejscowości, w której respondenci w odsetku mniejszym niż 60% wyrażali dobre oceny swojej sytuacji mieszkaniowej, była wieś (55,1% odpowiedzi wskazujących na zadowolenie respondentów). Podobnie, jak w wielu innych obszarach analizy, wskazuje to na gorsze warunki życia seniorów na wsi i potrzebę długofalowej interwencji podmiotów polityki społecznej.

Najgorzej na tle innych krajów europejskich i Izraela wygląda sytuacja polskich seniorów jeśli chodzi o wyposażenie ich domów i mieszkań w specjalne urządzenia ułatwiające życie osobom niepełnosprawnym czy mającym jakieś problemy fizyczne utrudniające ruchy ciała³ (wykres 1.8). Nawet w mieszkaniach najstarszej grupy polskich seniorów nie ma praktycznie takich urządzeń. Stanowi to ogromne wyzwanie dla polityki mieszkaniowej państwa i deweloperów.

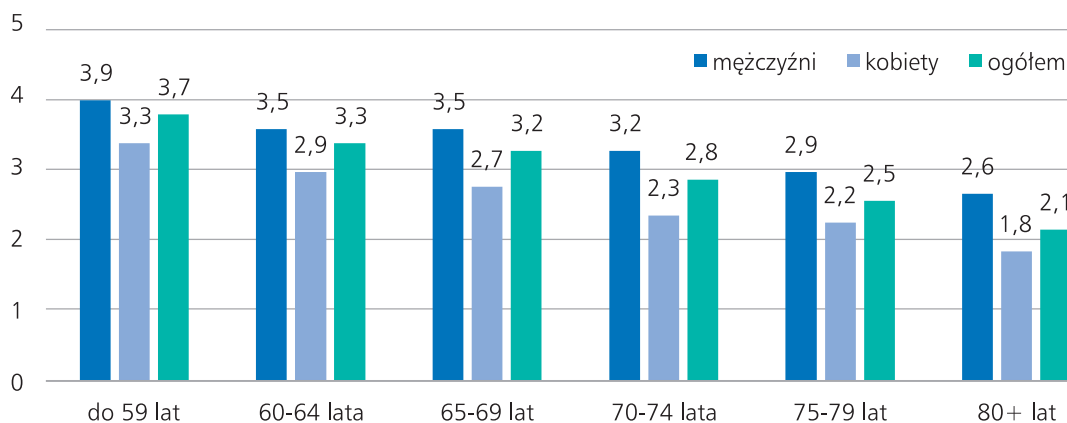


Wykres 1.8. Odsetek mieszkań wyposażonych w urządzenia ułatwiające poruszanie się w 14 krajach europejskich według wieku mieszkańców (SHARE 2006/2007, opr. własne)

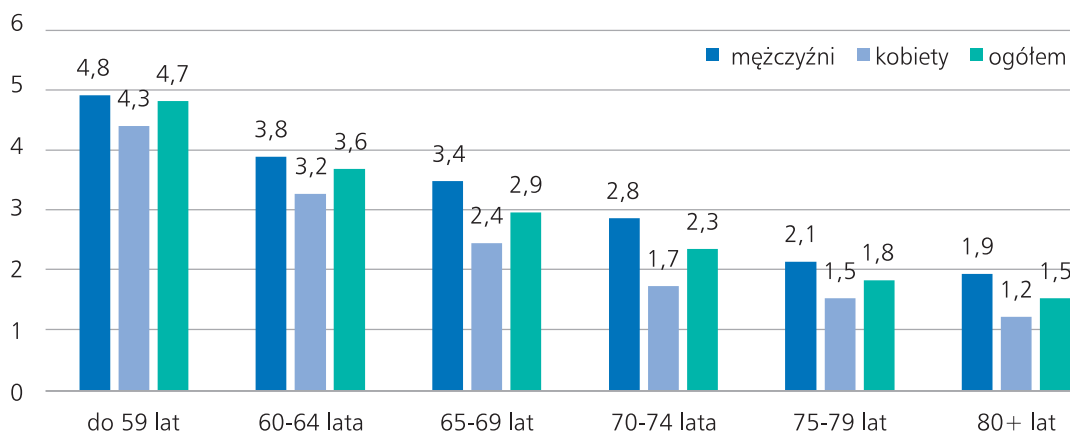
³Według trzeciej edycji badania SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) z lat 2006/2007.

1.4.3. Zasobność materialna

Liczba dóbr⁴, zwłaszcza dóbr elektronicznych, które posiadają gospodarstwa domowe seniorów, jest istotnie statystycznie mniejsza od liczby dóbr w gospodarstwach osób młodszych (wykresy 1.9 i 1.10). Także wzrost wieku seniorów idzie w parze z malejącą zasobnością materialną, zwłaszcza liczbą dóbr elektronicznych. Gospodarstwa domowe, których głową jest mężczyzna, są znacznie lepiej wyposażone niż gospodarstwa domowe, których głową jest kobieta, zarówno w grupie seniorów, jak i osób młodszych. Zasobność materialna zarówno gospodarstw domowych seniorów jak i osób młodszych skorelowana jest oczywiście z wysokością dochodu ($r = 0,35$, $p < 0,001$) a także z poziomem wykształcenia ($r = 0,36$, $p < 0,001$), który warunkuje zamożność. Wraz ze wzrostem w kolejnych generacjach seniorów osób z wyższym wykształceniem rosnąć powinna w przyszłości także zamożność tej grupy i – co za tym idzie – zmniejszać się powinna także różnica między seniorami i młodszymi generacjami w zasobności materialnej.



Wykres 1.9. Liczba dóbr nieelektronicznych w gospodarstwach domowych, których głową jest mężczyzna lub kobieta, w zależności od wieku głowy gospodarstwa



Wykres 1.10. Liczba dóbr elektronicznych w gospodarstwach domowych, których głową jest mężczyzna lub kobieta, w zależności od wieku głowy gospodarstwa

⁴Pytanie w kwestionariuszu gospodarstwa domowego dotyczyło następujących dóbr nazwanych tu nieelektronicznymi: pralki automatycznej, zmywarki, kuchenki mikrofalowej, domu letniskowego, samochodu, łodzi motorowej, działki rekreacyjnej, własnego mieszkania lub domu i innego nieruchomości, oraz dóbr elektronicznych: telewizora LCD/plazmy, płatnej telewizji satelitarnej lub kablowej, odtwarzacza DVD, kina domowego, komputera stacjonarnego lub laptopa, tabletu, elektronicznego czytnika książek, dostępu do internetu.

1.5. Sytuacja rodzinna

Ponad połowa seniorów żyje w związku małżeńskim w gospodarstwach domowych jednorodzinnych i 2/3 osób z tej grupy mieszka bez dzieci (tabela 1.11). Ponad 9% seniorów mieszka z dziećmi ale bez partnera (rodziny niepełne), kolejne 11,5% żyje w gospodarstwach wielorodzinnych (zazwyczaj z dziećmi, które zawiązały związek małżeński i nie wyprowadziły się do własnego mieszkania); tylko 1,4% mieszka w gospodarstwach nierodzinnych wieloosobowych (zazwyczaj jest to rodzeństwo). Aż 24,7% seniorów mieszka samotnie. Wraz z wiekiem rośnie odsetek seniorów żyjących samotnie (z 15,1% do 35,6%), przy czym skok ilościowy następuje tu po przekroczeniu 75. roku życia i dotyczy głównie kobiet; samotnie mieszka 34% kobiet w wieku senioralnym i 16% mężczyzn.

Tabela 1.11. Sytuacja rodzinna seniorów w gospodarstwie domowym (cała próba członków gospodarstw domowych)

Typ gospodarstwa domowego		Wiek (w latach)					Ogółem
		60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Małżeństwo bez dzieci	liczebność	872	637	399	322	293	2523
	wiek (%)	36,8%	41,3%	35,5%	28,6%	24,1%	34,2%
Małżeństwo z 1 dzieckiem	liczebność	423	202	115	83	79	902
	wiek (%)	17,8%	13,1%	10,2%	7,4%	6,5%	12,2%
Małżeństwo z 2 dzieci	liczebność	127	67	51	57	55	357
	wiek (%)	5,4%	4,3%	4,5%	5,1%	4,5%	4,8%
Małżeństwo z 3+ dzieci	liczebność	54	20	18	26	31	149
	wiek (%)	2,3%	1,3%	1,6%	2,3%	2,6%	2,0%
Rodziny niepełne	liczebność	190	112	103	97	173	675
	wiek (%)	8,0%	7,3%	9,2%	8,6%	14,2%	9,1%
Wielorodzinne	liczebność	329	177	117	102	120	845
	wiek (%)	13,9%	11,5%	10,4%	9,1%	9,9%	11,5%
Nierodzinne jednoosobowe	liczebność	358	306	307	419	432	1822
	wiek (%)	15,1%	19,9%	27,3%	37,2%	35,6%	24,7%
Nierodzinne wieloosobowe	liczebność	19	20	14	21	32	106
	wiek (%)	0,8%	1,3%	1,2%	1,9%	2,6%	1,4%
Ogółem	liczebność	2372	1541	1124	1127	1215	7379
	wiek (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Podobną strukturę sytuacji rodzinnej seniorów otrzymujemy dla próby respondentów indywidualnych (tabela 1.12); większy jest tylko w tej próbie odsetek zamieszkujących samotnie (27%).

Jak pokazano na wykresie 1.11, prawie 3/4 starszych osób wyraża zadowolenie ze stosunków rodzinnych. Odsetek wyraźnie niezadowolonych waha się od 3% w przypadku kobiet do 4,1% w przypadku mężczyzn. Kobiety są średnio bardziej zadowolone od mężczyzn ($p < 0,001$), starsi seniorzy są bardziej zadowoleni od młodszych ($p < 0,001$). Ogólnie seniorzy wyrażają większe zadowolenie ze stosunków z najbliższymi w rodzinie niż osoby młodsze ($p < 0,001$).

Na formułowane opinie o rodzinie wpływa wykształcenie seniorów (im wyższe tym mniejszy odsetek opinii negatywnych i bardzo negatywnych). Nie ma natomiast różnicy w stopniu zadowolenia ze stosunków z najbliższymi w rodzinie między mieszkańcami wsi i miast. Można zatem przypuszczać, że ocena stosunków rodzinnych nie jest dokonywana przez pryzmat wspólnego zamieszkiwania, co ma miejsce rzadziej w dużych miastach niż na wsi.

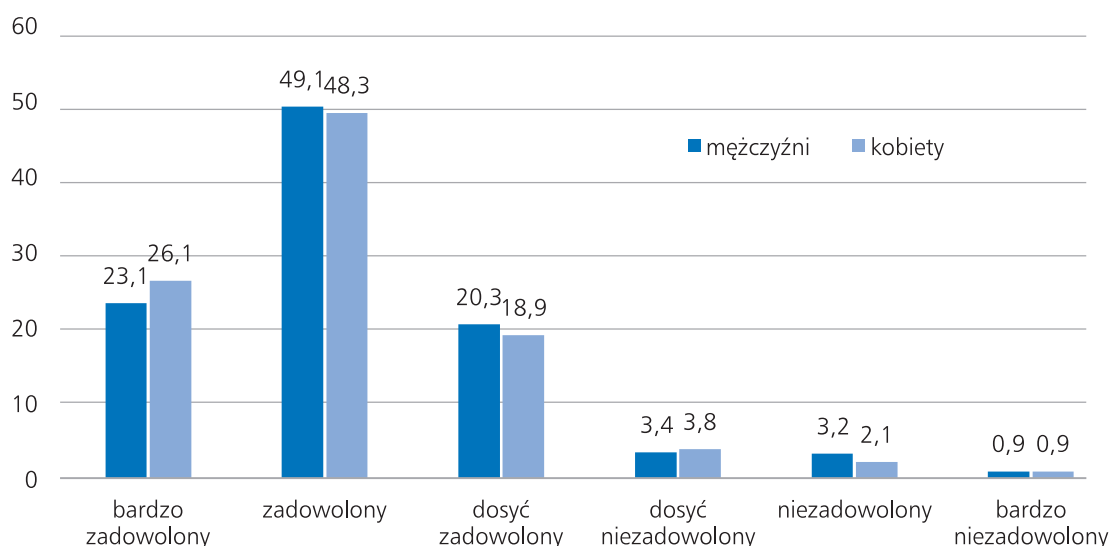
Bardziej szczegółowe dane zostały zebrane w tabeli 1.13. Jak widać, nie ma dużych różnic między ocenami mężczyzn i kobiet, można natomiast zauważyć wzrost odsetka zadowolonych i bardzo zadowolonych w najwyższych grupach wieku. Może to być konsekwencją częściej udzielanej pomocy i różnych form wsparcia dla osób starszych. Granica IV wieku (80 lat) wydaje się być w tym przypadku wyraźną cezurą.

Tabela 1.12. Sytuacja rodzinna seniorów w gospodarstwie domowym (próbna respondentów indywidualnych)

Typ gospodarstwa domowego		Wiek (w latach)					Ogółem
		60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Małżeństwo bez dzieci	liczebność	744	550	337	285	240	2156
	wiek (%)	36,5%	41,0%	35,0%	29,3%	24,1%	34,2%
Małżeństwo z 1 dzieckiem	liczebność	350	175	94	66	55	740
	wiek (%)	17,2%	13,1%	9,8%	6,8%	5,5%	11,7%
Małżeństwo z 2 dziećmi	liczebność	104	55	37	44	36	276
	wiek (%)	5,1%	4,1%	3,8%	4,5%	3,6%	4,4%
Małżeństwo z 3+ dziećmi	liczebność	50	18	15	17	22	122
	wiek (%)	2,5%	1,3%	1,6%	1,7%	2,2%	1,9%
Rodziny niepełne	liczebność	178	107	88	86	136	595
	wiek (%)	8,7%	8,0%	9,1%	8,8%	13,7%	9,4%
Wielorodzinne	liczebność	262	136	92	65	73	628
	wiek (%)	12,9%	10,1%	9,6%	6,7%	7,3%	10,0%
Nierodzinne jednoosobowe	liczebność	331	282	287	391	410	1701
	wiek (%)	16,3%	21,0%	29,8%	40,2%	41,2%	27,0%
Nierodzinne wieloosobowe	liczebność	17	17	12	19	24	89
	wiek (%)	0,8%	1,3%	1,2%	2,0%	2,4%	1,4%
Ogółem	liczebność	2036	1340	962	973	996	6307
	wiek (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 1.13. Respondenci według płci, grup wieku i oceny stosunków rodzinnych (w odsetkach grupy wieku)

Wyszczególnienie	Grupy wieku					Ogółem
	60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Mężczyźni						
bardzo zadowolony	22,0	21,7	22,0	23,5	28,7	23,0
zadowolony	50,0	48,5	51,1	44,3	50,6	49,1
dosyć zadowolony	19,4	20,5	20,9	25,9	16,1	20,3
dosyć niezadowolony	4,2	3,3	3,7	2,9	2,0	3,5
niezadowolony	3,3	5,3	2,1	1,8	1,7	3,2
bardzo niezadowolony	1,2	0,7	0,3	1,6	0,9	0,9
Kobiety						
bardzo zadowolony	23,7	26,5	26,3	27,6	27,7	26,1
zadowolony	48,7	47,2	50,0	46,2	49,6	48,4
dosyć zadowolony	21,1	18,9	17,2	18,6	17,0	18,9
dosyć niezadowolony	3,4	3,9	3,1	5,7	2,8	3,7
niezadowolony	2,0	2,1	2,6	1,4	2,5	2,1
bardzo niezadowolony	1,0	1,3	0,8	0,5	0,4	0,9
Ogółem						
bardzo zadowolony	22,9	24,5	24,6	26,1	28,1	24,8
zadowolony	49,3	47,8	50,4	45,5	49,9	48,7
dosyć zadowolony	20,3	19,6	18,6	21,3	16,7	19,5
dosyć niezadowolony	3,8	3,7	3,3	4,6	2,5	3,6
niezadowolony	2,6	3,4	2,4	1,6	2,2	2,5
bardzo niezadowolony	1,1	1,1	0,6	0,9	0,6	0,9

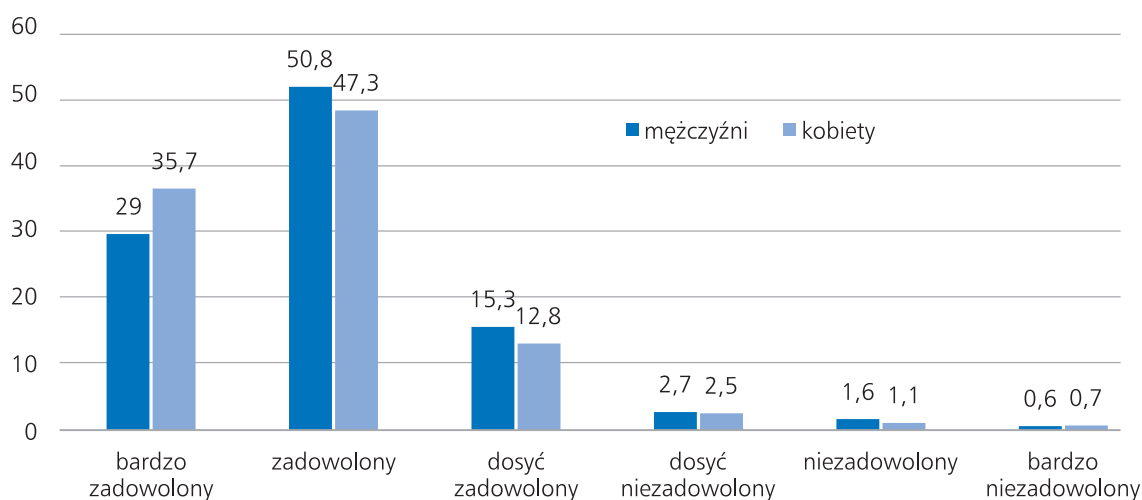


Wykres 1.11. Procent seniorów według płci i stopnia zadowolenia ze stosunków rodzinnych

Na podkreślenie zasługuje również mały odsetek osób bardzo niezadowolonych ze stosunków rodzinnych. Wydaje się jednak, że do tych danych należy podchodzić z dużą ostrożnością. Wiele badań dotyczących przemocy wobec osób starszych potwierdza występowanie tego zjawiska i choć trudno o ustalenie jego prawdziwej skali, to wydaje się, że sformułowane tutaj oceny są nazbyt optymistyczne.

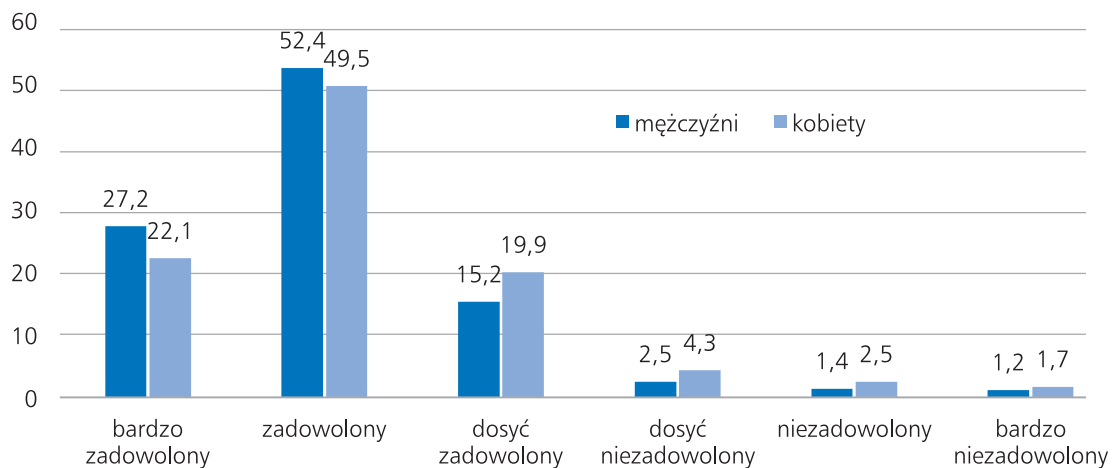
Respondentów pytano również o stopień zadowolenia z dzieci i małżeństwa. Mierzono również natężenie stresu małżeńskiego i rodzicielskiego.

Oceny zadowolenia z dzieci i małżeństwa według płci respondentów zostały przedstawione na wykresach 1.12 i 1.13. Około 80% respondentów wyraża zadowolenie ze swoich dzieci i z małżeństwa, co jest potwierdzeniem generalnie dobrej oceny stosunków rodzinnych. Bardziej z dzieci zadowolone są kobiety niż mężczyźni. Nie ma natomiast istotnej różnicy między kobietami i mężczyznami w satysfakcji z małżeństwa.



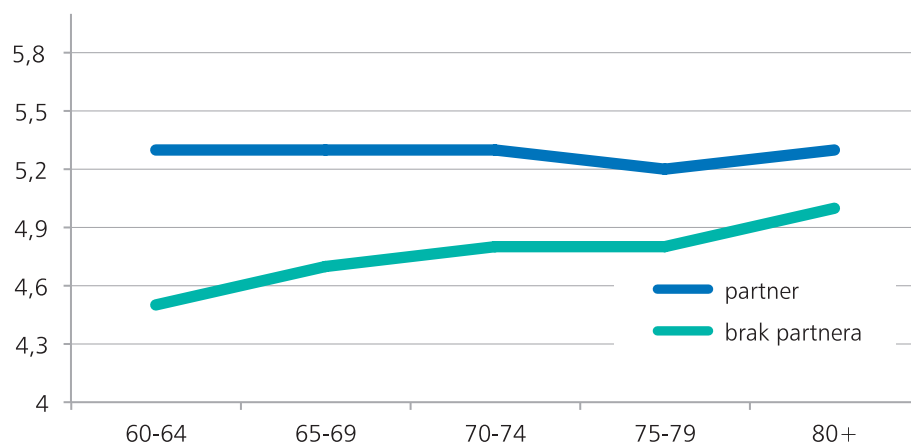
Wykres 1.12. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i stopnia satysfakcji z dzieci

10% dzieci zamieszkujących wspólnie z rodzicami w wieku senioralnym opiekuje się nimi w sposób systematyczny, a sporadycznej opieki udziela połowa. Na systematyczną opiekę współmałżonka liczyć z kolei może 27% mężczyzn w podeszłym wieku i 20% kobiet. Dysproporcja ta wynika stąd, że więcej starszych kobiet (47%) niż mężczyzn (15%) jest owdowiałych.

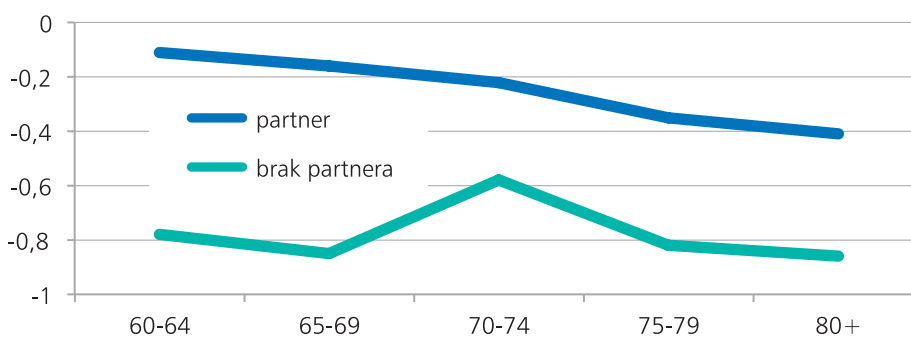


Wykres 1.13. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i stopnia satysfakcji z małżeństwa

Seniorzy mieszkający wspólnie z partnerem są w lepszej kondycji psychicznej (lepiej oceniają całe swoje dotychczasowe życie, wykres 1.14) i mają wyższy poziom dobrostanu psychicznego⁵ (wykres 1.15), ale różnica ta zmniejsza się z wiekiem, ponieważ rośnie ocena życia seniorów żyjących bez partnera i spada dobrostan psychiczny seniorów żyjących z partnerem. Wynika to prawdopodobnie stąd, że partner w bardziej zaawansowanym wieku stwarza więcej problemów dla współmałżonka, chociaż, jak niżej pokażemy, natężenie stresu małżeńskiego raczej spada, a nie rośnie z wiekiem.



Wykres 1.14. Ocena całego dotychczasowego życia (1 – okropnie... 7 – wspaniale) ze względu na wiek i mieszkanie z partnerem

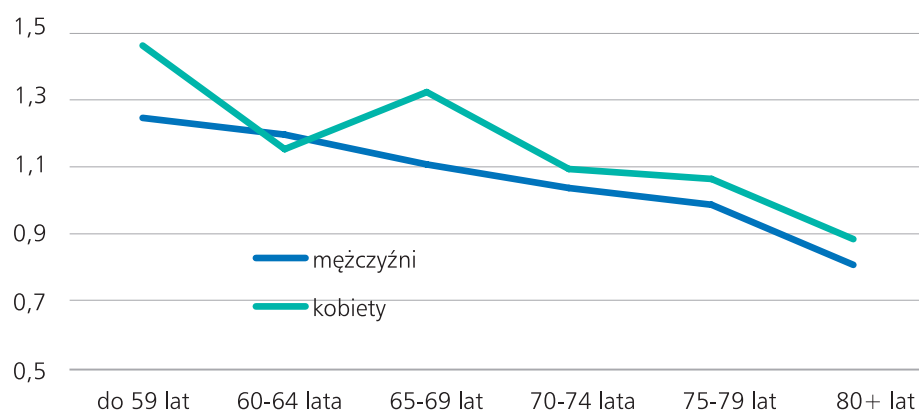


Wykres 1.15. Dobrostan psychiczny ze względu na wiek i mieszkanie z partnerem

⁵Konstrukcja wskaźnika patrz rozdział 6.

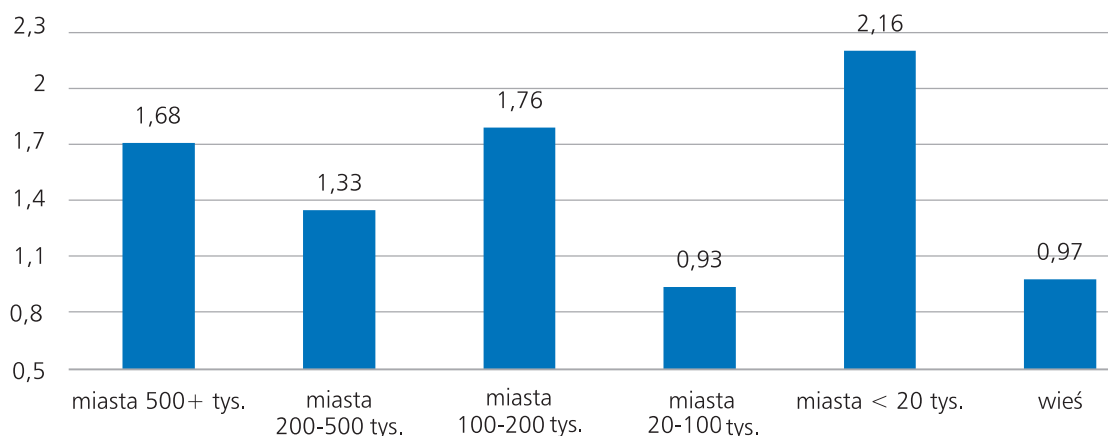
W *Diagnozie Społecznej* wyodrębniono 8 kategorii stresu życiowego: małżeński (patrz kwestionariusz indywidualny na www.diagnoza.com, pyt. 4–6), rodzicielski, wynikający z problemów z dziećmi (pyt. 7–10), opiekuńczy (pyt. 11–12), finansowy (pyt. 13–14), stres związany z pracą (pyt. 15–17), stres ekologiczny związany z warunkami mieszkaniowymi, sąsiadami i bezpieczeństwem w okolicy miejsca zamieszkania (pyt. 18–21), stres zdrowotny (pyt. 22–23) i stres urzędniczy („kafkowski”, pyt. 24–27). Na tej podstawie utworzono ogólny wskaźnik stresu życiowego.

Kobiety senioralne żyjące w związku małżeńskim doświadczają stresu małżeńskiego w podobnym stopniu co mężczyźni. Zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn natężenie stresu małżeńskiego spada z wiekiem (wykres 1.16). Wyjątkiem od tej prawidłowości są kobiety w wieku 65–69 lat, u których stres małżeński jest największy. Przypuszczalnie ma to związek z przechodzeniem mężów na emeryturę i częstszym ich przebywaniem w domu, co wymaga od kobiet pewnego wysiłku adaptacyjnego. Adaptacja ta jest skuteczna, bo w kolejnych latach natężenie stresu małżeńskiego u kobiet spada w takim samym tempie jak u mężczyzn. Seniorzy doświadczają generalnie mniejszego stresu małżeńskiego niż osoby młodsze, co oznacza, że staż małżeński sprzyja poprawie relacji między partnerami, albo też dobre relacje między partnerami zapobiegają rozwodom, do których może dojść z powodztwa młodszych kobiet doświadczających szczególnie dużego stresu małżeńskiego. Im większy stres małżeński tym mniejsze zadowolenie z małżeństwa ($r = -0,377, p < 0,001$).



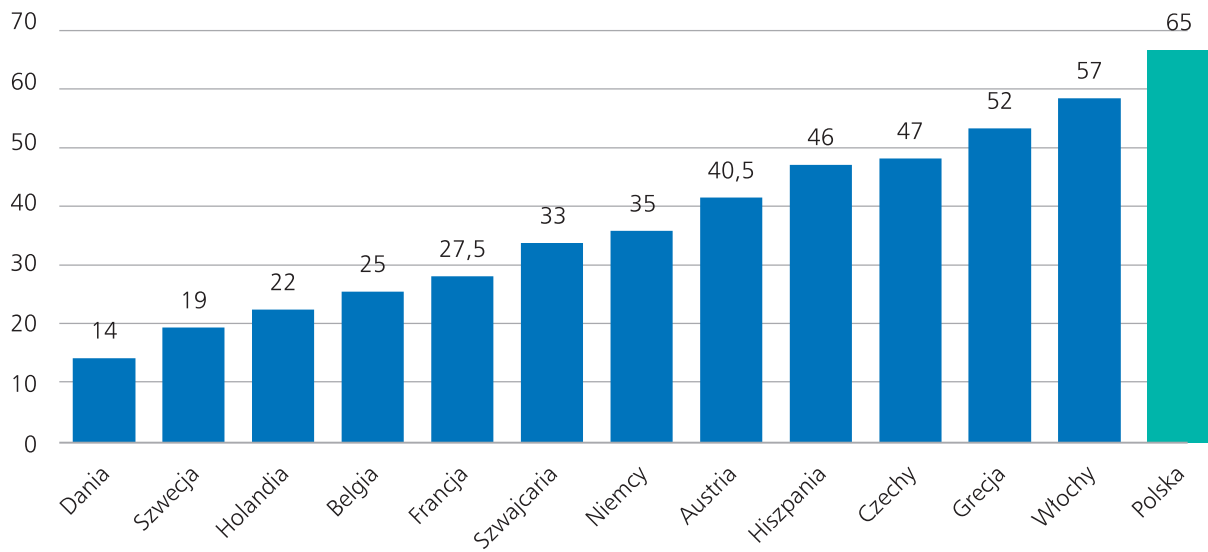
Wykres 1.16. Natężenie stresu małżeńskiego ze względu na wiek i płeć

Natężenie stresu rodzicielskiego seniorów nie zależy ani od wieku ani od płci respondentów. Jest takie samo wśród seniorów jak wśród młodszych rodziców. Jedyne klasa miejscowości różnicuje natężenie stresu rodzicielskiego seniorów. Jest on największy w najmniejszych miastach a najmniejszy na wsi i w miastach o liczbie mieszkańców 20–100 tys. (wykres 1.17). Im większy stres rodzicielski tym mniejsze zadowolenie z dzieci ($r = -0,327, p < 0,001$).



Wykres 1.17. Natężenie stresu rodzicielskiego wśród seniorów ze względu na klasę miejscowości zamieszkania

Tym, co wyróżnia sytuację rodzinną polskich seniorów na tle innych krajów europejskich, jest ogromny odsetek (65%) osób w wieku 50+ zamieszkujących razem z dziećmi (wykres 1.18). Teoretycznie powinno to sprzyjać pomocy schorowanym czy niepełnosprawnym seniorom w ramach rodziny, ale może także nasilać konflikty międzypokoleniowe.



Wykres 1.18. Odsetek osób w wieku 50+ lat zamieszkujących razem z dziećmi w 14 krajach europejskich (SHARE 2006/2007, opr. własne)

1.6. Wykształcenie

W miarę przechodzenia do coraz wyższych grup wieku następuje wyraźne obniżenie poziomu uzyskanego wykształcenia (tabela 1.14). Ponad połowa osób w najwyższej grupie wieku ma wykształcenie na poziomie podstawowym lub niższym. Wykształcenie wyższe zdobyło 11% osób w tej grupie wieku. W przypadku sześćdziesięciolatek odsetek tych, którzy ukończyli naukę na poziomie podstawowym lub niższym wynosi 1/4, natomiast wykształceniem wyższym lub policealnym legitymuje się co siódma osoba. Wśród najmłodszych seniorów jest w porównaniu z najstarszymi stosunkowo duży odsetek z wykształceniem zasadniczym zawodowym, zwłaszcza wśród mężczyzn. Jest to następstwem zmian, jakie zachodziły w systemie oświaty w powojennej Polsce i wprowadzenia obowiązku szkolnego, ale też konsekwencją samych wydarzeń wojennych i okupacyjnych, utrudniających lub wręcz uniemożliwiających wówczas młodym ludziom pobieranie nauki.

W grupie najstarszych mężczyzn jest ponad dwukrotnie większy niż wśród najstarszych kobiet odsetek osób z wyższym lub policealnym wykształceniem. Nie oznacza to, że mężczyźni urodzeni przed 1934 rokiem częściej od kobiet w tym samym wieku kontynuowali naukę po szkole średniej.

Wynika to z faktu, że w przypadku mężczyzn znacznie większe niż w przypadku kobiet znaczenie dla długowieczności ma poziom wykształcenia, determinujący bardziej lub mniej zdrowy styl życia. Innymi słowy, dużo większą szansę dożyć osiemdziesięciu i więcej lat mają mężczyźni lepiej wykształceni i dlatego w najstarszej grupie mężczyzn jest tak duży odsetek z wyższym wykształceniem a stosunkowo – w porównaniu z najstarszymi kobietami – niewielki odsetek z wykształceniem podstawowym i niższym⁶.

⁶Po raz pierwszy w Polsce dowiódł tego empirycznie zespół wrocławskich antropologów pod kierunkiem prof. Tadeusza Bielickiego (Bielicki T., Brajczewski C., Rogucka E. i Welon Z., *Niektóre społeczne i ekologiczne uwarunkowania przedwczesnej umieralności osób dorosłych w Polsce*, Wrocław: Zakład Antropologii Polskiej Akademii Nauk, 1994). Zebrane przez ten zespół dane pokazują, że Polacy (mężczyźni) z wyższym wykształceniem mają w wieku 25 lat niemal dwukrotnie większą szansę dożycia co najmniej 65 lat w porównaniu z rówieśnikami legitymującymi się wykształceniem podstawowym. Dla kobiet, podobnie jak w innych krajach, zależność między wykształceniem i długowiecznością jest znacznie słabsza, co dowodzi większego ryzyka zdrowotnego mężczyzn w zakresie cywilizacyjnych czynników związanych z poziomem edukacji.

Ogólnie poziom wykształcenia osób starszych w Polsce nie może być uznany za wysoki, choć następują w tym zakresie istotne – i pozytywne – zmiany. Trzeba pamiętać, że objęte badaniem kobiety w wieku do 80 lat oraz mężczyźni w wieku do 85 lat to osoby, które przeszły na emeryturę już po zapoczątkowaniu transformacji systemu społecznego w Polsce. Jedną z konsekwencji tej zmiany było zwiększenie liczby osób podnoszących swoje formalne wykształcenie, w tym studiujące na studiach określanych wówczas mianem zaocznych. Była wśród nich pokaźna liczba osób w drugiej fazie swojej aktywności zawodowej. Podnosi się więc i nadal będzie się podnosił poziom wykształcenia osób w wieku emerytalnym, a każdy kolejny rocznik wchodzący w wiek emerytalny będzie się charakteryzował coraz wyższym poziomem wykształcenia oraz coraz większym zakresem wiedzy wyniesionej z dodatkowych kursów, szkoleń i innych zajęć w ramach uczenia się przez całe życie.

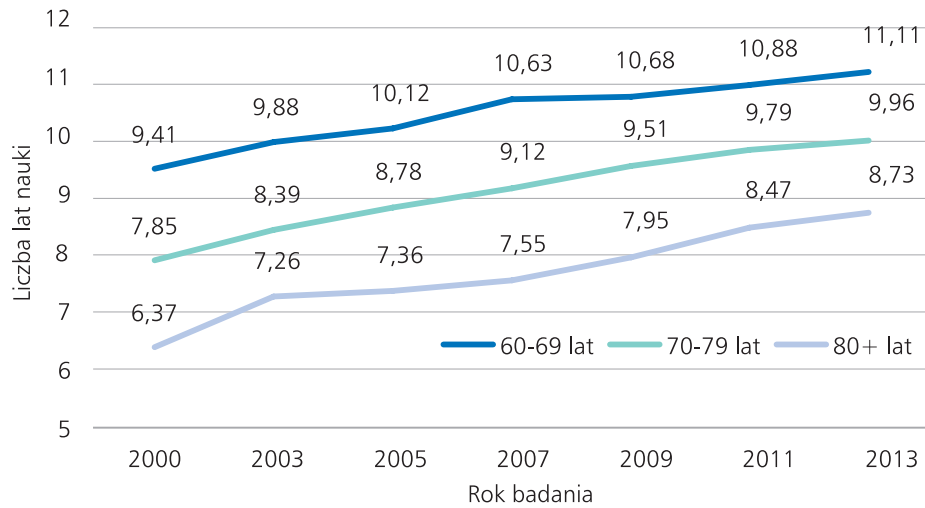
Tabela 1.14. Procent seniorów z różnym stopniem wykształcenia w poszczególnych grupach wieku ze względu na płeć i ogółem

Wyszczególnienie		Wiek (w latach)					Ogółem
		60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Mężczyźni	Podstawowe i niższe	21,7	21,6	30,5	38,4	41,0	27,9
	Zasadnicze zawodowe	41,9	38,4	28,9	22,4	15,5	33,0
	Średnie	25,4	24,5	27,1	22,4	25,2	25,0
	Wyższe i policealne	11,0	15,5	13,4	16,8	18,3	14,1
Kobiety	Podstawowe i niższe	22,6	31,0	54,0	46,5	65,8	40,9
	Zasadnicze zawodowe	25,7	21,0	8,2	11,9	6,9	16,3
	Średnie	35,7	31,0	25,4	27,1	19,9	28,8
	Wyższe i policealne	16,0	17,1	12,4	14,4	7,5	13,9
Ogółem	Podstawowe i niższe	22,2	27,1	45,0	43,5	57,4	35,6
	Zasadnicze zawodowe	33,2	28,2	16,1	15,9	9,8	23,1
	Średnie	30,9	28,3	26,0	25,4	21,7	27,3
	Wyższe i policealne	13,7	16,4	12,8	15,3	11,1	14,0

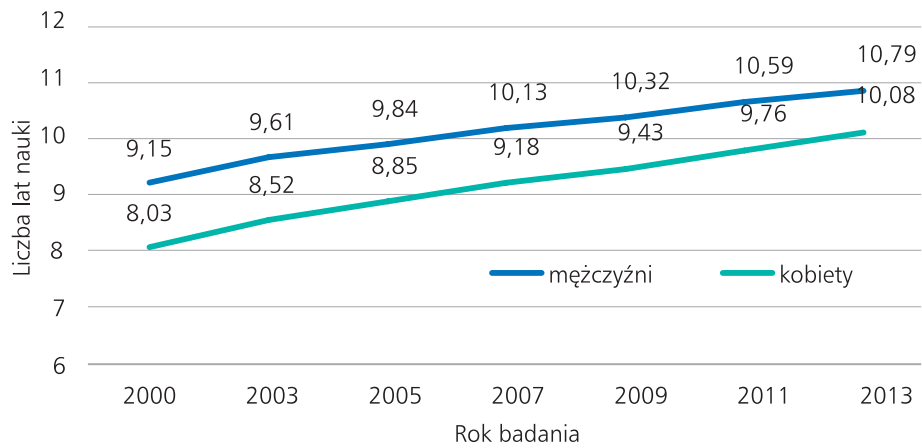
Znaczący wzrost poziomu wykształcenia seniorów w okresie kilkunastu ostatnich lat widać w danych z *Diagnozy Społecznej*. Gdy weźmiemy pod uwagę liczbę lat nauki, to okaże się, że w okresie 13 lat, między 2000 i 2013 rokiem, poziom wykształcenia osób w wieku 60 i więcej lat wzrósł aż o 22%; w grupie wieku 60–69 lat o 18%, w grupie wieku 70–79 lat o 27% i w grupie wieku 80 i więcej lat aż o 37% (wykres 1.19). Szybciej rósł poziom wykształcenia kobiet niż mężczyzn: odpowiednio o 26 i 18% (wykres 1.20). W związku z tym zmniejszyła się różnica między wykształceniem mężczyzn i kobiet, z 1 roku i 1 miesiąca nauki do nieco ponad 8 miesięcy. Ponieważ w kolejnych latach do grupy seniorów przechodzić będzie coraz więcej roczników z okresu boomu edukacyjnego, który zaczął się po zmianie systemu w latach 90. ubiegłego wieku, należy spodziewać się w niedalekiej przyszłości radykalnych zmian w charakterystyce Polskich emerytów. Rosnącym wyzwaniem dla polityki społecznej stanie się nie tylko kwestia zmiany proporcji osób aktywnych i nieaktywnych zawodowo, a co za tym idzie wydolności systemu zabezpieczenia emerytalnego, ale także ogromna zmiana potrzeb, oczekiwań i aspiracji osób starszych.

Mimo ogólnie niskiego poziomu wykształcenia stosunkowo niewielki odsetek seniorów (30%) jest ze swojego wykształcenia niezadowolony (wykres 1.21). Jest oczywiście istotna statystycznie zależność między poziomem wykształcenia a zadowoleniem z wykształcenia ($r = 0,485$, $p < 0,001$). Związek ten jest silniejszy u kobiet niż u mężczyzn, co może tłumaczyć znacznie, niemal pięciokrotnie większy udział kobiet niż mężczyzn w organizacjach upowszechniających wiedzę, głównie w Uniwersytetach Trzeciego Wieku (odpowiednio 0,9% i 0,2%).

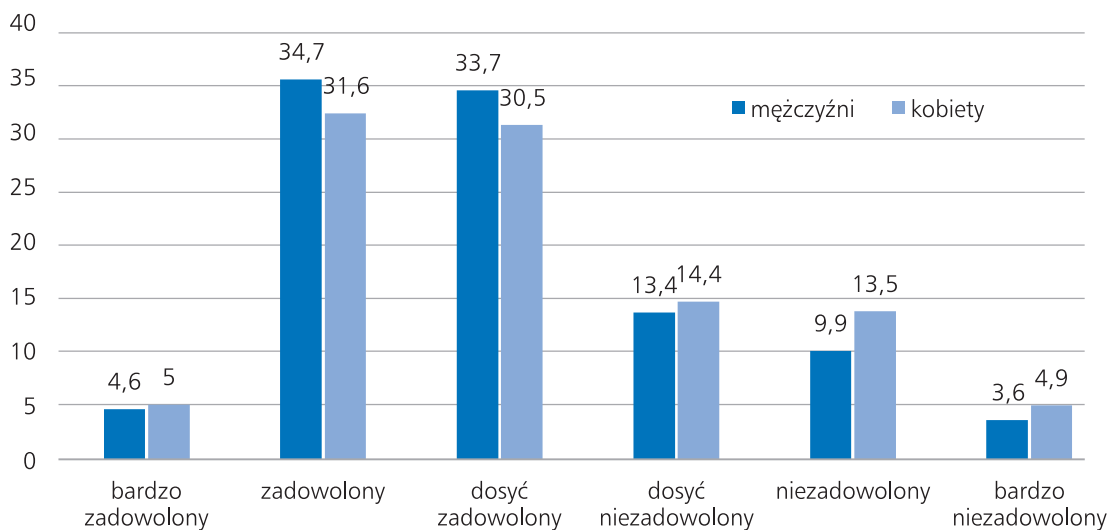
Chociaż mężczyźni genetycznie są mniej długowieczni od kobiet (w żadnym kraju przeciętna długość trwania życia mężczyzn nie dorównuje długości trwania życia kobiet), wykształcenie może w decydującym stopniu różnicę tę niwelować (ze 100% w grupie najniżej wykształconych do 15% wśród absolwentów szkół wyższych).



Wykres 1.19. Przeciętna liczba lat nauki w trzech grupach wieku seniorów w latach 2000–2013



Wykres 1.20. Przeciętna liczba lat nauki kobiet i mężczyzn w wieku senioralnym w latach 2000–2013



Wykres 1.21. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i stopnia zadowolenia ze swojego wykształcenia

Wykształcenie w grupie seniorów, podobnie jak w młodszych grupach, ma decydujący wpływ na styl i jakość życia. Będzie o tym szczegółowo mowa w kolejnych rozdziałach. Teraz pokażemy to na

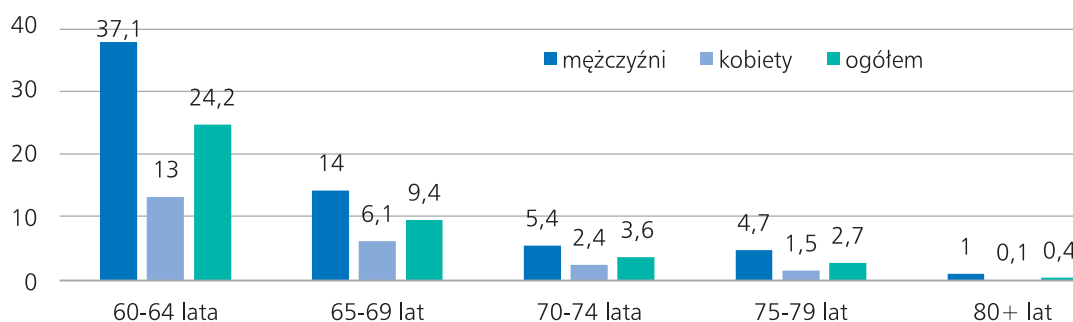
przykładzie palenia papierosów i nadużywaniu alkoholu (tabela 1.15). W przypadku odsetka palaczy widzimy liniową zależność z poziomem wykształcenia wśród mężczyzn (odsetek palaczy jest dwuipółkrotnie mniejszy w grupie z wyższym wykształceniem niż w grupie z wykształceniem podstawowym lub niższym). Wśród kobiet zależność jest mniej wyraźna, ale i tu lepiej wykształcone rzadziej palą od tych, które mają wykształcenie zasadnicze zawodowe. Nie ma natomiast pozytywnego związku między poziomem wykształcenia a stroniem od alkoholu. W przypadku kobiet wraz z wykształceniem począwszy od zasadniczego zawodowego wręcz rośnie odsetek nadużywających alkoholu.

Tabela 1.15. Procent seniorów, mężczyzn i kobiet oraz ogółem, palących papierosy i nadużywających alkoholu w grupach wyróżnionych ze względu na poziom wykształcenia przy kontroli wieku

Wyszczególnienie		Rodzaj zachowania	
		palenie papierosów	nadużywanie alkoholu
Mężczyźni	podstawowe i niższe	31,3	7,6
	zasadnicze zawodowe	27,9	4,8
	średnie	21,5	6,3
	wyższe i policealne	13,0	6,1
Kobiety	podstawowe i niższe	10,3	1,2
	zasadnicze zawodowe	15,2	0,4
	średnie	14,1	0,8
	wyższe i policealne	13,6	2,3
Ogółem	podstawowe i niższe	21,0	4,4
	zasadnicze zawodowe	21,6	2,6
	średnie	17,8	3,5
	wyższe i policealne	13,3	4,2

1.7. Seniorzy na rynku pracy

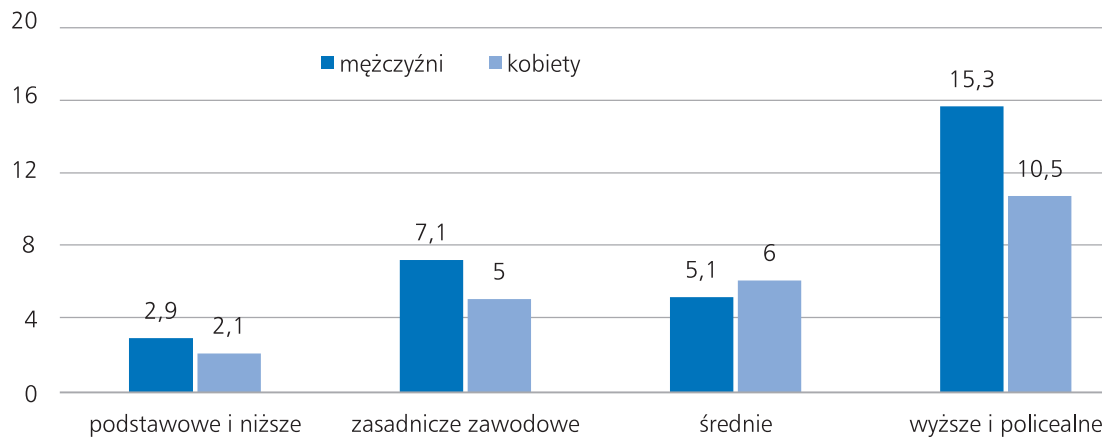
Aczkolwiek ogromna większość seniorów, a w IV wieku niemal wszyscy utrzymują się z emerytury lub renty, pewna ich część pozostaje aktywna zawodowo (37% mężczyzn i 13% kobiet w wieku 60–64 lata) lub dorabia do świadczeń społecznych. Aktywność seniorów na rynku pracy pokazuje wykres 1.22. Również w starszych grupach, po przekroczeniu wieku emerytalnego mężczyzn, zdecydowanie częściej mężczyźni niż kobiety wykonują płatną pracę. W większości przypadków jest to praca w niepełnym wymiarze godzinowym. Jeśli weźmiemy pod uwagę tylko te osoby, które przekroczyły ustawowy wiek emerytalny, to mężczyźni przepracowali w tygodniu średnio 28 godzin, a kobiety 29 godzin.



Wykres 1.22. Procent seniorów wykonujących w ciągu ostatnich 7 dni płatną pracę według płci i grupy wieku

Dodatkowa praca skutkuje oczywiście znacznym wzrostem dochodu osobistego. W grupie wieku 70–79 lat praca podnosi dochód mężczyzn z 1691 zł do 3490 zł (ponad dwukrotnie), a dochód kobiet z 1350 zł do 2329 zł (o 3/4).

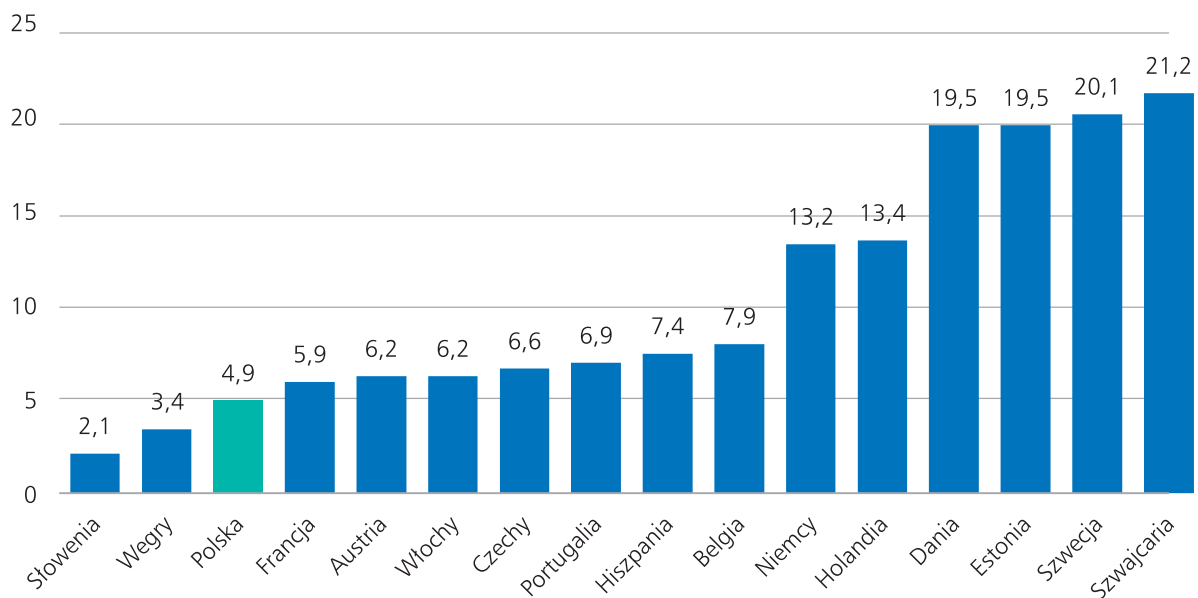
Aktywność na rynku pracy po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego wiąże się z poziomem wykształcenia (wykres 1.23). Największy odsetek pozostaje aktywnymi zawodowo w grupie osób z wyż-



Wykres 1.23. Procent mężczyzn i kobiet aktywnych na rynku pracy po przekroczeniu wieku emerytalnego według poziomu wykształcenia

szym lub pomaturalnym wykształceniem, a ponieważ w przyszłości grupa ta będzie szybko rosła, można oczekiwać także wzrostu osób w podeszłym wieku na rynku pracy.

Europejskie badania seniorów SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) z lat 2010–2012 dowodzą, że Polacy w wieku 60 i więcej lat najrzadziej obok swoich rówieśników węgierskich i słoweńskich podejmują pracę, cztery razy rzadziej niż seniorzy szwedzcy, szwajcarscy, duńscy czy estońscy (wykres 1.24).



Wykres 1.24. Odsetek seniorów (60 i więcej lat) aktywnych na rynku pracy w 16 krajach europejskich (SHARE 2010/2012, opr. własne)

1.8. Podsumowanie

Osoby starsze w Polsce charakteryzują się dość zróżnicowanymi warunkami życia. Ich dochody w przypadku zwłaszcza żyjących samotnie można uznać za niskie i nie dające możliwości zaspokojenia wszystkich podstawowych potrzeb. Na tym tle szczególnie niezadowolająco rysuje się sytuacja kobiet: ich dochody są niższe niż dochody mężczyzn. Wynika to przede wszystkim z niższego poziomu świadczeń emerytalnych w porównaniu z mężczyznami, a ponadto z mniejszej aktywności zawodowej, w związku

z czym udział dochodów z pracy jest także niższy niż w przypadku mężczyzn. Respondenci są zadowoleni ze swojej sytuacji mieszkaniowej, przy czym zadowolenie to jest skorelowane z poziomem wykształcenia, co sugeruje lepsze warunki mieszkaniowe osób lepiej wykształconych i lepiej sytuowanych materialnie.

Sytuacja rodzinna seniorów jest na ogół dobrze przez nich oceniana, przy czym oceny te odnoszą się zarówno do relacji z całą rodziną, jak i z dorosłymi dziećmi w szczególności. Częstość pozytywnych ocen tych stosunków wzrasta wraz z wiekiem respondentów, co może sugerować, że są one formułowane przy uwzględnieniu faktu otrzymywania pomocy od innych członków rodziny, a przede wszystkim od dzieci.

Wykształcenie seniorów jest ważnym czynnikiem wpływającym na ich zachowania i oczekiwania. Odsetek respondentów z wykształceniem ponadpodstawowym oraz ponadgimnazjalnym wzrasta i będzie się systematycznie powiększał. Rodzi to po stronie podmiotów polityki społecznej nowe wyzwania wobec osób starszych. Kolejne generacje seniorów będą oczekiwały nie tylko zapewnienia bezpieczeństwa materialnego, ale także coraz bardziej zaspokojenia potrzeb niematerialnych i uznania ich równoprawnego miejsca w strukturze społecznej.

Zarówno ocena materialnych warunków życia seniorów, jak i ich sytuacji rodzinnej wskazują na utrzymywanie się podziału na dwie fazy starości, przedzielone granicą, jaką stanowi 80. rok życia. Wynika z tego zróżnicowana struktura potrzeb obu subpopulacji seniorów i potrzeba dostosowania działań do specyfiki każdej z tych grup osób starszych. W przypadku seniorów zaliczanych do grupy IV wieku potrzebne jest zwiększenie oferty świadczeń w formie usług, a w szczególności pomoc w dostosowaniu mieszkania do zmieniających się potrzeb i możliwości osoby starszej. Warunki mieszkaniowe odgrywają kluczową rolę w zachowaniu przez coraz starsze osoby samodzielności, a zapewnienie samodzielności seniorów nie jest zadaniem wyłącznie ich samych i ich najbliższego otoczenia, ale także społeczności lokalnej, bowiem alternatywą dla tańszych z natury rzeczy działań podtrzymujących samodzielność jest rozwój sektora coraz droższych usług opiekuńczych.

2. Charakterystyka zdrowotna osób starszych

2.1. Wstęp

Jednym z istotnych czynników warunkujących aktywność społeczną i zawodową osoby starszej jest jej stan zdrowia. W związku z tym zapytano respondentów o to, czy w ostatnim czasie odczuwali dolegliwości fizyczne, które utrudniały im wychodzenie z domu, chodzenie po schodach itp., czyli potencjalnie utrudniały także angażowanie się w działania na rzecz lokalnej społeczności. Wiedza o stanie zdrowia jest potrzebna ze względu na konieczność zaspokojenia potrzeb zdrowotnych starszej populacji. Potrzeby te wiążą się nie tylko ze specyfiką wyrażającą się m.in. w wieko-chorobowości i znacznym udziale chorób przewlekłych w ogólnej liczbie chorób, na które cierpi senior, ale i z niespotykaną dotychczas skalą ich występowania. Starość, będąca coraz bardziej powszechnym zjawiskiem, pociąga za sobą powszechność występowania chorób przewlekłych oraz niepełnosprawności i niesamodzielności. Wymaga to nie tylko zapewnienia odpowiednich środków na finansowanie świadczeń zdrowotnych, ale także zapewnienia dostępu do tych świadczeń i odpowiednio przygotowanego personelu medycznego.

Dobry stan zdrowia warunkuje prawidłowe funkcjonowanie jednostki w środowisku, samodzielne zaspokajanie potrzeb oraz dobrostan psychiczny. Z tego powodu zagadnienia związane ze zdrowiem powinny angażować nie tylko centralne podmioty polityki, odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich ram finansowych, ale i podmioty lokalne, odpowiedzialne za trafną diagnozę i działania sprzyjające poprawie sytuacji zdrowotnej seniorów.

2.2. Natężenie symptomów chorobowych

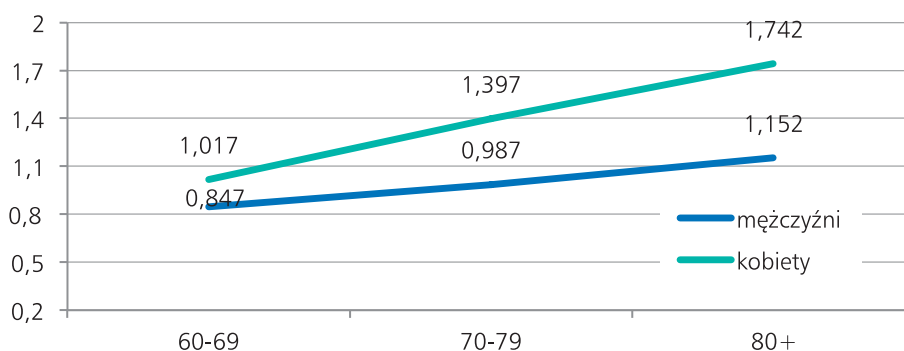
Tabela 2.1 pokazuje, jak często w populacji osób starszych występują objawy, które mogą być traktowane jako symptomy niektórych chorób. Respondenci byli pytani o występowanie ich w ciągu ostatniego miesiąca i określenie czasu ich trwania. Jest to o tyle istotne, że ocena aktywności społecznej ludzi starszych i szans ich dalszej aktywizacji wymaga uwzględnienia czynnika o kardynalnym znaczeniu, jakim jest stan zdrowia. Jak się okazuje, tylko niektóre objawy występują na tyle powszechnie, że obejmują co najmniej połowę badanej populacji. W przypadku tych, którzy odczuwali poszczególne objawy, można stwierdzić że większości z nich nie dokuczały one stale ani nawet przez połowę miesiąca. W porównaniu z osobami młodszymi znacznie mniejszy odsetek nie odczuwał żadnego z objawów dłużej niż pół miesiąca (odpowiednio: 80,3 do 61,5%). Średnia liczba symptomów odczuwanych przez co najmniej 2 tygodnie w ostatnim miesiącu jest dwukrotnie większa w grupie seniorów niż w grupie osób młodszych. Nasilenie objawów chorobowych ma z pewnością wpływ na gotowość do włączania się (zwłaszcza aktywnie) w działalność społeczną, niezależnie od stopnia jej sformalizowania. Będzie o tym mowa w dalszej części raportu.

Natężenie objawów chorobowych jest skorelowane z wiekiem i płcią (wykres 2.1). Przeciętna liczba symptomów trwających co najmniej przez pół miesiąca w grupie osób 80 i więcej lat jest niemal o połowę większa niż w grupie seniorów w wieku 60–69 lat. Kobiety we wszystkich grupach wieku mają większe

Tabela 2.1. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat, doświadczających z różną częstotliwością różnego rodzaju schorzeń)

Wyszczególnienie	Nie	Rzadziej niż przez 15 dni w miesiącu	Częściej niż przez połowę miesiąca
Silne bóle głowy	53,5	38,3	7,2
Bóle brzucha lub wzdęcia	62,8	31,9	7,2
Ból albo napięcie mięśni karku i ramion	39,7	46,9	13,4
Bóle w klatce piersiowej lub sercu	57,2	34,4	8,4
Suchość w ustach lub gardle	63,2	29,4	7,4
Napady pocenia się	72,0	22,0	6,0
Uczucie duszności	63,4	29,1	7,5
Łamanie i bóle w całym ciele	35,7	50,1	14,2
Gwałtowne bicie serca (palpitacje)	66,1	27,4	6,4
Dreszcze lub drgawki	89,9	8,4	1,7
Uczucie parcia na pęcherz i częstsze oddawanie moczu	63,8	27,3	8,8
Uczucie zmęczenia niezwiązanego z pracą	47,1	42,2	10,7
Zaparcia	76,5	19,1	4,4
Krwawienia z nosa	94,7	4,3	1,0
Gwałtowne skoki ciśnienia krwi	54,2	34,2	11,6

natężenie objawów niż mężczyźni i różnica ta rośnie z wiekiem, tak że w grupie 80+ lat jest ponad trzykrotnie większa niż w grupie 60–69 lat.

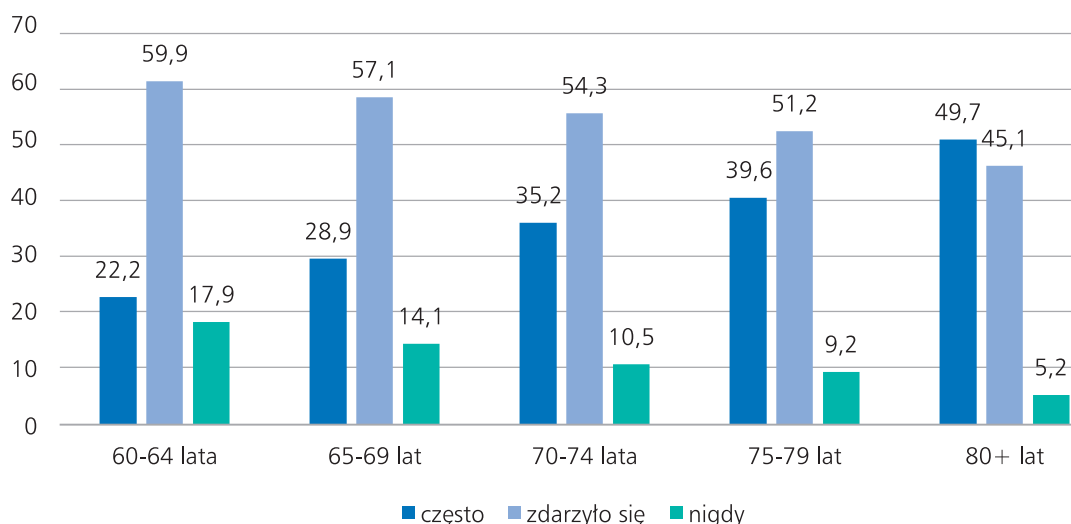


Wykres 2.1. Liczba długotrwałych objawów somatycznych ze względu na wiek i płeć

Występowanie konkretnych dolegliwości jest często także skorelowane z wiekiem i płcią. Jednak w przypadku nielicznych symptomów (np. krwawienie z nosa, dreszcze lub drgawki) nie można wskazać istotnego statystycznie związku między wiekiem i płcią a ich występowaniem. W przypadku napadów pocenia się można natomiast stwierdzić negatywną wręcz zależność z wiekiem.

Jedno z pytań dotyczyło kwestii, w jakim stopniu problemy ze zdrowiem utrudniały respondentom wykonywanie codziennych zajęć lub branie udziału w innych zajęciach. Pozytywne odpowiedzi na te pytania mogą wskazywać na występowanie obiektywnych utrudnień, które ograniczają lub uniemożliwiają społeczną aktywność osób starszych. Jak pokazano (wykres 2.2), respondenci począwszy od 75. roku życia coraz częściej wskazują na występowanie takich dolegliwości fizycznych (zwłaszcza bóle), które utrudniają samodzielne poruszanie się poza domem. Ogółem 34,4% osób starszych często odczuwało takie dolegliwości, a dalsze 49,5% – sporadycznie (wykres 2.2). Oznacza to, że jedynie nieco ponad 16% respondentów nie uskarżało się na występowanie dolegliwości.

Struktura odpowiedzi według płci respondenta pokazuje wyraźnie, że kobiety znacznie częściej uskarżały się na dolegliwości fizyczne. Ogółem odczuwało je 76,7% mężczyzn (w tym 26,3% często) i 88,5%



Wykres 2.2. Procent seniorów według grup wieku i częstości występowania dolegliwości fizycznych, utrudniających poruszanie się poza domem

kobiet (często – 39,6%). Taka sytuacja może wpływać na aktywność społeczną w miejscu zamieszkania. Występowanie dolegliwości fizycznych jest istotnie skorelowane z grupą wieku respondentów. Swoistą cezurą jest tu ukończony 80. rok życia, po którym wyraźnie zwiększa się odsetek osób często uskarżających się na dolegliwości, a maleje udział tych osób, które nigdy nie odczuwały tego rodzaju problemów. W znacznie większym stopniu dotyczy to kobiet, przy czym w przypadku kobiet w wieku 85 i więcej lat nie odnotowano ani jednej respondentki, która nie odczuwałaby – nawet sporadycznie – dolegliwości stanowiących utrudnienie dla poruszania się poza domem (tabela 2.2).

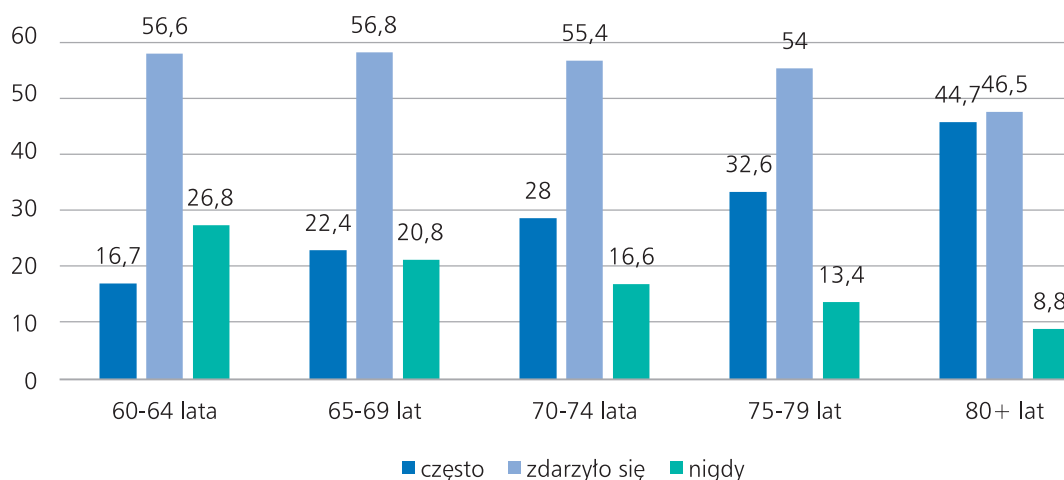
Tabela 2.2. Respondenci według płci, grup wieku i występowania dolegliwości fizycznych, utrudniających poruszanie się poza domem (w odsetkach)

Płeć	Częstotliwość dolegliwości	Wiek (w latach)					Ogółem
		60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Mężczyźni	często	20,7	26,5	28,7	30,7	39,7	27,0
	zdarzało się	60,4	57,0	57,4	56,4	52,4	57,6
	nigdy	18,9	16,6	13,9	12,9	7,9	15,4
Kobiety	często	23,6	30,6	39,2	45,0	54,7	36,6
	zdarzało się	59,4	57,1	52,4	48,1	41,3	52,7
	nigdy	17,0	12,2	8,4	7,0	3,9	10,7

Wprawdzie nie można ustalić istotnego statystycznie związku między występowaniem trudności w samodzielnym opuszczaniu mieszkania a oceną stosunków rodzinnych, ale zwraca uwagę fakt, iż wśród osób bardzo niezadowolonych ze stosunków rodzinnych ponad 50% uskarża się na częste występowanie dolegliwości wpływających na możliwość samodzielnego opuszczania własnego mieszkania, czyli ok. dwa razy więcej niż w grupie osób zadowolonych ze stosunków w rodzinie. Może to pośrednio wskazywać także na potencjalny brak wsparcia ze strony rodziny. Nie sposób wprawdzie ustalić, w jakiej mierze członkowie rodziny są pomocni seniorom w takich sytuacjach, jak pomoc w poruszaniu się poza mieszkaniem, ale można przyjąć, że ocena stosunków rodzinnych jest związana z realnymi możliwościami korzystania z różnych form wsparcia ze strony najbliższych.

Podobnie przedstawia się kwestia występowania takich problemów zdrowotnych, które utrudniają wykonywanie codziennych czynności oraz udział w rozmaitych zajęciach (wykres 2.3). Można się spodziewać, że również utrudniają one lub wręcz uniemożliwiają udział w różnych formach aktywności

społecznej. Często takie problemy odczuwało 26,6% starszych osób (30,1% na wsi i 25% w mieście), natomiast sporadycznie – 54,4%. Ogółem tylko 19,0% (na wsi 14,6 i 22,5% w mieście) nie zgłosiło problemów zdrowotnych utrudniających im wykonywanie rutynowych czynności w gospodarstwie domowym, a zapewne także innych form aktywności.



Wykres 2.3. Procent seniorów według grup wieku i częstości występowania problemów zdrowotnych utrudniających wykonywanie codziennych czynności lub udział w innych zajęciach

Jak pokazano w tabeli 2.3, sytuacja kobiet jest znacznie gorsza niż mężczyzn. Widać to szczególnie w najwyższych grupach wieku, gdzie aż połowa kobiet często ma dolegliwości, które utrudniają im prowadzenie gospodarstwa domowego i udział w zajęciach. Trzeba zdawać sobie sprawę, że brak lub niedostateczne rozmiary interwencji w przypadku wystąpienia takich dolegliwości mogą prowadzić do trwałego ograniczenia samodzielności i sprawności najstarszych seniorów. Potrzebna zatem jest, po pierwsze dobra i aktualizowana diagnoza sytuacji seniorów i możliwości samodzielnego prowadzenia przez nich gospodarstw domowych, po drugie – ocena szans na uzyskanie wsparcia ze strony najbliższego otoczenia i po trzecie – określenie działań, jakie z inicjatywy lokalnych podmiotów polityki senioralnej powinny zostać podjęte z myślą o wsparciu dla seniorów i ich rodzin.

Tabela 2.3. Procent seniorów według grup wieku i częstości występowania problemów zdrowotnych, utrudniających wykonywanie codziennych czynności lub udział w innych zajęciach

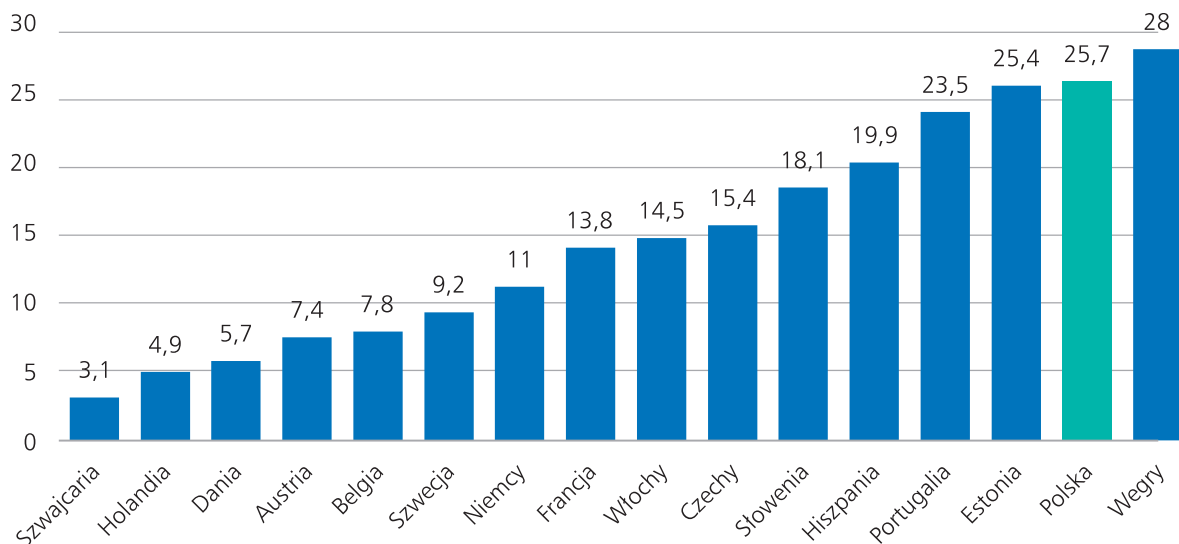
Płeć	Częstotliwość dolegliwości	Wiek (w latach)					Ogółem
		60-64	65-69	70-74	75-79	80+	
Mężczyźni	często	14,7	20,9	19,5	25,8	32,4	20,7
	zdarzyło się	56,6	56,0	57,5	58,2	53,1	56,4
	nigdy	28,6	23,0	23,0	16,0	14,5	22,9
Kobiety	często	18,3	23,4	33,1	36,8	50,9	30,6
	zdarzyło się	56,4	57,4	54,1	51,4	43,1	53,1
	nigdy	25,2	19,2	12,8	11,8	6,0	16,4

Z informacjami o występowaniu schorzeń i dolegliwości korespondują dane na temat samooceny stanu zdrowia seniorów. Generalnie jest on oceniany przez zainteresowanych dobrze: ponad połowa jest mniej lub bardziej zadowolona ze stanu swojego zdrowia. Zdrowie nie może być zatem traktowane jako czynnik objaśniający relatywnie niski poziom aktywności społecznej seniorów w Polsce. Zadowolenie ze zdrowia spada z wiekiem. Mężczyźni zdecydowanie lepiej oceniają stan swojego zdrowia i dotyczy to wszystkich grup wieku (tabela 2.4).

Tabela 2.4. Respondenci według płci, grup wieku i stopnia zadowolenia ze stanu swojego zdrowia (w procentach poszczególnych grup wieku)

Płeć	Stopień zadowolenia	Wiek (w latach)					Ogółem
		60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Mężczyźni	bardzo zadowolony	3,6	3,2	2,9	2,8	2,0	3,1
	zadowolony	23,5	21,0	18,9	15,8	12,5	19,7
	dosyć zadowolony	33,4	37,3	36,5	27,9	28,5	33,2
	dosyć niezadowolony	17,4	15,8	18,4	22,7	21,7	18,5
	niezadowolony	14,9	14,4	16,0	17,3	23,6	16,5
	bardzo niezadowolony	7,2	8,4	7,3	13,4	11,7	9,0
Kobiety	bardzo zadowolony	2,2	1,2	1,5	2,0	1,5	1,7
	zadowolony	22,1	19,4	13,1	9,5	7,9	15,5
	dosyć zadowolony	36,1	31,9	26,3	25,9	23,5	29,7
	dosyć niezadowolony	17,4	17,4	23,8	21,3	22,6	20,0
	niezadowolony	16,4	19,6	24,1	26,9	27,0	21,9
	bardzo niezadowolony	5,8	10,4	11,2	14,3	17,6	11,1
Ogółem	bardzo zadowolony	2,9	2,0	2,0	2,3	1,6	2,3
	zadowolony	22,8	20,1	15,3	11,9	9,5	17,2
	dosyć zadowolony	34,8	34,1	30,2	26,6	25,2	31,1
	dosyć niezadowolony	17,4	16,7	21,7	21,9	22,3	19,4
	niezadowolony	15,7	17,5	21,0	23,3	25,8	19,7
	bardzo niezadowolony	6,4	9,6	9,7	14,0	15,6	10,2

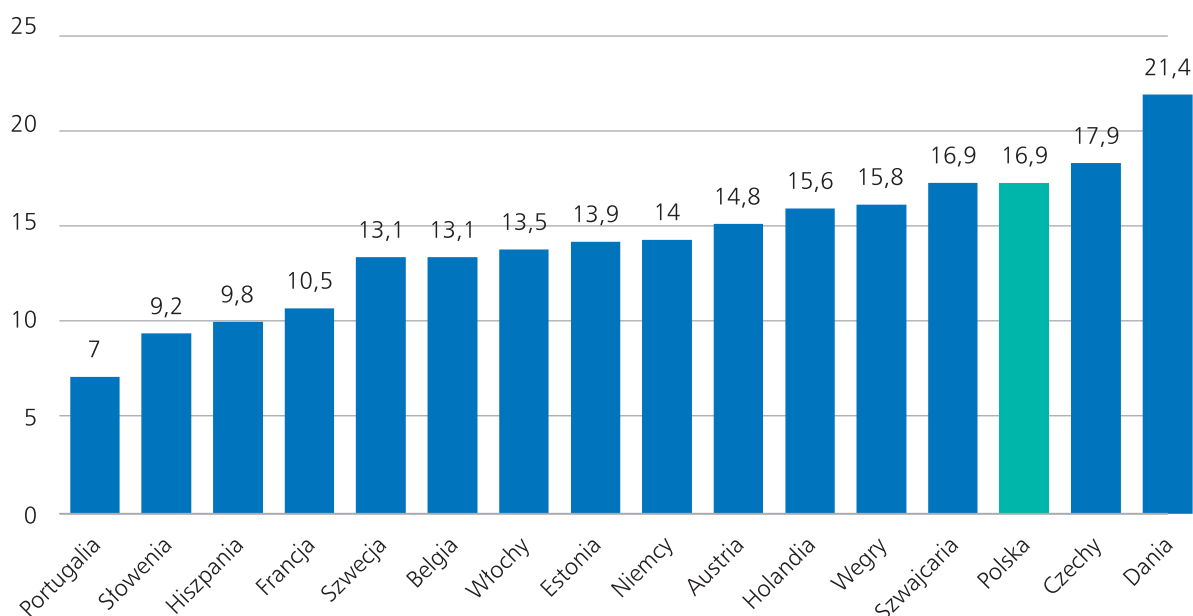
Spośród szesnastu krajów europejskich gorzej od polskich seniorów oceniają swoje zdrowie według badania SHARE z 2010/2012 roku tylko seniorzy węgierscy (wykres 2.4).



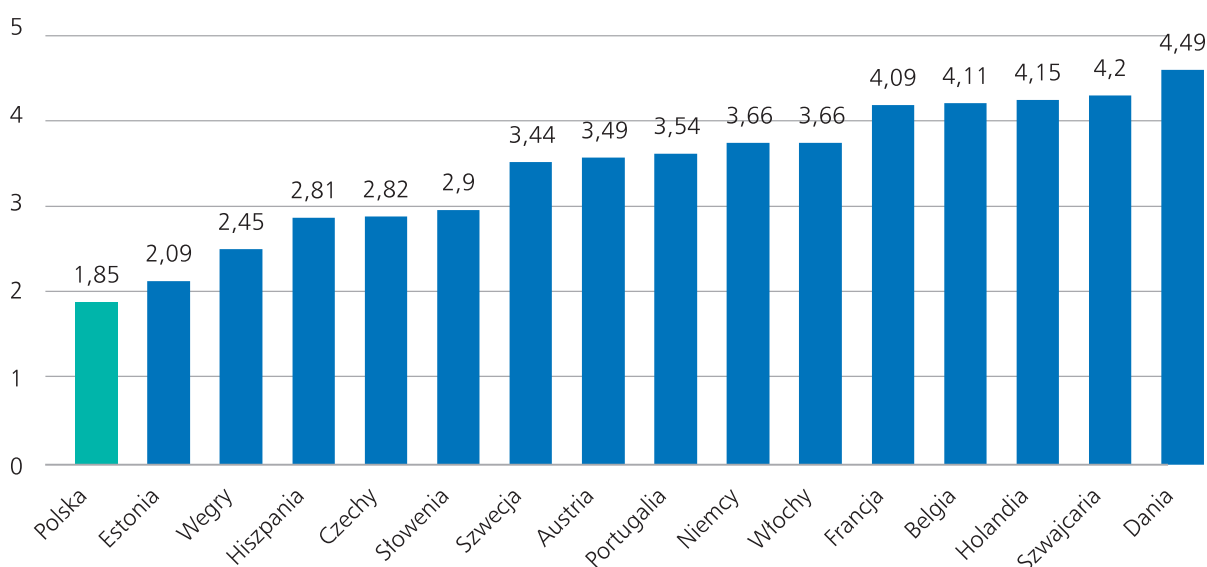
Wykres 2.4. Procent seniorów z 16 krajów europejskich oceniających negatywnie stan swojego zdrowia (SHARE 2010/2012, opr. własne)

Czynnikami związanymi ze stylem życia, które mogą mieć wpływ na stan zdrowia, a przynajmniej zachowanie dobrej kondycji fizycznej i psychicznej są: uprawianie sportu, nadwaga, palenie papierosów i nadużywanie alkoholu.

Polscy seniorzy należą do grupy największych palaczy w gronie 16 krajów europejskich (wykres 2.5), ale za to najrzadziej piją alkohol (wykres 2.6). Są najbardziej otyli (wykres 2.7) i najrzadziej ćwiczą fizycznie lub uprawiają jakiś sport (wykres 2.8).



Wykres 2.5. Procent palących papierosy wśród seniorów z 16 krajów europejskich (SHARE 2010/2012, opr. własne)



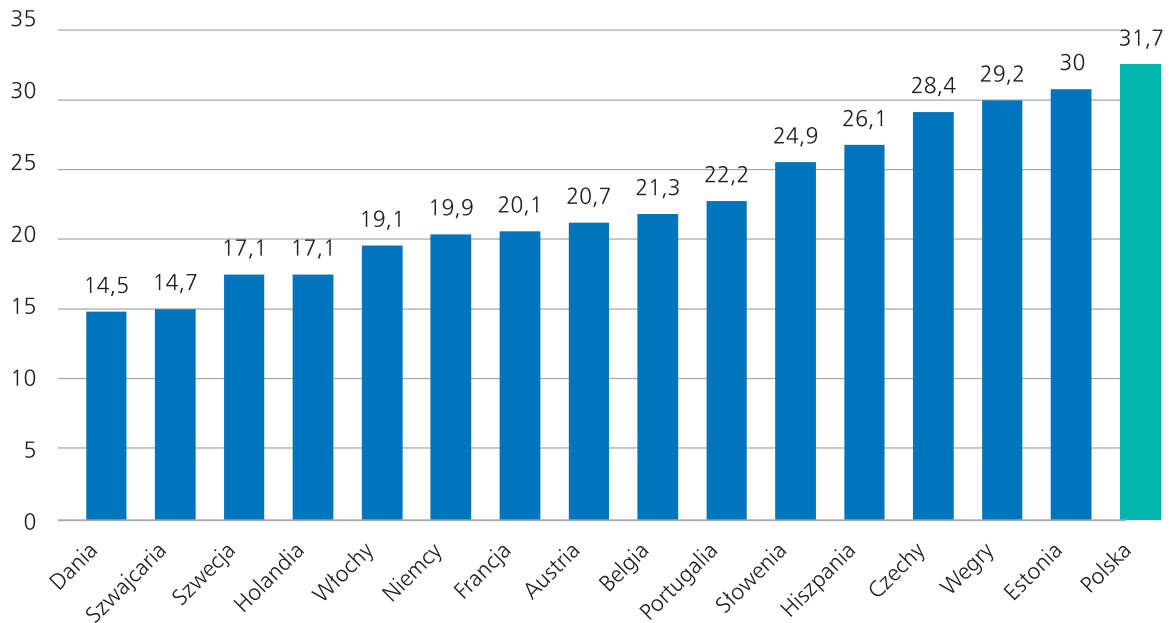
Wykres 2.6. Częstość picia alkoholu przez seniorów z 16 krajów europejskich (SHARE 2010/2012, opr. własne)

Według danych *Diagnozy Społecznej* jakkolwiek formę sportu czy ćwiczeń fizycznych uprawia aktywnie dwóch na dziesięciu seniorów, o ponad połowę mniej niż w młodszej populacji. Im wyższa grupa wieku tym rzadziej, zarówno kobiety jak i mężczyźni, ćwiczą fizycznie (wykres 2.9).

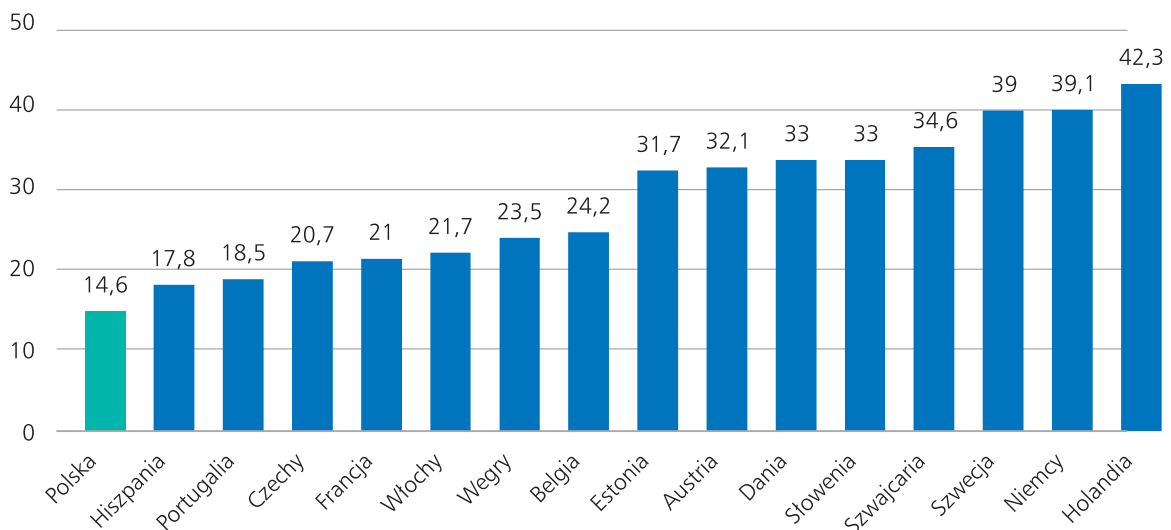
Wśród aktywnych fizycznie największą popularnością zarówno w grupie seniorów jak i młodszych respondentów cieszą się: jazda na rowerze (od 43 do 70% w zależności od wieku), bieganie/jogging/nordic walking (od 14 do 22%) i pływanie (od 12 do 21%).

Dane *Diagnozy Społecznej* potwierdzają jedynie prozdrowotne znaczenie aktywności fizycznej i braku otyłości. Nie oznacza to wszakże, że papierosy i nadmiar alkoholu zdrowiu nie szkodzą.

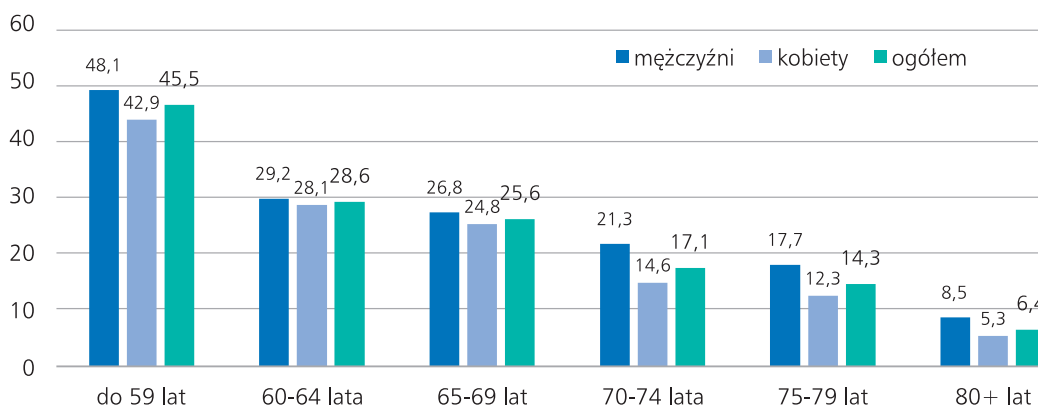
Seniorzy z II i III klasą otyłości według wskaźnika BMI o 40% częściej w minionym roku chorowali od tych, którzy mają normalną wagę i nieznaczną nadwagę; doświadczają także o ponad 30% więcej przewlekłych objawów chorobowych i bardziej są mniej zadowoleni ze stanu swojego zdrowia.



Wykres 2.7. Procent seniorów z 16 krajów europejskich oceniających negatywnie stan swojego zdrowia (SHARE 2010/2012, opr. własne)



Wykres 2.8. Procent seniorów z 16 krajów europejskich uprawiających ćwiczenia fizyczne lub sport częściej niż raz w tygodniu (SHARE 2010/2012, opr. własne)

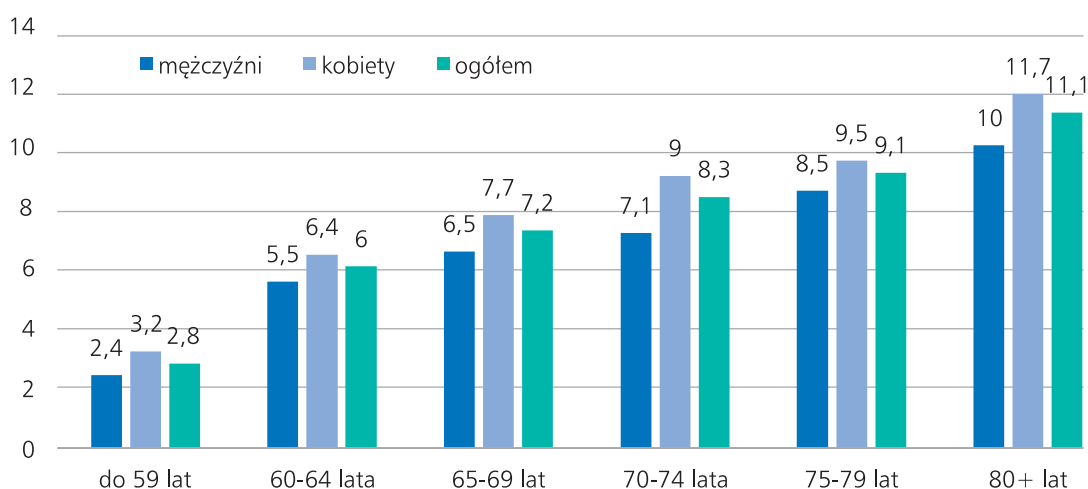


Wykres 2.9. Procent uprawiających aktywnie jakąś formę sportu lub ćwiczeń fizycznych według płci i grupy wieku

Szczególnie jednak duże znaczenie profilaktyczne mają ćwiczenia fizyczne i uprawianie sportu. Aktywność fizyczna w nieprzesadzonej dawce zwiększa zadowolenie ze zdrowia, zmniejsza prawdopodobieństwo poważnej choroby i redukuje liczbę objawów chorobowych.

2.3. Depresja psychiczna i dobrostan psychiczny

Seniorzy mają znacznie wyższy w stosunku do młodszej populacji wskaźnik nasilenia symptomów depresji psychicznej¹ i rośnie on jeszcze z przechodzeniem do wyższych grup wieku (w grupie osiemdziesięcioletków jest niemal dwukrotnie wyższy niż w grupie sześćdziesięcioletków) (wykres 2.10). Kobiety we wszystkich grupach wieku mają, podobnie jak w innych krajach, wyższy wskaźnik depresji od mężczyzn. Największa różnica między seniorami i osobami młodszymi w zakresie poszczególnych symptomów dotyczy seksu, wyglądu i zmęczenia, a najmniejsza apetytu.



Wykres 2.10. Natężenie symptomów depresji psychicznej ze względu na wiek i płeć

Jedną z konsekwencji depresji są myśli i skłonności samobójcze². Jakkolwiek samobójstwa w grupie osób starszych notowane są względnie rzadko, można je – poza przypadkami choroby, jak np. depresja maniackalna – traktować jako wyraz lęku przed chorobą, cierpieniem i samotnością. Oznacza to, iż każdy przypadek próby samobójstwa może oznaczać próbę wołania o pomoc w przypadku niezaspokojonych przez rodzinę potrzeb opiekuńczych, społecznych i emocjonalnych³.

Jak wskazują wyniki badania 11,3% wszystkich respondentów było w ostatnich miesiącach poprzedzających wywiad tak załamanych, że zdarzało im się myśleć o samobójstwie (bardzo często myślało o samobójstwie 0,7%, a często 2,3%). Nie stwierdziliśmy istotnej zależności częstości myśli samobójczych z wiekiem i płcią. Jest jednak istotna statystycznie zależność z zadowolenia ze stosunków z najbliższymi w rodzinie, poczuciem osamotnienia i przeświadczeniem, że nie jest się kochanym i darzonym zaufaniem. Kształt zależności jest taki sam wśród seniorów jak i w młodszych grupach (wykresy 2.11–2.13).

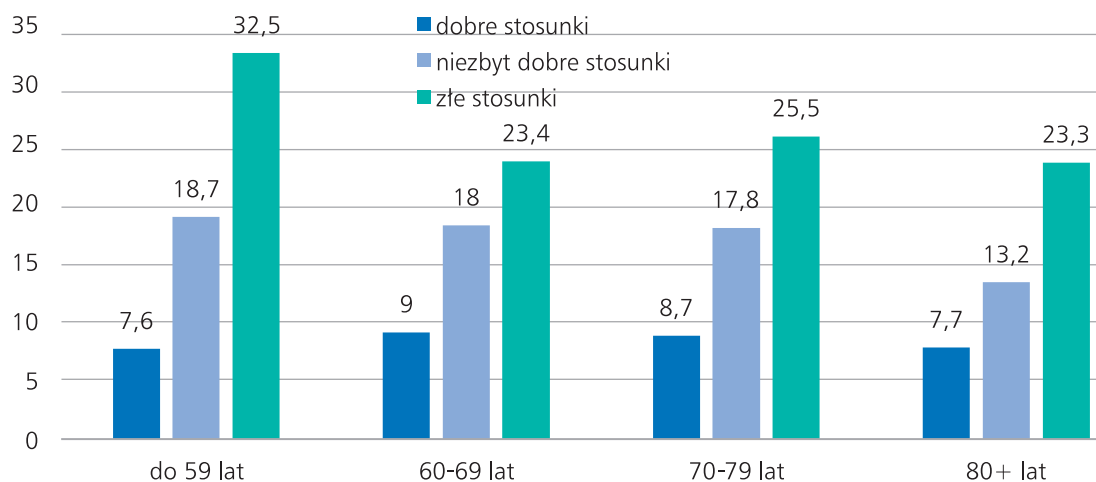
Powyższe dane pokazują, jak ważny dla dobrego samopoczucia seniorów jest pozytywny kontakt z rodziną i zaspokojenie potrzeb przynależności i miłości.

Z badań SHARE wynika, że w grupie 16 krajów najczęściej występuje depresja wśród polskich i portugalskich seniorów (wykres 2.14), chociaż w zakresie pozytywnych miar dobrostanu psychicznego nie

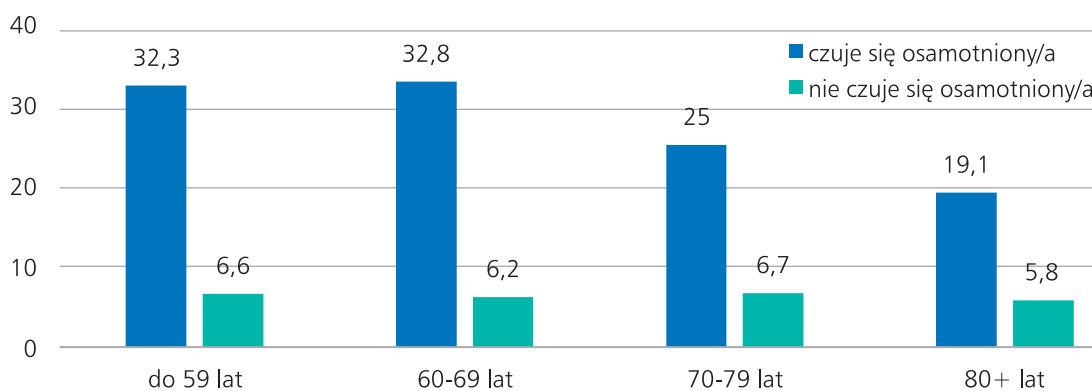
¹Wskaźnik ten stanowiła suma wartości skalowych z kwestionariusza depresji (pyt. 52 w kwestionariuszu indywidualnym; www.diagnoza.com).

²A. Szybalska, K. Broczek, M. Wawrzyniak, M. Mossakowska, *Geriatryczna Skala Oceny Depresji a sytuacja materialna i rodzinna osób starszych. Wstępne wyniki projektu PolSenior*, w: *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, red. D. Kałuża, P. Szukalski, UŁ, Łódź 2010.

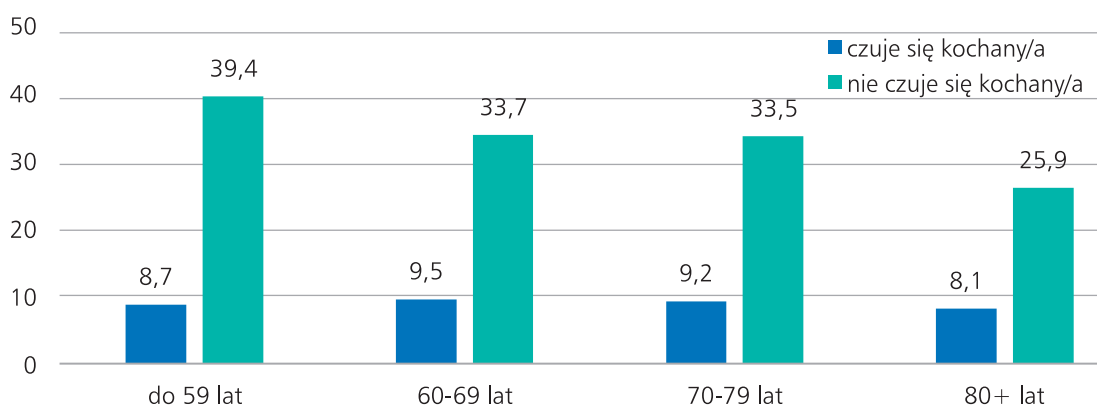
³B. Bugajska, *Samobójstwo w starości*, w: *Życie w starości*, red. B. Bugajska, USz, Szczecin 2007.



Wykres 2.11. Procent osób w różnym wieku, które w minionych miesiącach były tak załamane, że myślały o samobójstwie ze względu na ocenę stosunków z najbliższymi w rodzinie

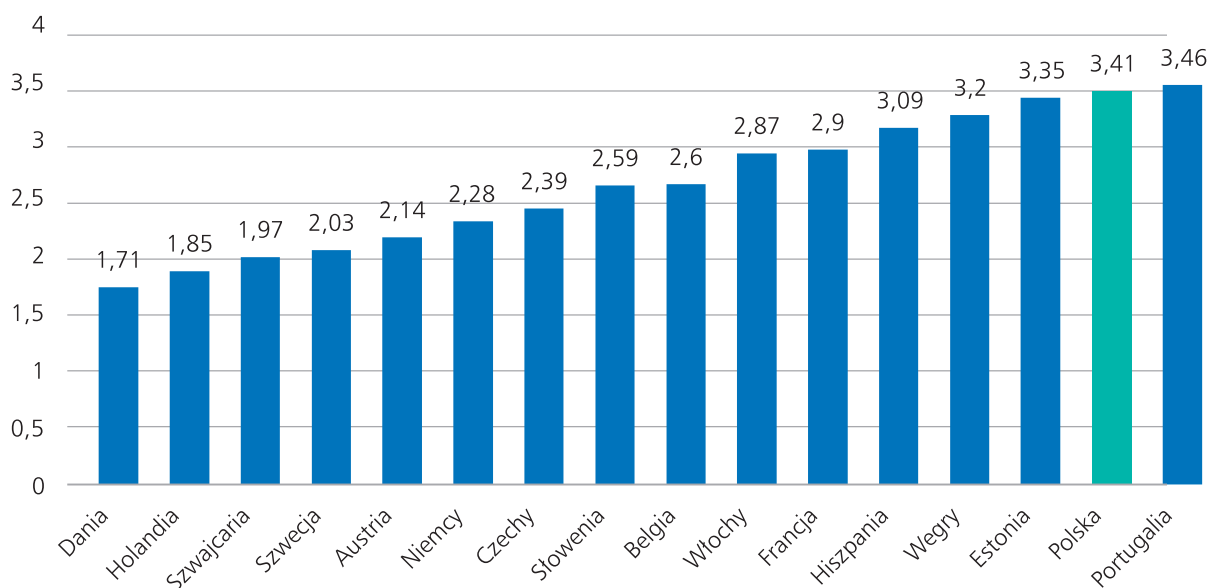


Wykres 2.12. Procent osób w różnym wieku, które w minionych miesiącach były tak załamane, że myślały o samobójstwie ze względu na poczucie osamotnienia

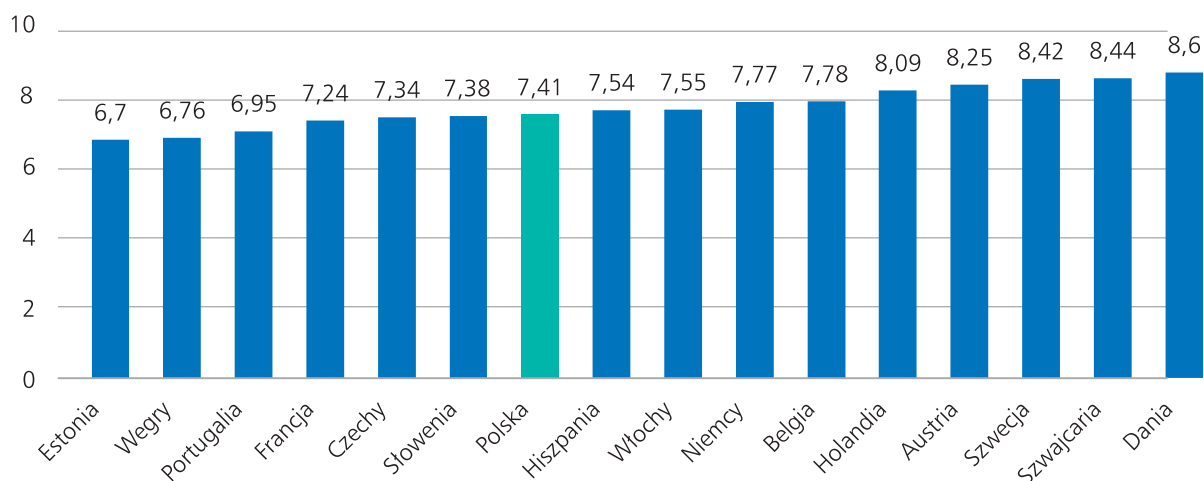


Wykres 2.13. Procent osób w różnym wieku, które w minionych miesiącach były tak załamane, że myślały o samobójstwie ze względu na poczucie bycia niekochanym i niedarzoną zaufaniem

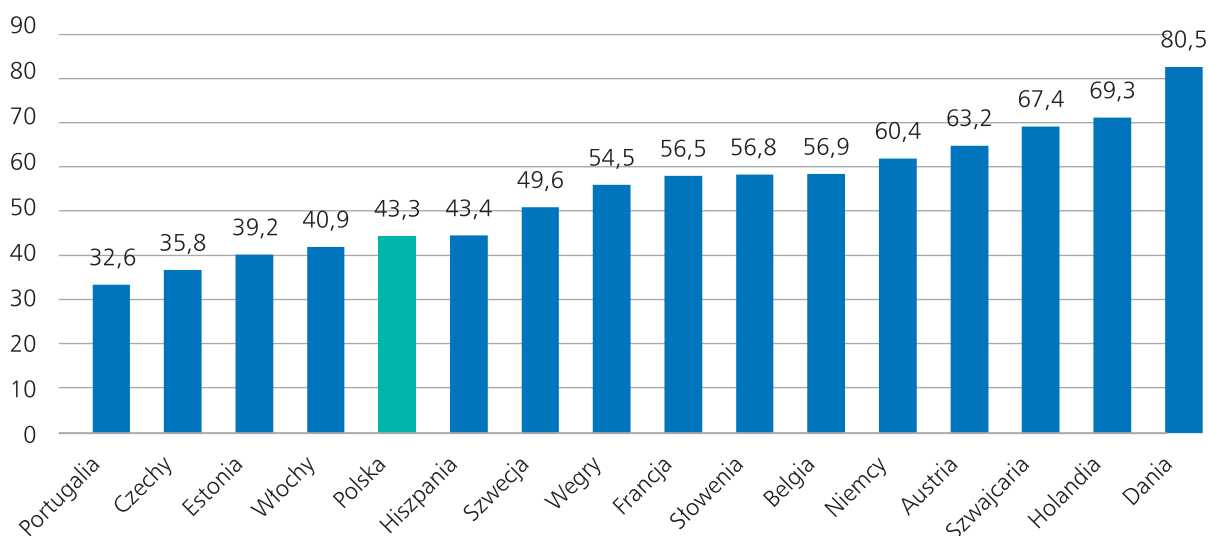
wypadają najgorzej; pod względem zadowolenia z życia plasują się na 7 miejscu od końca (wykres 2.15), a pod względem poczucia szczęścia na 5 (wykres 2.16).



Wykres 2.14. Natężenie depresji psychicznej u seniorów z 16 krajów europejskich (SHARE 2010/2012, opr. własne)



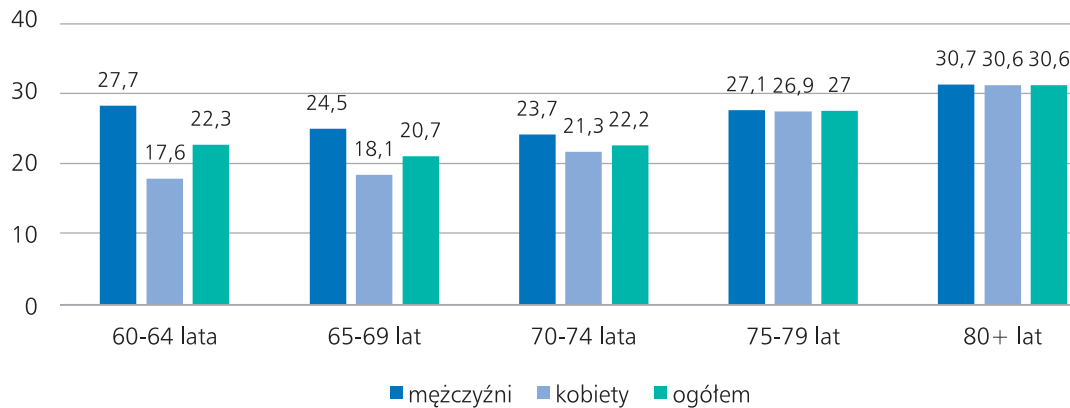
Wykres 2.15. Zadowolenie z życia wśród seniorów z 16 krajów europejskich (skala: 0 – bardzo niezadowolony, 10 – bardzo zadowolony; SHARE 2010/2012, opr. własne)



Wykres 2.16. Procent często szczęśliwych seniorów z 16 krajów europejskich (SHARE 2010/2012, opr. własne)

2.4. Niepełnosprawność

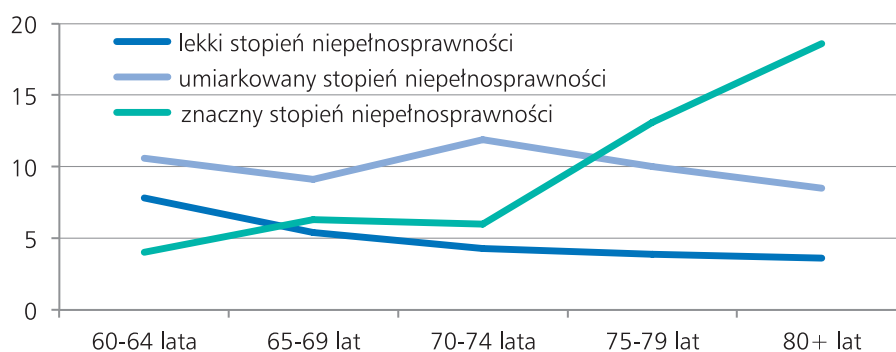
Niepełnosprawność jest także miarą zdrowia. Jeśli chodzi o niepełnosprawność orzeczoną przez ZUS lub Zespół Orzekający o Niepełnosprawności przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (ZOoN przy PCPR) to jej zakres rośnie z wiekiem (wyjątkiem jest grupa mężczyzn, w której odsetek niepełnosprawnych spada do 75. roku życia). W grupie młodszych seniorów występuje częściej wśród mężczyzn niż wśród kobiet (wykres 2.17).



Wykres 2.17. Procent niepełnosprawnych według grup wieku i płci

Dla polityki społecznej ważny jest fakt, że znaczny odsetek osób w III i IV wieku charakteryzuje się ograniczoną zdolnością do wykonywania pracy zarobkowej (niepełnosprawność w znaczeniu prawnym) oraz niesamodzielną (ten termin odnosi się do osób, które na skutek długotrwałej choroby, urazu lub niepełnosprawności mają ograniczoną lub utraconą zdolność do wykonywania podstawowych czynności samoobsługowych i gospodarskich)⁴. W pewnym uproszczeniu można przyjąć, że niepełnosprawność w starszym wieku pociąga za sobą niesamodzielną. W związku z tym używany w raporcie termin niepełnosprawność nie odnosi się wyłącznie do ograniczenia zdolności do pracy, ale ogólnie do ograniczenia zdolności do samodzielnego funkcjonowania.

Niepełnosprawność w starości występuje często w stopniu znacznym (wykres 2.18), co oznacza, że – przynajmniej z prawnego punktu widzenia – duży procent seniorów w IV wieku traci zdolność do samodzielnej egzystencji. Rodzi to szereg konsekwencji, istotnych dla finansów publicznych.

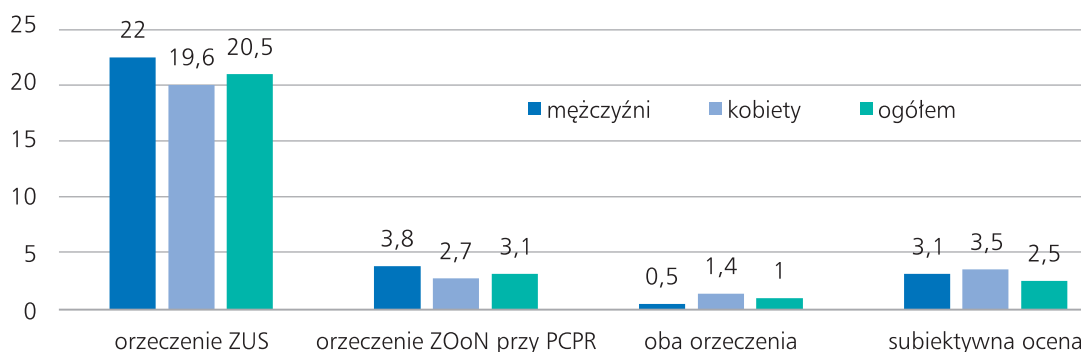


Wykres 2.18. Procent niepełnosprawnych seniorów według grup wieku i stopnia niepełnosprawności

Wykres 2.19 przedstawia strukturę osób niepełnosprawnych w wieku 60+ według płci i rodzaju orzeczenia o niepełnosprawności. Orzeczenie wydane przez Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności

⁴O. Kowalczyk, *Niepełnosprawność ludzi starych. Wybrane aspekty*, w: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*, red. L. Frąckiewicz, AE. Katowice 2002.

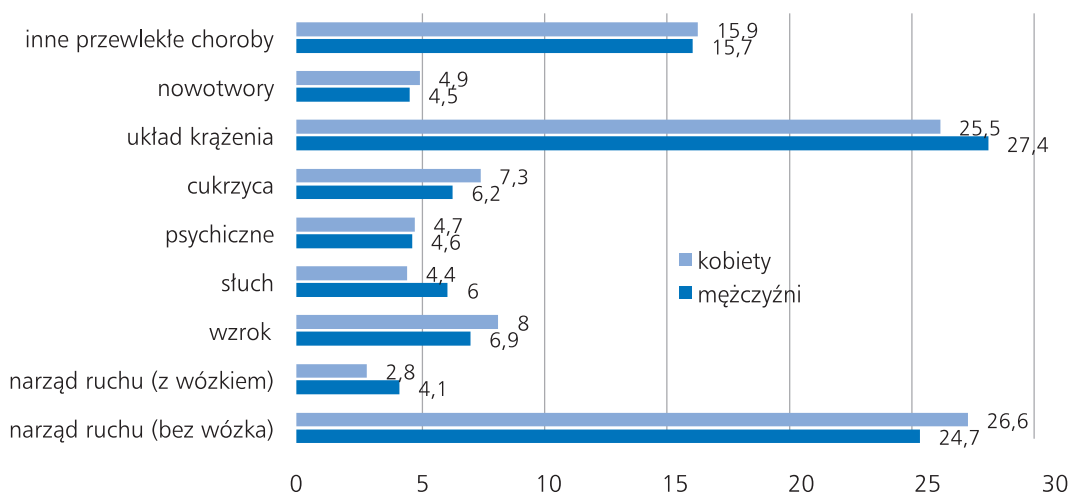
przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie nie uprawnia do otrzymywania świadczenia rentowego, ale pozwala na korzystanie z innych świadczeń oraz usług, zwłaszcza świadczonych przez podmioty lokalnej polityki społecznej.



Wykres 2.19. Procent seniorów według płci i rodzaju orzeczenia o niepełnosprawności

Niepełnosprawność na podstawie subiektywnej oceny to tzw. inwalidztwo biologiczne, czyli nieudokumentowane opinią medyczną poczucie bardziej ograniczonej sprawności niż sprawność rówieśników. O ile wśród osób o prawnie stwierdzonej niepełnosprawności większość stanowią mężczyźni, o tyle wśród osób o subiektywnym poczuciu ograniczonej sprawności przeważają kobiety.

Wykres 2.20 zawiera dane na temat najważniejszych przyczyn orzeczeń o niepełnosprawności, które mają osoby w wieku 60+. Widać, że dominują dwie przyczyny: choroby narządów ruchu oraz serca i układu krążenia. Zwiększenie skuteczności działań profilaktycznych oraz samej terapii i rehabilitacji leczniczej powinno zatem doprowadzić do spadku liczby osób, które są uznawane za niepełnosprawne z tych przyczyn. Jeżeli mówi się niekiedy, że sytuacja społeczna i zdrowotna w starości jest konsekwencją warunków oraz sposobu życia we wszystkich wcześniejszych jego etapach, to tak samo należałoby traktować niepełnosprawność.



Wykres 2.20. Procent niepełnosprawnych seniorów według płci i przyczyny niepełnosprawności

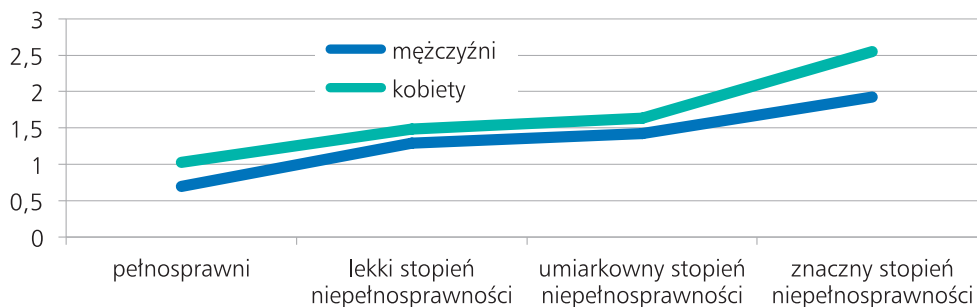
Należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt związany z niesamodzielnością – część osób wymaga częściej lub stałej opieki. W tabeli 2.5 zebrano informacje na ten temat. Jak widać, zapotrzebowanie na częstą pielęgnację zwiększa się wraz z wiekiem. Ogólnie ciągłej pomocy i pielęgnacji wymaga dziś 5,1%, czyli ponad 400 tys. seniorów. Oznacza to nie tylko potrzebę zaangażowania rodzin, ale i włączenia placówek świadczących usługi zdrowotne.

Ze stopniem orzeczonej niepełnosprawności wiąże się – co nie dziwi – natężenie długotrwałych objawów somatycznych (wykres 2.21). Warto jednak zauważyć, że nie ma różnicy między grupą z lekkim

Tabela 2.5. Procent wszystkich seniorów i seniorów niepełnosprawnych w trzech grupach wieku nie potrzebujących i potrzebujących pomocy i/lub pielęgnacji

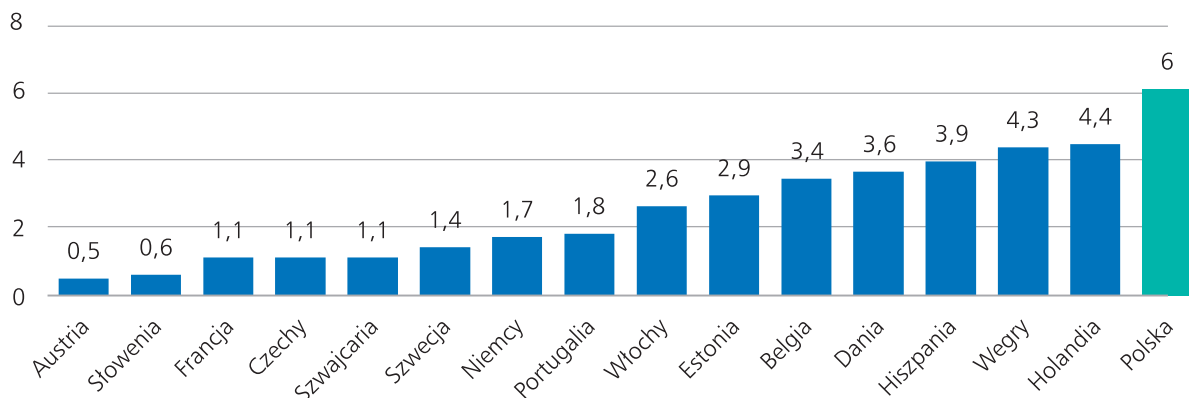
Rodzaj pomocy	Kategoria respondentów i wiek (w latach)							
	Cała próba				Osoby niepełnosprawne			
	60–69	70–79	80+	ogółem	60–69	70–79	80+	ogółem
Wymaga pomocy i pielęgnacji wielokrotnie w ciągu doby, także w nocy	1,4	2,1	5,0	2,3	5,9	7,4	13,6	8,2
Wymaga pomocy i pielęgnacji kilkakrotnie w ciągu doby	1,2	2,6	7,3	2,8	5,3	9,0	19,7	10,0
Wymaga pomocy i pielęgnacji najwyżej 2 razy dziennie	1,0	2,3	3,5	1,9	4,3	8,1	9,5	7,0
Wymaga pomocy i pielęgnacji od czasu do czasu, niecodziennie	1,8	4,8	8,8	4,1	7,6	16,7	23,8	14,8
Wymaga tylko pomocy od czasu do czasu	5,0	7,8	6,8	6,3	21,4	27,0	18,4	23,0
Nie wymaga pomocy ani pielęgnacji	89,7	80,4	68,5	82,6	55,5	31,7	15,0	37,0

i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności; dopiero w grupie ze znacznym stopniem niepełnosprawności następuje radykalny wzrost objawów chorobowych, zwłaszcza wśród kobiet.



Wykres 2.21. Natężenie długotrwałych objawów somatycznych osób 60+ lat, ze względu na stopień niepełnosprawności i płeć przy kontroli wieku

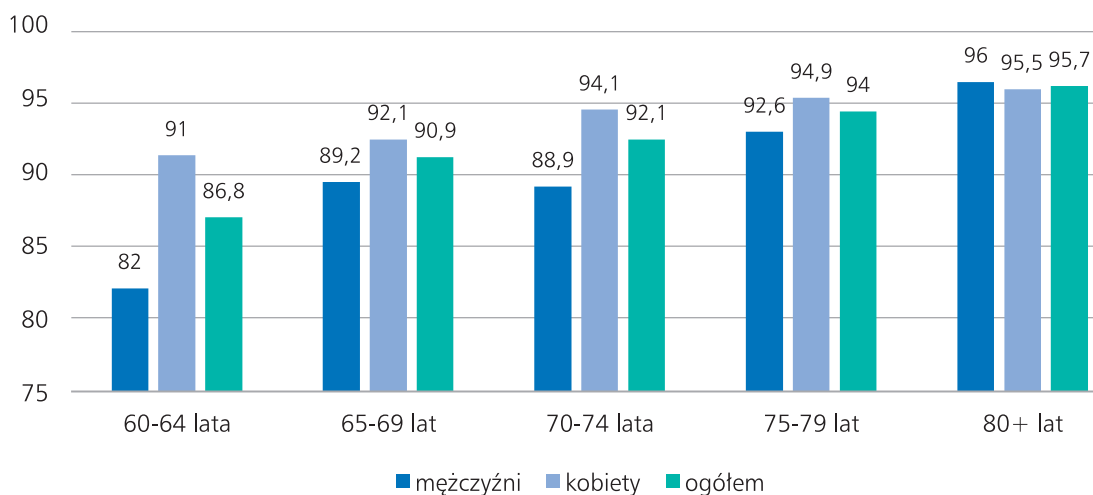
Przewlekłe choroby stanowią znaczną część grupy niepełnosprawnych seniorów. Pod względem udziału przewlekłe chorych w całej populacji seniorów Polska w gronie 16 krajów europejskich znalazła się na pierwszym miejscu z dziesięciokrotną przewagą nad Austrią i Słowenią (wykres 2.22).



Wykres 2.22. Odsetek przewlekłe chorych seniorów (60 i więcej lat) w 16 krajach europejskich (SHARE 2010/2012, opr. własne)

2.5. Zakres i koszty korzystania z systemu ochrony zdrowia

Korzystanie ze świadczeń ochrony zdrowia jest powiązane natężeniem symptomów chorobowych ($r = 0,25$, $p < 0,001$) oraz z samooceną stanu zdrowia ($r = 0,26$, $p < 0,001$). Większość seniorów korzystała w minionym roku ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (wykres 2.23). Ogółem z systemu finansowanego ze środków publicznych skorzystało dziewięciu na dziesięciu seniorów (91,1%), 88% mężczyzn i 93% kobiet. Było wśród nich 85,4% kobiet oraz 74,4% mężczyzn. Ta różnica nie jest zaskoczeniem, ponieważ większość badań społecznych wskazuje na gorszą samoocenę stanu zdrowia kobiety.



Wykres 2.23. Procent seniorów – mężczyzn i kobiet oraz ogółem – w różnych grupach wieku, korzystających ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ

Najwyższy odsetek korzystających ze świadczeń finansowanych ze środków NFZ zanotowany został wśród respondentów w grupach wieku 80+ lat (95,7%) i 75–79 lat (94,0%). Potwierdzałyby to opinię, iż cezura wieku 80 lat jest ważna z punktu widzenia rozróżnienia dwóch etapów starości. W pozostałych grupach wieku odsetek korzystających z pomocy medycznej finansowanej ze środków publicznych waha się w przedziale 87–92%.

Nie ma żadnych istotnych statystycznie różnic w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem NFZ jeśli chodzi o wykształcenie respondentów.

Jeśli chodzi o częstość korzystania ze świadczeń, udzielanych odpłatnie i finansowanych przez respondentów, nie ma różnic między kobietami i mężczyznami, ale jest ogromna różnica między osobami gorzej i lepiej wykształconymi. Ze świadczeń zdrowotnych opłacanych w własnej kieszeni skorzystało ogółem 34,0% seniorów, ale tylko 22,3% z wykształceniem podstawowym i aż 61,6% z wykształceniem wyższym i policealnym, co wynika bez wątpienia z różnicy w zamożności tych grup. 33% kobiet i 32% mężczyzn skorzystało z obu dróg, by uzyskać pomoc medyczną. Wskazuje to na znaczną determinację seniorów, by uzyskać świadczenie w możliwie krótkim czasie, a zarazem stanowi to – oczywiście nie pierwszy – sygnał, iż finansowany ze środków publicznych system ochrony zdrowia nie działa w sposób zadowalający, zmuszając pacjentów do ponoszenia dodatkowych opłat za świadczenia, które ustawowo im przysługują jako bezpłatne.

Korzystanie z odpłatnych świadczeń zdrowotnych jest w istotny sposób statystycznie zależne od wielkości miejscowości, w której mieszka respondent (tabela 2.6). Z jednej strony wiąże się to z inną zależnością, mianowicie zmniejszającą się wraz z malejącą liczbą mieszkańców dochodem gospodarstwa domowego, a z drugiej – z malejącą wraz ze zmniejszaniem wielkości miejscowości podażą prywatnych usług zdrowotnych.

Tabela 2.6. Procent mieszkańców różnych klas miejscowości zamieszkania korzystających z odpłatnych usług zdrowotnych w poszczególnych grupach wieku

Kategoria miejsca zamieszkania	Grupy wieku					Ogółem
	60–64	65–69	70–74	75–79	80+	
Miasta o liczbie mieszkańców 500+ tys.	45,3	43,5	44,0	58,0	46,1	47,0
Miasta o liczbie mieszkańców 200-500 tys.	37,0	39,0	39,1	43,1	44,2	39,9
Miasta o liczbie mieszkańców 100-200 tys.	46,8	38,1	31,6	44,7	26,9	38,6
Miasta o liczbie mieszkańców 20-100 tys.	34,9	40,4	29,8	43,6	30,0	35,9
Miasta o liczbie mieszkańców poniżej 20 tys.	28,7	29,7	31,2	32,0	27,7	29,6
Wieś	27,2	29,5	30,5	27,3	23,5	27,6

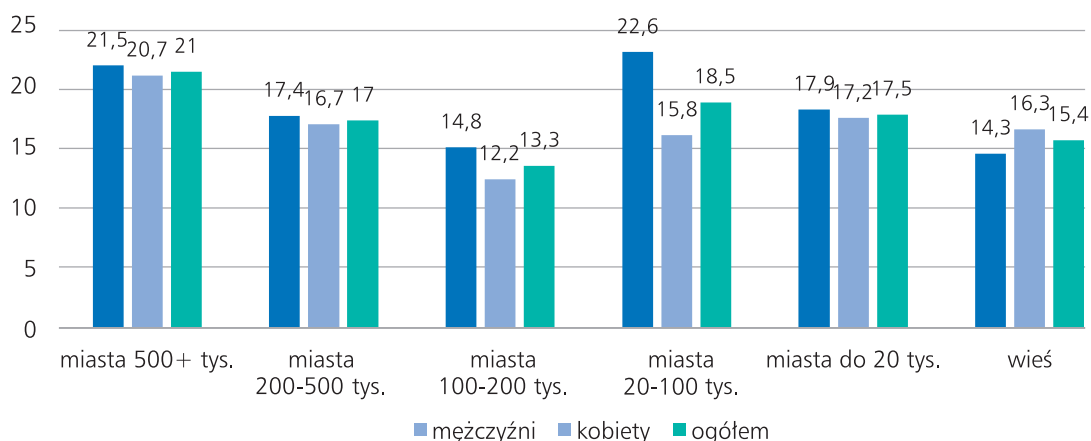
Spadek odsetka osób korzystających ze świadczeń udzielanych odpłatnie w najwyższej grupie wieku może wynikać nie tylko z gorszej sytuacji materialnej tej grupy respondentów, ale również z potwierdzonego przez badania empiryczne faktu, iż w najstarszej grupie wieku zmniejsza się zapotrzebowanie na świadczenia udzielane przez specjalistów, a zwiększa korzystanie z porad lekarza rodzinnego, zazwyczaj dostępnego za pośrednictwem finansowanych przez NFZ zakładów opieki zdrowotnej.

Wspomniana odpłatność za świadczenia zdrowotne nie jest spowodowana wyłącznie przez odpłatne korzystanie z usług zdrowotnych zamiast czekania na swoją kolejkę w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Korzystanie z niektórych świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest także odpłatne, podobnie jak zakup lekarstw i środków opatrunkowych.

Niesystematycznie rośnie z wiekiem odsetek seniorów, zarówno kobiet jak i mężczyzn, którzy w minionym roku przebywali w szpitalu (tabela 2.7). Częściej z usług szpitalnych korzystali seniorzy z miast (zwłaszcza największych) niż ze wsi. Częściej przebywali w szpitalu mężczyźni niż kobiety, ale tylko mieszkający w miastach; wśród seniorów mieszkających na wsi częściej z usług szpitalnych korzystały kobiety niż mężczyźni (wykres 2.24). Województwami, gdzie korzystanie ze szpitali było wśród seniorów najczęstsze (ponad 19%) były: lubelskie, dolnośląskie, mazowieckie i świętokrzyskie; najrzadziej (mniej niż 15%) leczeni byli w szpitalu seniorzy z województw zachodniopomorskiego, śląskiego, opolskiego.

Tabela 2.7. Procent kobiet i mężczyzn oraz ogółem seniorów w różnych grupach wieku przebywających w minionym roku w szpitalu

Płeć	Wiek	Osoba przebywała w szpitalu w ostatnim roku
Mężczyzna	60–64	13,9
	65–69	19,1
	70–74	16,1
	75–79	21,6
	80+	23,0
	ogółem	17,7
Kobieta	60–64	12,3
	65–69	16,5
	70–74	14,2
	75–79	23,2
	80+	19,4
	ogółem	16,5
Ogółem	60–64	13,0
	65–69	17,6
	70–74	14,9
	75–79	22,6
	80+	20,6
	ogółem	17,0



Wykres 2.24. Odsetek kobiet i mężczyzn oraz ogółem seniorów, którzy w minionym roku przebywali w szpitalu według klasy miejscowości zamieszkania

W tabeli 2.8 pokazano wydatki na leki i usługi ambulatoryjne (w tym także usługi stomatologów i ortodontów) oraz łączne wydatki na zdrowie gospodarstw domowych seniorów. Najistotniejsza jest informacja, jaką część miesięcznych dochodów gospodarstwa domowego pochłaniają te wydatki. Zarówno w 2011 jak i w 2013 roku stanowiły one nieco ponad 9% całego budżetu gospodarstwa domowego. Czy jest to dużo, czy mało? W całej próbie gospodarstw domowych wyniosły one 7,2% w 2011 r. i 7,3% w 2013 roku. Znacznie mniej niż w bardziej wymagającej leczeniu próbie osób z gospodarstw domowych seniorów. W jednoosobowych gospodarstwach seniorów wskaźnik ten wzrasta jeszcze do 11,1%, a w jednoosobowych gospodarstwach kobiet w wieku 60 i więcej lat przekracza 12%. Comiesięczne wydatki na zdrowie (głównie leki) uszczuplają przeciętnie o 1/8 budżet domowy samotnych, starszych kobiet, których jest trzykrotnie więcej niż żyjących zamotnie seniorów. W co dziesiątym takim gospodarstwie wydatki na zdrowie przekraczają nawet 20% miesięcznego dochodu; najczęściej oczywiście są to gospodarstwa najuboższe. Warto również zauważyć, że miesięczne wydatki gospodarstw senioralnych na

Tabela 2.8. Obciążenie gospodarstw domowych wydatkami na leczenie i badania na leki i inne artykuły farmaceutyczne oraz łącznie z innymi wydatkami w miesiącu w zł i w procencie miesięcznego dochodu gospodarstwa według płci i wieku głowy gospodarstwa w 2011 i 2013 r.

Płeć/wiek	2011				2013			
	leczenie i badania	leki	wydatki łączne	łącznie % dochodu	leczenie i badania	leki	wydatki łączne	łącznie % dochodu
Mężczyźni								
60–69 lat	65	131	232	7,2	68	146	195	7,3
70–79 lat	46	159	215	8,9	67	165	195	8,1
80+ lat	49	156	230	8,6	46	188	217	8,7
Ogółem	56	144	226	8,0	65	157	198	7,7
Kobiety								
60–69 lat	44	108	186	8,5	57	124	159	9,6
70–79 lat	35	122	193	11,1	46	140	152	12,1
80+ lat	43	126	182	11,4	30	146	152	11,0
Ogółem	40	118	188	10,2	47	135	155	10,8
Ogółem								
60–69 lat	56	121	213	7,8	64	137	180	8,3
70–79 lat	40	139	203	10,1	56	152	171	10,2
80+ lat	45	139	201	10,2	37	162	177	10,1
Ogółem	48	131	207	9,1	57	146	177	9,2

leczenie i inne usługi ambulatoryjne rzadko przekraczają 50 zł. Wróży to niewielkie zainteresowanie populacji osób starszych dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym ze składką przekraczającą kilkadziesiąt złotych miesięcznie.

Gospodarstwa senioralne mężczyzn wydają na leczenie znacznie więcej od gospodarstw domowych kobiet, ale i tak ich wydatki w mniejszym stopniu uszczuplają budżet domowy. Wynika to z wyższych dochodów mężczyzn.

Zasygnalizowana w rozdziale 1.4 zła sytuacja materialna niektórych gospodarstw domowych seniorów bywa przyczyną koniecznych rezygnacji z zakupu niektórych dóbr i usług. Jednym z najbardziej dramatycznych przejawów takich rezygnacji jest odstąpienie od korzystania ze świadczeń zdrowotnych (tabela 2.9).

Tabela 2.9. Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z korzystania z wybranych świadczeń zdrowotnych, mimo że ich potrzebowały

Grupa społeczno-ekonomiczna	Procent gospodarstw domowych, które zrezygnowały z:							
	zakupu leków	leczenia zębów	protezy	usług lekarza	badania	rehabilitacji	sana-torium	szpitala
Pracownicy	13,3	20,6	21,9	13,7	9,1	19,0	22,9	1,5
Rolnicy	13,7	21,8	23,4	13,2	9,1	20,0	33,3	1,8
Pracujący na własny rachunek	5,3	10,7	14,1	5,9	3,0	6,5	11,4	2,2
Emeryci	21,0	20,5	21,4	17,2	11,8	20,8	30,1	2,0
Renciści	39,8	44,8	41,1	31,5	20,7	35,2	45,7	4,5
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	45,1	53,4	51,6	34,3	31,9	34,0	44,6	11,9

2.6. Podsumowanie

Dane empiryczne wskazują na ogólnie gorszą sytuację zdrowotną starszych osób, zwłaszcza kobiet. Powinno być to brane pod uwagę w polityce lokalnej oraz w organizacji usług społecznych i socjalnych. Utrudnienia w poruszaniu się poza domem mogą prowadzić nie tylko do braku możliwości zadowalającego zaspokojenia potrzeb, ale i do wykluczenia społecznego. Jeśli wśród 80-letnich i starszych kobiet bez mała nie ma takich, które nie odczuwałyby dolegliwości utrudniających im opuszczanie mieszkania, to należy rozważyć potrzebę lepszego niż dotychczas zorganizowania usług polegających na pomocy w przemieszczaniu się (usługi transportowe i asystencja). Ta sama sugestia dotyczy pomocy w przypadku osób (zwłaszcza starszych kobiet) odczuwających dolegliwości utrudniające wykonywanie codziennych czynności. Wcześniejsza interwencja i pomoc w zorganizowaniu pomocy nieformalnej może okazać się stosunkowo prosta, a przy tym bardzo skuteczna.

Poziom zadowolenia ze stanu zdrowia jest skorelowany z poziomem wykształcenia: im wyższy stopień wykształcenia tym większy odsetek seniorów zadowolonych ze swojej kondycji zdrowotnej. W przypadku kobiet występuje ponadto istotna statystyczna zależność między ich wiekiem a poziomem zadowolenia ze stanu zdrowia. Niezadowolonych i bardzo niezadowolonych ze swojego zdrowia jest 26,6% kobiet w wieku 60–64 lata i aż 47,6% kobiet w wieku 80 i więcej lat.

Zasadne jest odwoływanie się do podziału na dwa okresy starości: III i IV wiek różnią się między sobą ogólnym stanem zdrowia i zachowaniami prozdrowotnymi, toteż obserwacja ta powinna być uwzględniona w polityce senioralnej i polityce zdrowotnej państwa oraz w działaniach na poziomie samorządu lokalnego.

Wydatki seniorów na zdrowie znacznie przewyższają w proporcji do ich budżetów domowych wydatki osób młodszych. Najgorsza pod tym względem jest sytuacja kobiet, zwłaszcza kobiet żyjących samotnie.

3. Psychologiczna charakterystyka osób starszych

3.1. Wstęp

Psychologiczna charakterystyka osób starszych nastrocza dużo trudności metodologicznych. Wynika to nie tylko z faktu, iż w tak przekrojowym badaniu, jak *Diagnoza społeczna* nie jest możliwe zadawanie wielu szczegółowych pytań, pozwalających ogólnie ustalić stan respondenta, ale przede wszystkim stąd, że w celu określenia psychologicznej sylwetki respondenta konieczna jest fachowa ocena, dokonana w bezpośrednim kontakcie przez specjalistę. Nawet tak duże badania adresowane wyłącznie do seniorów, jak PolSenior, pozwalały tylko na ogólną ocenę sytuacji osób badanych.

Wcześniej analizowaliśmy już wskaźniki depresji i dobrostanu psychicznego, ale wpływ na aktywność społeczną ma znacznie więcej czynników psychologicznych, takich jak system wartości, postawy, stres i doświadczenia życiowe. Przyjrzymy się teraz tym właśnie czynnikom.

Większa aktywność wiąże się na ogół z lepszą kondycją psychiczną, przy czym może to być współzależność, bowiem nie tylko lepsza kondycja umożliwia zaangażowanie w sprawy społeczne, ale i fakt aktywnego udziału w życiu społecznym może pozytywnie wpływać na psychikę.

3.2. Postawy społeczne

O tym, że seniorzy są bardziej konserwatywni od młodszych pokoleń świadczą ich postawy społeczne. W *Diagnozie* mierzyliśmy je na dwóch skalach: orientacji na dominację społeczną (konserwatywność rozumianą jako przywiązanie do tradycyjnych podziałów społecznych) i egalitaryzmu¹. Seniorzy, zwłaszcza w grupach wieku od 65 do 79 roku życia częściej prezentują postawy konserwatywne od młodszych pokoleń; szczególnie wyróżnia ich konserwatywny egalitaryzm (wykres 3.1).

Innymi miarami konserwatywności mogą być przekonania związane z tradycyjnie rozumianym patriotyzmem, z fizycznym karaniem dzieci, rolą ojców w wychowaniu dzieci i stosunkiem do homoseksualistów. Pod uwagę wzięliśmy procent odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „tak” przy następujących stwierdzeniach:

Prawdziwy patriota nie powinien źle mówić o Polsce i Polakach.

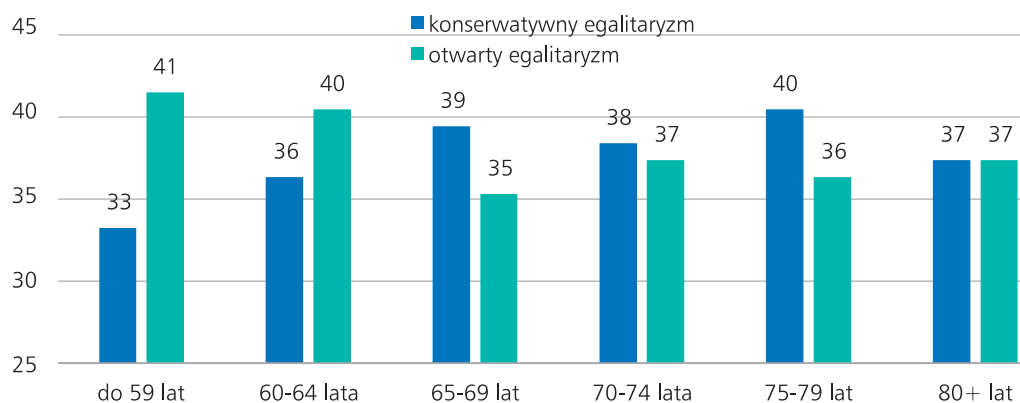
Bez kar fizycznych nie da się dobrze wychować dzieci.

Ojcowie powinni częściej korzystać z urlopu rodzicielskiego i opiekować się dziećmi.

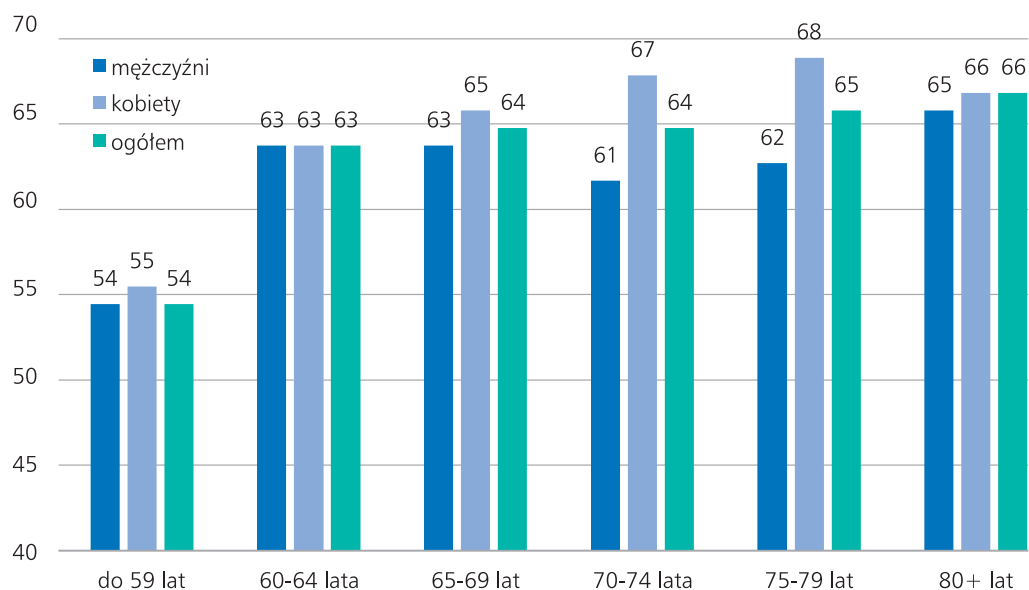
Homoseksualiści powinni móc układać sobie życie według własnych przekonań.

W przypadku każdego z tych stwierdzeń seniorzy wykazują istotnie statystycznie większy konserwatywność niż młodsze pokolenia (wykresy 3.2–3.5). Ale w zakresie stosunku do homoseksualistów i roli ojców występuje istotny efekt interakcji wieku i płci. Młodszy mężczyźni w wieku do 59 lat mają bardziej

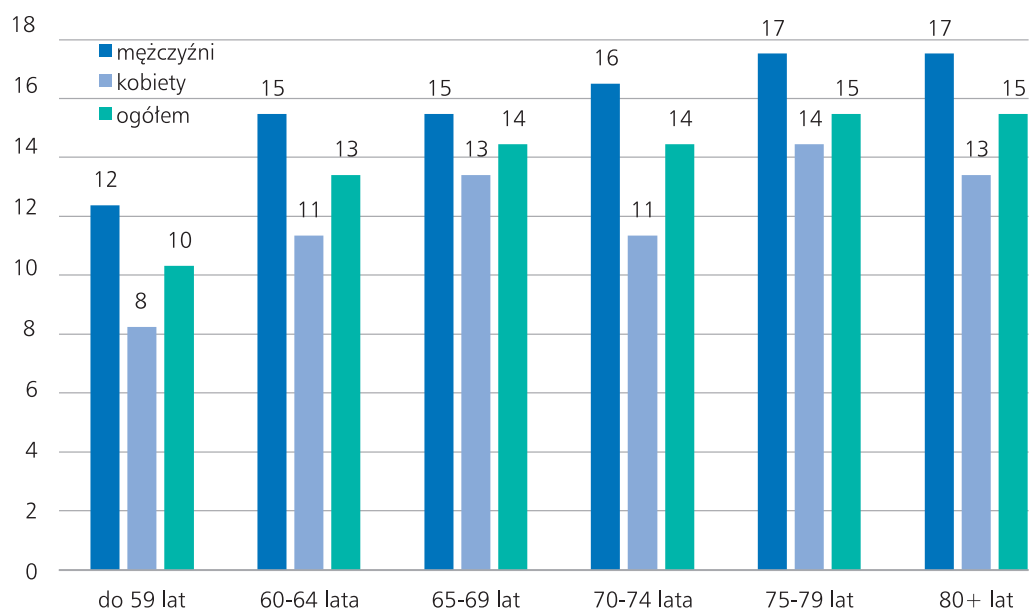
¹Konstrukcja tych wskaźników jest opisana w raporcie głównym w rozdz. 6.1.2.



Wykres 3.1. Procent osób prezentujących postawy konserwatywnego i otwartego egalitaryzmu ze względu na wiek

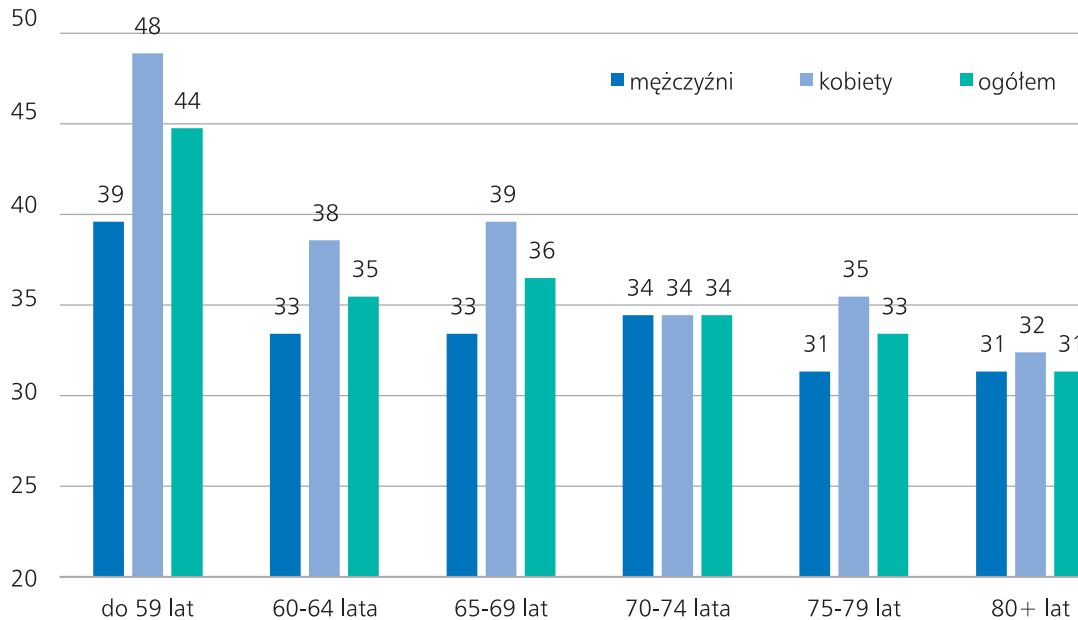


Wykres 3.2. Procent zdecydowanie się zgadzających i zgadzających się ze stwierdzeniem „Prawdziwy patriota nie powinien źle mówić o Polsce i Polakach”

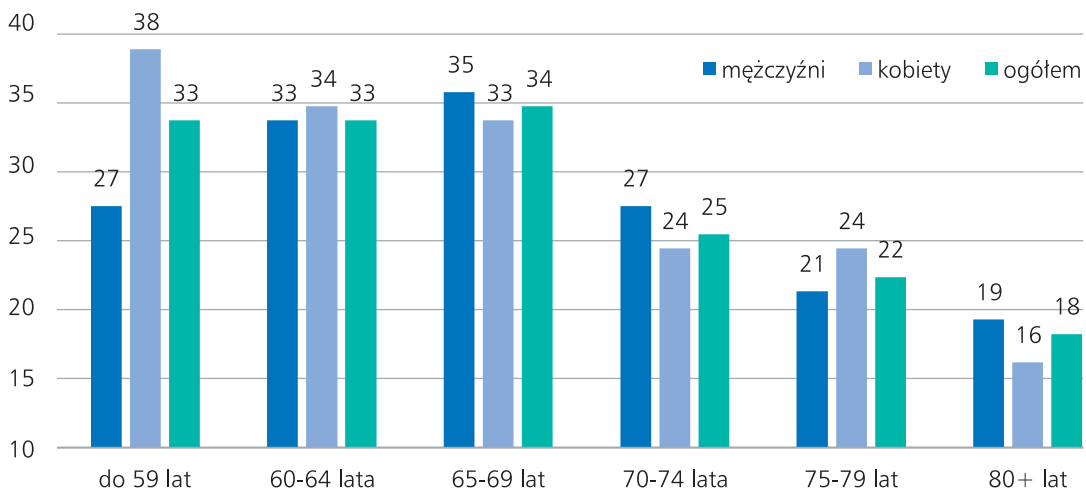


Wykres 3.3. Procent zdecydowanie się zgadzających i zgadzających się ze stwierdzeniem „Bez kar fizycznych nie da się dobrze wychować dzieci”

negatywny stosunek do homoseksualistów niż mężczyźni w wieku 60–69 lat i nie różnią się pod tym względem od mężczyzn w kolejnej grupie wieku. U kobiet natomiast akceptacja dla swobody układania sobie życia przez osoby homoseksualne systematycznie spada z wiekiem. Jeśli chodzi o przekonanie na temat roli ojców w wychowaniu dzieci, z wiekiem zmniejsza się różnica między mężczyznami i kobietami. Do 69 roku życia, a zwłaszcza w grupie do 59 lat, kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni akceptują bardziej aktywną rolę ojców w opiece nad dziećmi; od 70. roku życia różnica ta znika.



Wykres 3.4. Procent zdecydowanie się zgadzających i zgadzających się ze stwierdzeniem „Ojcowie powinni częściej korzystać z urlopu rodzicielskiego i opiekować się dziećmi”



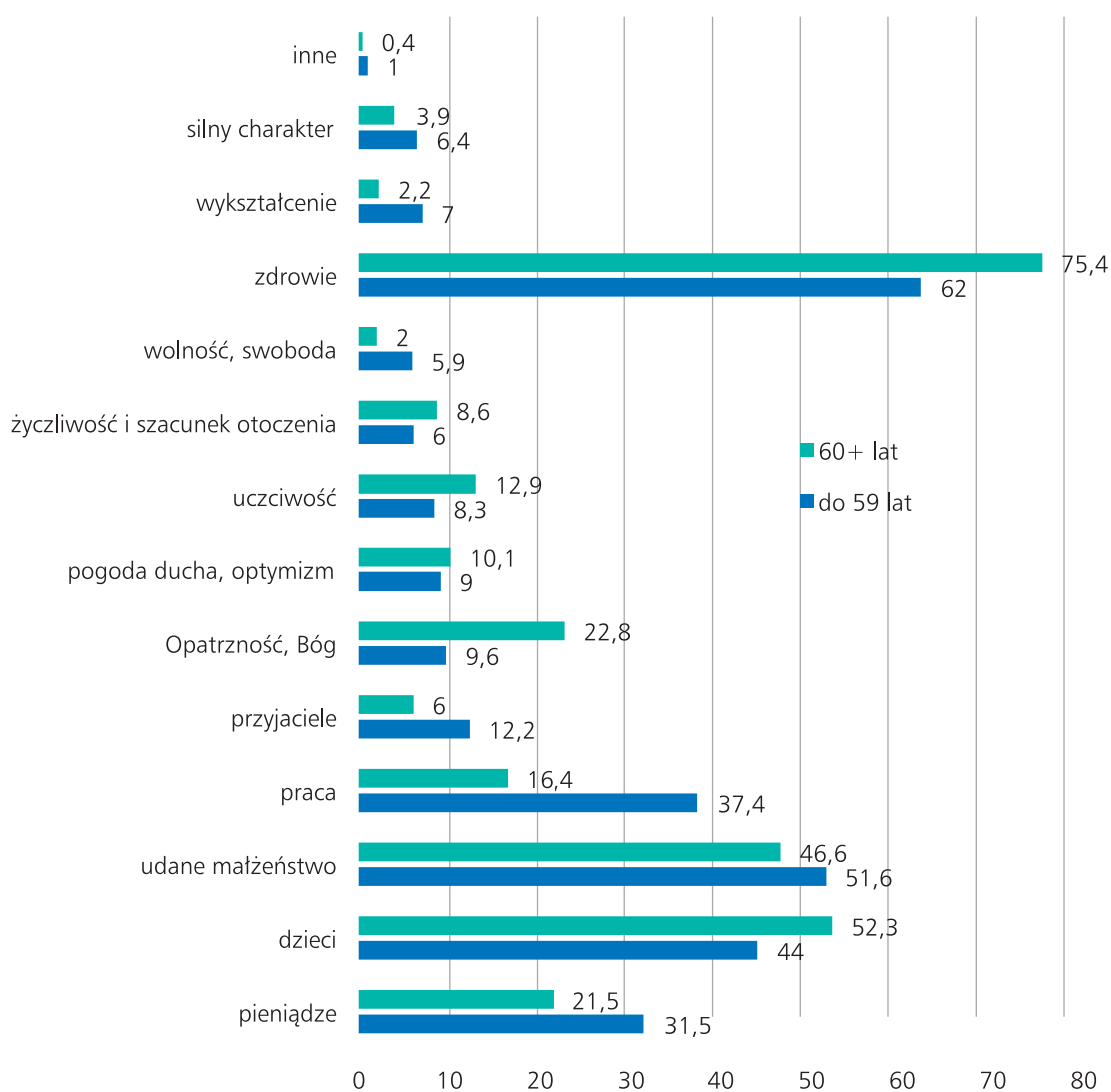
Wykres 3.5. Procent zdecydowanie się zgadzających i zgadzających się ze stwierdzeniem „Homoseksualiści powinni móc układać sobie życie według własnych przekonań”

Miarą konserwatyzmu może być skłonność do popierania partii politycznych, w których programie jest obrona tradycyjnych wartości. Częstość wskazania na Prawo i Sprawiedliwość jako najbliższą respondentowi partię polityczną, którą uznać można za najbardziej konserwatywną jest znacznie większa wśród seniorów niż osób młodszych i rośnie w kolejnych grupach wieku (wśród osób 80+ lat jest o 70% większa niż wśród osób w wieku do 59 lat). Spada natomiast z wiekiem częstość wskazań na partie mniej

konserwatywne: na Platformę Obywatelską umiarkowanie a na Ruch Palikota radykalnie (między grupą do 59 lat i seniorami w wieku 80+ lat różnica jest aż trzynastokrotna).

3.3. System wartości

Na nastawienie do aktywności społecznej wpływa filozofia życiowa człowieka, w tym jego przekonania dotyczące warunków udanego życia, czyli system wartości. Respondenci mogli wybrać do trzech z 14 różnych warunków udanego, szczęśliwego życia. Zgodnie z oczekiwaniami, najczęściej wymieniano zdrowie jako warunek udanego życia. Dwa kolejne wybory koncentrowały się wokół rodziny. Po jednej czwartej odpowiadających wskazało na pieniądze oraz opatrność/Boga. Dopiero na dziewiątym miejscu, wskazane przez co dziewiątego seniora znalazły się życzliwość i szacunek otoczenia (wykres 3.6).



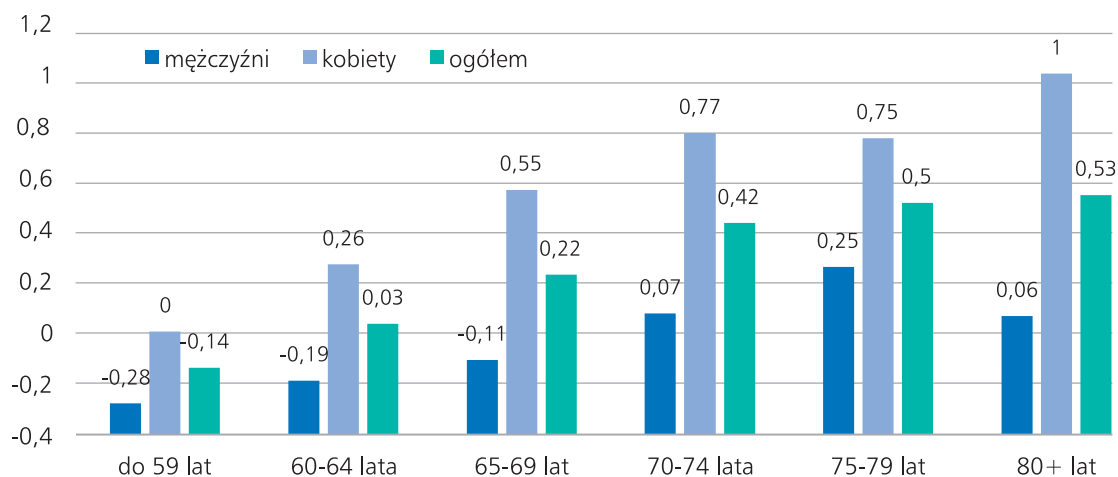
Wykres 3.6. Procent wskazań na poszczególne wartości w grupie seniorów i osób młodszych

System wartości seniorów różni się, niekiedy znacznie, od systemu wartości młodszych Polaków. Seniorzy dużo większą wagę przywiązują do zdrowia, Boga i dzieci, mniejszą zaś do pracy, ale także pieniędzy, przyjaciół i wykształcenia oraz małżeństwa. Mniejsze znaczenie małżeństwa jako warunku udanego życia można wytłumaczyć faktem, że duża grupa seniorów, zwłaszcza kobiet, daje sobie jakość radę w stanie wdowieństwa, bez współmałżonka. Dzieci są dla nich większą wartością po pierwsze dlatego

go, że większość seniorów (85,4%) posiada je i ma ich znacznie więcej (o ponad 1/4) od osób młodszych, a po drugie są one ważnym elementem tradycyjnego systemu wartości, który jest dużo powszechniej podzielany przez seniorów niż młodsze pokolenia. Mniejsze znaczenie pieniądza przy jednocześnie niższych dochodach w tej grupie wynika ze skromniejszych aspiracji materialnych. Według wskaźnika utworzonego na podstawie kilku pytań (patrz raport główny *Diagnozy Społecznej*, rozdz. 5.10.6, www.diagnoza.com) nastawienie materialistyczne wykazuje 23,9% seniorów wobec 39% młodszych respondentów).

3.4. Religijność

Innym wskaźnikiem przywiązania do tradycyjnych wartości może być religijność. Seniorów wyróżnia zdecydowanie wyższy poziom religijności mierzony częstotliwością instytucjonalnych praktyk (udziałem w nabożeństwach), uciekaniem się do modlitwy w trudnych sytuacjach życiowych oraz postrzeganiem Boga (opatrności) jako jednego z trzech głównych warunków udanego, szczęśliwego życia² (wykres 3.7).



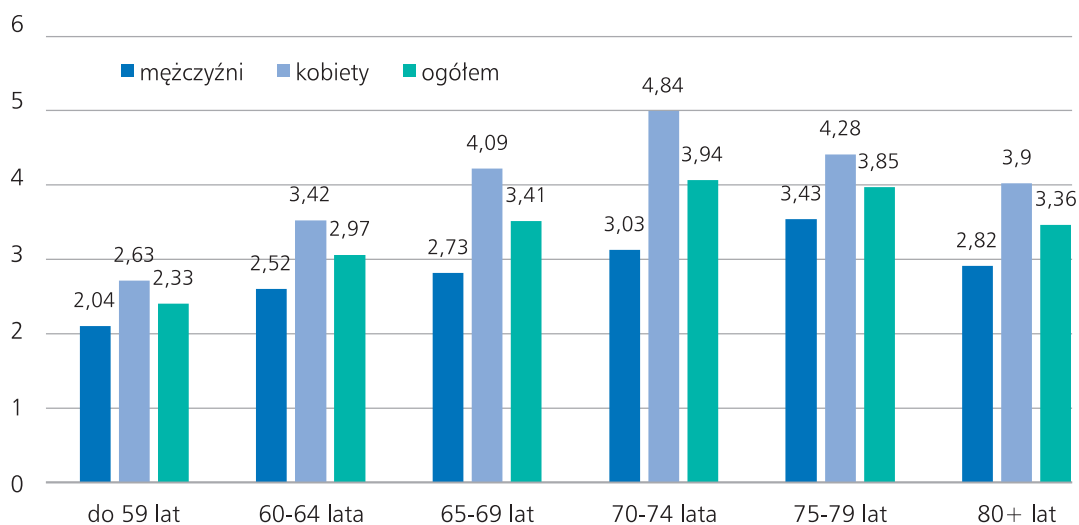
Wykres 3.7. Poziom religijności ze względu na płeć i wiek

Poziom religijności rośnie liniowo z wiekiem, zwłaszcza wśród kobiet. Kobiety generalnie są bardziej religijne od mężczyzn; największa różnica występuje w IV grupie wieku, w której mężczyźni są mniej religijni a kobiety bardziej niż w grupie 75–79 lat. Nieco inaczej zależność ta wygląda w przypadku częstości uczestniczenia w nabożeństwach w okresie miesiąca (wykres 3.8). W najstarszej grupie wskaźnik praktyk instytucjonalnych spada do poziomu w grupie 65–69 lat i spadek ten jest szczególnie wyraźny wśród kobiet. Wynika to jednak nie ze spadku religijności, tylko z rosnących z wiekiem kłopotów z poruszaniem się i wychodzeniem z domu.

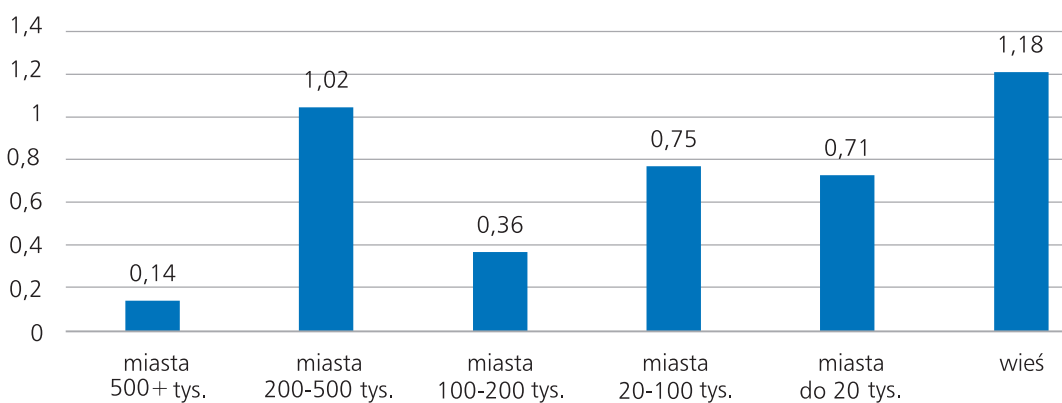
Poziom religijności jest wyraźnie zróżnicowany ze względu na klasę miejscowości zamieszkania (wykres 3.9). Większa religijność mieszkańców wsi nie dziwi. Prawdopodobnie wynika to nie tylko z większego przywiązania do tradycyjnych wartości, ale także ze związanej z anonimowością życia mniejszej kontroli społecznej w miastach. W tym kontekście dziwić musi poziom religijności mieszkańców dużych miast z liczbą mieszkańców 200–500 tys., dorównujący niemal religijności mieszkańców wsi. Trudno znaleźć wyjaśnienie dla tego fenomenu, zwłaszcza, że dotyczy on jedynie starszych seniorów, głównie kobiet powyżej 74 roku życia.

Innym czynnikiem w dużym stopniu determinującym religijność seniorów jest poziom wykształcenia. W tym przypadku daje się zauważyć generalny spadek wskaźnika religijności w miarę podnoszenia poziomu wykształcenia (wykres 3.10).

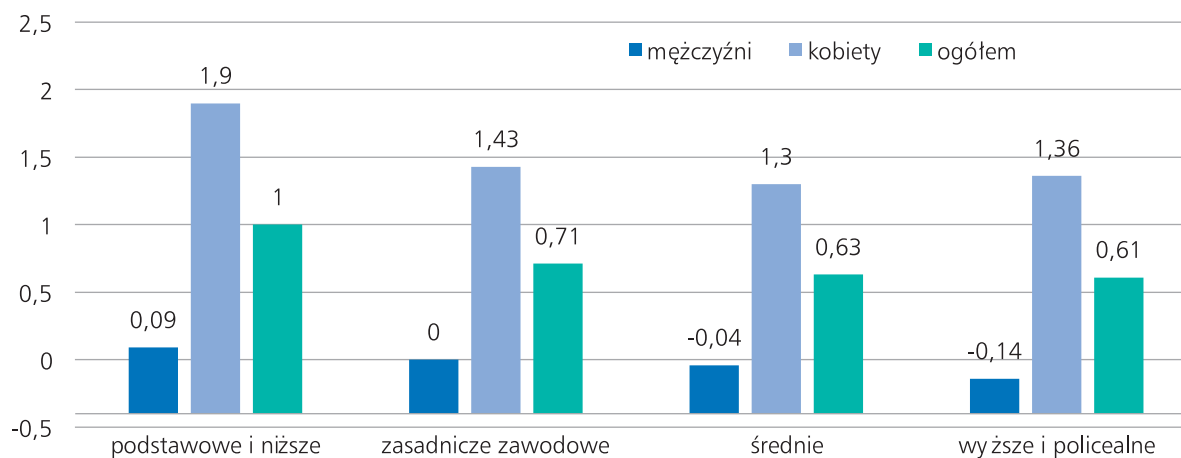
²Technicznie wskaźnik ten utworzono sumując standaryzowane wartości tych trzech składowych miar.



Wykres 3.8. Częstość uczestniczenia w nabożeństwach i innych uroczystościach religijnych w miesiącu ze względu na wiek i płeć



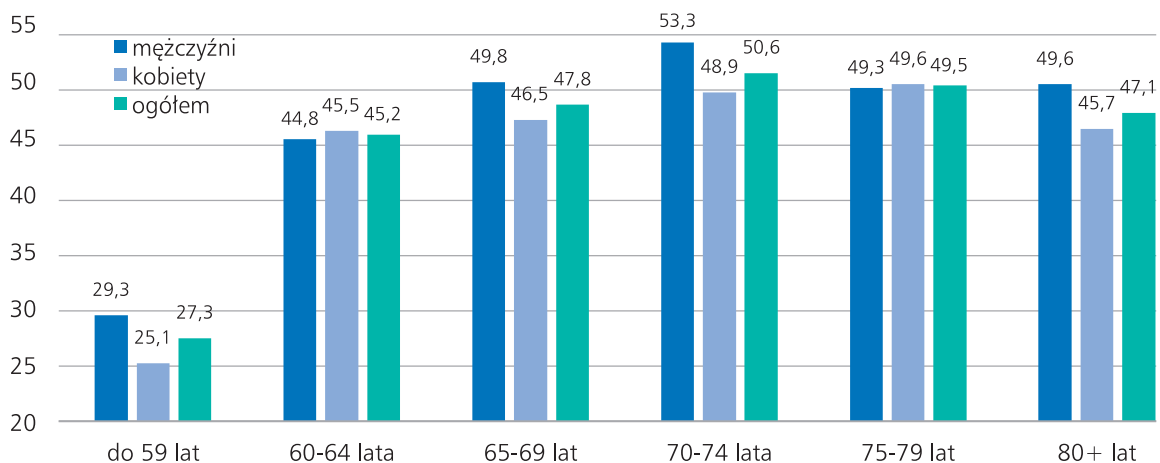
Wykres 3.9. Poziom religijności seniorów ze względu na klasę miejscowości zamieszkania



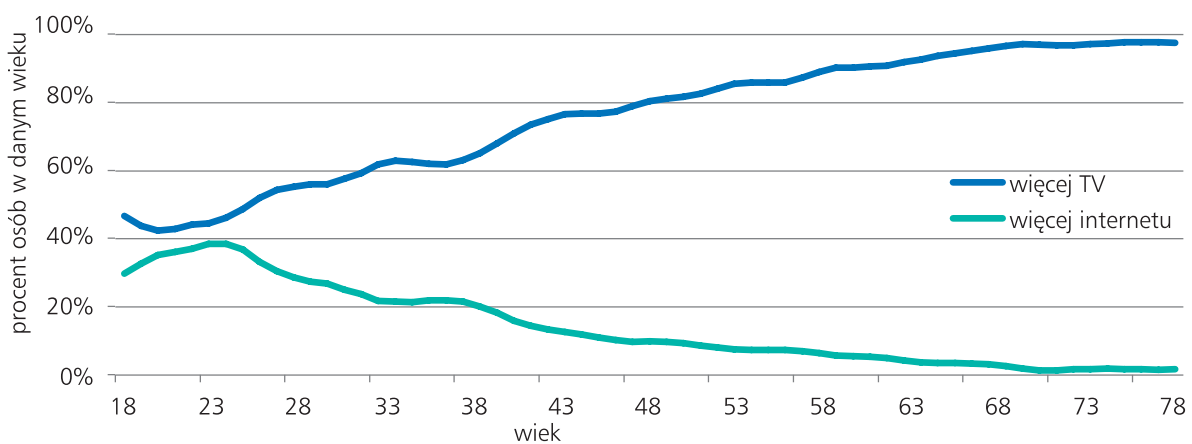
Wykres 3.10. Poziom religijności seniorów według płci i wykształcenia

3.5. Stosunek do nowoczesnych technologii komunikacyjnych

Seniorzy są zdecydowanie mniej od młodszych pokoleń otwarci na nowoczesne technologie komunikacyjne. W rozdziale 1.4.3 pokazaliśmy gorsze wyposażenie gospodarstw domowych seniorów w dobra elektroniczne (wykres 1.9). Jedynym urządzeniem elektronicznym, które występuje w gospodarstwach seniorów równie powszechnie jak w gospodarstwach młodszych osób jest telewizor, ale rzadziej już telewizor nowej generacji (LCD lub plazmowy). Oglądanie telewizji jest też głównym sposobem spędzania wolnego czasu, którego seniorzy mają zresztą dużo więcej niż osoby młodsze (wykres 3.11). Telewizja pochłania więcej czasu niż internet nie tylko wśród seniorów ale we wszystkich rocznikach, tyle że dysproporcja ta rośnie z wiekiem i po 70. roku życia niemal 100% osób więcej czasu poświęca na oglądanie telewizji niż na korzystanie z internetu (wykres 3.12).



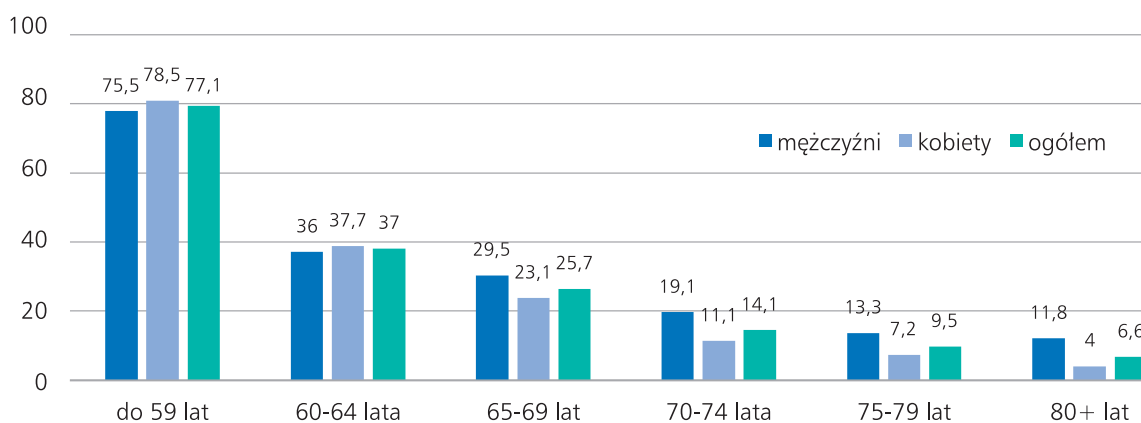
Wykres 3.11. Procent osób oglądających telewizję ponad trzy godziny dziennie według płci i wieku



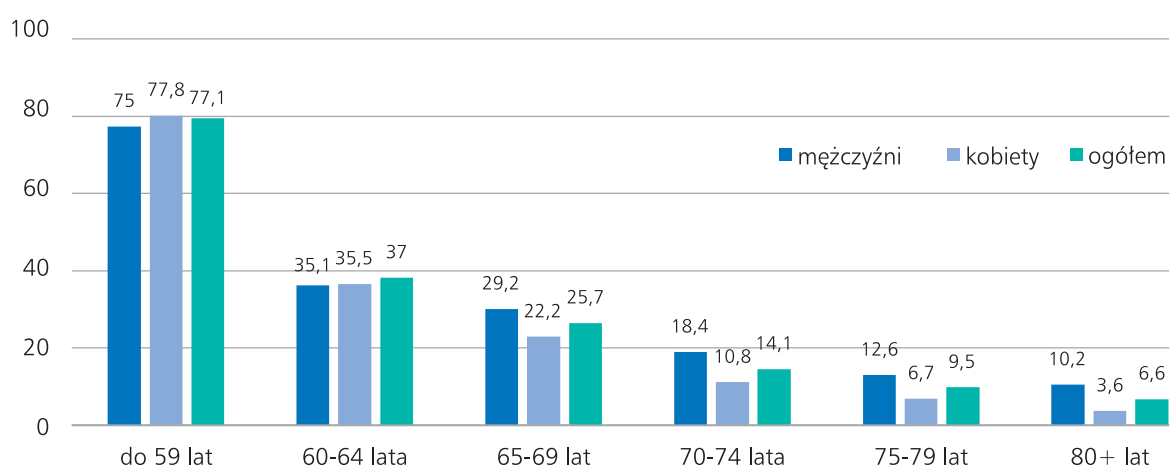
Wykres 3.12. Procent osób, które więcej czasu poświęcają na korzystanie z internetu niż na oglądanie telewizji oraz tych, którzy więcej czasu spędzają przed TV niż w sieci ze względu na wiek

W przypadku korzystania z komputera i z internetu zależność z wiekiem jest dokładnie odwrotna. Seniorzy znacznie rzadziej posługują się komputerem (wykres 3.13) i korzystają z internetu (wykres 3.14). Po 64 roku życia rośnie dysproporcja między mężczyznami i kobietami.

Wśród osób „surfujących” w internecie są także te z najstarszej grupy wieku. Przeważają jednak osoby zaliczane do III wieku. Oznacza to, że w przyszłości również wśród osób w wieku 80 i więcej lat przybędzie użytkowników komputera i internetu. Stwarza to lepsze perspektywy nie tylko dla działań mających



Wykres 3.13. Procent osób korzystających z komputera według płci i wieku



Wykres 3.14. Procent osób korzystających z internetu według płci i wieku

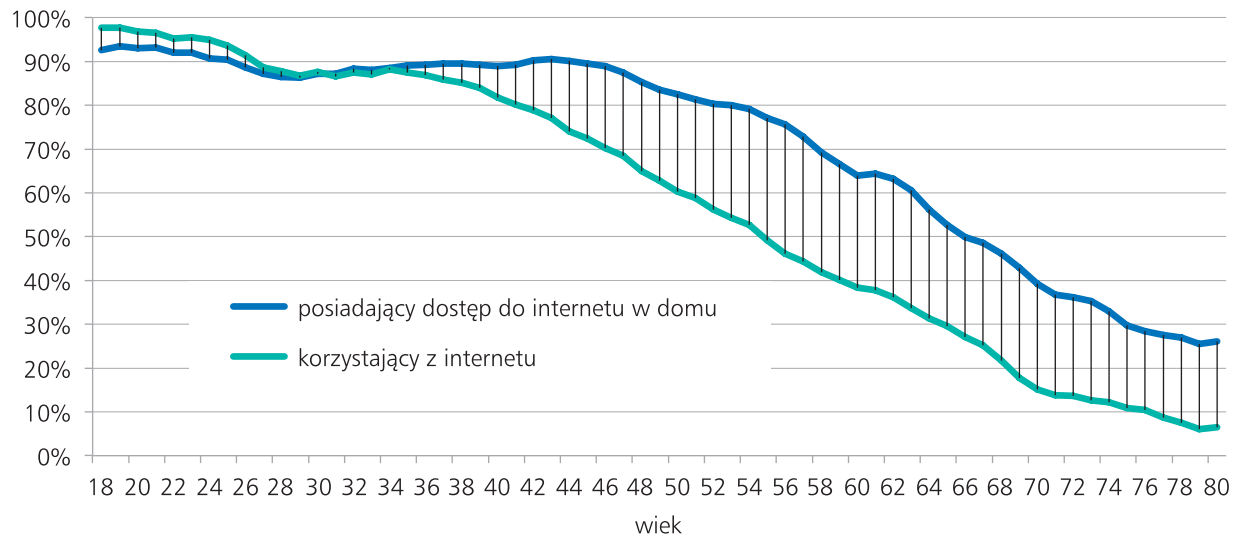
na celu ograniczenie skali wykluczenia cyfrowego ludzi starych, ale także dla rozwoju telemedycyny i teleopieki.

Co prawda udział seniorów w populacji internautów wzrósł sześciokrotnie od 2003 roku, ale w dalszym ciągu stanowią oni ponad połowę wszystkich respondentów w wieku 16 i więcej lat niekorzystających z internetu (tabela 3.1). Należy zatem włożyć dużo wysiłku w celu zachęcenia i nauczania seniorów obsługi komputerów i tabletów oraz nowoczesnych smartfonów, które dają dostęp do sieci. Te ostatnie urządzenia posiada ciągle znikomy odsetek seniorów (smartfony 4,8% wobec 32% osób młodszych, tablety są w gospodarstwach seniorów w 4,1% wobec 12,9% w gospodarstwach bez seniorów), ale dostęp do internetu ma prawie połowa gospodarstw domowych z seniorami. Zatem nie w pełni wykorzystują

Tabela 3.1. Wiekowa struktura populacji internautów w latach 2003–2013 (procentowy udział osób z różnych grup wieku w danym roku)

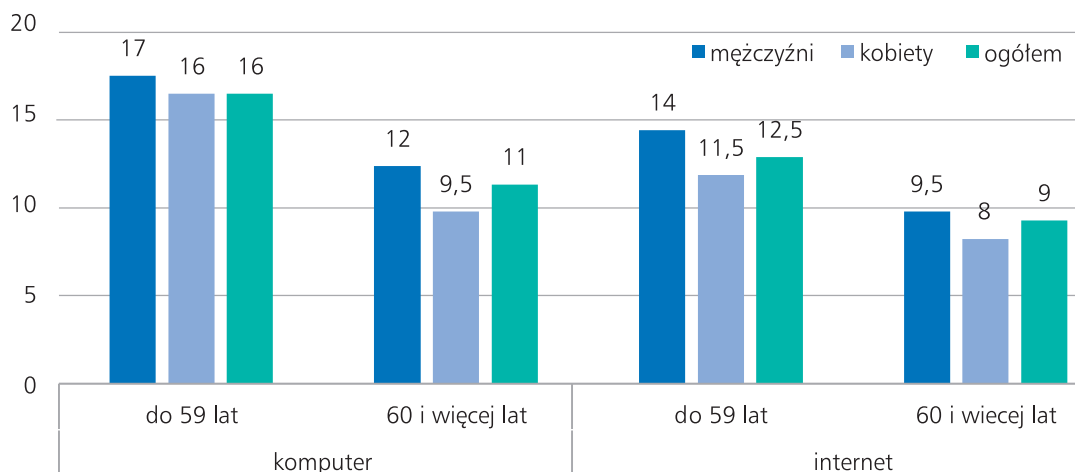
Wiek	Wśród korzystających z internetu w poszczególnych latach						Wśród niekorzystających w 2013 r.
	2003	2005	2007	2009	2011	2013	
16–24 lat	40,1	37,6	32,5	28,3	19,1	20,6	1,2
25–34 lat	27,6	26,7	27,0	27,9	23,8	27,5	6,3
35–44 lat	15,9	16,2	17,1	18,8	21,5	21,9	8,1
45–59 lat	15,0	17,4	20,6	20,9	27,1	21,8	30,6
65 i więcej lat	1,4	2,2	2,8	3,1	8,4	8,2	53,8

oni możliwość serfowania po sieci, ale to niewykorzystanie dostępu do internetu w domu zaczyna się znacznie przed wiekiem senioralnym (wykres 3.15).



Wykres 3.15. Dostęp i korzystanie z internetu wśród osób w różnym wieku

Seniorzy, zwłaszcza kobiety, korzystający z komputera i internetu poświęcają tej aktywności mniej czasu od młodszych osób (wykres 3.16).

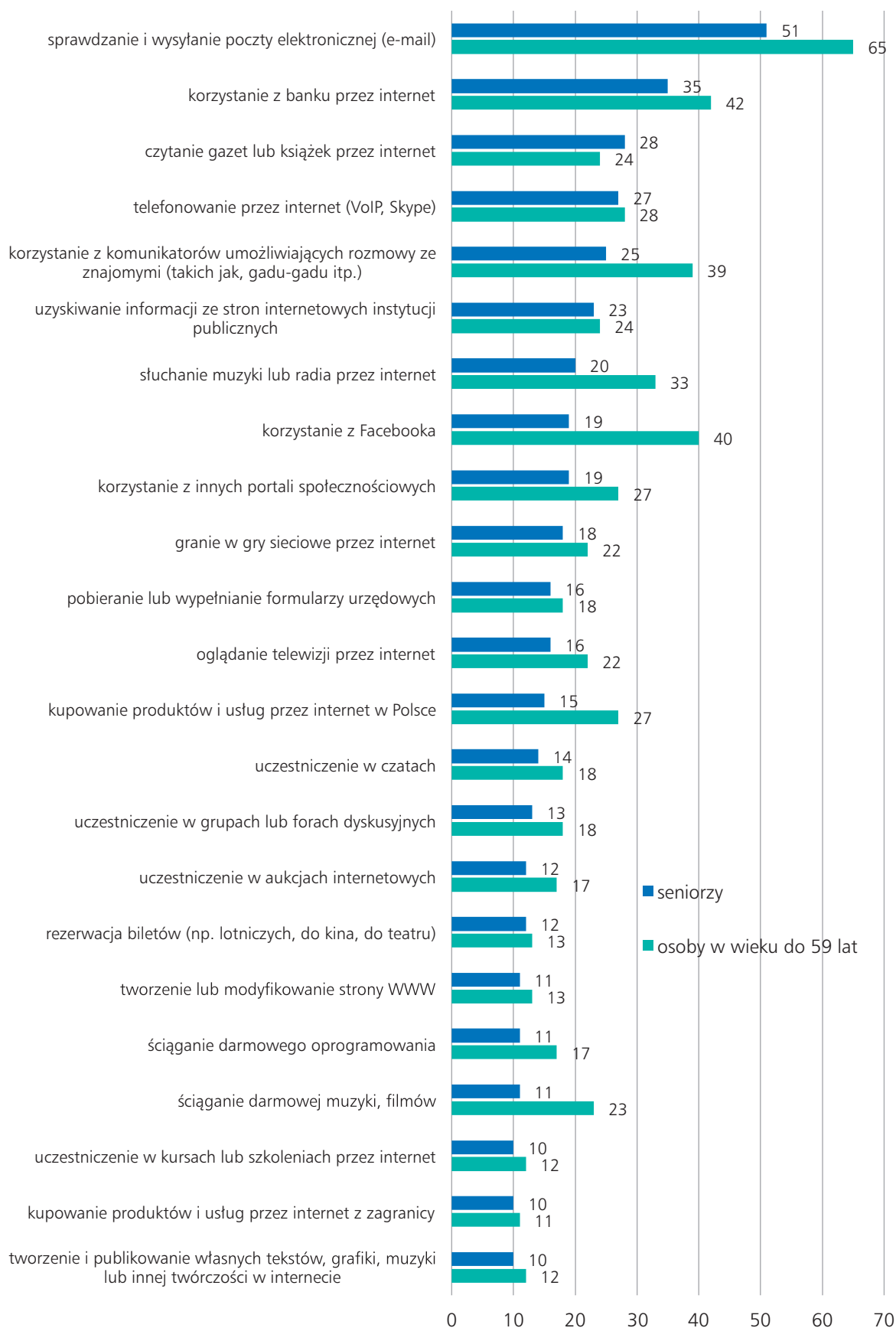


Wykres 3.16. Liczba godzin w ostatnim tygodniu spędzonych przy komputerze i w internecie według płci i wieku

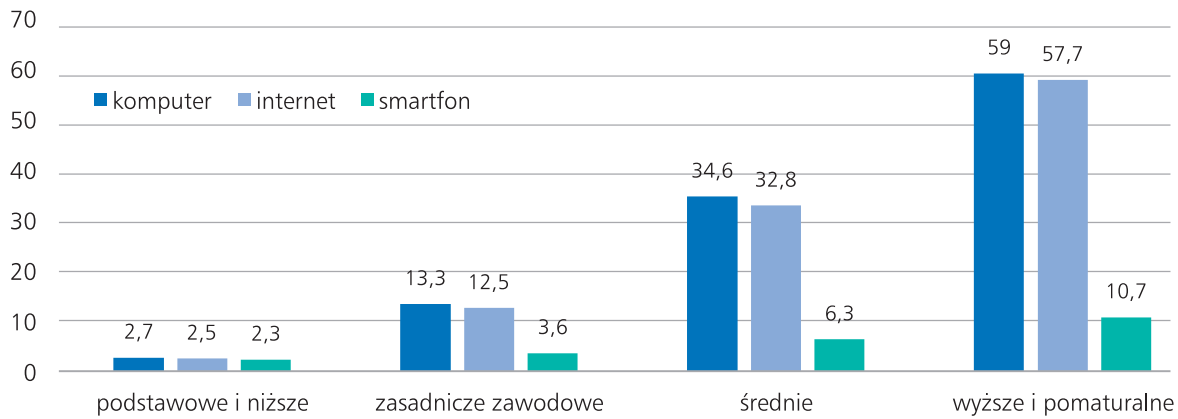
Seniorzy wykorzystują internet w nieco innych celach. Wykres 3.17 pokazuje procent internautów wykonujących różne czynności w sieci w ostatnim tygodniu, a więc – jak można zakładać – stosunkowo często.

Żadna z czynności w sieci, oprócz czytania gazet lub książek, nie jest wykonywana przez większy odsetek seniorów niż osób młodszych. Największa różnica dotyczy poczty elektronicznej, korzystania z komunikatorów i portali społecznościowych, co oznacza uboższe kontakty społeczne w sieci. Ale w kontaktach społecznych równie często jak młodzi internauci seniorzy stawiają na oszczędności finansowe, o czym świadczą podobny ich procent telefonujących przez internet.

Oprócz płci i wieku o otwarciu na nowoczesne technologie komunikacyjne wśród seniorów decyduje poziom wykształcenia (wykres 3.18). Seniorzy najgorzej wykształceni są prawie w 100% wykluczeni cyfrowo. Różnica między osobami z zasadniczym zawodowym i wyższym wykształceniem jest ponad czterokrotna w przypadku komputera i internetu, oraz trzykrotna w przypadku smartfonu.

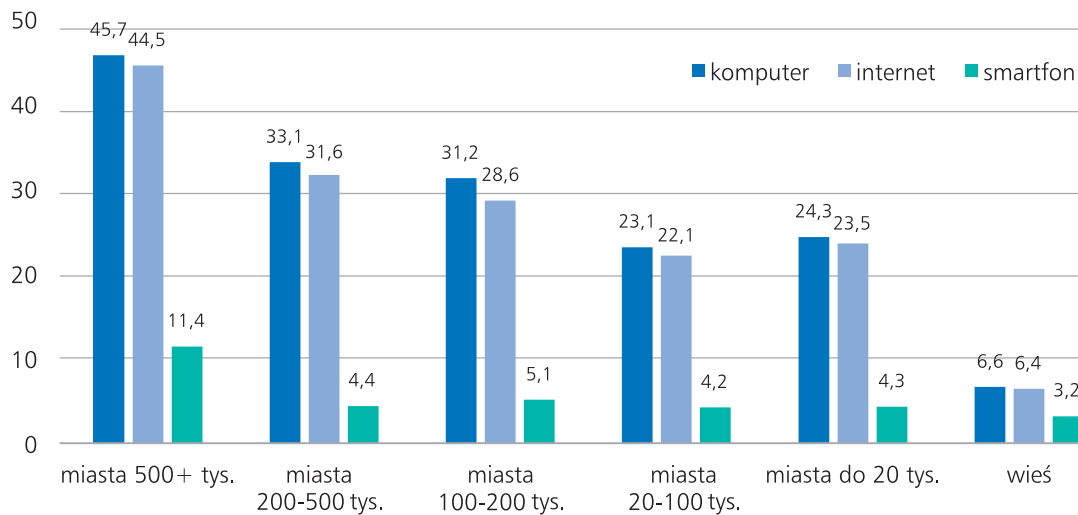


Wykres 3.17. Procent seniorów i osób młodszych wykonujących w internecie różne czynności w ostatnim tygodniu



Wykres 3.18. Procent seniorów korzystających z komputera i internetu oraz posiadających smartfon w zależności od poziomu wykształcenia

Także klasa miejscowości zamieszkania wiąże się ze stopniem wykluczenia cyfrowego seniorów (wykres 3.19). Największy skok jest między największymi metropoliami i pozostałymi miastami oraz między miastem a wsią w przypadku komputera i dostępu do internetu, a w przypadku smartfona tylko między największymi i pozostałymi miastami.



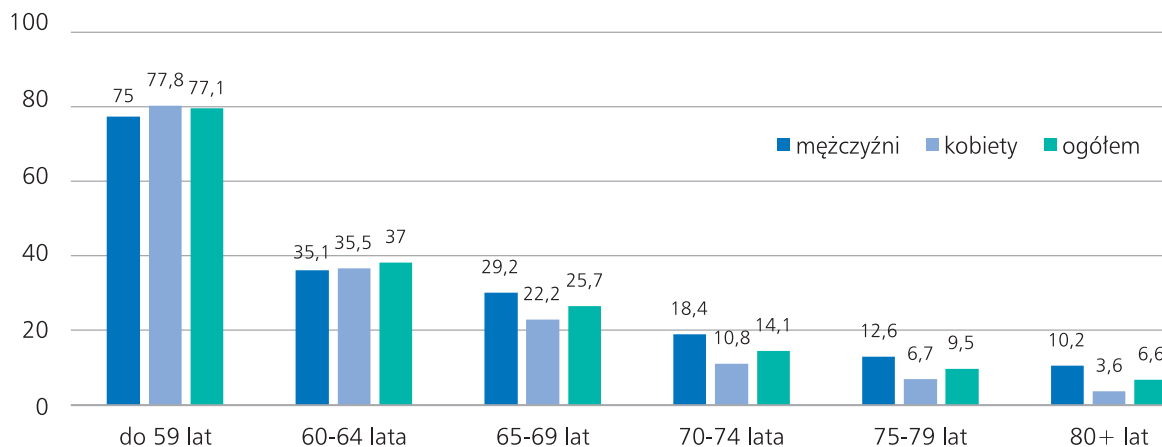
Wykres 3.19. Procent seniorów korzystających z komputera i internetu oraz posiadających smartfon w zależności od klasy miejscowości zamieszkania

3.6. Motywacja, samoocena i nadzieja

Głównymi psychologicznymi przesłankami aktywności życiowej i społecznej są motywacja, samoocena (wiara w swoje możliwości) i nadzieja (optymizm). Już dane na temat depresji i dobrostanu psychicznego zawarte w rozdz. 2.3 dowodzą, że przesłanki te są w grupie polskich seniorów w małym stopniu spełnione. Przyjrzyjmy się teraz bardziej bezpośrednim wskaźnikom gotowości do podejmowania różnorodnych aktywności wykraczających poza prace domowe i spędzanie wolnego czasu przed telewizorem.

Jest całkowicie naturalnym, że wraz z wiekiem poziom sprawności ulega obniżeniu, a w ślad za tym energia i zapał do pracy są mniejsze niż dawniej. Potwierdza to rozkład wyborów jednego z następujących twierdzeń w skali depresji: (1) „Mam co najmniej równie dużo zapału do pracy jak dawniej”, (2) „Z trudem przychodzi mi się zabrać do zrobienia czegoś”, (3) „Z ogromnym wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegoś” oraz (4) „Nie jestem w stanie nic zrobić”. Wykres 3.20 pokazuje radykalny

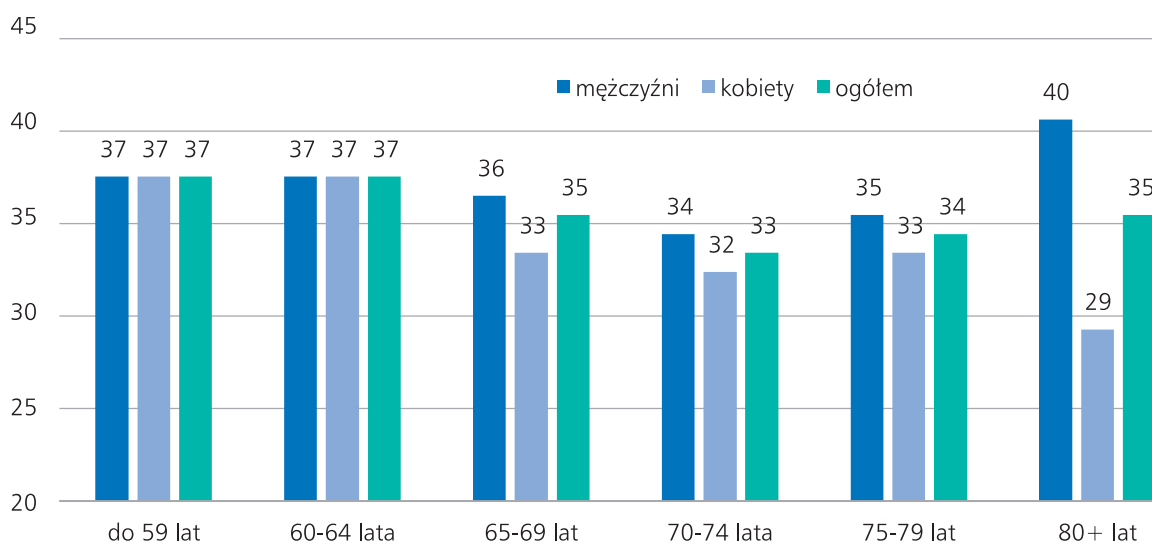
spadek zapału do pracy z wiekiem respondentów. Ponownie zasadniczą cezurą jest wiek 80 lat. Prawie połowa kobiet i ponad 1/3 mężczyzn w IV grupie wieku z ogromnym wysiłkiem zmusza się do zrobienia czegokolwiek lub wręcz nie jest w stanie cokolwiek zrobić.



Wykres 3.20. Procent osób twierdzących, że mają co najmniej równie dużo zapału do pracy jak dawniej według wieku i płci

Miarą samooceny były pytania o zadowolenie z własnych osiągnięć życiowych oraz o osobistą odpowiedzialność za to, jak w życiu badanych potoczyły się sprawy w minionym roku.

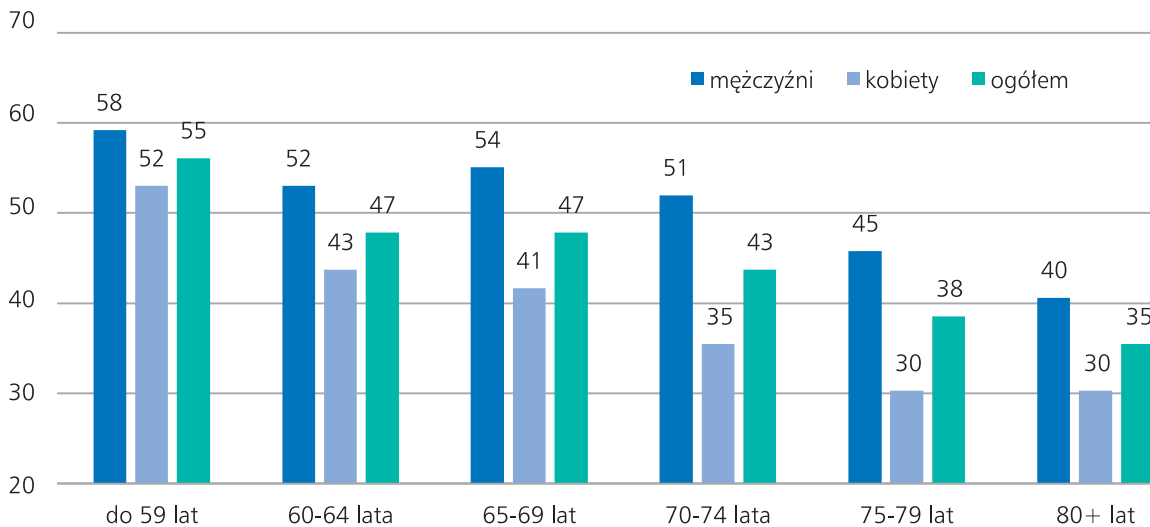
Rozkład częstości odpowiedzi „bardzo zadowolony” i „zadowolony” z własnych osiągnięć dowodzi pewnego spadku samooceny z wiekiem, zwłaszcza wśród kobiet (wykres 3.21). Mężczyźni w najstarszej grupie są najbardziej zadowoleni, co jeszcze raz sugeruje, że tak zaawansowany wiek osiągają najlepiej wykształceni. Dowodzi tego fakt, związek samooceny z wiekiem i płcią wynika z różnic w poziomie wykształcenia (osoby starsze i kobiety wśród seniorów są słabiej wykształcone). Statystyczna kontrola poziomu wykształcenia sprawia, że efekty oraz interakcje wieku i płci przestają być istotne. Daje to nadzieję, że wraz z przechodzeniem w przyszłości do grupy seniorów coraz lepiej wykształconych generacji Polaków będzie rosła także ich samoocena, zwiększając szanse na większą aktywność życiową.



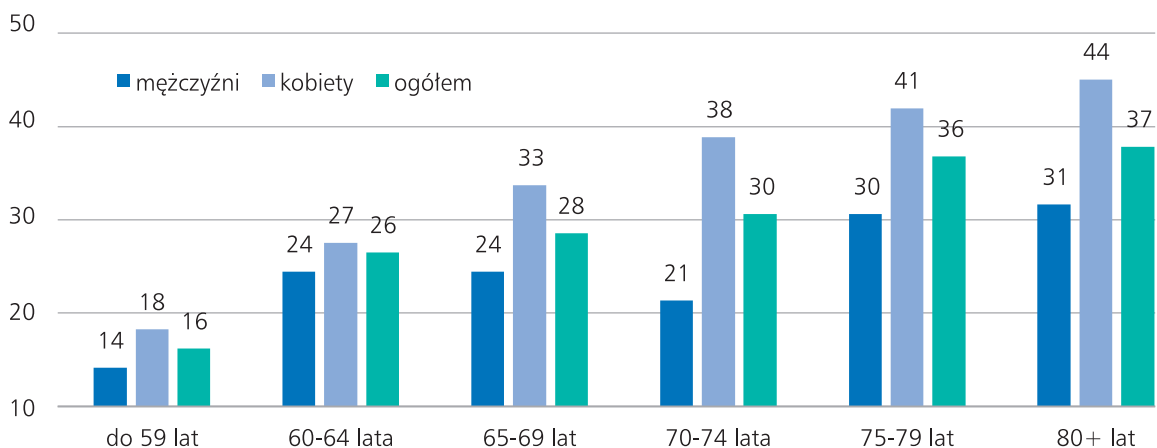
Wykres 3.21. Procent bardzo zadowolonych i zadowolonych z własnych osiągnięć życiowych według wieku i płci

Atrybucyjna miara samooceny, czyli odpowiedź na pytanie od kogo/czego zależało, że miniony rok był udany lub nieudany pozwoliła utworzyć dwa wskaźniki: autodeterminizm i fatalizm. Autodeterminizm oznacza skłonność do postrzegania samego siebie jako głównego autora własnych sukcesów

i porażek, fatalizm natomiast oznacza przekonanie, że bieg własnego życia zależy w decydującym stopniu od losu/opatrności³. W zakresie tych wskaźników wynik jest jednoznaczny: wraz z wiekiem spada autodeterminizm i rośnie fatalizm, bardziej u kobiet niż u mężczyzn (wykresy 3.22 i 3.23) i efekty te nie są tym razem zależne od wykształcenia.



Wykres 3.22. Procent autodeterministów przekonanych, że bieg spraw zależy przede wszystkim od nich samych według wieku i płci

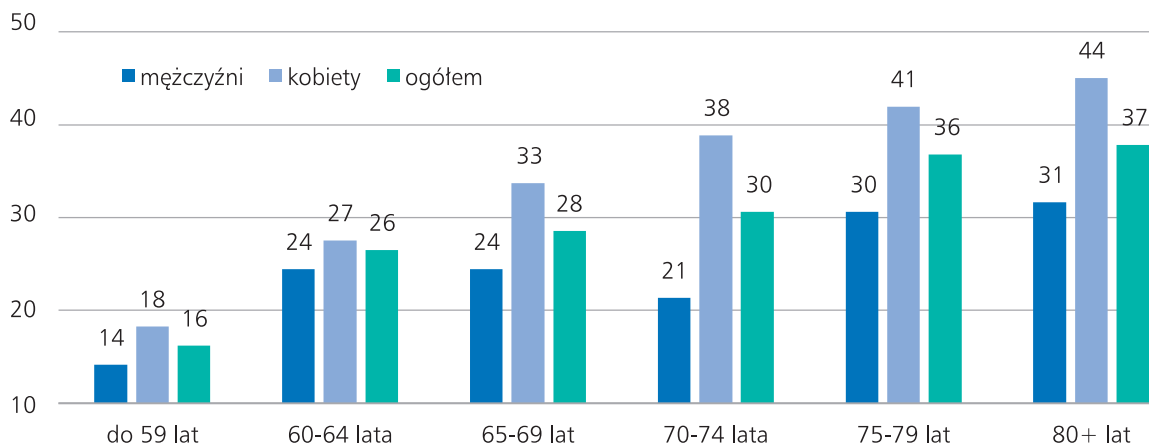


Wykres 3.23. Procent fatalistów przekonanych, że bieg spraw zależy przede wszystkim od losu/opatrności według wieku i płci

Tak więc możemy stwierdzić, że seniorzy w mniejszym stopniu niż osoby młodsze „czują się autorami” swojego życia, a w większym stopniu są fatalistami. Nie sprzyja to stawianiu przed sobą długofalowych celów i angażowaniu się w działania, które nie wydają się niezbędne dla bieżącej egzystencji. Ponieważ ten aspekt samooceny nie zależy od wykształcenia, nie ma co oczekiwać samoistnej poprawy w jego zakresie wraz z wchodzeniem do grupy seniorów coraz lepiej wykształconych młodszych pokoleń. Wzmocnienie autodeterminizmu i osłabienie fatalizmu wymagać będzie przekonywania obywateli, że od nich samych zależy może znacznie więcej. Służą temu np. coraz powszechniej wprowadzane budżety partycypacyjne. Znacznie większy efekt dałoby ujednoznacznienie prawa i poprawę funkcjonowania instytucji publicznych, tak aby obywatele byli bardziej pewni, że ich decyzje i działania doprowadzą do zamierzonych rezultatów.

³Procenty autodeterministów i fatalistów nie sumują się do 100, ponieważ możliwa jest jeszcze trzecia atrybucja odpowiedzialności – do innych ludzi, w tym do władz.

Miarą nadziei było pytanie o zadowolenie z perspektyw na przyszłość. Rozkład częstości odpowiedzi „bardzo zadowolony/a” i „zadowolony/a” dowodzi, że optymizm spada z wiekiem i że nie jest to zależne wyłącznie od poziomu wykształcenia (wykres 3.24).



Wykres 3.24. Procent bardzo zadowolonych i zadowolonych z perspektyw na przyszłość według wieku i płci

3.7. Podsumowanie

Niezbędne do aktywizacji seniorów trzy warunki psychologiczne – motywacja, samoocena (wiara we własne możliwości) i nadzieja na dobrą przyszłość – nie są w wystarczającym stopniu spełnione. Zważywszy jeszcze na zły stan zdrowia dużej grupy seniorów i naturalne bariery fizyczne i mentalne (sprawność fizyczną i umysłową), narastające z wiekiem, wzrost zaangażowania tej grupy w działania wykraczające poza bieżące potrzeby bytowe stanowi niezwykle trudne i złożone zadanie dla polityki społecznej na szczeblu centralnym i lokalnym. Ważnym sprzymierzeńcem w realizacji tego zadania będzie jedynie rosnący poziom wykształcenia seniorów.

Zaangażowanie w działalność społeczną jest tylko jedną z możliwych form aktywności osoby starszej. Sama aktywność jest bardzo pożądana. Nie ma natomiast podstaw do tego, by oczekiwać, iż seniorzy będą preferować aktywność na rzecz społeczności lokalnej czy całej wspólnoty narodowej względem innych form aktywności, jak na przykład działań na rzecz rodziny albo samorozwoju i poszerzania własnej wiedzy. Trudno zatem o określenie poziomu aktywności seniorów, który byłby satysfakcjonujący dla obserwatora czy środowiska będącego adresatem takich działań.

Ważniejsza w związku z tym wydaje się konstatacja, iż od osób starszych oczekuje się aktywnej postawy przy wyborze sposobu spędzania przez nią czasu, przy czym aktywność ta ma służyć rozwojowi seniora, poprawie jego kondycji i wzmocnieniu pozycji społecznej. Rozpatrując aspekt aktywności okazuje się, że większość respondentów w wieku 60 i więcej lat wykazuje ją w dość dużym stopniu. Nie zawsze jest to jednak aktywność nakierowana na lokalną społeczność i rozwiązywanie pojawiających się w niej problemów. O wiele częściej seniorzy włączają się w rozwiązywanie kwestii pojawiających się w bliższej czy dalszej rodzinie. Wiele osób starszych wykazuje aktywność na polu religijnym, przeznaczając czas nie tylko na modlitwę i udział w nabożeństwach, ale również na działania w ramach organizacji religijnych, których celem może często być na przykład wspólna modlitwa.

W postawach seniorów trudno dostrzec skłonność do zmiany form aktywności, a co gorsza – także bierności. Prawie połowa seniorów, podobnie jak młodszych respondentów, jest bardzo zadowolona lub przynajmniej zadowolona ze sposobu spędzania wolnego czasu, czyli w głównej mierze oglądania telewizji.

Z oczywistych względów największą grupę osób aktywnych lub takich, które można byłoby aktywizować, stanowią osoby w pierwszej fazie starości. Konieczne jednak jest stworzenie odpowiedniego klimatu wokół działalności społecznej, jej odpolitycznienie, skoncentrowanie na problemach ważnych z punktu widzenia konkretnych grup społecznych lub grup mieszkańców oraz propagowanie prospołecznych postaw w całym społeczeństwie.

4. Aktywność społeczna i przynależność organizacyjna osób starszych

4.1. Wstęp

Jak wynika z wcześniejszych rozdziałów raportu, aktywność społeczna seniorów jest tylko jedną z form ich aktywności¹, a ponadto sama aktywność społeczna nie zawsze musi, a nawet nie zawsze może mieć charakter sformalizowany, wyrażający się na przykład przynależnością do różnych organizacji pozarządowych². To samo dotyczy partii politycznych, które coraz częściej mają charakter kadrowy, a zwolenników pozyskują realizując konkretne programy, a nie przez sformalizowane członkostwo. Na znaczeniu zyskuje zatem aktywność nieformalna i do niej seniorzy są często zachęceni.

4.2. Formy aktywności społecznej osób starszych

Do najważniejszych form aktywności społecznej seniorów należy ich zaangażowanie w sprawy lokalnej społeczności oraz w działania różnych organizacji, np. upowszechniających wiedzę, hobbystycznych, religijnych³. W przypadku aktywności w wymiarze lokalnym można przede wszystkim mówić o organizacjach pozarządowych, wolontariacie i współpracy z organami samorządu lokalnego.

W tym miejscu należy jednak podkreślić, że osoby starsze stanowią coraz bardziej świadomych uczestników działań na rzecz lokalnej społeczności. Wykraczając poza wyniki referowanego badania, warto jako przykład przywołać projekty realizowane w ramach programu ASOS (*Aktywność Społeczna Osób Starszych*), finansowanego przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Podejmowane w tym programie działania stanowią doskonały przykład odpowiedzialności, trafnej diagnozy problemów społecznych w skali lokalnej i wyobraźni realizatorów, pozwalającej na nieszablonowe podejście do problemu. Są to zarazem projekty sprzyjające integracji międzypokoleniowej, których wykonawcami nie są wyłącznie osoby starsze legitymujące się sformalizowanym członkostwem w organizacji.

Inną formą regularnej, choć dość ograniczonej aktywności seniorów jest ich udział w wyborach. W 2010 r. odbyły się wybory do samorządu lokalnego. W trakcie badania *Diagnoza społeczna 2011* respondentom zadano pytanie o udział w tych wyborach.

W literaturze często podnosi się duże zainteresowanie osób starszych sprawami lokalnymi⁴. Zwraca się także uwagę na związek między poziomem wykształcenia seniorów a poziomem ich aktywności społecznej. Sprawdzono zatem, jak kształtuje się struktura odpowiedzi na pytanie o udział w wyborach samorządowych ze względu na wykształcenie osób starszych. Szczegóły zawiera wykres 4.1. Ogółem do

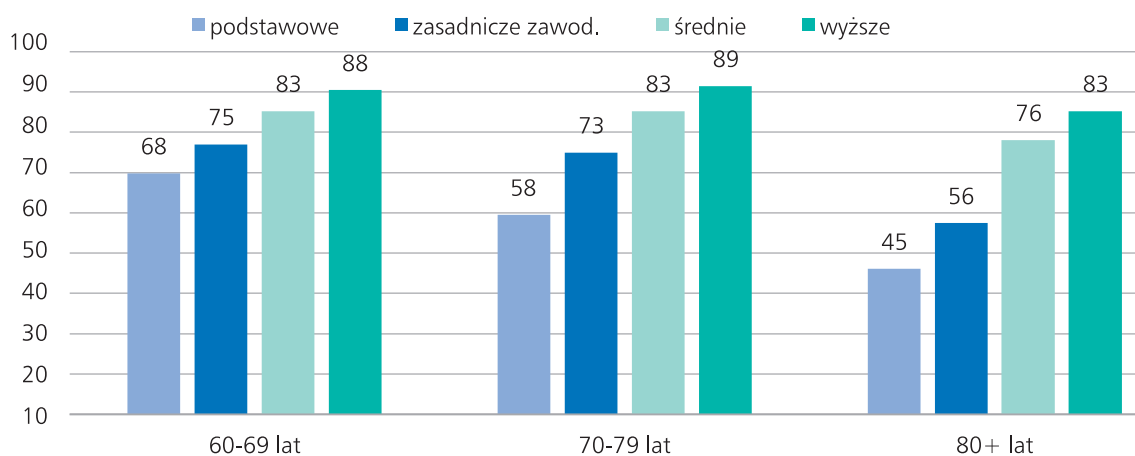
¹Por. J. Perek-Białas (red.), *Aktywne starzenie się. Aktywna starość*. Aureus, Kraków 2005.

²Por. M. Raclaw, M. Rosochacka-Gmitrzak, B. Tokarz-Kamińska, *Aktywność społeczna i kulturalna osób starszych*, w: *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, red. B. Szatur-Jaworska, RPO, Warszawa 2012.

³J. Semków, *Niektóre problemy aktywności społeczno-kulturalnej w okresie późnej dorosłości*, w: *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, red. A. Fabiś, WSA, Bielsko Biała 2008.

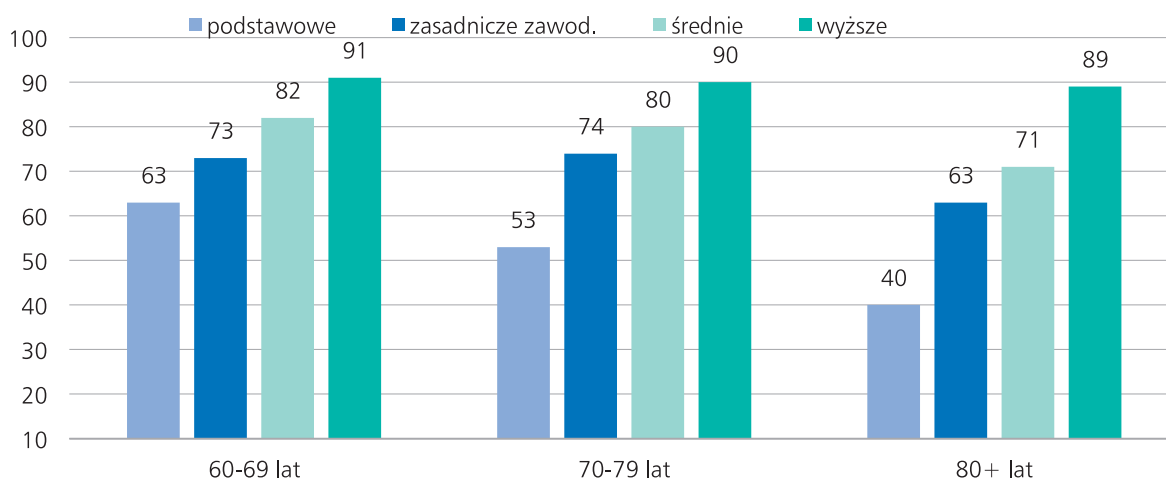
⁴P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Warszawa 2002.

udziału w tych wyborach przyznało się 71,8% badanych⁵. Odsetek mężczyzn był wyższy niż kobiet (75,5 vs. 69,4%). Wraz z wiekiem seniorów udział spada, zwłaszcza w grupie kobiet. Wyjątkiem są osoby z wyższym i średnim wykształceniem, wykazujące podobną frekwencję wyborczą niezależnie od wieku. Tak więc starzenie się seniorów zniechęca do aktywności wyborczej jedynie osoby gorzej wykształcone.



Wykres 4.1. Procent seniorów deklarujących udział w wyborach samorządowych w 2010 r. ze względu na wiek i wykształcenie

Podobny rozkład deklarowanej frekwencji wyborczej dotyczy wyborów parlamentarnych w 2011 roku. (wykres 4.2). Ponownie widzimy spadek frekwencji z wiekiem seniorów, najmniejszy w grupie osób lepiej wykształconych.



Wykres 4.2. Procent seniorów deklarujących udział w wyborach parlamentarnych w 2011 r. ze względu na wiek i wykształcenie

4.3. Aktywność nieformalna na rzecz rodziny i społeczności lokalnej

Aktywność nieformalna na rzecz rodziny i środowiska podyktowana jest najczęściej doraźnymi potrzebami rodziny lub otoczenia i ulega zmianom w tempie zmian zachodzących w rodzinie (dorastanie dzieci, pojawianie się wymagających opieki osób niesamodzielnych, pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego). Niekiedy taka aktywność ma wręcz wymiar finansowy⁶. To, co ją odróżnia od sformalizo-

⁵Oczywiście jest to znacznie większa frekwencja niż faktyczna; jest to jednak zjawisko powszechne – w badaniach sondażowych zawsze więcej osób przyznaje się do udziału w wyborach niż faktycznie bierze udział. W naszej analizie ważne są jednak proporcje a nie wielkości bezwzględne.

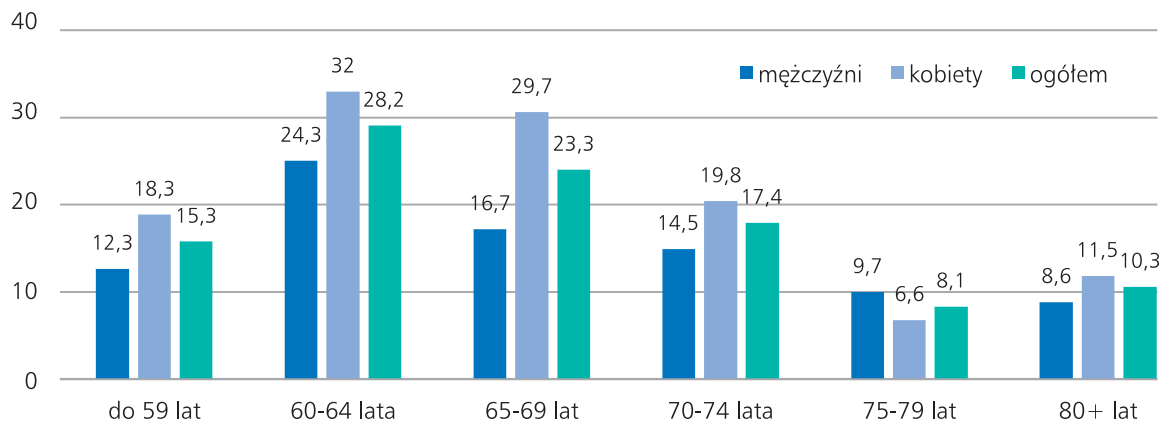
⁶P. Szukalski, *Starzenie się ludności – ku redefinicji kontraktu międzypokoleniowego?*, w: *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, red. J.T. Kowaleski, P. Szukalski, UŁ, Łódź 2008.

wanej, to przede wszystkim fakt, że może ona być okazywana znacznie dłużej, aż do późnej starości, a jej rozmiary są zazwyczaj dostosowane do możliwości seniora⁷. Ponadto aktywność nieformalna na rzecz rodziny, zgodnie z teorią wymiany, stwarza seniorom podstawę do oczekiwania na rewanż ze strony najbliższych, wynikający nie tylko z więzi rodzinnych i poczucia obowiązku, ale i swego rodzaju długu zaciągniętego przez członków rodziny.

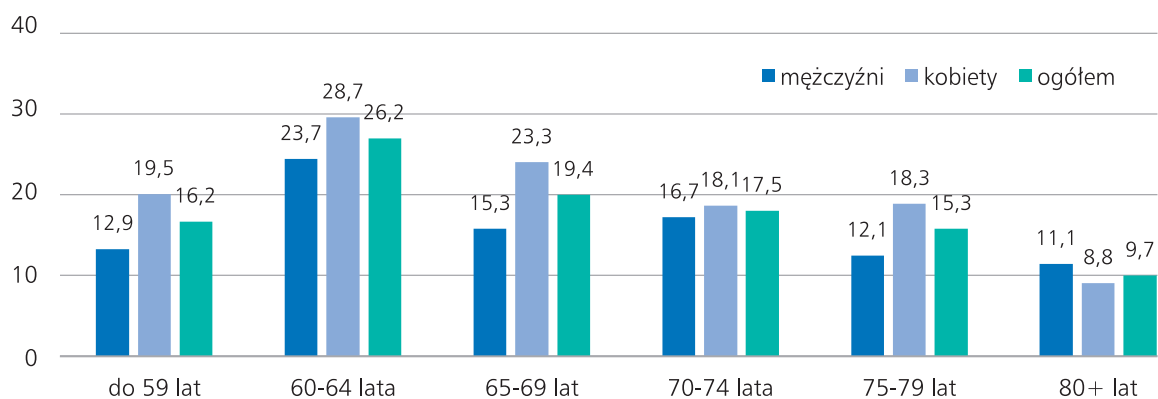
Podobnie trudno o jednoznaczne określenie rozmiarów zapotrzebowania na nieformalne wsparcie udzielane przez seniorów jego lokalnemu środowisku, gdyż i w tym przypadku mamy do czynienia z potrzebą pomocy w zaspokojeniu bieżących, zmieniających się potrzeb.

Jak powszechnie wiadomo, seniorzy wykazują tego rodzaju nieformalną aktywność, ale odbywa się to często kosztem aktywności sformalizowanej, wyrażającej się w regularnym udziale w pracy organizacji pozarządowych. Przykłady tego rodzaju postaw seniorów zostały przytoczone w innych miejscach raportu.

Jeśli chodzi o działania na rzecz rodziny, w *Diagnozie Społecznej 2013* pytaliśmy jedynie o opiekę nad rodzicami lub starszymi krewnymi. Wydaje się oczywiste, że sami seniorzy powinni znacznie częściej podlegać takiej opiece niż ją świadczyć, w większości przypadków przecież nie mają już rodziców. Okazuje się, że jednak to właśnie oni, zwłaszcza z III grupy wieku, świadczą takie usługi znacznie częściej niż respondenci w młodszy w wieku 16–59 lat (wykresy 4.3 i 4.4).



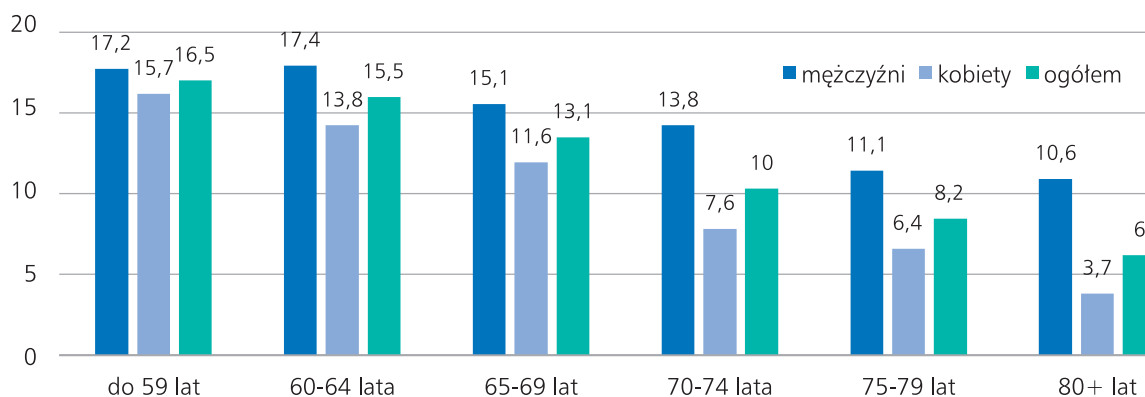
Wykres 4.3. Procent respondentów, którzy w ostatnich miesiącach często czuli się odpowiedzialni za zapewnienie opieki i dobre samopoczucie rodzicom lub starszym krewnym według wieku i płci



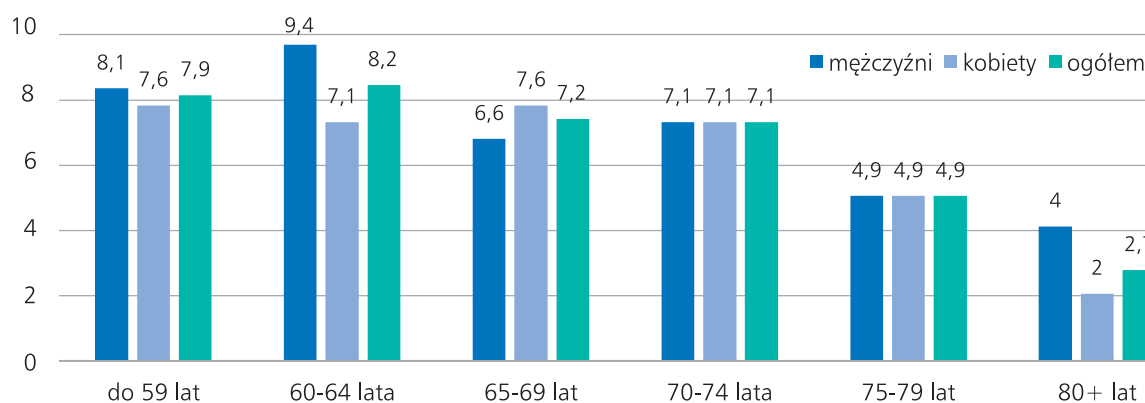
Wykres 4.4. Procent respondentów, których w ostatnich miesiącach często niepokoił stan zdrowia lub sprawność umysłu któregoś z rodziców lub starszych krewnych, według wieku i płci

⁷D. Luber, *Obszary aktywności seniorów – mity i rzeczywistość*, w: *Obszary współpracy gerontologii i andragogiki*, red. L. Frąckiewicz, E. Górnikowska-Zwolak, GWSP, Mysłowice 2008.

Znacznie gorzej wygląda zaangażowanie seniorów w prace na rzecz lokalnej społeczności i w wolontariat (nieodpłatnie wykonywane prace lub świadczenie usług dla osób spoza rodziny bądź na rzecz organizacji społecznej), który może mieć charakter aktywności formalnej w ramach organizacji pozarządowej (wykresy 4.5 i 4.6).



Wykres 4.5. Procent respondentów, którzy w ciągu ostatnich dwóch lat angażowali się w działania na rzecz społeczności lokalnej (gminy, osiedla, miejscowości, w najbliższym sąsiedztwie), według wieku i płci

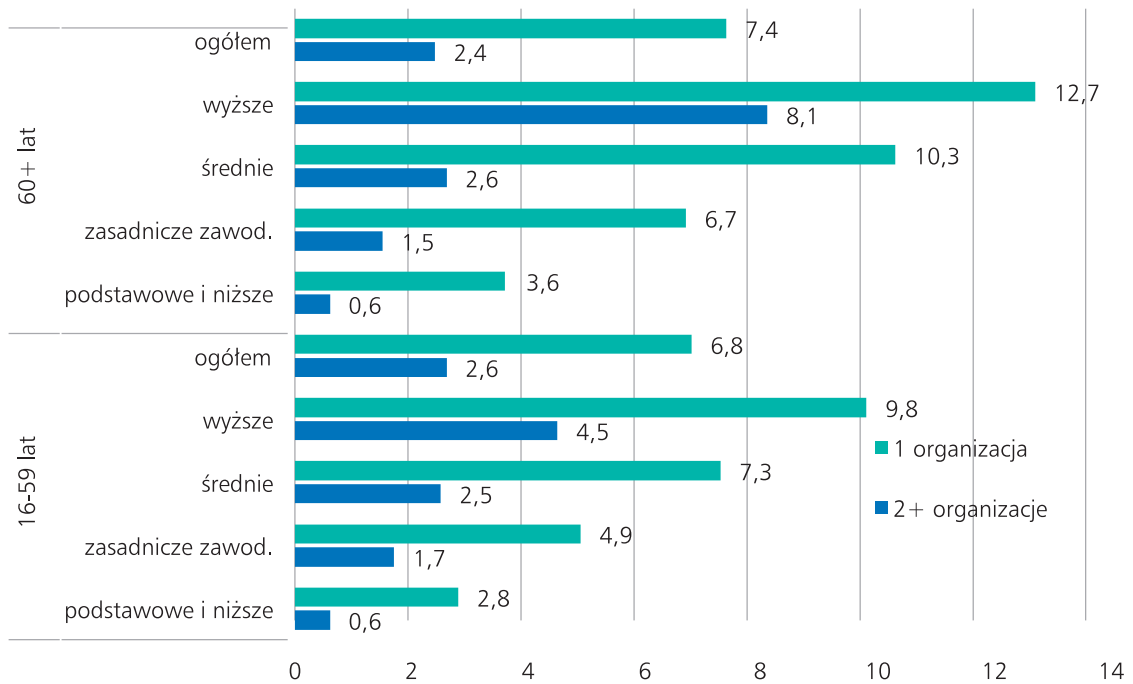


Wykres 4.6. Procent respondentów, którzy w ciągu ostatniego roku wykonywały nieodpłatnie prace lub świadczyły jakieś usługi dla osób spoza rodziny bądź na rzecz organizacji społecznej, według wieku i płci

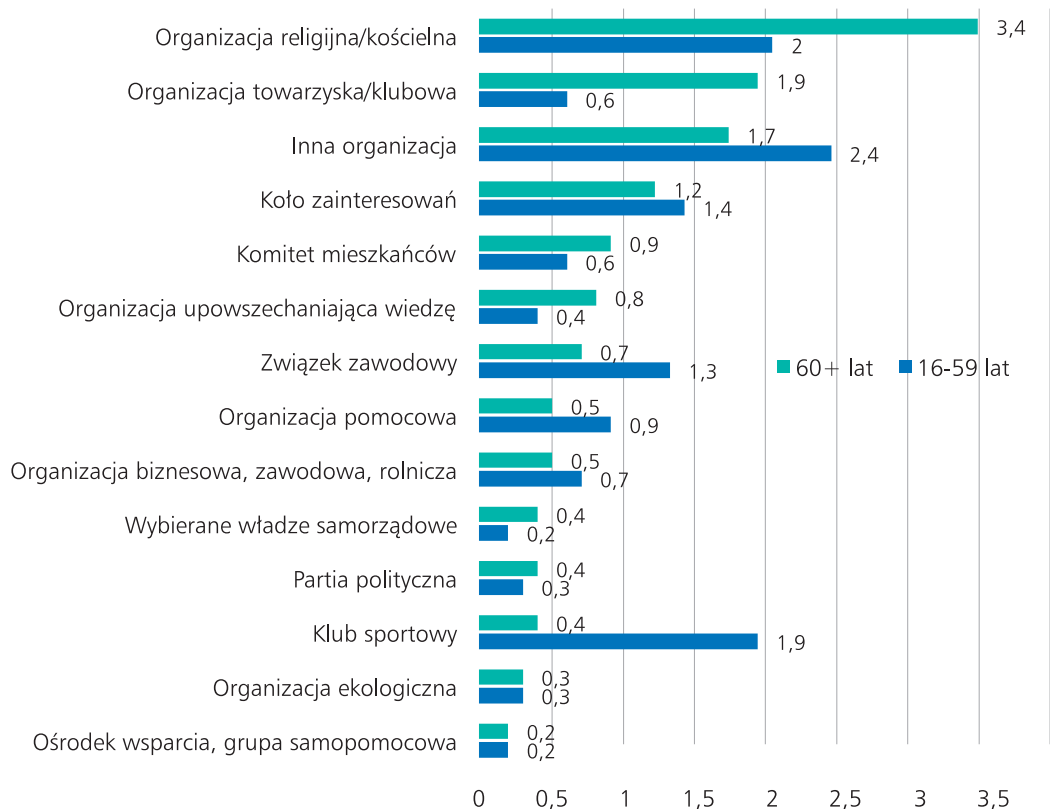
4.4. Aktywność formalna – seniorzy w organizacjach pozarządowych i politycznych

Formalny udział seniorów podobnie jak osób młodszych w organizacjach pozarządowych kształtuje się na niskim poziomie (po 15,7%). Ważniejsze od samej przynależności jest faktyczne uczestnictwo w działaniach takich organizacji. Generalnie aktywność organizacyjna seniorów jest podobna jak grupie osób w wieku 16–59 lat (wykres 4.7). Można jednak wskazać takie organizacje, w których aktywnie działają głównie lub znacznie częściej osoby w wieku 60 i więcej lat. Są to np. stowarzyszenia prowadzące Uniwersytety Trzeciego Wieku, organizacje religijne/kościelne czy towarzyskie/klubowe (wykres 4.8). Największy odsetek seniorów działa w organizacjach religijnych a najmniejszy w organizacjach ekologicznych i w ośrodkach wsparcia/grupach samopomocowych.

Istnieje bardzo silna zależność między przynależnością i aktywnym uczestnictwem w działaniach organizacji a wykształceniem. Zależność ta jest silniejsza wśród seniorów niż wśród osób młodszych. W grupie seniorów w działaniach co najmniej jednej organizacji aktywny udział bierze prawie 21% z wyższym wykształceniem i nieco ponad 4% z wykształceniem podstawowym.



Wykres 4.7. Procent seniorów i osób młodszych z różnym poziomem wykształcenia i ogółem działających w jednej i większej liczbie organizacji pozarządowych



Wykres 4.8. Procent osób w wieku 16–59 lat i 60 i więcej lat aktywnie działających w różnych organizacjach (ze względu na małą liczbę osób pominięto kilka rodzajów organizacji)

W zależności od rodzaju organizacji różna jest wśród seniorów proporcja aktywnie działających w nich kobiet i mężczyzn (wykres 4.9). Do typowo męskich należą partie polityczne, kluby sportowe, władze samorządowe i koła zainteresowań (np. myśliwskie, motoryzacyjne czy wędkarskie). Bardziej natomiast

kobiece są ośrodki wsparcia i organizacje pomocowe, towarzyskie, religijne, komitety mieszkańców oraz organizacje upowszechniające wiedzę (Uniwersytety Trzeciego Wieku).



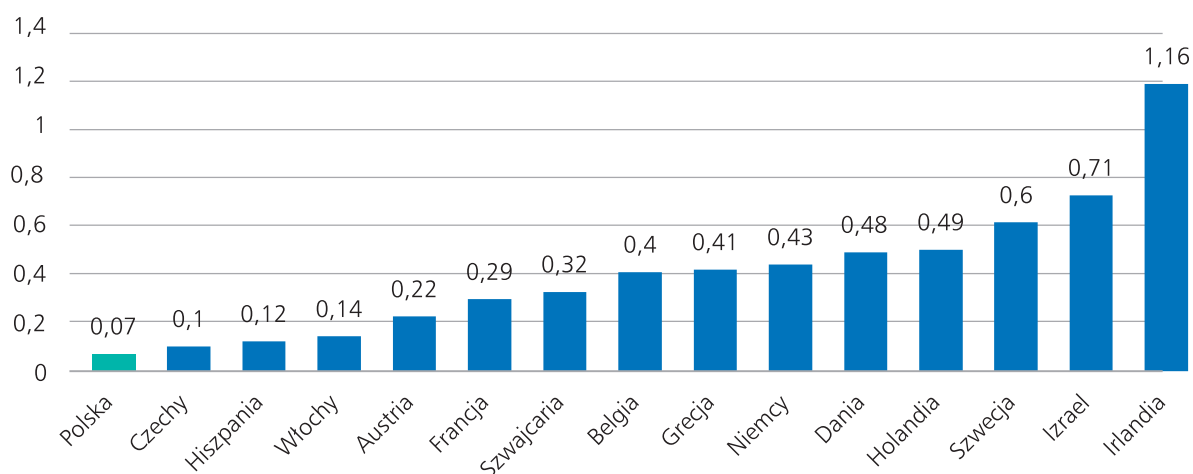
Wykres 4.9. Proporcja kobiet i mężczyzn wśród seniorów działających w różnych rodzajach organizacji

4.5. Podsumowanie

Aktywność społeczna seniorów, ich członkostwo w organizacjach pozarządowych i partiach politycznych oraz aktywność nieformalna jest konsekwencją omówionych w poprzednich rozdziałach czynników natury społeczno-demograficznej, stanu zdrowia oraz postaw społecznych seniorów. Warunkiem podstawowym jest dostateczny stan zdrowia i poziom sprawności umożliwiające udział w różnych formach aktywności. Najważniejszym jednak czynnikiem jest poziom wykształcenia. Można zatem mieć nadzieję, że aktywność wykraczająca poza środowisko rodzinne będzie rosła w kolejnych, coraz lepiej wykształconych generacjach seniorów.

Za ważną z punktu widzenia osoby starszej należy uznać aktywność nieformalną na rzecz rodziny i najbliższego środowiska, zwiększa ona bowiem na zasadzie wzajemności otrzymanie pomocy ze strony najbliższych, sąsiadów i innych osób z otoczenia, a tym samym zwiększa poczucie bezpieczeństwa seniora. Aktywność sformalizowana jest natomiast źródłem satysfakcji wynikającej z udziału w działaniach wspólnoty i kształtowania warunków funkcjonowania lokalnej społeczności.

Poziom aktywności społecznej seniorów okazał się być wyższy niż można by tego oczekiwać na podstawie stereotypowych opinii. Nie ustępuje bowiem, a nawet nieco przewyższa poziom aktywności młodszych pokoleń. Wynika to, po pierwsze, ze stosunkowo dużej aktywności tej części seniorów, która zaliczana jest do grupy III wieku (65–79 lat). Po drugie, coraz wyższy jest poziom aktywności społecznej kobiet, które realizują swoje potrzeby i aspiracje kulturalne i edukacyjne w grupach, na przykład za pośrednictwem Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Po trzecie wreszcie warto podkreślić stosunkowo silną koncentrację zainteresowań seniorów na problematyce religijnej.



Wykres 4.10. Przeciętna liczba aktywności społecznych seniorów w 15 krajach europejskich (SHARE 2006/2007, opr. własne)

Badania SHARE lokują aktywność społeczną Polaków, w tym seniorów, bardzo nisko w przekroju 15 krajów europejskich (wykres 4.10). Procent polskich seniorów, którzy nie podejmują żadnej z kilku wymienionych w kwestionariuszu aktywności społecznej wynosi aż 83%, o 8 punktów procentowych więcej niż w grupie 50–59 lat i o połowę więcej niż średnio w innych krajach.

5. Kapitał społeczny osób starszych

5.1. Wstęp

Pojęcie kapitału społecznego nie jest ściśle zdefiniowane. Jest za to bardzo pojemne; mieści się w nim wszystko to, co decyduje o zdrowych relacjach społecznych, dbaniu o dobro wspólne i współpracy¹.

Według Roberta Putnama (2003, 2008) kapitał społeczny jest zjawiskiem kulturowym i obejmuje obywatelskie nastawienie członków społeczeństwa, normy społeczne wspierające działania wspólne oraz zaufanie interpersonalne i zaufanie obywateli do instytucji publicznych. Badania Putnama, przeprowadzone we Włoszech dowodzą, że kapitał społeczny budowany jest w długim horyzoncie historycznym i ma charakter dobra publicznego — nie jest własnością czy cechą poszczególnych jednostek. Zależy jednak od jednostek, od ich nastawienia, przekonań, systemu wartości.

Francis Fukuyama (1997, 2000), podobnie jak Putnam, definiuje kapitał społeczny jako „zestaw nieformalnych wartości i norm etycznych wspólnych dla członków określonej grupy i umożliwiających im skuteczne współdziałanie”. Podstawą współdziałania na rzecz dobra publicznego jest wzajemne zaufanie członków grupy. Zasady, które tworzą kapitał społeczny, rozciągają się od normy wzajemności między dwójkiem przyjaciół aż po bardzo złożone i skodyfikowane doktryny, takie jak chrześcijaństwo czy konfucjanizm. Nie każdy jednak system norm tworzy kapitał społeczny.

Kapitał społeczny stanowi istotę społeczeństwa obywatelskiego, z pewnością zaś społeczeństwa efektywnego rozwojowo (np. Czapiński, 2011; Halpern, 2005; Woolcock, 1998)². Dlaczego kapitał społeczny miałby wpływać na rozwój gospodarczy wspólnoty? Teoretyczna odpowiedź jest tyleż prosta, niemal oczywista, co ciągle słabo udokumentowana empirycznie (np. Sabatini, 2007). Ułatwia on negocjacje, obniża koszty transakcji, skraca proces inwestycyjny (zmniejsza prawdopodobieństwo zaskarżania kolejnych decyzji władz administracyjnych), zmniejsza korupcję, zwiększa rzetelność kontrahentów, sprzyja długoterminowym inwestycjom i dyfuzji wiedzy, zapobiega nadużywaniu dobra wspólnego i zwiększa solidarność międzygrupową, a także poprzez rozwój trzeciego sektora sprzyja społecznej kontroli działania władz (Coleman, 1990; Halpern 2005; Glaeser, Laibson, Sacerdote, 2002; Knack, Keefer, 1997; LaPorta i in., 1997; Putnam, 2003, 2008; Sztompka, 2007). Oczywiście zalety kapitału społecznego nie ograniczają się jedynie do efektów ekonomicznych. Rozciągają się na szeroko rozumianą jakość życia społeczeństwa – milej jest żyć wśród ludzi, którzy sobie ufają i ze sobą współpracują.

W tym raporcie kapitał społeczny rozumiemy jako sieci społeczne regulowane normami moralnymi lub zwyczajem (a nie, lub nie tylko, formalnymi zasadami prawa), które wiążą jednostkę ze społeczeństwem w sposób umożliwiający jej współdziałanie z innymi dla dobra wspólnego. Kapitał społeczny nie tylko sprzyjać może rozwojowi gospodarczemu, ale także:

- integracji i solidarności społecznej – przeciwdziałania wykluczeniu i dyskryminacji;
- uzupełnianiu i wyręczaniu niewydolnych instytucji państwa;

¹Krytyczny przegląd różnych definicji kapitału społecznego znaleźć można w Hardin (2009).

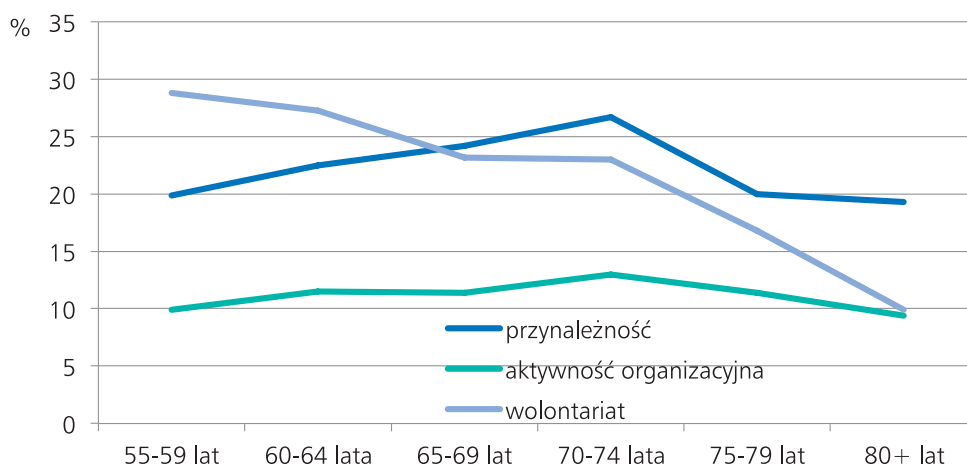
²Szczególnie w krajach bogatszych (Czapiński, 2008, 2011).

- kontroli sektora rządowego i wymuszaniu jego odpowiedzialności (*accountability of government*);
- kontroli sektora komercyjnego;
- budowaniu i ochronie kultury lokalnej przed jej komercjalizacją.

Jako wskaźniki tak rozumianego kapitału społecznego można przyjąć uogólnione zaufanie interpersonalne, wrażliwość na naruszanie dobra wspólnego, wielkość sieci społecznej, dobrowolną (niewymuszoną np. charakterem samorządu zawodowego) przynależność do organizacji i pełnienie w nich funkcji, udział w nieprzymusowych zebraniach publicznych i zabieranie na nich głosu, organizowanie takich zebrań, dobrowolne działania na rzecz społeczności lokalnej, w tym nieodpłatna praca na rzecz potrzebujących (wolontariat), udział w wyborach parlamentarnych i samorządowych oraz pozytywny stosunek do demokracji, która tworzy najbardziej sprzyjające warunki dla rozwoju kapitału społecznego i sama się nim żywi, stosunek do mniejszości np. seksualnych i generalnie otwartość na innych³.

Nie każda forma kapitału społecznego pełni pożyteczną funkcję z punktu widzenia pomyślności całego społeczeństwa. Wielu badaczy za Putnamem odróżnia „dobry”, tzw. pomostowy kapitał społeczny od kapitału wiążącego, czyli sieci nieformalnych związków (rodzinnych, towarzyskich). Efektywność kapitału społecznego bywa mniejsza w przypadku nazbyt silnych związków nieformalnych w obrębie wyodrębnionej grupy, ponieważ w tym przypadku większe jest ryzyko maksymalizowania korzyści partykularnych (rodzinnych, koteryjnych, mafijnych) kosztem dobra wspólnego. „Poleganie na nieformalnym kapitale społecznym („koneksjach”), zwłaszcza w sferze publicznej, może podważać wiarę w bezstronność instytucji publicznych i zniekształcać ich funkcjonowanie w postaci korupcji, klientelizmu oraz „wyprowadzania” zasobów publicznych w prywatne ręce” (Raiser, Haerpfer, Nowotny i Wallace, 2001). Nie oznacza to, że ryzyka takiego w ogóle nie ma w organizacjach pozarządowych, zwłaszcza w korporacjach i związkach zawodowych. Przy analizie kapitału społecznego seniorów powinniśmy brać pod uwagę podział na kapitał wiążący i pomostowy.

Wyniki dotyczące części z tych wskaźników omówione już były wcześniej, głównie w rozdziale 4. Ich podsumowanie w podziale na grupy wieku prezentujemy na wykresie 5.1. Jedynie odsetek wolontariuszy jest mniejszy w grupie seniorów niż wśród młodszych Polaków. Generalnie wszystkie te wskaźniki są na bardzo niskim poziomie, jednym z najniższych w Unii Europejskiej według *Europejskiego Sondażu Społecznego* (patrz Czapiński i Panek, 2013).



Wykres 5.1. Procent osób w różnym wieku będących członkami co najmniej jednej organizacji, działających aktywnie w organizacjach i wolontariuszy przy kontroli płci i poziomie wykształcenia

³Omówimy tutaj wyniki dotyczące niektórych z tych wskaźników. Większość z nich została użyta do budowy syntetycznego wskaźnika kapitału społecznego stanowiącego jeden z wymiarów jakości życia (zob. rozdz. 9.1).

5.2. Sieci społeczne

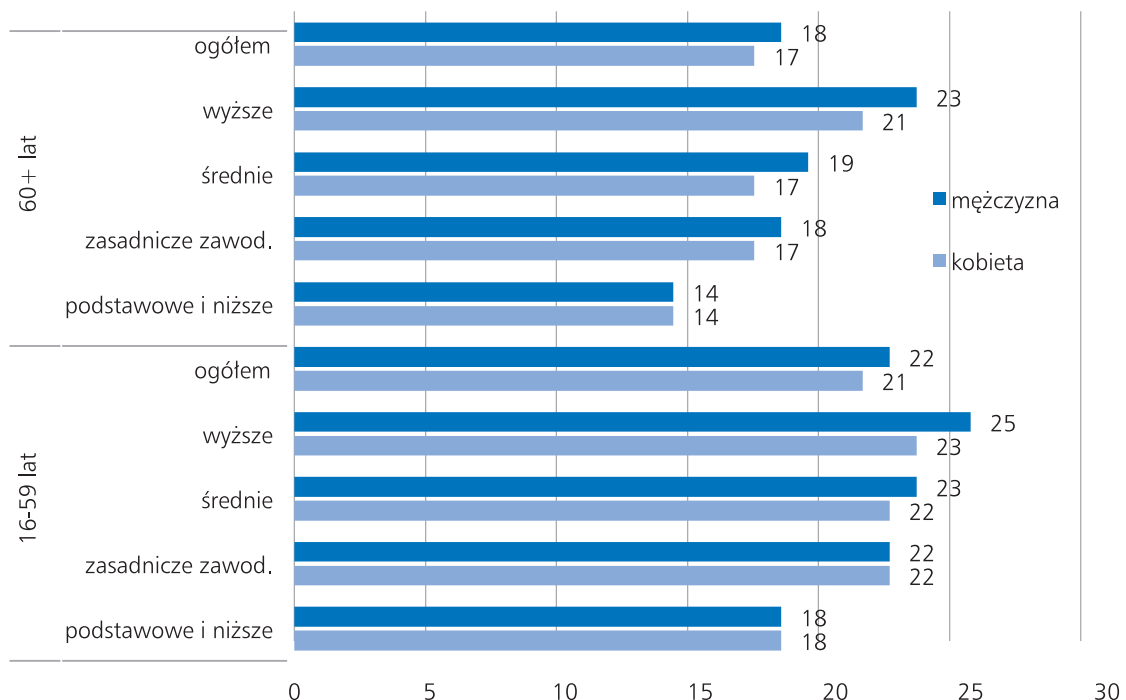
Wielkość sieci społecznej warunkuje wielkość wsparcia społecznego. Im więcej relacji społecznych i im są one bliższe i częstsze tym większe prawdopodobieństwo, że w trudnych sytuacjach życiowych pojawi się pomoc. Wielkość sieci społecznej mierzona była w *Diagnozie Społecznej* liczbą przyjaciół i liczbą osób, z którymi respondenci kontaktują się przynajmniej kilka razy w roku w celach towarzyskich lub osobistych.

Seniorzy mają większą liczbę przyjaciół (średnio 6,6) niż osoby młodsze (6,24). Ale wraz z wiekiem w grupie seniorów liczba przyjaciół spada, ponieważ rówieśnicy coraz gremialniej odchodzą z tego świata. Liczba przyjaciół w obu grupach zależy od płci (mężczyźni mają więcej przyjaciół niż kobiety) i poziomu wykształcenia (tabela 5.1).

Tabela 5.1. Przeciętna liczba przyjaciół ze względu na poziom wykształcenia i wiek

Poziom wykształcenia	Wiek	Średnia	Błąd standardowy	95% przedział ufności	
				dolna granica	górną granicą
Podstawowe i niższe	do 59 lat	5,684	0,173	5,345	6,023
	60+ lat	5,361	0,150	5,066	5,655
Zasadnicze zawodowe	do 59 lat	6,659	0,082	6,498	6,819
	60+ lat	6,470	0,172	6,132	6,808
Średnie	do 59 lat	6,395	0,083	6,233	6,557
	60+ lat	6,784	0,159	6,473	7,096
Wyższe i policealne	do 59 lat	6,211	0,094	6,026	6,395
	60+ lat	7,790	0,218	7,362	8,218

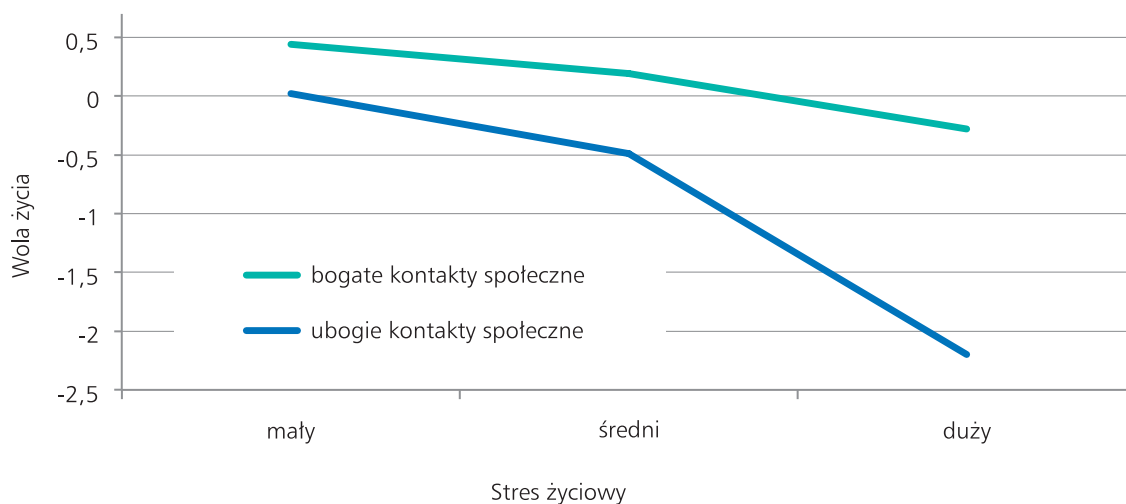
W przeciwieństwie do liczby przyjaciół liczba kontaktów, które utrzymują seniorzy z członkami najbliższej rodziny, przyjaciółmi i znajomymi/sąsiadami jest niższa niż w grupie osób młodszych i także zależy od płci (mężczyźni mają ich więcej niż kobiety) i od poziomu wykształcenia (osoby lepiej wykształcone mają więcej kontaktów niż osoby gorzej wykształcone) (wykres 5.2).



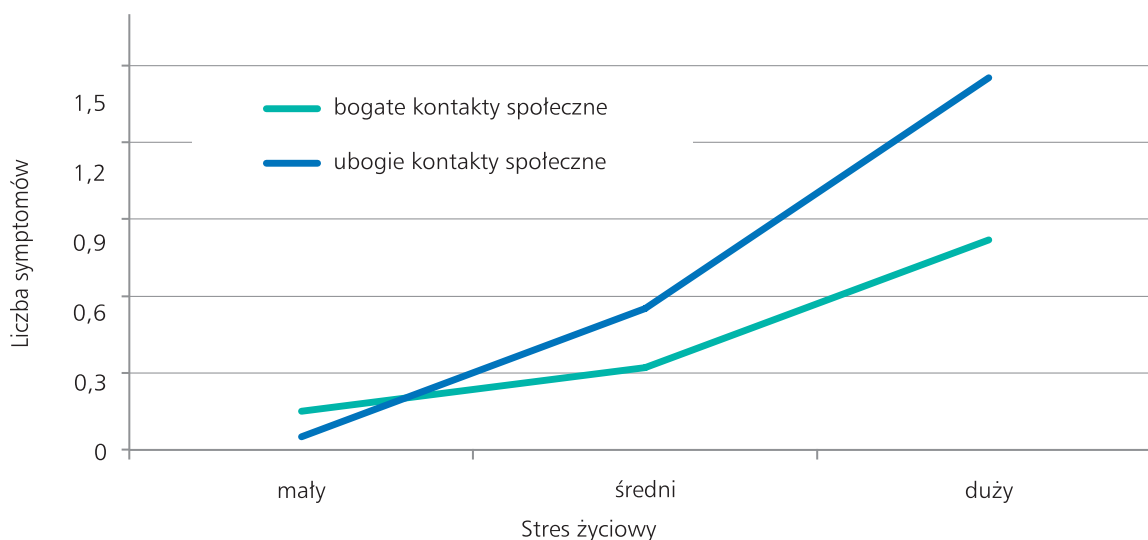
Wykres 5.2. Liczba osób z najbliższej rodziny, z grona przyjaciół i spośród znajomych, z którymi przynajmniej kilka razy w roku kontaktują się mężczyźni i kobiety w różnym wieku i z różnym poziomem wykształcenia

Liczba kontaktów w grupie seniorów spada z wiekiem: wśród mężczyzn z 18 do 14 w IV wieku, wśród kobiet z 17 do 13. Wynika to z rosnących z wiekiem ograniczeń w poruszaniu się i malejącą liczbą przyjaciół i znajomych.

O tym, że wielkość sieci społecznej jest warunkiem bezpieczeństwa dla seniorów w krytycznych sytuacjach życiowych („przyjaciół poznaje się w biedzie”) świadczy efekt interakcji liczby kontaktów i natężenia stresu życiowego w zakresie woli życia (wykres 5.3) i liczby poważnych symptomów chorobowych (wykres 5.4). Większa liczba kontaktów działa jak bufor przeciwstresowy; w warunkach dużego natężenia stresu zapobiega utracie chęci do życia i myślom samobójczym oraz łagodzi zdrowotne konsekwencje.

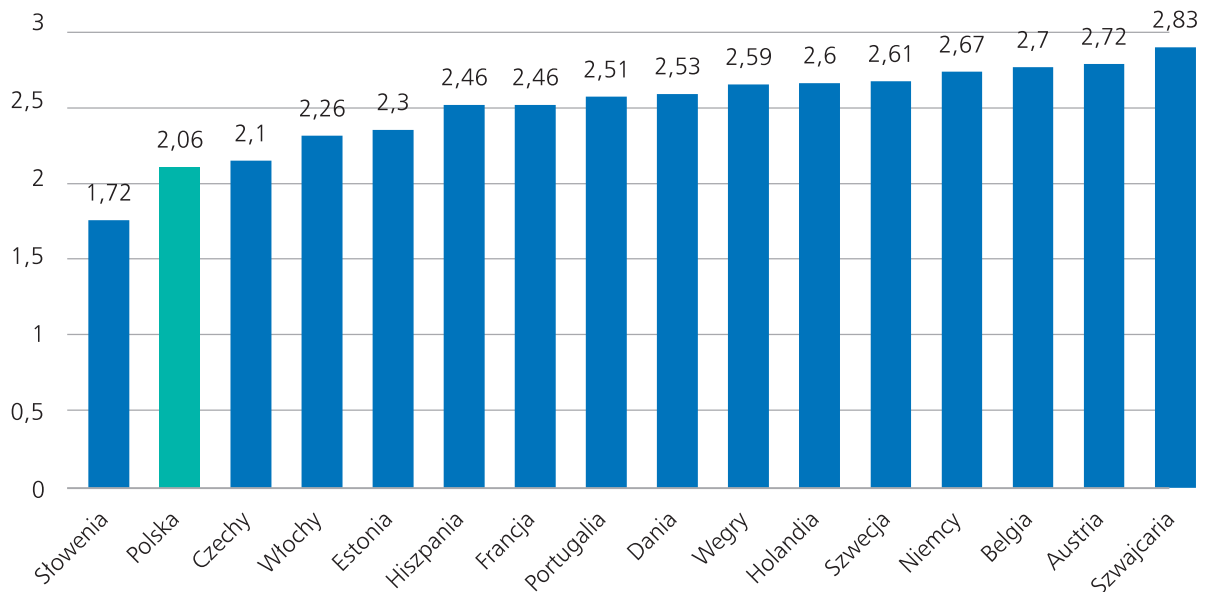


Wykres 5.3. Poziom woli życia seniorów w zależności od liczby kontaktów społecznych (ubogie – 0–3, bogate 4+) i natężenia stresu życiowego



Wykres 5.4. Liczba poważnych symptomów chorobowych w zależności od liczby kontaktów społecznych (ubogie – 0–3, bogate 4+) i natężenia stresu życiowego

Wielkość sieci polskich seniorów jest według badania SHARE jedną z najmniejszych w grupie 16 krajów europejskich (wykres 5.5). Mniejsza jest tylko w Słowenii, a w takich krajach jak Szwajcaria, Austria, Belgia czy Niemcy o 30% większa.



Wykres 5.5. Wielkość sieci społecznej seniorów w 16 krajach europejskich ((SHARE 2010/2012, opr. własne)

5.3. Dbalność o dobro wspólne

Dbalność o dobro wspólne mierzona była wrażliwością na jego naruszenie w skali od 1 „w ogóle mnie nie obchodzi” do 4 „bardzo mnie obchodzi” w 5 aspektach:

Ktoś płaci podatki mniejsze niż powinien.

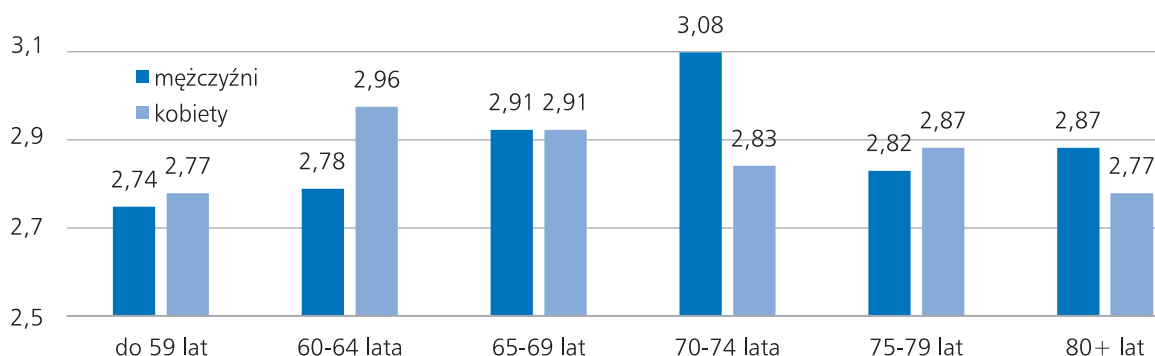
Ktoś unika płacenia za korzystanie z transportu publicznego (np. autobusów, pociągów).

Ktoś pobiera niesłusznie zasiłek dla bezrobotnych.

Ktoś otrzymuje niesłusznie rentę inwalidzką (z tytułu niezdolności do pracy).

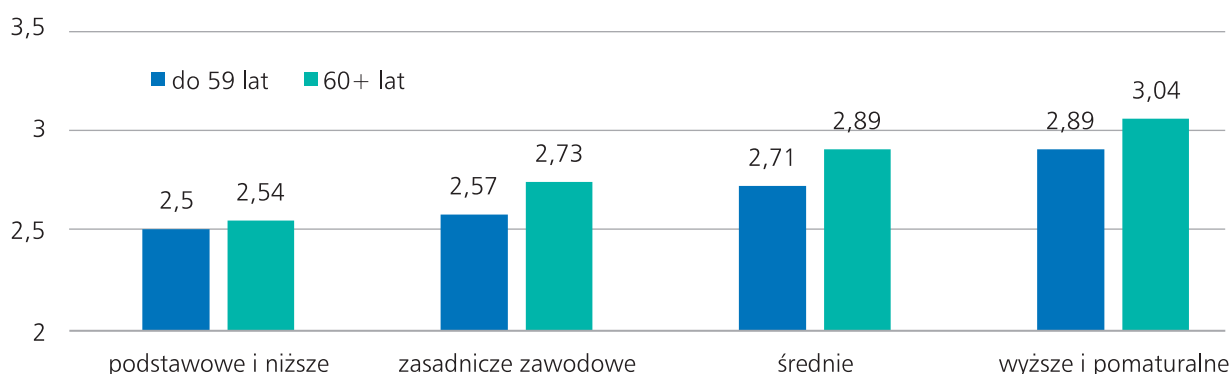
Ktoś wyłudza odszkodowanie z ubezpieczenia.

Średnia oceny tych 5 sposobów naruszania dobra wspólnego różni seniorów od młodszych pokoleń (wykres 5.6). Seniorzy są bardziej wrażliwi, przy czym wrażliwość narasta w pierwszej połowie lat siedemdziesiątych, ale także w najstarszej IV grupie wieku pozostaje większa niż wśród osób w wieku przedsenioralnym.



Wykres 5.6. Poziom wrażliwości na naruszenie dobra wspólnego ze względu na wiek i płeć

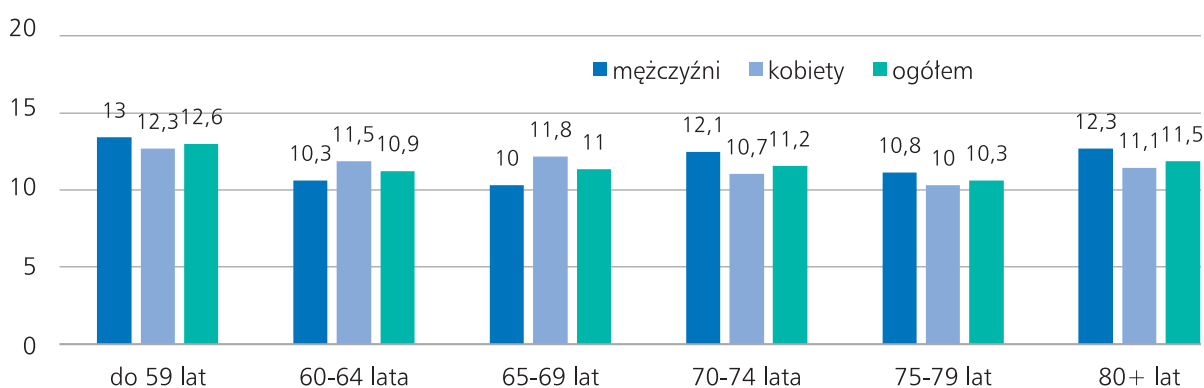
W stopniu znaczącym statystycznie wrażliwość na naruszenie dobra wspólnego różnicuje poziom wykształcenia, przy tym znacznie silniej w grupie seniorów niż osób młodszych (wykres 5.7). Seniorzy z wykształceniem najniższym są niemal równie mało wrażliwi co młodszy respondenci, natomiast wśród posiadaczy dyplomu szkoły wyższej seniorzy są wrażliwsi o ponad 5%.



Wykres 5.7. Poziom wrażliwości na naruszanie dobra wspólnego ze względu na poziom wykształcenia i wiek

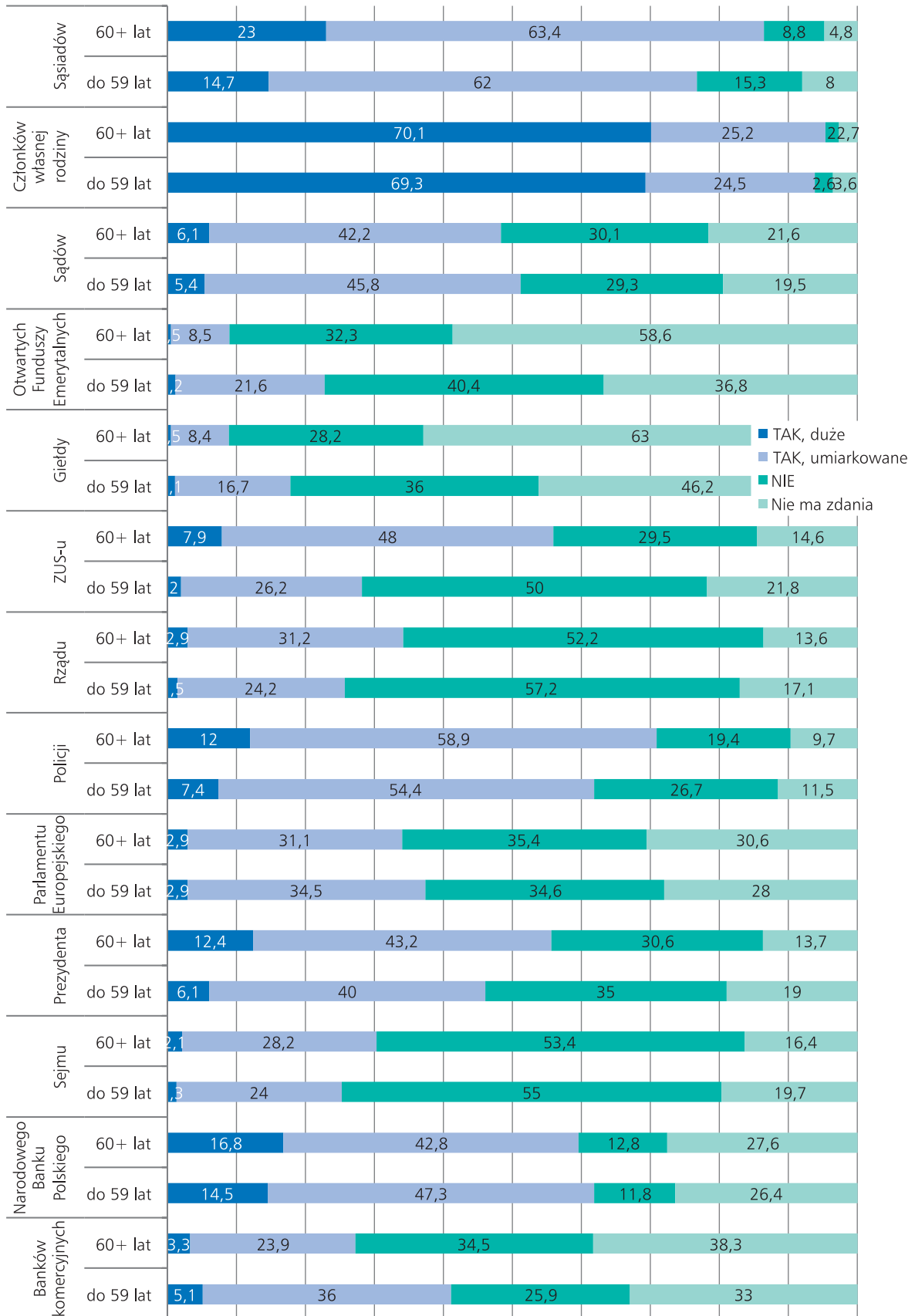
5.4. Zaufanie

Uogólnione zaufanie do innych ludzi jest przez większość badaczy traktowane jako fundament kapitału społecznego. Bez zaufania zablokowane są wszystkie inne kanały właściwych relacji społecznych: utrudniona współpraca, ograniczone sieci społeczne, brak tolerancji, nieposzanowanie dobra wspólnego, akceptowanie oszustw podatkowych i korupcji, rezerwa wobec angażowania się w bezinteresowną pomoc potrzebującym i działania w organizacjach pozarządowych, wycofanie z życia publicznego. Poziom zaufania uogólnionego Polaków należy do najniższych w Europie. Seniorzy nie różnią się zasadniczo pod tym względem od osób młodszych, a nawet – zwłaszcza w przypadku mężczyzn – wykazują jeszcze niższy poziom zaufania (wykres 5.8). Nawet wzrost wykształcenia nie powoduje, wbrew danym międzynarodowym, wzrostu zaufania. O ile w młodszych generacjach zaufanie spada z wielkością miejscowości zamieszkania, wśród seniorów pozostaje równie niskie w małych miastach i na wsi jak w największych aglomeracjach.



Wykres 5.8. Procent ufających ludziom według wieku i płci

Istnieje ogromna przepaść w zaufaniu do członków własnej rodziny i do instytucji (wykres 5.9). Członkom rodziny ufa znacznie ponad 90% zarówno seniorów jak i młodszych Polaków. Na drugim miejscu, ale darzonych zaufaniem o rząd wielkości mniejszym, są sąsiedzi. Porównywalne z sąsiadami zaufanie budzą jeszcze Narodowy Bank Polski oraz Policja. Pozostałe instytucje z wyjątkiem prezydenta i sądów budzą więcej nieufności niż ufności. Seniorzy w porównaniu z osobami młodszymi darzą większym zaufaniem ZUS, policję i prezydenta. Młodzi natomiast bardziej od seniorów ufają Otwartym Funduszom Emerytalnym, bankom komercyjnym, giełdzie i sąsiadom. Generalnie jednak Polacy nie wierzą instytucjom. Oznacza to, że stosunkowo wysokiemu poziomowi wiążącego kapitału społecznego towarzyszy skrajnie niski pomostowy kapitał społeczny.



Wykres 5.9. Odsetek seniorów i osób młodszych deklarujących zaufanie do różnych instytucji i osób

5.5. Stosunek do demokracji

Seniorzy mają mniej pozytywny niż młodsze pokolenia stosunek do demokracji (tabela 5.2). Większy wśród nich jest odsetek twierdzących, że nie ma dla nich znaczenia, czy rząd jest demokratyczny, czy niedemokratyczny. Kobiety, zwłaszcza z najstarszej grupy wieku, rzadziej niż mężczyźni uważają, że demokracja ma przewagę nad wszelkimi innymi formami rządów; o ile różnica w grupie wieku 60–69 lata wynosi 5 punktów procentowych, wśród osiemdziesięciolatków rośnie do 11 punktów procentowych.

Tabela 5.2. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o stosunek do demokracji ze względu na płeć i wiek

Płeć	Wiek	Które z twierdzeń jest Panu/i najbliższe?				
		Demokracja ma przewagę nad wszelkimi innymi formami rządów	Niekiedy rządy niedemokratyczne mogą być lepsze	Dla takich ludzi jak ja nie ma w gruncie rzeczy znaczenia	Demokracja jest złą formą rządów	Trudno powiedzieć
Mężczyźni	Do 59 lat	27,3	15,7	14,4	6,9	35,7
	60–69 lat	24,4	16,6	21,4	6,8	30,8
	70–79 lat	23,0	15,2	22,8	10,2	28,9
	80+ lat	27,0	16,3	16,6	7,3	32,8
	Ogółem	26,7	15,8	15,8	7,1	34,6
Kobiety	Do 59 lat	26,9	11,9	13,4	4,2	43,6
	60–69 lat	19,4	12,7	24,2	5,5	38,1
	70–79 lat	18,0	9,7	25,1	6,3	40,9
	80+ lat	16,4	7,8	22,3	4,8	48,7
	Ogółem	24,5	11,6	16,4	4,6	42,9
Ogółem	Do 59 lat	27,1	13,8	13,9	5,6	39,7
	60–69 lat	21,6	14,5	23,0	6,1	34,9
	70–79 lat	19,9	11,8	24,3	7,7	36,3
	80+ lat	25,5	13,6	16,2	5,8	38,9
	Ogółem	20,8	13,0	23,0	6,5	36,7

Tabela 5.3. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o stosunek do demokracji ze względu na wykształcenie i wiek

Wykształcenie	Wiek	Które z twierdzeń jest Panu/i najbliższe?				
		Demokracja ma przewagę nad wszelkimi innymi formami rządów	Niekiedy rządy niedemokratyczne mogą być lepsze	Dla takich ludzi jak ja nie ma w gruncie rzeczy znaczenia	Demokracja jest złą formą rządów	Trudno powiedzieć
Podstawowe	60–69 lat	12,6	11,8	25,6	8,6	41,5
	70–79 lat	11,8	7,7	25,6	8,5	46,5
	80+ lat	9,6	8,7	22,2	6,8	52,7
	Ogółem	11,5	9,4	24,7	8,1	46,3
Zasadnicze zawodowe	60–69 lat	16,2	12,7	25,5	6,3	39,3
	70–79 lat	14,2	10,1	24,8	10,7	40,3
	80+ lat	17,0	14,0	19,0	7,0	43,0
	Ogółem	15,8	12,2	24,9	7,3	39,7
Średnie	60–69 lat	24,7	15,6	22,8	4,4	32,5
	70–79 lat	24,0	14,6	27,0	7,4	27,0
	80+ lat	33,9	9,0	23,5	2,7	30,8
	Ogółem	25,7	14,5	24,1	5,1	30,6
Wyższe	60–69 lat	41,5	20,0	13,9	4,9	19,8
	70–79 lat	43,2	21,8	15,4	2,1	17,5
	80+ lat	48,2	19,6	7,1	4,5	20,5
	Ogółem	42,9	20,5	13,5	4,0	19,2

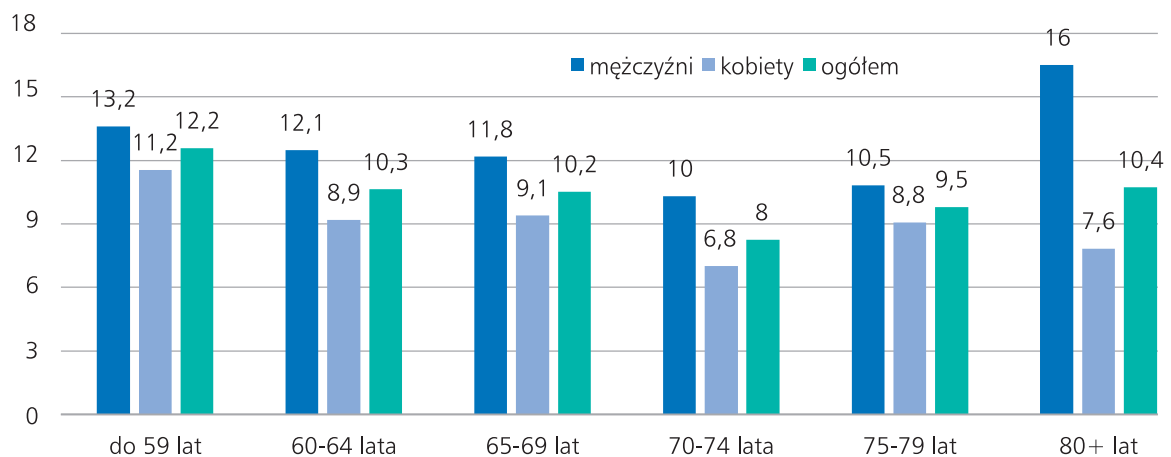
Czynnikiem najsilniej różnicującym stosunek do demokracji jest wykształcenie (tabela 5.3). Różnica w proporcji seniorów uważających demokrację za najlepszą formę rządów między osobami z wykształceniem podstawowym i wyższym jest niemal czterokrotna (11,5% do 42,9%), a wśród najstarszych seniorów prawie pięciokrotna.

Także klasa miejscowości zamieszkania różnicuje stosunek do demokracji: im mniejsza miejscowość tym stosunek mniej pozytywny (tabela 5.4).

Tabela 5.4. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o stosunek do demokracji ze względu na klasę miejscowości zamieszkania i wiek

Wykształcenie	Wiek	Które z twierdzeń jest Panu/i najbliższe?				
		Demokracja ma przewagę nad wszelkimi innymi formami rządów	Niekiedy rządy niedemokratyczne mogą być lepsze	Dla takich ludzi jak ja nie ma w gruncie rzeczy znaczenia	Demokracja jest złą formą rządów	Trudno powiedzieć
Miasta o liczbie mieszkańców 500 tys. i więcej	do 59 lat	44,0	16,0	10,5	4,0	25,5
	60+ lat	34,9	12,4	18,4	4,5	29,8
	ogółem	41,8	15,1	12,5	4,1	26,6
Miasta o liczbie mieszkańców 200–500 tys.	do 59 lat	36,3	14,3	11,0	3,2	35,3
	60+ lat	27,2	17,2	21,7	4,3	29,5
	ogółem	33,9	15,1	13,8	3,5	33,8
Miasta o liczbie mieszkańców 100–200 tys.	do 59 lat	29,6	13,9	11,9	4,4	40,2
	60+ lat	24,2	14,6	18,6	5,8	36,9
	ogółem	28,2	14,1	13,7	4,8	39,4
Miasta o liczbie mieszkańców 20–100 tys.	do 59 lat	26,7	14,7	14,4	5,1	39,2
	60+ lat	21,7	13,4	25,6	5,0	34,2
	ogółem	25,3	14,4	17,4	5,0	37,8
Miasta o liczbie mieszkańców poniżej 20 tys.	do 59 lat	23,1	15,0	16,5	6,1	39,2
	60+ lat	18,4	14,6	23,6	5,8	37,5
	ogółem	21,9	14,9	18,4	6,1	38,7
Wieś	do 59 lat	20,7	12,2	15,0	6,8	45,3
	60+ lat	13,9	10,9	24,0	9,1	42,1
	ogółem	19,2	11,9	17,0	7,4	44,6

Stosunek do demokracji idzie w parze z oceną procesu transformacji („Czy Pana/i zdaniem, reformy w Polsce po 1989 r. udały się ogólnie, czy raczej nie udały?”). Seniorzy, zwłaszcza mężczyźni w górnym przedziale grupy III wieku (70–79 lat), którzy wchodzili w nowy system w okresie przedemerytalnym, gorzej oceniają reformy niż młodsze generacje (wykres 5.10). Seniorzy, którzy uważają demokrację za



Wykres 5.10. Odsetek pozytywnych ocen reform po 1989 r. według płci i wieku

najlepszy ustrój mają bardziej pozytywne zdanie na temat polskich reform, trzykrotnie bardziej od zwolenników tezy, że niekiedy rządy niedemokratyczne mogą być lepsze, i ponad pięciokrotnie bardziej niż osoby obojętne w stosunku do ustroju i przeciwnicy demokracji (tabela 5.5; chi-kwadrat = 644, $p < 0,001$).

Tabela 5.5. Procentowy rozkład odpowiedzi „Czy Pana/i zdaniem reformy w Polsce po 1989 roku udały się?” ze względu na stosunek do demokracji wśród seniorów

Stosunek do demokracji	Czy Pana/i zdaniem reformy w Polsce po 1989 roku udały się?			Ogółem
	udały się	nie udały się	trudno powiedzieć	
Demokracja ma przewagę nad wszelkimi innymi formami rządów	26,8	42,6	30,6	902
Niekiedy rządy niedemokratyczne mogą być lepsze	7,6	67,2	25,2	543
Dla takich ludzi jak ja nie ma w gruncie rzeczy znaczenia	6,1	58,8	35,1	1009
Demokracja jest złą formą rządów	3,9	79,4	16,7	306
Trudno powiedzieć	4,1	42,9	53,1	1628
Ogółem %	9,6	52,0	38,3	4388

5.6. Partnerzy w budowaniu kapitału społecznego seniorów

Próba identyfikacji partnerów w kreowaniu kapitału społecznego seniorów wymaga analizy struktury organizacji pozarządowych, w działaniach, w których uczestniczą seniorzy. Można zatem wskazać przede wszystkim organizacje i stowarzyszenia o zasięgu lokalnym i regionalnym lub ogólnopolskim oraz Uniwersytety Trzeciego Wieku, które odgrywają niezwykle istotną rolę w rekonstrukcji więzi społecznych, zwłaszcza wśród kobiet po śmierci współmałżonka, opuszczeniu domu przez dorosłe dzieci czy śmierci osób z tego samego pokolenia, zwłaszcza rodzeństwa. W tym zakresie – nie umniejszając funkcji edukacyjnej – UTW mają do spełnienia bardzo ważne zadanie. Podobnie należałoby ocenić organizacje grupujące mieszkańców małej miejscowości, osiedli czy budynku wielorodzinnego – w każdym przypadku wspólny cel polegający na rozwiązaniu jakiejś dolegliwej kwestii sprzyja budowaniu kapitału społecznego.

Do grupy partnerów należałoby także zaliczyć bardziej formalne instytucje życia publicznego, jak partie polityczne, a z drugiej strony – wspólnoty nieformalne – grupy przyjaciół, sąsiadów czy znajomych. Biorąc pod uwagę fakt, że znaczna część respondentów potwierdziła regularną obecność na nabożeństwach w kościele oraz udział w organizacjach religijnych, należałoby je również wskazać jako partnerów uczestniczących w kreowaniu kapitału społecznego.

Partnerami są wreszcie instytucje samorządowe, stwarzające warunki dla działania NGO-sów oraz grup nieformalnych, a także organizujące działania zapobiegające lub zwalczające zjawisko wykluczenia społecznego osób starszych. Wśród instytucji życia publicznego należałoby również wskazać placówki kulturalne i organizacje infrastruktury społecznej.

Instytucje samorządowe powinny zidentyfikować wszystkich partnerów pomocnych w tworzeniu kapitału społecznego i wspierać je z myślą o traktowaniu działań wspomagających jako formę inwestowania w kapitał ludzki w skali całej lokalnej społeczności.

5.7. Podsumowanie

Podstawową barierą dla aktywności społecznej seniorów jest niski poziom kapitału społecznego, głównie niski poziom uogólnionego zaufania do ludzi i zaufania do instytucji publicznych

Najsilniejszą formą kapitału społecznego seniorów jest kapitał wiążący (tzw. familizm), to znaczy sieć kontaktów i wsparcia w wąskich kręgach rodzinnych i przyjacielskich. W ostatnim czasie obserwuje się

jednak (między innymi za sprawą inicjatyw społecznych i programu ASOS) coraz więcej inicjatyw łączących pokolenia i mających na celu integrację międzygeneracyjną. Tego rodzaju kapitał pomostowy będzie w przyszłości coraz bardziej potrzebny, między innymi ze względu na niekorzystne zmiany w wielkości i strukturze rodzin oraz strukturze demograficznej całego społeczeństwa. Przewidywany rosnący poziom wykształcenia przyszłych pokoleń seniorów jest niewątpliwie podstawą optymizmu, ponieważ większość wskaźników pomostowego kapitału społecznego jest właśnie wykształcenie. Jednak bierne czekanie na samoistny wzrost kapitału społecznego seniorów nie jest wystarczającą odpowiedzią na pytanie, jak zwiększyć aktywność starszych Polaków. W Polsce, w przeciwieństwie do innych krajów, wykształcenie nie jest niestety uniwersalnym remedium na wszystkie braki kapitału społecznego. Nie zwiększa np. w stopniu znaczącym podstawowego wymiaru kapitału społecznego – uogólnionego zaufania do ludzi i zaufania do instytucji. Niezbędny jest zatem systemowy program działań różnych agend państwowych.

6. Jakość życia osób starszych

6.1. Wstęp

Zagadnienie jakości życia doczekało się bogatego udokumentowania, choć niestety zakres badań nad jakością życia seniorów w Polsce jest dość skromny. Ogólnie można przyjąć, że celem lokalnej polityki społecznej wobec osób starszych jest podnoszenie jakości życia seniorów. Sprzyjać temu powinno stworzenie sieci placówek infrastruktury społecznej oraz usługowej, podniesienie poczucia bezpieczeństwa indywidualnego i socjalnego osób starszych, jak również zapewnienie im w lokalnej społeczności należnej pozycji, zapewniającej godne życie i możliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb.

Istnieje cały szereg mierników jakości życia. W tym opracowaniu przyjęliśmy metodologię stosowaną od lat w *Diagnozie Społecznej*. Przyjęliśmy model wielowymiarowej jakości życia, obejmującej najważniejsze wskaźniki omawiane wyżej oddzielnie w poszczególnych rozdziałach.

Tworząc syntetyczne miary jakości życia staraliśmy się zachować równowagę między wskaźnikami obiektywnymi i subiektywnymi, a także uwzględnić możliwie największe spektrum różnorodnych aspektów. Wyróżniliśmy 8 treściowo niezależnych z założenia wymiarów, które posłużyły do skonstruowania syntetycznego, ogólnego wskaźnika jakości życia:

- kapitał społeczny** – aktywność na rzecz środowiska lokalnego, udział w wyborach parlamentarnych w 2011 r., udział w nieobowiązkowych zebraniach, pozytywny stosunek do demokracji, przynależność do organizacji i pełnienie w nich funkcji, przekonanie, że większości ludzi można ufać;
- dobrostan psychiczny** – poczucie szczęścia, ocena całego dotychczasowego życia, nasilenie objawów depresji psychicznej, ocena minionego roku jako udanego lub nieudanego;
- dobrostan fizyczny** – natężenie symptomów somatycznych, poważna choroba w minionym roku, stopień niepełnosprawności, natężenie stresu związanego ze zdrowiem;
- dobrostan społeczny** – brak poczucia osamotnienia, poczucie, że jest się kochanym i szanowanym, liczba przyjaciół;
- poziom cywilizacyjny** – poziom wykształcenia, posiadanie nowoczesnych urządzeń komunikacyjnych i obycie z nimi (telewizja satelitarna lub kablowa, laptop, komputer stacjonarny, tel. komórkowy, podłączenie do internetu, posługiwanie się komputerem, korzystanie z internetu), czynna znajomość języków obcych, posiadanie prawa jazdy;
- dobrobyt materialny** – dochód gospodarstwa domowego na jednostkę ekwiwalentną, liczba posiadanych przez gospodarstwo dóbr i urządzeń od pralki automatycznej po łódź motorową i dom letniskowy (z wyłączeniem urządzeń wchodzących w skład wskaźnika poziomu cywilizacyjnego);
- stres życiowy** – suma 6 kategorii stresu mierzonego doświadczeniami w zakresie: finansów, pracy, kontaktów z urzędami, wychowania dzieci, relacji w małżeństwie, ekologii (mieszkanie, okolica);
- patologie** – nadużywanie alkoholu i używanie narkotyków, palenie papierosów, wizyty u psychiatry lub psychologa, bycie sprawcą lub ofiarą łamania prawa (włamanie, napady, kradzieże).

Wszystkie wskaźniki cząstkowe, w których skład wchodziły zmienne mierzone na różnych skalach, stanowią sumę standaryzowanych zmiennych składowych. Następnie same były standaryzowane, a suma

ich wielkości standaryzowanych stanowiła ogólny wskaźnik jakości życia, który na koniec także został wystandaryzowany. W tej postaci miary te mają charakter względny i pokazują jedynie położenie osób i grup w stosunku do średniej z próby, która wynosi zero.

6.2. Częstkowe wymiary jakości życia

Jakość życia seniorów jest w zakresie niektórych wymiarów lepsza, a w zakresie innych gorsza, niż w młodszych pokoleniach.

Wśród seniorów lepsza jest jakość życia pod względem stresu i patologii. Jest to dosyć naturalne, bowiem z wiekiem zmniejsza się liczba spraw i obszarów działań rodzących stres (np. wychowanie dzieci, praca, małżeństwo, załatwianie spraw urzędowych) i spada przestępczość, używanie narkotyków, nadużywanie alkoholu. Gorsza jest natomiast jakość życia seniorów we wszystkich pozostałych – z wyjątkiem jednego – wymiarach: kapitału społecznego, dobrostanu psychicznego, poziomu cywilizacyjnego i dobrobytu i – zwłaszcza, co jest dosyć naturalne – dobrostanu fizycznego. Jedynie poziom dobrostanu społecznego seniorów jest w zasadzie podobny jak wśród osób młodszych. Szczegółowe wyniki z podziałem na wiek i płeć zawarte są w tabeli 6.1. W tabeli 6.2 pokazano związki między poszczególnymi wymiarami jakości życia w grupie seniorów ze względu na ich poziom wykształcenia. Wyższe wykształcenie seniorów zrównuje ich jakość życia w zakresie dobrostanu społecznego, a podnosi istotnie statystycznie ponad poziom młodszych generacji w zakresie dobrobytu materialnego i kapitału społecznego.

Tabela 6.1. Jakość życia na 8 wymiarach ze względu na płeć i wiek

Płeć	Wiek	Wymiary jakości życia							
		dobrostan społeczny	stres życia ^a	patologie ^a	dobrostan psychiczny	dobrobyt	poziom cywilizacyjny	kapitał społeczny	dobrostan fizyczny
Mężczyzna	do 59 lat	0,09	0,14	0,27	0,18	0,09	0,32	0,03	0,31
	60–69 lat	0,01	-0,33	-0,07	-0,28	-0,04	-0,47	0,08	-0,53
	70–79 lat	-0,02	-0,55	-0,19	-0,42	-0,27	-0,79	0,01	-0,65
	80+ lat	0,00	-0,74	-0,31	-0,51	-0,36	-0,96	0,02	-0,91
	ogółem	-0,01	-0,52	-0,17	-0,39	-0,21	-0,72	0,03	-0,66
Kobieta	do 59 lat	-0,03	0,14	-0,10	0,14	0,08	0,40	0,00	0,19
	60–69 lat	0,00	-0,43	-0,27	-0,51	-0,29	-0,78	0,04	-0,60
	70–79 lat	-0,13	-0,65	-0,33	-0,67	-0,54	-1,16	-0,12	-0,87
	80+ lat	-0,20	-0,78	-0,42	-0,90	-0,71	-1,45	-0,35	-1,23
	ogółem	-0,11	-0,62	-0,34	-0,68	-0,51	-1,12	-0,13	-0,88
Ogółem	do 59 lat	0,03	0,14	0,09	0,16	0,08	0,36	0,01	0,25
	60–69 lat	0,00	-0,39	-0,19	-0,41	-0,19	-0,65	0,06	-0,57
	70–79 lat	-0,09	-0,62	-0,28	-0,57	-0,44	-1,02	-0,07	-0,79
	80+ lat	-0,13	-0,77	-0,38	-0,77	-0,59	-1,28	-0,23	-1,12
	ogółem	-0,07	-0,58	-0,28	-0,57	-0,40	-0,96	-0,07	-0,80

a – im niższa wartość wskaźnika tym mniejszy stres i mniej patologii

Poszczególne wymiary jakości życia nie są od siebie niezależne. Najsilniej skorelowane są dobrobyt i poziom cywilizacyjny, dobrobyt z dobrostanem psychicznym (więc jednak pieniądze dają szczęście, albo szczęście sprzyja bogactwu) i poziom cywilizacyjny z dobrostanem psychicznym. Stres życiowy silniej wiąże się z dobrostanem psychicznym i dobrostanem fizycznym (zdrowiem) w grupie młodszych respondentów niż w grupie seniorów; podobnie patologie. Dobrostan społeczny, a więc dobre relacje z ludźmi, ma większe znaczenie dla innych wymiarów jakości życia wśród seniorów niż osób młodszych. Wynika stąd, że osamotnienie i poczucie odrzucenia seniorów powinny być w centrum uwagi tych instytucji i ludzi, którzy zajmują się pomocą i wsparciem dla nich.

Tabela 6.2. Jakość życia seniorów na 8 wymiarach ze względu na wykształcenie i wiek

Wykształcenie	Wiek	Wymiary jakości życia						
		dobrostan społeczny	stres życia ^a	patologie ^a	dobrostan psychiczny	dobrobyt	kapitał społeczny	dobrostan fizyczny
Podstawowe	60–69 lat	-0,14	-0,44	-0,25	-0,75	-0,59	-0,32	-0,74
	70–79 lat	-0,25	-0,63	-0,32	-0,83	-0,72	-0,38	-0,84
	80+ lat	-0,26	-0,79	-0,44	-0,99	-0,77	-0,53	-1,21
	ogółem	-0,23	-0,65	-0,34	-0,87	-0,71	-0,42	-0,94
Zasadnicze zawodowe	60–69 lat	0,04	-0,40	-0,17	-0,43	-0,35	-0,09	-0,54
	70–79 lat	-0,04	-0,62	-0,27	-0,53	-0,53	-0,15	-0,94
	80+ lat	-0,07	-0,77	-0,33	-0,51	-0,57	-0,27	-1,01
	ogółem	-0,01	-0,53	-0,23	-0,48	-0,45	-0,14	-0,75
Średnie	60–69 lat	-0,01	-0,34	-0,14	-0,32	-0,05	0,14	-0,57
	70–79 lat	0,01	-0,62	-0,24	-0,37	-0,24	0,14	-0,68
	80+ lat	0,02	-0,75	-0,32	-0,54	-0,43	0,16	-1,08
	ogółem	0,01	-0,55	-0,22	-0,39	-0,21	0,14	-0,72
Wyższe	60–69 lat	0,20	-0,36	-0,21	-0,02	0,54	0,78	-0,36
	70–79 lat	0,19	-0,55	-0,23	-0,16	0,16	0,62	-0,62
	80+ lat	0,14	-0,68	-0,28	-0,32	0,00	0,59	-0,88
	ogółem	0,18	-0,50	-0,23	-0,13	0,27	0,67	-0,57

a – im niższa wartość wskaźnika tym mniejszy stres i mniej patologii

UWAGI: wytłuszczone zostały wartości, które nie odbiegają w stopniu istotnym statystycznie lub są lepsze od wartości w grupie osób młodszych; pominięto poziom cywilizacyjny, ponieważ wykształcenie wchodziło w skład tego wskaźnika

Tabela 6.3. Interkorelacje wymiarów jakości życia w młodszej i starszej populacji Polaków

Grupa	Wymiar jakości życia	Stres życia ^a	Patologie ^a	Dobrostan psychiczny	Dobrobyt	Poziom cywilizacyjny	Kapitał społeczny	Dobrostan fizyczny
Do 59 lat	Dobrostan społeczny	-0,16*	-0,07*	0,35*	0,12*	0,11*	0,10*	0,12*
	Stres życia ^a		0,19*	-0,35*	-0,03*	-0,01	0,12*	-0,32*
	Patologie ^a			-0,23*	-0,08*	-0,09*	0,02	-0,16*
	Dobrostan psychiczny				0,31*	0,35*	0,11*	0,40*
	Dobrobyt					0,56*	0,23*	0,11*
	Poziom cywilizacyjny						0,28*	0,17*
	Kapitał społeczny							-0,02
Seniorzy	Dobrostan społeczny	-0,03**	-0,06*	0,38*	0,23*	0,19*	0,24*	0,07*
	Stres życia ^a		0,23**	-0,16**	0,06*	0,18*	0,11*	-0,08*
	Patologie ^a			-0,09*	-0,04*	0,07*	0,05*	-0,03*
	Dobrostan psychiczny				0,37*	0,36*	0,23*	0,41*
	Dobrobyt					0,63*	0,24*	0,17*
	Poziom cywilizacyjny						0,37*	0,21*
	Kapitał społeczny							0,08*

a – im niższa wartość wskaźnika tym mniejszy stres i mniej patologii

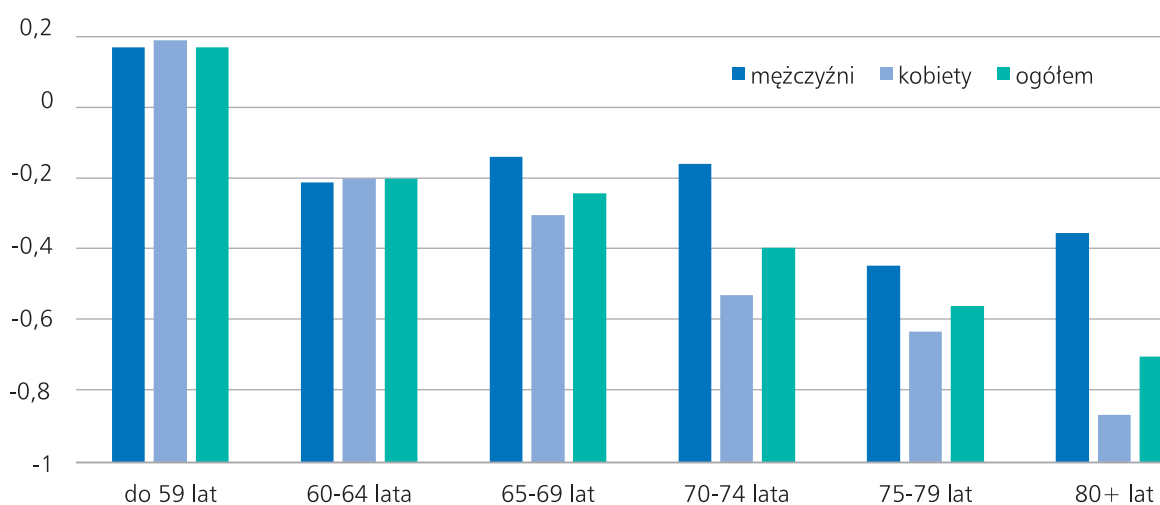
* $p < 0,01$

Analiza czynnikowa z rotacją *varimax* ujawnia w obu grupach respondentów (seniorów i osób w wieku 16–59 lat) dwa niezależne czynniki wyjaśniające łącznie po ok. 50 wariacji wskaźników składowych, ale czynniki te są dla każdej z tych grup znacząco odmienne. Pierwszy czynnik, który wyjaśnia największą porcję zmienności (ok. 30%), tworzą w grupie osób młodszych stres życiowy, dobrostan psychiczny, dobrostan fizyczny i patologie, a w grupie seniorów poziom cywilizacyjny, dobrobyt, dobrostan psychiczny, kapitał społeczny, dobrostan społeczny i dobrostan fizyczny. Drugi czynnik, wyjaśniający od 18 do 19% zmienności, w grupie młodszej tworzą dobrobyt, poziom cywilizacyjny i kapitał społeczny, a w grupie seniorów stres i patologie. Widać zatem, po pierwsze, że stres życiowy i patologie w niewielkim stopniu ważą na jakości życia seniorów, za to wszystkie pozostałe wymiary są wyrazem wspólnego czynnika. Po drugie, dla młodszych osób ważniejszym wyznacznikiem jakości życia jest styl życia decydujący o stresie i patologii, a warunki materialne mają mniejsze znaczenie, natomiast dla seniorów warunki materialne są ważniejsze od stylu życia. W obu grupach warunki życia i styl życia łączą dwa wymiary – dobrostan psychiczny i dobrostan fizyczny. Tak więc, zdrowie (fizyczne i psychiczne) związane jest, niezależnie od wieku, zarazem z warunkami jak i ze stylem życia. Oczywiście zależność ta może być dwukierunkowa – zdrowym wiedzie się materialnie lepiej, jak i lepsze warunki materialne sprzyjać mogą zdrowiu.

Ten układ wyników potwierdza tezę, że nie ma dziś w Polsce jednego wymiaru jakości życia. Zatem ci, którym nie wiedzie się materialnie i nie są zbyt nowoczesni, mogą mimo to cieszyć się innymi względami losu – wolnością od patologii i doświadczaniem niewielkiego stresu. I to jest właśnie mocna strona seniorów.

6.3. Ogólny wskaźnik jakości życia

Ogólny wskaźnik jakości życia utworzony został – przypomnijmy – jako standaryzowana suma standaryzowanych wartości 8 wskaźników wyżej omówionych. Jego wartości w przekroju płci i wieku prezentuje wykres 6.1. Ogólna jakość życia spada systematycznie z wiekiem wśród kobiet. W przypadku mężczyzn spadek jest mniej systematyczny i najniższą wartość osiąga w górnym przedziale III grupy wiekowej (75–79 lat). Znowu przypuszczalnie jest to efektem silniejszej zależności długości życia mężczyzn niż kobiet od warunków i stylu życia; osiemdziesięciu i więcej lat dożywają głównie mężczyźni charakteryzujący się cechami odpowiedzialnymi za stosunkowo wysoką jakość życia, a żyjące dłużej kobiety częściej są uboższymi wdowami i niepełnosprawnymi. Sprawia to, że o ile w najmłodszej grupie seniorów jakość życia kobiet dorównuje jakości życia mężczyzn, to w IV grupie wieku jest ona dużo niższa. Wynika stąd, że programy senioralne powinny być w przypadku mężczyzn skoncentrowane bardziej na czynnikach decydujących o długości życia, a w przypadku kobiet na czynnikach decydujących o jakości życia.



Wykres 6.1. Ogólny wskaźnik jakości życia według wieku i płci

6.4. Podsumowanie

Jakość życia z trudem podlega mierzeniu, jest bowiem w istocie kategorią bardzo złożoną i w znacznej mierze subiektywną. Mimo to można wskazać czynniki, które w największym stopniu decydują o dobrym życiu seniorów. Należą do nich przede wszystkim stan zdrowia, sytuacja rodzinna, zaspokojenie potrzeb materialnych, w tym mieszkaniowych oraz posiadanie sieci wsparcia rodzinnego i społecznego.

Zadaniem polityki społecznej jest stworzenie warunków do długookresowego działania jednostki na rzecz zapewnienia sobie szeroko rozumianego bezpieczeństwa na starość i podstaw do pozytywnej oceny życia. Chodzi przecież nie tylko o jak najdłuższe życie, ale o długie życie w szczęściu (Veenhoven, 2007).

Wnioski i rekomendacje dla polityki społecznej

Wyniki badania w ramach projektu *Diagnoza społeczna 2013* jednoznacznie wskazują na potrzebę pilnego podjęcia działań wspierających wobec niesamodzielnej części środowiska osób starszych w Polsce oraz propagujących ekonomiczną, kulturalną i społeczną aktywność ludzi starszych. Wymaga to zapewnienia przez politykę społeczną wobec seniorów określonych zadań¹. W tym celu należałoby uznać za potrzebne:

- Zapewnienie osobom w wieku przedemerytalnym oraz seniorom równego dostępu do rynku pracy i spopularyzowanie oraz powszechne wprowadzenie w zakładach pracy dobrych praktyk zarządzania wiekiem, co powinno zapewnić efektywne wykorzystanie wiedzy i doświadczenia zgromadzonego przez starszych pracowników. Niezależnie od przyjętej granicy wieku emerytalnego, prawo do zatrudnienia (choć nie zawsze na dotychczasowym stanowisku) powinno być zagwarantowane wszystkim osobom starszym, które są gotowe kontynuować pracę zawodową po przekroczeniu tego wieku.
- Rozszerzenie, w zakresie działań prozdrowotnych, katalogu działań profilaktycznych. Systemy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej powinny być skoordynowane i uwzględniać specyficzne potrzeby osób starszych oraz efektywnie zapobiegać negatywnym konsekwencjom starzenia na poziomie makrospołecznym. Zidentyfikowane powinny zostać wśród seniorów grupy szczególnego ryzyka jeśli chodzi o zachorowania oraz – w wymiarze społecznym – zmiany w sytuacji życiowej. Akceptacja dla planowanych działań oraz ich finansowania ze środków publicznych wymaga podjęcia szeroko zakrojonego przygotowania społeczeństwa do starości, polegającego m.in. na propagowaniu wiedzy na temat zmian biologicznych, zdrowotnych i społecznych zachodzących wraz z wiekiem.
- Zapewnienie systemów wsparcia umożliwiających zaspokojenie specyficznych dla podeszłego wieku potrzeb. Jakkolwiek większość respondentów pozytywnie ocenia swoją sytuację dochodową, z dużą dozą prawdopodobieństwa można przyjąć, że ich dochody są co prawda wystarczające do zaspokojenia bieżących potrzeb, ale nie umożliwiają ponoszenia wydatków związanych z rozwijaniem rozmaitych form aktywności na starość. Konieczne jest wprowadzenie specjalnych programów pomocy finansowej, w formie usług dla tych osób starszych, których bezpieczeństwo zdrowotne jest zagrożone ze względów środowiskowych lub materialnych. W gospodarstwach seniorów wydatki na zdrowie, zwłaszcza na leki stanowią bardzo dużą pozycję w budżecie domowym, zwłaszcza w gospodarstwach samotnych kobiet.
- Dostosowanie warunków mieszkaniowych seniorów do ich potrzeb. Konieczne jest zdiagnozowanie sytuacji życiowej i zdrowotnej seniorów oraz ich potrzeb mieszkaniowych z myślą o wydłużeniu

¹P. Błędowski, *Polityka wobec osób starszych – cele i zasady*, w: *Starzenie się społeczeństwa polskiego*, red. G. Ciura, W. Zgliszczyński, BAS, Warszawa 2012; P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Warszawa 2002.

okresu samodzielnego pozostawania w mieszkaniu. Zbyt często powierzchnia mieszkania na osobę w gospodarstwach domowych seniorów jest zbyt duża, co pociąga za sobą wysokie koszty czynszu i ogrzewania. Natomiast wyposażenie mieszkań seniorów w urządzenia ułatwiające codzienne czynności jest zdecydowanie rzadsze niż w innych krajach.

- Podniesienie poziomu aktywności fizycznej seniorów oraz stworzenie systemu wczesnej rehabilitacji zapobiegającej powstawaniu i pogłębianiu się niepełnosprawności.
- Zapobieganie i zwalczanie przejawów wykluczenia społecznego, finansowego i cyfrowego dzięki działaniom integracyjnym, wspieraniu rodzin osób starszych, ułatwianiu kontaktów międzypokoleniowych i szeroko pojętej edukacji. Należy wzmocnić sieć Uniwersytetów Trzeciego Wieku i dofinansować w nich ścieżkę edukacji cyfrowej.
- Przygotowanie do związanego z procesem podwójnego starzenia się ludności szybkiego wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne oraz opiekuńcze i pielęgnacyjne, zapewnienie stabilnego, niepodlegającego doraźnym potrzebom politycznym systemu finansowania świadczeń emerytalnych i opiekuńczych.
- Uwzględnienie w planach działania resortów polityki społecznej, zdrowia, finansów oraz samorządu terytorialnego konsekwencji szybkiego wzrostu odsetka i liczby osób w wieku 80 i więcej lat. Badania empiryczne dowodzą, że zaspokojenie potrzeb tej grupy seniorów wiąże się z coraz większym obciążeniem finansów publicznych, ale nie jest do uniknięcia. Wymaga to szybkiego podjęcia działań racjonalizujących wydatki i generujące środki finansowe w celu zaspokojenia potrzeb tej grupy seniorów.
- Stworzenie kompleksowego sektora stałej opieki instytucjonalnej, a w przypadku istniejących jednostek – ujednoczenie systemu, dziś często bardziej różniących się zasadami finansowania niż zakresem sprawowanej opieki oraz zapewnienie odpowiedniej jakości i dobrego dostępu do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w miejscu zamieszkania.
- Zapewnienie odpowiedniej kadry medycznej i służb społecznych, zarówno poprzez kształcenie specjalistów, jak i szerokie włączenie do programów nauczania zagadnień związanych ze starzeniem się i starością.
- Kształtowanie opinii publicznej i propagowanie prawdziwego i pełnego obrazu starości.
- Wprowadzenie w życie zaleceń uchwalonego w 2002 r. *Madryckiego Planu Działania*.
- Podjęcie prac nad kształtowaniem polityki senioralnej państwa z trzech różnych, ale równie ważnych perspektyw: indywidualnej (polityka wobec ludzi starszych), fazy życia (polityka wobec starości) oraz trwającego procesu (polityka wobec starzenia się ludności).
- Zobowiązanie samorządów terytorialnych (zwłaszcza gmin i powiatów) do opracowywania i aktualizacji planów działania na rzecz osób starszych.
- Przedstawianie pod ocenę Sejmu raz w czasie trwania kadencji parlamentu programu polityki senioralnej.

Literatura

- Bielicki T., Brajczewski C., Rogucka E. i Welon Z. (1994). *Niektóre społeczne i ekologiczne uwarunkowania przedwczesnej umieralności osób dorosłych w Polsce*. Wrocław: Zakład Antropologii Polskiej Akademii Nauk.
- Błędowski P. (2002). *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa: SGH.
- Błędowski P. (2012). Polityka wobec osób starszych – cele i zasady. W: Ciura G., Zgliszczyński W. (red.), *Starzenie się społeczeństwa polskiego*. Warszawa: BAS.
- Bugajska B. (2007). Samobójstwo w starości. W: Bugajska B. (red.), *Życie w starości*, Szczecin: Usz.
- Chabior A. (2007). Wolontariat ludzi starszych. *Gerontologia Społeczna*, nr 1.
- Coleman J. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Czapiński J. (2008). Kapitał ludzki i kapitał społeczny a dobrobyt materialny. Polski paradoks. *Zarządzanie Publiczne*, 2, 5–27.
- Czapiński J. (2011). Miękkie kapitały a dobrobyt materialny: wyzwania dla Polski. W: Czarnota-Bojarska J., Zinserling I. (red.), *W kręgu psychologii społecznej* (s. 253–285). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Czapiński J., Panek T. (red.) (2013). Diagnoza społeczna 2013, *Contemporary Economics*, 7 (4) (special issue).
- Fukuyama F. (1997). *Zaufanie. Kapitał społeczny a droga do dobrobytu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fukuyama F. (2000). Kapitał społeczny. W: Harrison L.E., Huntington S.P. (red.), *Kultura ma znaczenie* (s. 169–187). Poznań: Zysk i S-ka.
- Gleaser E.L., Laibson D., Sacerdote B. (2002). An economic approach to social capital. *The Economic Journal*, 112, 437–458.
- Halicka M., Halicki J. (2009). *Przemoc wobec ludzi starych*. Białystok: Temida.
- Halpern D. (Ed.) (2005). *Social capital*. Cambridge: Polity.
- Hardin R. (2009). *Zaufanie*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Kaczmarczyk M. (2012). *Seniorzy w społeczeństwie informacyjnym. Wokół problemu cyberwykluczenia*. W: Zrałek M. (red.), *Przestrzeń starości*. Sosnowiec: WSH.
- Klimczuk A. (2012). *Kapitał społeczny ludzi starych na przykładzie mieszkańców miasta Białystok*. Wiedza i Edukacja, Lublin.
- Knack S., Keefer P. (1997). Does social capital have an economic payoff? A cross-country investigation. *Quarterly Journal of Economics*, 112, 1251–1288.
- Kowalczyk O. (2002). Niepełnosprawność ludzi starych. Wybrane aspekty. W: Frąckiewicz L. (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*. Katowice: AE.

- LaPorta R., Lopez-de-Silanes F., Shleifer A., Vishny R.W. (1997). Trust in large organizations. *American Economic Review*, 57, 333–338.
- Luber D. (2008). Obszary aktywności seniorów – mity i rzeczywistość. W: Frąckiewicz L., Górnikowska-Zwolak E. (red.), *Obszary współpracy gerontologii i andragogiki*. Mysłowice: GWSP.
- Molesztak A. (2008). Jakość życia ludzi starych w kontekście ich zdrowia. W: D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*. Łódź: UŁ.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.) (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia.
- Perek-Białas J. (red.) (2005). *Aktywne starzenie się. Aktywna starość*. Kraków: Aureus.
- Przybyłka A. (2010). Poziom i jakość życia osób starszych z perspektywy wybranych działań polityki społecznej. W: Kałuża D., Szukalski P., *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*. Łódź: UŁ.
- Putnam R.D. (2003). *Better together. Restoring the American community*. New York: Simon & Schuster.
- Putnam R.D. (2008). *Samotna gra w kręgle: Upadek i odrodzenie wspólnot lokalnych w Stanach Zjednoczonych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Racław M., Rosochacka-Gmitrzak M., Tokarz-Kamińska B. (2012). Aktywność społeczna i kulturalna osób starszych. W: Szatur-Jaworska B. (red.), *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Warszawa: RPO.
- Raiser M., Haerpfer C., Nowotny T., Wallace C. (2001). *Social capital in transition: a first look at the evidence*. EBRD, Working Paper No. 61.
- Sabatini F. (2007). The empirics of social capital and economic development: a critical perspective. W: Osborne M., Sankey K., Wilson B. (Eds.), *Social capital, lifelong learning and the management of place* (pp. 76–94). London and New York: Routledge.
- Semków J. (2008). Niektóre problemy aktywności społeczno-kulturalnej w okresie późnej dorosłości. W: Fabiś A. (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*. Bielsko Biała: WSA.
- Szatur-Jaworska B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. IPS, Warszawa.
- Sztompka P. (2007). *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Szukalski P. (2008). *Starzenie się ludności – ku redefinicji kontraktu międzypokoleniowego?*. W: Kowalewski J.T., Szukalski P. (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*. UŁ, Łódź.
- Szybalska A., Broczek K., Wawrzyniak M., Mossakowska M. (2010). Geriatryczna Skala Oceny Depresji a sytuacja materialna i rodzinna osób starszych. Wstępne wyniki projektu PolSenior. W: D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*. Łódź: UŁ.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2009). *Przemoc wobec osób starszych*. Kraków: Wyd. UJ.
- Veenhoven R. (2007). Szczęście jako cel polityki społecznej: zasada największego szczęścia. W: Linley P.A., Joseph S. (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 413–441). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woolcock M. (1998). Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*, 27, 151–208.

Spis rysunków

1.1. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i zadowolenia z miejscowości, w której mieszkają	11
1.2. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i odpowiedzi na pytanie, jak często denerwowały ich decyzje i działania miejscowych władz	11
1.3. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat angażujących się w działania na rzecz społeczności lokalnej według zadowolenia z miejscowości zamieszkania	12
1.4. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat, których decyzje i działania miejscowych władz nigdy nie denerwowały lub denerwowały sporadycznie bądź często według zadowolenia z miejscowości zamieszkania	12
1.5. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i satysfakcji z sytuacji finansowej swojej rodziny	17
1.6. Procent seniorów według oceny sytuacji finansowej swojej rodziny i poziomu wykształcenia	17
1.7. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i oceny warunków mieszkaniowych	20
1.8. Odsetek mieszkań wyposażonych w urządzenia ułatwiające poruszanie się w 14 krajach europejskich według wieku mieszkańców (SHARE 2006/2007, opr. własne)	20
1.9. Liczba dóbr nielektronicznych w gospodarstwach domowych, których głową jest mężczyzna lub kobieta, w zależności od wieku głowy gospodarstwa	21
1.10. Liczba dóbr elektronicznych w gospodarstwach domowych, których głową jest mężczyzna lub kobieta, w zależności od wieku głowy gospodarstwa	21
1.11. Procent seniorów według płci i stopnia zadowolenia ze stosunków rodzinnych	24
1.12. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i stopnia satysfakcji z dzieci	24
1.13. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i stopnia satysfakcji z małżeństwa	25
1.14. Ocena całego dotychczasowego życia (1 – okropne... 7 – wspaniałe) ze względu na wiek i mieszkanie z partnerem	25
1.15. Dobrostan psychiczny ze względu na wiek i mieszkanie z partnerem	25
1.16. Natężenie stresu małżeńskiego ze względu na wiek i płeć	26
1.17. Natężenie stresu rodzicielskiego wśród seniorów ze względu na klasę miejscowości zamieszkania	26
1.18. Odsetek osób w wieku 50+ lat zamieszkujących razem z dziećmi w 14 krajach europejskich (SHARE 2006/2007, opr. własne)	27
1.19. Przeciętna liczba lat nauki w trzech grupach wieku seniorów w latach 2000–2013	29
1.20. Przeciętna liczba lat nauki kobiet i mężczyzn w wieku senioralnym w latach 2000–2013	29
1.21. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat według płci i stopnia zadowolenia ze swojego wykształcenia	29
1.22. Procent seniorów wykonujących w ciągu ostatnich 7 dni płatną pracę według płci i grupy wieku	30
1.23. Procent mężczyzn i kobiet aktywnych na rynku pracy po przekroczeniu wieku emerytalnego według poziomu wykształcenia	31

1.24. Odsetek seniorów (60 i więcej lat) aktywnych na rynku pracy w 16 krajach europejskich (SHARE 2010/2012, opr. własne)	31
2.1. Liczba długotrwałych objawów somatycznych ze względu na wiek i płeć	34
2.2. Procent seniorów według grup wieku i częstości występowania dolegliwości fizycznych, utrudniających poruszanie się poza domem	35
2.3. Procent seniorów według grup wieku i częstości występowania problemów zdrowotnych utrudniających wykonywanie codziennych czynności lub udział w innych zajęciach	36
2.4. Procent seniorów z 16 krajów europejskich oceniających negatywnie stan swojego zdrowia (SHARE 2010/2012, opr. własne)	37
2.5. Procent palących papierosy wśród seniorów z 16 krajów europejskich (SHARE 2010/2012, opr. własne)	38
2.6. Częstość picia alkoholu przez seniorów z 16 krajów europejskich (SHARE 2010/2012, opr. własne)	38
2.7. Procent seniorów z 16 krajów europejskich oceniających negatywnie stan swojego zdrowia (SHARE 2010/2012, opr. własne)	39
2.8. Procent seniorów z 16 krajów europejskich uprawiających ćwiczenia fizyczne lub sport częściej niż raz w tygodniu (SHARE 2010/2012, opr. własne)	39
2.9. Procent uprawiających aktywnie jakąś formę sportu lub ćwiczeń fizycznych według płci i grupy wieku	39
2.10. Natężenie symptomów depresji psychicznej ze względu na wiek i płeć	40
2.11. Procent osób w różnym wieku, które w minionych miesiącach były tak załamane, że myślały o samobójstwie ze względu na ocenę stosunków z najbliższymi w rodzinie	41
2.12. Procent osób w różnym wieku, które w minionych miesiącach były tak załamane, że myślały o samobójstwie ze względu na poczucie osamotnienia	41
2.13. Procent osób w różnym wieku, które w minionych miesiącach były tak załamane, że myślały o samobójstwie ze względu na poczucie bycia niekochanym i niedarzoną zaufaniem	41
2.14. Natężenie depresji psychicznej u seniorów z 16 krajów europejskich (SHARE 2010/2012, opr. własne)	42
2.15. Zadowolenie z życia wśród seniorów z 16 krajów europejskich (skala: 0 – bardzo niezadowolony, 10 - bardzo zadowolony; SHARE 2010/2012, opr. własne)	42
2.16. Procent często szczęśliwych seniorów z 16 krajów europejskich (SHARE 2010/2012, opr. własne)	42
2.17. Procent niepełnosprawnych według grup wieku i płci	43
2.18. Procent niepełnosprawnych seniorów według grup wieku i stopnia niepełnosprawności	43
2.19. Procent seniorów według płci i rodzaju orzeczenia o niepełnosprawności	44
2.20. Procent niepełnosprawnych seniorów według płci i przyczyny niepełnosprawności	44
2.21. Natężenie długotrwałych objawów somatycznych osób 60+ lat, ze względu na stopień niepełnosprawności i płeć przy kontroli wieku	45
2.22. Odsetek przewlekle chorych seniorów (60 i więcej lat) w 16 krajach europejskich (SHARE 2010/2012, opr. własne)	45
2.23. Procent seniorów – mężczyzn i kobiet oraz ogółem – w różnych grupach wieku korzystający ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ	46
2.24. Odsetek kobiet i mężczyzn oraz ogółem seniorów, którzy w minionym roku przebywali w szpitalu według klasy miejscowości zamieszkania	48
3.1. Procent osób prezentujących postawy konserwatywnego i otwartego egalitaryzmu ze względu na wiek	52
3.2. Procent zdecydowanie się zgadzających i zgadzających się ze stwierdzeniem „Prawdziwy patriota nie powinien źle mówić o Polsce i Polakach”	52
3.3. Procent zdecydowanie się zgadzających i zgadzających się ze stwierdzeniem „Bez kar fizycznych nie da się dobrze wychować dzieci”	52

3.4. Procent zdecydowanie się zgadzających i zgadzających się ze stwierdzeniem „Ojcowie powinni częściej korzystać z urlopu rodzicielskiego i opiekować się dziećmi”	53
3.5. Procent zdecydowanie się zgadzających i zgadzających się ze stwierdzeniem „Homoseksualiści powinni móc układać sobie życie według własnych przekonań”	53
3.6. Procent wskazań na poszczególne wartości w grupie seniorów i osób młodszych	54
3.7. Poziom religijności ze względu na płeć i wiek	55
3.8. Częstość uczestniczenia w nabożeństwach i innych uroczystościach religijnych w miesiącu ze względu na wiek i płeć	56
3.9. Poziom religijności seniorów ze względu na klasę miejscowości zamieszkania	56
3.10. Poziom religijności seniorów według płci i wykształcenia	56
3.11. Procent osób oglądających telewizję ponad trzy godziny dziennie według płci i wieku	57
3.12. Procent osób, które więcej czasu poświęcają na korzystanie z internetu niż na oglądanie telewizji oraz tych, którzy więcej czasu spędzają przed TV niż w sieci ze względu na wiek	57
3.13. Procent osób korzystających z komputera według płci i wieku	58
3.14. Procent osób korzystających z internetu według płci i wieku	58
3.15. Dostęp i korzystanie z internetu wśród osób w różnym wieku	59
3.16. Liczba godzin w ostatnim tygodniu spędzonych przy komputerze i w internecie według płci i wieku	59
3.17. Procent seniorów i osób młodszych wykonujących w internecie różne czynności w ostatnim tygodniu	60
3.18. Procent seniorów korzystających z komputera i internetu oraz posiadających smartfon w zależności od poziomu wykształcenia	61
3.19. Procent seniorów korzystających z komputera i internetu oraz posiadających smartfon w zależności od klasy miejscowości zamieszkania	61
3.20. Procent osób twierdzących, że mają co najmniej równie dużo zapału do pracy jak dawniej według wieku i płci	62
3.21. Procent bardzo zadowolonych i zadowolonych z własnych osiągnięć życiowych według wieku i płci	62
3.22. Procent autodeterministów przekonanych, że bieg spraw zależy przede wszystkim od nich samych według wieku i płci	63
3.23. Procent fatalistów przekonanych, że bieg spraw zależy przede wszystkim od losu/opatrności według wieku i płci	63
3.24. Procent bardzo zadowolonych i zadowolonych z perspektyw na przyszłość według wieku i płci . .	64
4.1. Procent seniorów deklarujących udział w wyborach samorządowych w 2010 r. ze względu na wiek i wykształcenie	66
4.2. Procent seniorów deklarujących udział w wyborach parlamentarnych w 2011 r. ze względu na wiek i wykształcenie	66
4.3. Procent respondentów, którzy w ostatnich miesiącach często czuli się odpowiedzialni za zapewnienie opieki i dobre samopoczucie rodzicom lub starszym krewnym według wieku i płci	67
4.4. Procent respondentów, których w ostatnich miesiącach często niepokoił stan zdrowia lub sprawność umysłu któregoś z rodziców lub starszych krewnych, według wieku i płci	67
4.5. Procent respondentów, którzy w ciągu ostatnich dwóch lat angażowali się w działania na rzecz społeczności lokalnej (gminy, osiedla, miejscowości, w najbliższym sąsiedztwie), według wieku i płci	68
4.6. Procent respondentów, którzy w ciągu ostatniego roku wykonywały nieodpłatnie prace lub świadczyły jakieś usługi dla osób spoza rodziny bądź na rzecz organizacji społecznej, według wieku i płci	68
4.7. Procent seniorów i osób młodszych z różnym poziomem wykształcenia i ogółem działających w jednej i większej liczbie organizacji pozarządowych	69
4.8. Procent osób w wieku 16–59 lat i 60 i więcej lat aktywnie działających w różnych organizacjach (ze względu na małą liczbę osób pominięto kilka rodzajów organizacji)	69
4.9. Proporcja kobiet i mężczyzn wśród seniorów działających w różnych rodzajach organizacji	70

4.10. Przeciętna liczba aktywności społecznych seniorów w 15 krajach europejskich (SHARE 2006/2007, opr. własne)	71
5.1. Procent osób w różnym wieku będących członkami co najmniej jednej organizacji, działających aktywnie w organizacjach i wolontariuszy przy kontroli płci i poziomu wykształcenia	74
5.2. Liczba osób z najbliższej rodziny, z grona przyjaciół i spośród znajomych, z którymi przynajmniej kilka razy w roku kontaktują się mężczyźni i kobiety w różnym wieku i z różnym poziomem wykształcenia	75
5.3. Poziom woli życia seniorów w zależności od liczby kontaktów społecznych (ubogie – 0–3, bogate 4+) i natężenia stresu życiowego	76
5.4. Liczba poważnych symptomów chorobowych w zależności od liczby kontaktów społecznych (ubogie – 0–3, bogate 4+) i natężenia stresu życiowego	76
5.5. Wielkość sieci społecznej seniorów w 16 krajach europejskich ((SHARE 2010/2012, opr. własne)	77
5.6. Poziom wrażliwości na naruszanie dobra wspólnego ze względu na wiek i płeć	77
5.7. Poziom wrażliwości na naruszanie dobra wspólnego ze względu na poziom wykształcenia i wiek .	78
5.8. Procent ufających ludziom według wieku i płci	78
5.9. Odsetek seniorów i osób młodszych deklarujących zaufanie do różnych instytucji i osób	79
5.10. Odsetek pozytywnych ocen reform po 1989 r. według płci i wieku	81
6.1. Ogólny wskaźnik jakości życia według wieku i płci	88

Spis tabel

1.1. Członkowie gospodarstw domowych według grup wieku i płci	9
1.2. Respondenci indywidualni według grup wieku i płci	10
1.3. Procent respondentów indywidualnych według grup wieku i kategorii miejsca zamieszkania	11
1.4. Respondenci według przeciętnej wysokości dochodu osobistego netto osiąganego w ciągu ostatnich trzech miesięcy w grupie osób starszych i młodszych	13
1.5. Procent respondentów według płci, grup wieku i przedziałów uzyskiwanych dochodów	14
1.6. Wysokość dochodu gospodarstwa domowego na jednostkę ekwiwalentną i procent osób w gospodarstwach, w których pieniędzy starcza najwyżej na najtańsze jedzenie ze względu na wiek i płeć respondenta	14
1.7. Główne źródło utrzymania mężczyzn i kobiet w różnym wieku oraz ogółem osób starszych (w procentach osób w danej grupie wieku)	15
1.8. Główne źródło utrzymania mężczyzn i kobiet oraz ogółem osób starszych ze względu na poziom wykształcenia (w procentach seniorów z danym poziomem wykształcenia)	16
1.9. Procent różnych ocen sytuacji finansowej rodziny w grupie seniorów w zależności od klasy miejscowości zamieszkania i wieku	18
1.10. Powierzchnia mieszkania na jednego członka gospodarstwa domowego według wieku i płci	19
1.11. Sytuacja rodzinna seniorów w gospodarstwie domowym (cała próba członków gospodarstw domowych)	22
1.12. Sytuacja rodzinna seniorów w gospodarstwie domowym (próba respondentów indywidualnych)	23
1.13. Respondenci według płci, grup wieku i oceny stosunków rodzinnych (w odsetkach grupy wieku)	23
1.14. Procent seniorów z różnym stopniem wykształcenia w poszczególnych grupach wieku ze względu na płeć i ogółem	28
1.15. Procent seniorów, mężczyzn i kobiet oraz ogółem, palących papierosy i nadużywających alkoholu w grupach wyróżnionych ze względu na poziom wykształcenia przy kontroli wieku	30
2.1. Procent respondentów w wieku 60 i więcej lat, doświadczających z różną częstotliwością różnego rodzaju schorzeń)	34
2.2. Respondenci według płci, grup wieku i występowania dolegliwości fizycznych, utrudniających poruszanie się poza domem (w odsetkach)	35
2.3. Procent seniorów według grup wieku i częstości występowania problemów zdrowotnych, utrudniających wykonywanie codziennych czynności lub udział w innych zajęciach	36
2.4. Respondenci według płci, grup wieku i stopnia zadowolenia ze stanu swojego zdrowia (w procentach poszczególnych grup wieku)	37
2.5. Procent wszystkich seniorów i seniorów niepełnosprawnych w trzech grupach wieku nie potrzebujących i potrzebujących pomocy i/lub pielęgnacji	45
2.6. Procent mieszkańców różnych klas miejscowości zamieszkania korzystających z odpłatnych usług zdrowotnych w poszczególnych grupach wieku	47

2.7. Procent kobiet i mężczyzn oraz ogółem seniorów w różnych grupach wieku przebywających w minionym roku w szpitalu	47
2.8. Obciążenie gospodarstw domowych wydatkami na leczenie i badania na leki i inne artykuły farmaceutyczne oraz łącznie z innymi wydatkami w miesiącu w zł i w procencie miesięcznego dochodu gospodarstwa według płci i wieku głowy gospodarstwa w 2011 i 2013 r.	48
2.9. Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z korzystania z wybranych świadczeń zdrowotnych, mimo że ich potrzebowały	49
3.1. Wiekowa struktura populacji internautów w latach 2003–2013 (procentowy udział osób z różnych grup wieku w danym roku)	58
5.1. Przeciętna liczba przyjaciół ze względu na poziom wykształcenia i wiek	75
5.2. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o stosunek do demokracji ze względu na płeć i wiek	80
5.3. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o stosunek do demokracji ze względu na wykształcenie i wiek	80
5.4. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o stosunek do demokracji ze względu na klasę miejscowości zamieszkania i wiek	81
5.5. Procentowy rozkład odpowiedzi „Czy Pana/i zdaniem reformy w Polsce po 1989 roku udały się?” ze względu na stosunek do demokracji wśród seniorów	82
6.1. Jakość życia na 8 wymiarach ze względu na płeć i wiek	86
6.2. Jakość życia seniorów na 8 wymiarach ze względu na wykształcenie i wiek	87
6.3. Interkorelacje wymiarów jakości życia w młodszej i starszej populacji Polaków	87

Wydawca
Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich
AL. Jerozolimskie 65/79
00-697 Warszawa
www.crzl.gov.pl
Tel . +48 22 237 00 00
Fax. +48 22 237 00 99

ISBN: 978-83-61638-75-9

Publikacja bezpłatna

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



MINISTERSTWO PRACY
I POLITYKI SPOŁECZNEJ

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

