



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Analityczny Raport Uzupełniający 1

Dane SHARE z perspektywy oceny jakości życia: osoby w wieku 50+ w Polsce na tle Europy

Autorzy: Michał Myck, Mateusz Najsztub, Monika Oczkowska

Współpraca: Agnieszka Chłoń-Domińczak, Piotr Lewandowski, Iga Magda, Leszek Morawski, Wojciech Paukzteło

Spis treści

Wprowadzenie	2
1.1. CASP-12: jakość życia osób 50+ w badaniu SHARE.....	4
1.2. Czynniki związane z oceną jakości życia.....	7
1.3. Co faktycznie ma znaczenie? Ocena jakości życia w regresji wielorakiej	12
1.4. Czynniki wpływające na jakość życia osób w wieku 50+: Polska na tle Europy	22
1.4.1. Uwarunkowania demograficzne i społeczne.....	22
1.4.2. Stan zdrowia	28
1.4.3. Sprawność umysłowa	32
1.4.4. Warunki materialne.....	36
1.4.5. Aktywność zawodowa i warunki zatrudnienia	40
1.5. Podsumowanie	51
Załącznik 1.1. Treść pytań ewaluujących jakość życia według skali CASP w SHARE w podziale na dziedziny życia (polska wersja pytań z rundy 6. SHARE)	54
Bibliografia	55



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

centrum
CENEA
analiz ekonomicznych

Wprowadzenie¹

Jednoznaczna ogólna ocena jakości życia jest wymagającym wyzwaniem zarówno od strony koncepcyjnej, z perspektywy analitycznej, jak i próby odzwierciedlenia indywidualnych ocen w formie uogólniających podsumowań. Cytując Amartyę Sena: *„Jest szereg fundamentalnie różnych sposobów spojrzenia na jakość życia i duża część z nich zdaje się być w oczywisty sposób poprawna. Można być zamożnym i nie czuć się dobrze. Można czuć się dobrze i nie móc prowadzić życia jakiego się chciało. Można prowadzić życie jakiego się chciało i nie być szczęśliwym. Można być szczęśliwym mając ograniczony zakres wolności. Można mieć dużą dozę wolności i niczego nie osiągnąć. I tak dalej.”* (Sen, 1988).² W przypadku badania SHARE ogólne oceny jakości życia respondentów zbierane są przy wykorzystaniu dwóch podejść. Z jednej strony respondenci pytani są o subiektywną ocenę satysfakcji z życia na skali od 0 do 10, a z drugiej odzwierciedlenie oceny jakości życia opiera się o 12 pytań z tzw. zestawu CASP, specjalnie opracowanego na potrzeby badania jakości życia osób we wczesnym okresie starości (w załączniku 1.1 znajduje się pełna treść pytań z zestawu CASP). Choć zaletą tego pierwszego podejścia jest przejrzystość i prostota ocen, to wyniki otrzymywane przy wykorzystaniu tego drugiego w mniejszym stopniu narażone są na arbitralność ocen i są mniej zależne od zmiennych czynników silnie wpływających na ogólną ocenę satysfakcji, takich jak nastrój czy pora roku (White, 2007).

Badanie jakości życia w formie zestawu pytań CASP-12 obecne jest w SHARE od pierwszej edycji projektu. W ramach CASP jakość życia oceniana jest w zależności od poziomu realizacji potrzeb w dziedzinach istotnych dla pozytywnego doświadczania starszego wieku (Hyde i in., 2003): możliwości wpływania na swoje otoczenie (Control), samodzielnego podejmowania

¹ Analityczny Raport Uzupełniający 1 stanowi rozszerzoną wersję rozdziału 1 w publikacji Myck i Oczkowska (2017).

Niniejsza publikacja wykorzystuje dane z badania SHARE z rund 2., 3., 4. i 6. (DOI: 10.6103/SHARE.w2.600, 10.6103/SHARE.w3.600, 10.6103/SHARE.w4.600, 10.6103/SHARE.w6.600; Börsch-Supan, 2017a, b, c, d), szczegóły metodologiczne można znaleźć w Börsch-Supan i in. (2008, 2013), Malter i Börsch-Supan (2013) oraz Schröder (2011). Utworzenie zbioru danych SHARE zostało sfinansowane w głównej mierze ze środków Komisji Europejskiej w ramach 5. Programu Ramowego (projekt QLK6-CT-2001-00360), 6. Programu Ramowego (projekty: SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857 i SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) oraz w ramach 7. Programu Ramowego (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 i SHARE M4, N° 261982). Dodatkowe finansowanie projektu pochodziło z niemieckiego Ministerstwa Edukacji i Badań, Instytutu Maxa Plancka, amerykańskiego National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11, OGHA 04-064 i HHSN271201300071C) oraz różnych krajowych źródeł. W Polsce realizacja 4. i 6. rundy badania współfinansowana była ze środków z Europejskiego Funduszu Społecznego (pełna lista fundatorów znajduje się na stronie www.share-project.org).

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

² Ang.: *“There are many fundamentally different ways of seeing the quality of living, and quite a few of them have some immediate plausibility. You could be well-off without being well. You could be well, without being able to lead the life you wanted. You could have got the life you wanted without being happy. You could be happy, without having much freedom. You could have a good deal of freedom, without achieving much. We can go on.”*

decyzji (Autonomy), samorealizacji (Self-realization) i czerpania przyjemności w życiu (Pleasure).³ Opierając się o wcześniejsze prace (np. Laslett, 1996) w literaturze wskazuje się, że po odejściu z aktywnego życia zawodowego na emeryturę zwiększa się osobista niezależność i pojawiają nowe możliwości aktywnego udziału w życiu społecznym, podążania za własnymi pragnieniami i rozwijania zainteresowań.

Tworząc miarę CASP jej autorzy opierali się o teorię potrzeb Maslowa (1968) zakładającej, że ludziom nie zależy wyłącznie na prostym zaspokojeniu potrzeb podstawowych i przetrwaniu, ale konsekwentnie dążą oni do spełnienia potrzeb wyższych, jak szczęście czy poczucie własnej wartości. Rozważania Maslowa autorzy CASP zestawili z poglądem przedstawionym w artykule Doyala i Gougha (1991), iż pierwszeństwo potrzeb fizjologicznych nad społecznymi może być zależne od okoliczności, jako przykład podając osoby starsze oszczędzające na ogrzewaniu, żeby kupić świąteczne prezenty dla wnuków. Z Maslowa autorzy adaptują jeszcze jeden istotny pogląd – iż ludzie współdzielą uniwersalny zestaw potrzeb, co przekłada się na mierzalność poziomu zaspokojenia potrzeb oraz możliwość porównywania tego poziomu dla różnych osób.

W pierwszej części niniejszego raportu skupiono się na szczegółach oceny jakości życia w badaniu SHARE z wykorzystaniem miary CASP i na przedstawieniu najważniejszych informacji odnośnie zróżnicowania jakości życia mierzonej za pośrednictwem CASP dla wybranych siedmiu krajów, które wzięły udział w 6. rundzie badania. W części 1.2 omówiono zróżnicowanie wybranych czynników, które powszechnie uważane są za istotnie wpływające na jakość życia, a w części 1.3 zaprezentowano wyniki regresji wielorakiej, na podstawie której przedstawiono kompleksowe podejście do identyfikacji cech związanych z oceną jakości życia respondentów SHARE. Wyniki te podkreślają między innymi kluczową rolę czynników zdrowotnych, ale jednocześnie wskazują na istotny związek pomiędzy oceną jakości życia i sytuacją materialną, aktywnością zawodową oraz sprawnością umysłową. Jednym z istotnych wyników tej analizy jest bardzo silne ograniczenie zróżnicowania poziomu jakości życia respondentów pomiędzy krajami, a w szeregu przypadków zanik takiego zróżnicowania, przy uwzględnieniu różnic w tych trzech sferach życia w regresji (wraz z różnicami w strukturze demograficznej). Oznacza to między innymi, że wykorzystując dane SHARE można skutecznie zidentyfikować sfery życia osób w wieku 50+, które mają kluczowe znaczenie dla oceny jakości życia tej grupy populacji i ocenić zakres wpływu tych warunków na jakość życia. To z kolei może stanowić istotną podstawę merytoryczną w dyskusjach nad priorytetami polityki społeczno-gospodarczej skierowanej do osób w wieku 50+. W części 1.4 skupiono się na bardziej szczegółowej analizie zróżnicowania poszczególnych czynników ujętych w części 1.3 w celu lepszego zrozumienia obserwowanych różnic w jakości życia wśród badanych populacji. Ponadto poszerzone zostały analizy regresji w oparciu o szczegółowo zdefiniowane podpróby danych SHARE, w celu pogłębienia analiz dotyczących roli sieci społecznych oraz aktywności zawodowej dla jakości życia. Część 1.5 podsumowuje wyniki raportu.

³ Por. Hyde i in. (2003); psychometryczne właściwości CASP zostały zweryfikowane m.in. w Wiggins i in. (2008) oraz Kim i in. (2015).

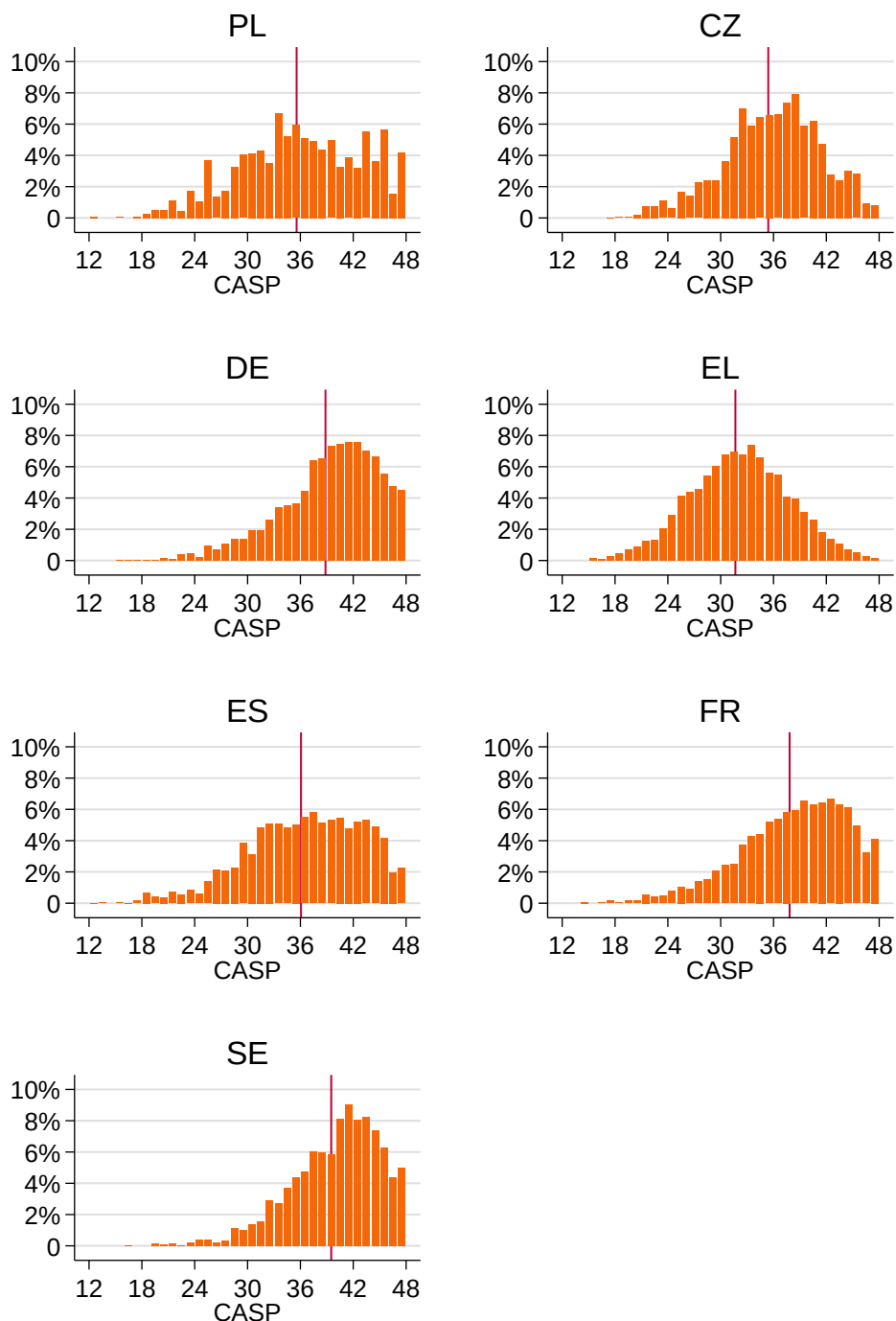
1.1. CASP-12: jakość życia osób 50+ w badaniu SHARE

W badaniu SHARE wykorzystywana jest skrócona wersja oryginalnego kwestionariusza CASP złożonego z 19 zagadnień (von dem Knesebeck i in., 2005). Przy pomocy 12 pytań (po 3 z każdej z czterech sfer życia objętych tą miarą) oceniane jest, jak często respondent doświadcza określonych uczuć lub znajduje się w danych sytuacjach według czteropunktowej skali Likerta, od „często” do „nigdy”. Lista pytań CASP zadawanych w badaniu SHARE przedstawiona została w załączniku 1.1. Łączny możliwy do uzyskania wynik mieści się w przedziale od 12 do 48, gdzie wyższa wartość odpowiada wyższej jakości życia. Pytania są ze sobą wewnątrznie spójne i łącznie odzwierciedlają bezpośrednio niemożliwy do zaobserwowania wskaźnik jakości życia. Indeks CASP-12 jest silnie skorelowany zarówno ze swoim oryginalnym odpowiednikiem CASP-19 (złożonym z 19 pytań), jak i ogólnym indeksem samodzielnie deklarowanej satysfakcji z życia. Po wprowadzeniu pytań CASP-12 do SHARE w pierwszej rundzie badania w ramach dodatkowego kwestionariusza papierowego, od 2. rundy badania zestaw CASP stanowi integralną część głównego wywiadu realizowanego metodą CAPI.⁴

Rozkłady miary CASP-12 dla siedmiu wybranych krajów SHARE na podstawie danych z 6. rundy badania przedstawiono na wykresie 1.1. Ze względu na znacznie mniejszą liczbę obserwacji w Polsce niż w pozostałych analizowanych krajach (więcej szczegółów dotyczących liczby obserwacji w poszczególnych krajach opisano we wstępie do raportu „Pokolenie 50+ w Polsce na tle Europy”, patrz Myck i Oczkowska, 2017) rozkład CASP w przypadku Polski jest znacznie bardziej nieregularny. Podobnie do hiszpańskiego, a w przeciwieństwie do pozostałych, polski rozkład nie ma wyraźnej dominanty. Co szczególnie wyraźnie widać w Hiszpanii, rozkład CASP jest równomierny, ponieważ wyniki w przedziale od 32 do 46 punktów uzyskało po ok. 5% osób. W przypadku Czech i Grecji dominanta rozkładu mieści się w pobliżu wartości średniej dla całego kraju, natomiast dla Francji, Niemiec i Szwecji rozkład jest lewostronnie asymetryczny, z większością wyników powyżej średniej dla danego kraju. Przeciętna wartość CASP dla Polski oznaczona na wykresie za pomocą pionowej, czerwonej linii jest zbliżona do czeskiej, wynosząc 36 punktów. Spośród analizowanych krajów jedynie w Grecji przeciętna wartość CASP jest niższa (32 punkty). Dla porównania, w Szwecji średnia wartość CASP w próbie SHARE wynosi 40 punktów.

⁴ W 1. rundzie SHARE pytania z zestawu CASP-12 stanowiły część dodatkowej ankiety papierowej wypełnianej samodzielnie przez respondentów.

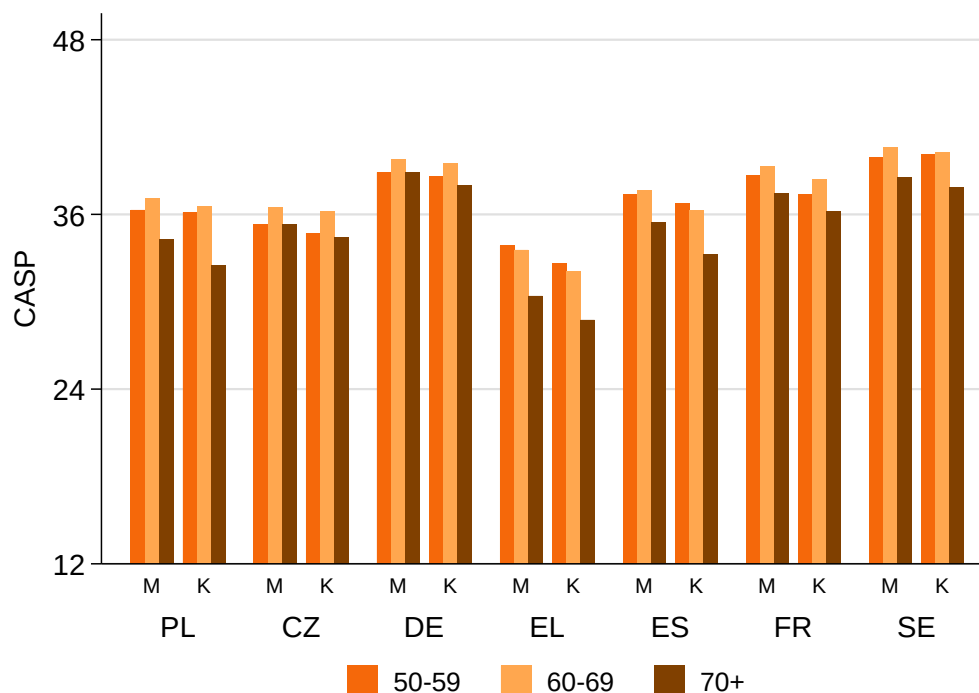
Wykres 1.1. Zróżnicowanie jakości życia populacji 50+ w wybranych krajach na podstawie rozkładu CASP-12



Uwagi: ciągłą, czerwoną, pionową linią zaznaczone zostały przeciętne (średnie) wartości CASP dla danego kraju; dane przeważają na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Wykres 1.2. Przeciętna jakość życia na podstawie CASP według grup wieku i płci w wybranych krajach



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Na wykresie 1.2 przedstawiono przeciętne wartości CASP dla Polski oraz 6 wybranych krajów w 6. rundzie SHARE, w podziale względem wieku i płci w tych krajach. We wszystkich krajach jakość życia mierzona przy pomocy skali CASP wśród kobiet jest nieznacznie niższa niż wśród mężczyzn, zaś różnice pomiędzy płciami rosną wraz z wiekiem. Podobnie jak na poprzednim wykresie wśród analizowanych krajów Grecja wyróżnia się najniższym przeciętnym wynikiem na skali CASP we wszystkich grupach wieku. W Szwecji natomiast przeciętne wartości CASP są najwyższe spośród analizowanych krajów tylko w młodszych grupach wieku. W przypadku osób w wieku 70+ przeciętny CASP jest nieznacznie wyższy w Niemczech niż w Szwecji. Ogółem różnica w przeciętnym poziomie jakości życia pomiędzy Szwedkami w wieku 60-69 lat a ich rówieśniczkami w Grecji sięgała 8 punktów CASP.

Jak pokazano na wykresie 1.2 przeciętna jakość życia niekoniecznie spada wraz z wiekiem. W Czechach, Francji, Niemczech, Polsce i w Szwecji dla respondentów w wieku 60-69 lat obserwujemy wyższy przeciętny CASP niż dla respondentów między 50. a 59. rokiem życia. Jednocześnie jednak przeciętna jakość życia osób w wieku 70+ we wszystkich analizowanych krajach była zdecydowanie niższa niż młodszych osób. Szczególnie dużą różnicą w przeciętnym poziomie jakości życia pomiędzy osobami w wieku 70+ a osobami młodszymi odznaczały się Grecja, Hiszpania i Polska. Opisane zróżnicowanie jakości życia względem wieku, płci i krajów świadczy nie tylko o istnieniu wielu czynników, które mogą na nią istotnie wpływać, ale również o tym, że wpływ poszczególnych czynników na wysokość CASP może być inny dla różnych krajów. To oznacza między innymi, że współzależność jakości życia z takimi

zmiennymi jak stan zdrowia powinna być analizowana uwzględniając między innymi wiek i płeć, ale ponadto sugeruje, że w wybranych przypadkach interesującym może być przyjrzenie się poszczególnym relacjom zarówno w całej próbie, jak i oddzielnie dla analizowanych krajów.

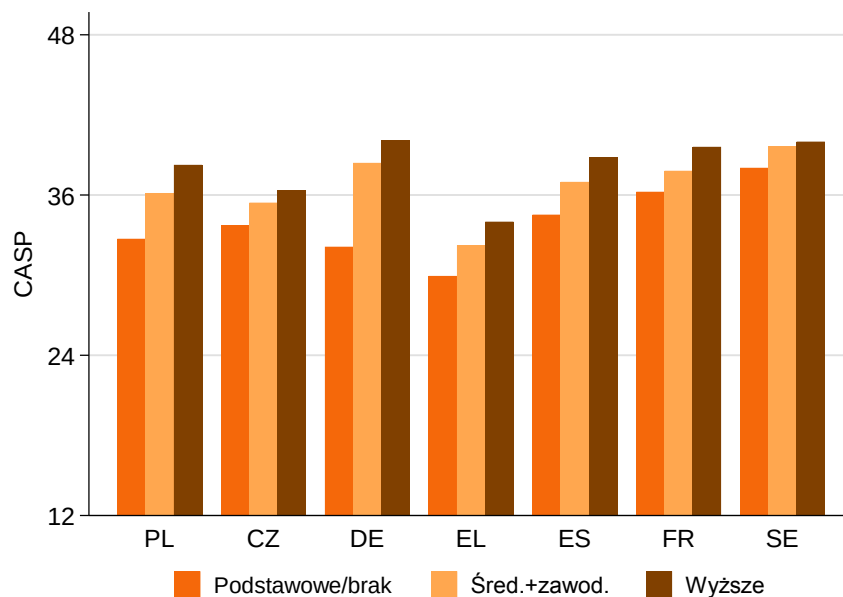
1.2. Czynniki związane z oceną jakości życia

W literaturze społeczno-ekonomicznej wielokrotnie wskazywano na istotne korelacje oceny jakości życia z uwarunkowaniami w zakresie stanu zdrowia, pracy, sytuacji materialnej, sytuacji rodzinnej i zaangażowania społecznego. Dla celów bliższego zbadania tych relacji w ostatnich latach powstało wiele opracowań analizujących jakość życia przy pomocy skali CASP. Ze względu na to, że miara CASP została specjalnie dopasowana do badania osób po pięćdziesiątym roku życia i włączona do badania SHARE oraz do podobnych badań prowadzonych w innych krajach, takich jak HRS w USA (*Health and Retirement Study*) czy ELSA w Anglii (*English Longitudinal Study of Ageing*), duża część z nich korzysta z danych gromadzonych w ramach tych projektów. Jednocześnie miara CASP wykorzystywana jest coraz częściej również poza krajami europejskimi i USA, np. w Brazylii (Lima i in., 2014), Nowej Zelandii (Towers i in., 2015) czy Etiopii (Hamren i in., 2015).

Jak pokazano w szeregu badań analizujących czynniki wpływające na jakość życia, generalnie wyższe oceny jakości życia obserwuje się wśród osób lepiej wykształconych, a istotny wpływ na obniżenie oceny jakości życia mają samotność i brak silnych relacji społecznych. Jak pokazano między innymi w pracy Litwina i Stoeckel (2013), jakość życia silnie skorelowana jest z wielkością tzw. sieci społecznej oraz stopniem bliskości i częstotliwością kontaktu w ramach tej sieci. Na niską jakość życia mierzoną za pomocą miary CASP narażone są w szczególności osoby, które nie mają nikogo w swojej sieci społecznej. Najczęściej są to osoby w najwyższych grupach wieku, o najniższym wykształceniu i posiadające problemy z niepełnosprawnością, a niska ocena jakości życia jest w takich przypadkach często odzwierciedleniem wykluczenia społecznego.

Zależności pomiędzy wysokością miary CASP a edukacją i strukturą gospodarstwa domowego można też zaobserwować w danych z 6. rundy SHARE. Na wykresie 1.3 przedstawiono zależność między poziomem edukacji i jakością życia mierzoną poprzez CASP – im wyższy poziom wykształcenia, tym wyższa jakość życia, choć duże znaczenie mają tu uwarunkowania krajowe. Podczas gdy w Czechach czy w Szwecji osoby z wyższym wykształceniem mają przeciętnie o 2,6 punktów wyższą jakość życia według CASP niż osoby z wykształceniem podstawowym i osoby, które nie ukończyły żadnej szkoły, to w Polsce różnica poziomu jakości życia wśród osób z tych dwóch grup wynosi 5,5 punktów. Choć zróżnicowanie poziomu jakości życia według wykształcenia jest jeszcze większe w Niemczech, gdzie osoby z podstawowym wykształceniem i bez wykształcenia przeciętnie uzyskały wynik CASP na poziomie 32,1 punktów, zaś osoby z wyższym wykształceniem – przeciętnie na poziomie 40,1 punktów, to było to związane przede wszystkim z bardzo małym odsetkiem osób deklarujących podstawowy lub niższy poziom edukacji w niemieckiej próbie (patrz wykres 1.8).

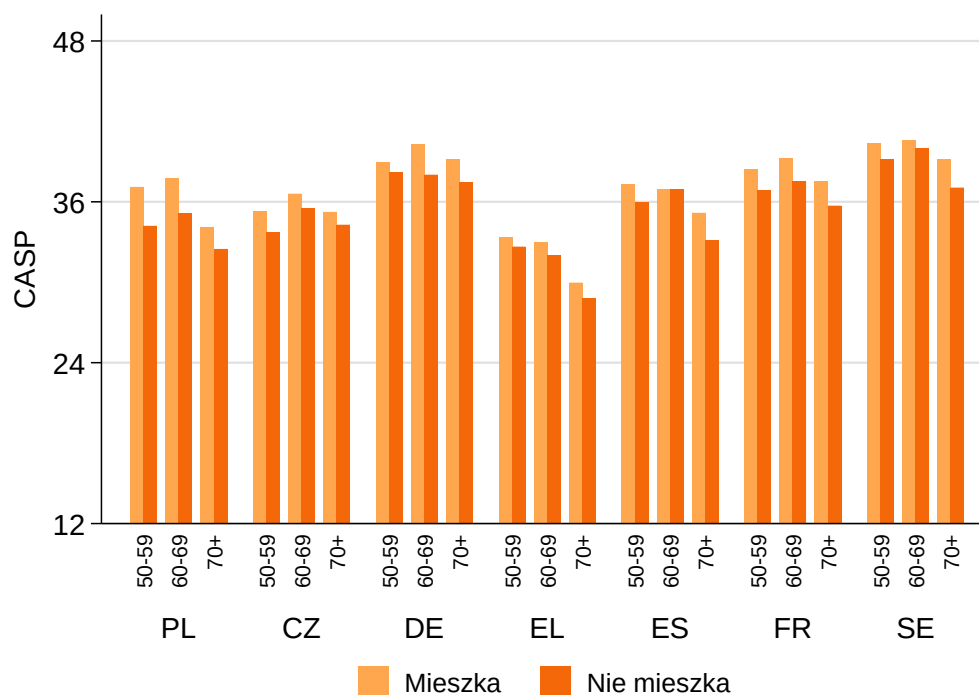
Wykres 1.3. Przeciętna jakość życia na podstawie CASP według wykształcenia w wybranych krajach



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym i nieskorygowane o strukturę wieku; kategorie wykształcenia na podstawie klasyfikacji ISCED 1997.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Wykres 1.4. Przeciętna jakość życia na podstawie CASP według mieszkania z partnerem i grup wieku w wybranych krajach



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym.

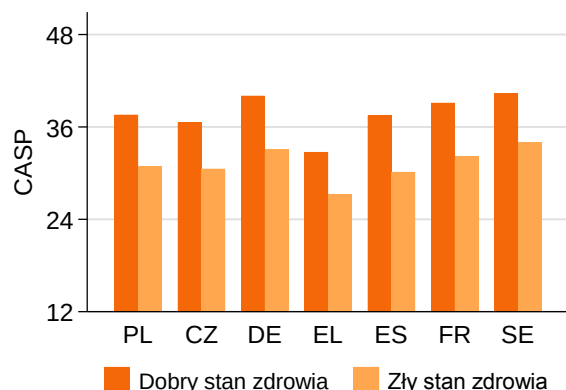
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Na wykresie 1.4 zestawiono jakość życia z posiadaniem współmałżonka lub partnera mieszkającego w tym samym gospodarstwie domowym w zależności od wieku i kraju zamieszkania. Wśród osób, które nie mieszkają wspólnie z partnerem obserwujemy niższy poziom jakości życia na skali CASP we wszystkich analizowanych grupach wieku. Jednocześnie różnice w poziomie jakości życia wśród osób mieszkających i niemieszkających z partnerem są zbliżone w każdej grupie wieku. Również uwarunkowania krajowe nie odgrywają większej roli w ramach zależności pomiędzy jakością życia i mieszkaniem z partnerem.

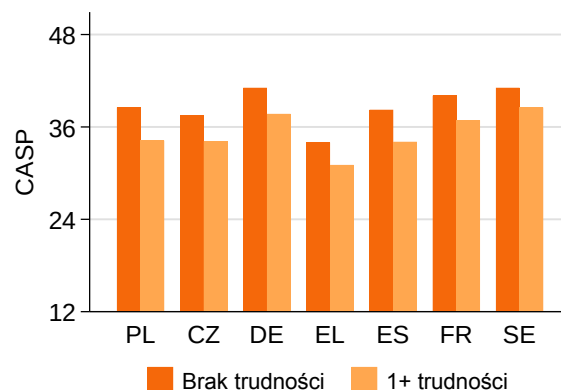
Jednak jak pokazuje wiele badań, jednym z najistotniejszych czynników wpływającym na ocenę jakości życia jest stan zdrowia (np. von dem Knesebeck i in., 2005). Lepszy stan zdrowia, bez względu na metodę wykorzystywaną do jego oceny, jest istotnie powiązany z wyższym wskaźnikiem jakości życia CASP. Taką relację z jakością życia zaobserwowano zarówno dla subiektywnie ocenianego stanu zdrowia, jak i bardziej obiektywnych miar np. posiadania trudności w wykonywaniu codziennych czynności, chorób przewlekłych czy symptomów depresji. W związku z tym, że najczęściej występowanie poszczególnych problemów zdrowotnych jest ze sobą powiązane, ich przełożenie na niższą jakość życia może być bezpośrednie lub pośrednie. Na przykład choroby przewlekłe mogą oddziaływać na jakość życia poprzez ich konsekwencje w formie ograniczeń w normalnym codziennym funkcjonowaniu i wykonywaniu powszednich czynności (Sexton i in., 2014). Negatywny wpływ ograniczeń w codziennych czynnościach na jakość życia opisano również dla specyficznej grupy osób chorujących na raka zauważając przy tym, że wpływ ten rośnie wraz z wiekiem, a występowanie ograniczeń w większym stopniu obniża poziom jakości życia wśród osób w wieku 75+ (Hamama-Raz, 2015). Dane SHARE bardzo wyraźnie potwierdzają zależność między jakością życia mierzoną przy pomocy CASP i stanem zdrowia, czego przykładem są wyliczenia na podstawie danych z 6. rundy badania przedstawione na wykresie 1.5. Zarówno dla subiektywnie ocenianego własnego stanu zdrowia, jak i dla jednej z szeregu obiektywnych miar zdrowia dostępnych w SHARE w postaci posiadania ograniczeń w czynnościach ruchowych, osoby o gorszym zdrowiu przeciętnie deklarowały istotnie niższą jakość życia we wszystkich analizowanych krajach. Szczególnie duże różnice w poziomie jakości życia można zaobserwować dla subiektywnej miary zdrowia – od 7,3 punktów różnicy w Hiszpanii do 5,5 punktów różnicy w Grecji. Jednak również w przypadku porównania przeciętnej jakości życia wśród osób deklarujących trudności z czynnościami ruchowymi i osób nieposiadających takich trudności różnica poziomu CASP wynosiła przeciętnie ok. 3,4 punktów.

Wykres 1.5. Przeciętna jakość życia na podstawie CASP według stanu zdrowia w wybranych krajach

a) Według subiektywnej oceny stanu zdrowia



b) Według deklarowanych ograniczeń w czynnościach ruchowych (1+ MOBILITY)



Uwagi: dane skorygowane o strukturę wieku i przeważone na poziomie indywidualnym; 1+ MOBILITY – patrz tabela 1.1.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Na ocenę jakości życia wpływ mają również sytuacja materialna oraz aktywność zawodowa. Jak wskazuje Wahrendorf (2015) osoby posiadające ciągłą historię zatrudnienia od zakończenia edukacji do przejścia na emeryturę według ustawowego wieku lub w późniejszym okresie mają większe prawdopodobieństwo deklarowania wyższej jakości życia po pięćdziesiątym roku życia. Niższą jakością życia w starszym wieku odznaczają się natomiast mężczyźni, którzy przeszli na wcześniejszą emeryturę, kobiety, w których historii zawodowej dominowało zajmowanie się domem oraz osoby, które pod koniec kariery zawodowej doświadczyły bezrobocia. Naukowcy wskazują, że dla ogólnej oceny jakości życia pracownika w późnym etapie jego kariery zawodowej, która jest ważną determinantą chęci kontynuacji pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego, szczególnie istotne znaczenie ma forma zatrudnienia. Według wyników badania Kautonena i in. (2017) pracownicy po 50. roku życia, którzy u schyłku swojej kariery zawodowej decydują się na zmianę formy zatrudnienia z regularnej umowy o pracę na samozatrudnienie deklarują znaczącą poprawę jakości życia. Co ciekawe, największą pozytywną zmianę jakości życia zaobserwowano dla pracowników, którzy po przejściu na samozatrudnienie zwiększyli liczbę przepracowywanych godzin.

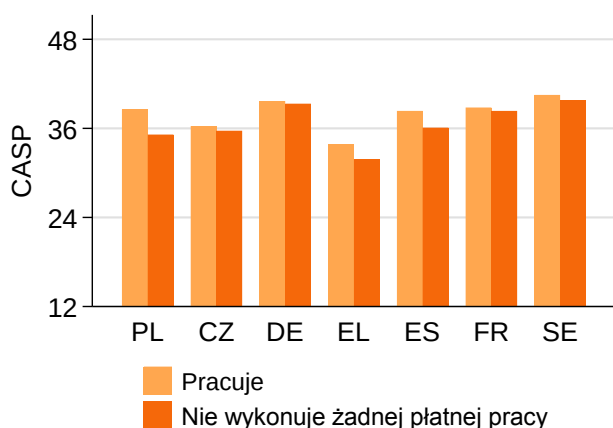
Jednocześnie szereg badań wskazuje, że nie każda praca może pozytywnie przekładać się na jakość życia pracownika. Siegrist i in. (2006, 2008) wskazują, że praca o niskiej jakości może negatywnie oddziaływać na jakość życia i prowadzić do chęci odejścia z pracy na emeryturę. Przeciętne wartości miary CASP dla wybranych krajów w 6. rundzie SHARE w podziale na osoby pracujące i niepracujące nie są jednoznaczne, choć jak można zauważyć na wykresie 1.6b w przypadku takich krajów jak Polska, Grecja i Hiszpania wartość CASP dla osób pracujących jest o około 2,5 punktu wyższa niż dla osób niewykonujących płatnej pracy. Bardziej szczegółowe analizy tych danych przedstawione w części 1.4.5 niniejszego

opracowania potwierdzają jednak ogólny pozytywny wpływ zatrudnienia na ocenę jakości życia, choć jednocześnie podkreślają bardzo duże znaczenie warunków pracy dla tej oceny. Szczególną uwagę zwraca to, że jakość pracy może mieć przełożenie na ocenę jakości życia również w dłuższym okresie – nawet po zakończeniu kariery zawodowej. Na przykład Platts i in. (2013) wskazują, że mężczyźni narażeni w swojej pracy na duży wysiłek fizyczny i niebezpieczne warunki pracy gorzej oceniają jakość swojego życia również po zakończeniu kariery zawodowej.

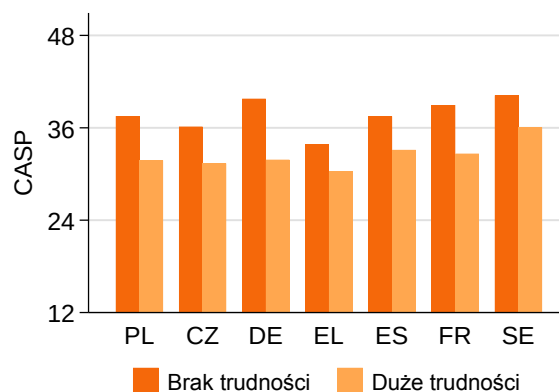
Jednocześnie należy podkreślić, że zależność między pracą i jakością życia mierzona za pośrednictwem CASP-12 jest mniej wyraźna niż ta obserwowana dla podziału gospodarstw domowych według ich sytuacji materialnej. Jak pokazano na wykresie 1.6b osoby deklarujące, że ich gospodarstwo ma duże trudności ze związaniem końca z końcem uzyskały jednocześnie o wiele niższe wyniki CASP niż osoby lepiej oceniające sytuację materialną swojego gospodarstwa. Szczególnie dużą różnicę w poziomie jakości życia można zauważyć dla Niemiec, gdzie osoby z gospodarstw o dużych trudnościach materialnych uzyskały o 7,9 punktów niższy CASP niż osoby z gospodarstw wiążących koniec z końcem bez trudu. Te relacje mogą sugerować, że niższe oceny jakości życia w przypadku osób niepracujących mogą być wynikiem ich gorszej sytuacji materialnej, co z kolei oznacza, że analiza związków pomiędzy oceną jakości życia a pracą powinna wziąć pod uwagę inne aspekty związane z bieżącą oceną jakości życia, takie jak warunki materialne czy stan zdrowia.

Wykres 1.6. Przeciętna jakość życia na podstawie CASP według zatrudnienia i sytuacji materialnej w wybranych krajach

a) Dla pracujących i niepracujących



b) Według trudności w wiązaniu końca z końcem



Uwagi: dane skorygowane o strukturę wieku i przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

1.3. Co faktycznie ma znaczenie? Ocena jakości życia w regresji wielorakiej

Przedstawione powyżej zależności, choć zdają się potwierdzać wyniki wcześniejszych analiz, to ze względu na wzajemne korelacje między różnymi czynnikami mogącymi mieć wpływ na jakość życia, nie mogą być traktowane jako stopień bezpośrednich zależności pomiędzy nimi. Samo to, że jakość życia koreluje z poziomem wykształcenia nie oznacza na przykład, że wyższe wykształcenie jako takie przekłada się na wyższy poziom satysfakcji z życia. W tym przypadku na przykład faktycznym czynnikiem determinującym jakość życia mogą być lepszy stan zdrowia i sytuacja materialna, które korelują z poziomem edukacji i mogą zatem decydować o kierunku obserwowanej zależności.

By bardziej dogłębnie przyjrzeć się zakresowi wpływu poszczególnych czynników na poziom oceny jakości życia, w tej części raportu przedstawiono wyniki regresji wielorakiej opartej na danych dla wszystkich krajów z 6. rundy SHARE, uwzględniającej pięć grup zmiennych:

- a) zmienne podstawowe (wiek, płeć, kraj i miesiąc badania),
- b) zmienne demograficzne (wykształcenie, liczba dzieci, liczba wnuków, mieszkanie z partnerem w jednym gospodarstwie domowym),
- c) zmienne zdrowotne,
- d) zmienne dotyczące sprawności umysłowej oraz
- e) zmienne związane z aktywnością zawodową i sytuacją materialną.

Lista zmiennych ujętych w badaniu w kategorii zdrowotnej i sprawności umysłowej przedstawiona została w tabeli 1.1, a tych ujętych w ramach aktywności zawodowej i sytuacji materialnej w tabeli 1.2. W tabeli 1.3 przedstawiono statystyki opisowe tych zmiennych dla próby, na której przeprowadzono analizy.

Przeciętny wiek respondentów, którzy znaleźli się w analizowanej próbie wyniósł 67 lat, przy czym kobiet było w próbie nieznacznie więcej (55,9%). Co piąta osoba w próbie deklarowała uzyskanie dyplomu wyższego wykształcenia (22,8%). Przeciętnie ponad dwoje dzieci przypadło na respondenta w próbie, przy czym 11,3% respondentów nie posiadało dzieci w momencie przeprowadzania badania w 2015 r. (dotyczy to zarówno osób bezdzietnych, jak i tych, których dzieci zmarły). 68,6% wszystkich respondentów miało wnuki. Ponad 70% osób miało współmałżonka lub partnera, z którym dzieliło gospodarstwo domowe.

Przeciętnie co dziesiąty respondent w próbie oceniał swój ogólny stan zdrowia jako zły w pięciostopniowej skali. Podobny odsetek respondentów deklarowało posiadanie przynajmniej jednej trudności w wykonywaniu prostych czynności codziennych według tzw. skali ADL (*Activities of Daily Living*). Trudności w wykonywaniu złożonych czynności codziennych były bardziej powszechne (15,8% osób deklarowało przynajmniej jeden problem w tzw. skali IADL – *Instrumental Activities of Daily Living*), natomiast niemal co druga osoba miała przynajmniej jeden problem z czynnościami ruchowymi (48,5%). Zdrowie fizyczne respondentów w rundzie 6. podlegało obiektywnej weryfikacji na podstawie przeprowadzanego pomiaru siły uścisku dłoni z wykorzystaniem dynamometru. Zaledwie 2,5% respondentów nie wykonało w ogóle tego ćwiczenia, większość z nich ze względu na

ograniczenia zdrowotne. Dla pozostałych respondentów odnotowano przynajmniej jeden wynik pomiaru dla jednej ręki, zaś docelowo, jeśli nie było przeciwwskazań natury medycznej lub innych, u każdego respondenta dokonywano dwóch pomiarów dla każdej ręki. Średnia z maksymalnych uzyskanych wyników w próbie wyniosła 32,7 kg.

Tabela 1.1. Definicje wybranych zmiennych z rundy 6: zmienne zdrowotne i sprawność umysłowa

Kategoria/zmienne:	Opis zmiennych
Stan zdrowia:	
Zły stan zdrowia	na podstawie subiektywnej oceny ogólnego stanu zdrowia na pięciostopniowej skali (doskonały, bardzo dobry, dobry, zadowalający, zły);
1+ ADL	deklarowany przynajmniej jeden z sześciu problemów z wykonywaniem codziennych czynności prostych (jak np. ubieranie, przejście przez pokój, kąpiel);
1+ IADL	deklarowany przynajmniej jeden z dziewięciu problemów z wykonywaniem złożonych czynności codziennego życia (np. korzystanie z mapy, robienie zakupów, zażywanie leków);
1+ MOBILITY	deklarowany przynajmniej jeden z dziesięciu problemów z wykonywaniem codziennych czynności ruchowych (jak np. przejście 100 metrów, wstanie z krzesła po siedzeniu przez dłuższy czas, wejście na kilka pięter po schodach bez odpoczynku);
4+ EURO-D	deklarowane cztery lub więcej symptomów depresji na podstawie dwunastu pytań o odczuwanie w ciągu poprzedniego miesiąca np. smutku, poczucia winy, rozdrażnienia, czy posiadanie kłopotów ze snem, nadziei na przyszłość, apetytu (Prince i in., 1999);
siła uścisku dłoni	mierzona w kilogramach za pomocą specjalnego urządzenia (dynamometru); ćwiczenie wykonywane jest cztery razy, po dwa razy na każdą dłoń, naprzemiennie; do analiz wykorzystano maksymalną uzyskaną wartość spośród wykonanych pomiarów;
słaby wzrok (dal, bliź)	na podstawie dwóch oddzielnych pytań o jakość widzenia z daleka i z bliska przy wykorzystaniu okularów lub soczewek, jeśli respondent normalnie ich używa (w oparciu o pięciostopniową skalę - doskonały, bardzo dobry, dobry, zadowalający, słaby);
słaby słuch	na podstawie pytania o jakość słyszenia przy wykorzystaniu aparatu słuchowego, jeśli respondent normalnie go używa (w oparciu o skalę jak wyżej);
Sprawność umysłowa:	
liczba wymienionych zwierząt	liczba poprawnie podanych przez respondenta nazw zwierząt w czasie jednej minuty;
liczba zapamiętanych słów (1) – pierwsze powtórzenie	liczba poprawnie podanych przez respondenta słów z dziesięciu rzeczowników, które ankieter odczytał w wolnym tempie z ekranu swojego komputera, bezpośrednio po odczytaniu;
liczba zapamiętanych słów (2) – drugie powtórzenie	liczba poprawnie podanych przez respondenta słów, po upływie określonego czasu po odczytaniu;
5 x poprawne odejmowanie	na podstawie zadania, podczas którego respondent proszony jest o podanie poszczególnych wyników pięciokrotnego odejmowania liczby siedem od stu, a następnie od kolejnych podawanych przez siebie wyników;

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariusza SHARE z rundy 6. (2015 r.).

Do oceny stanu zdrowia fizycznego respondentów w poniższej analizie włączono również deklaracje dotyczące jakości wzroku i słuchu, zmysłów mających niebagatelne znaczenie dla codziennego funkcjonowania oraz kontaktów społecznych. Jedynie 3% respondentów z próby oceniło jakość swojego słuchu w pięciostopniowej skali jako słabą. Podobny odsetek respondentów zadeklarował słabą jakość widzenia patrząc na rzeczy daleko, natomiast 5%

osób zadeklarowało słabe widzenie z bliska. Jakość słuchu i widzenia oceniana była uwzględniając wykorzystanie aparatu słuchowego oraz odpowiednich okularów, jeśli respondent takowe posiadał.

Tabela 1.2. Definicje wybranych zmiennych z rundy 6: sytuacja materialna i aktywność zawodowa

Kategoria/zmienne:	Opis zmiennych
Sytuacja materialna i aktywność zawodowa	
pracuje	respondent wykonuje jakąkolwiek płatną pracę jako zatrudniony lub samozatrudniony, również jeśli jest to tylko dodatkowa praca, a respondent jest na emeryturze, rencie lub zajmuje się domem;
właściciel nieruchomości	respondent lub jego współmałżonek/partner jest właścicielem domu lub mieszkania, w którym mieszka.
duże trudności w wiązaniu końca z końcem	deklarowane trudności gospodarstwa domowego w wiązaniu końca z końcem biorąc pod uwagę całkowitą miesięczną wysokość dochodów gospodarstwa w oparciu o czterostopniową skalę (z wielkim trudem, z pewnym trudem, dość łatwo, z łatwością);
nie może pozwolić sobie na niespodziewany wydatek	gospodarstwo domowe nie mogłoby pozwolić sobie na niespodziewany wydatek w wysokości 1100 zł bez pożyczania pieniędzy (wysokość wydatku dostosowana do progu ubóstwa w danym kraju);
oszczędzanie na ogrzewaniu	w ciągu poprzednich 12 miesięcy gospodarstwo domowe ograniczało wydatki na ogrzewanie, aby obniżyć wydatki na życie pomimo, że było mu zimno.
odłożenie lekarza ze względu na koszt	w ciągu poprzednich 12 miesięcy respondent nie poszedł do lekarza mimo że potrzebował, ponieważ nie mógł pozwolić sobie na to ze względu na koszt;
odłożenie lekarza ze względu na czas oczekiwania	w ciągu poprzednich 12 miesięcy respondent nie poszedł do lekarza mimo że potrzebował, ponieważ czas oczekiwania na wizytę był zbyt długi;
odłożenie dentysty ze względu na koszt	w ciągu poprzednich 12 miesięcy respondent odłożył wizytę u dentysty na później, aby obniżyć wydatki na życie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariusza SHARE z rundy 6. (2015 r.).

Miarą zdrowia psychicznego respondentów w SHARE w rundzie 6. była ocena występowania symptomów depresji według skali EURO-D. W analizowanej próbie czwarta część respondentów cierpiała z powodu czterech lub więcej symptomów depresji (26,6%), co w wielu pracach naukowych uznawane jest jako próg wskazujący na ryzyko występowania depresji (Prince i in., 1999). W ramach kompleksowej analizy kondycji psychicznej respondentów obok pytań o choroby psychiczne i depresję w SHARE oceniane były również zdolności umysłowe. Dla celów analizy sprawności kognitywnej w rundzie 6. przeprowadzane były testy orientacyjne (np. podanie bieżącej daty) i szereg testów sprawnościowych. Przeciętnie w analizowanej próbie respondenci wymienili nieco ponad 20 nazw zwierząt w ciągu jednej minuty i byli w stanie powtórzyć 5,4 słów z dziesięciu w teście bezpośredniego odtwarzania oraz 4 słowa w teście odtwarzania po upływie około 5 minut. 63,3% respondentów w całości poprawnie wykonało test pięciokrotnego odejmowania polegający na konsekwentnym odejmowaniu liczby 7 począwszy od 100.

Tabela 1.3. Statystyki opisowe wybranych zmiennych z rundy 6.

	Średnia	Odchyl. stand.
Wiek (lata)	66,863	9,584
Kobieta	0,559	0,497
Demografia		
Wyższe wykształcenie	0,228	0,420
Liczba dzieci	2,127	1,338
Posiadanie wnuków	0,686	0,464
Mieszkanie z partnerem	0,734	0,442
Zdrowie		
Zły stan zdrowia	0,094	0,291
1+ ADL	0,098	0,297
1+ iADL	0,158	0,364
1+ MOBILITY	0,485	0,500
Słaby wzrok (dal)	0,031	0,173
Słaby wzrok (bliź)	0,050	0,218
Słaby słuch	0,032	0,177
Przeprowadzono pomiar siły uścisku	0,975	0,155
Siła uścisku dłoni (kg)	32,743	12,579
4+ EURO-D	0,266	0,442
Sprawność umysłowa		
Liczba wymienionych zwierząt	20,233	7,893
Liczba zapamiętanych słów (1)	5,352	1,764
Liczba zapamiętanych słów (2)	3,998	2,162
5x poprawne odejmowanie	0,633	0,482
Sytuacja materialna i zawodowa		
Pracuje	0,332	0,471
Duże trudności z wiązaniem końca z końcem	0,123	0,328
Nie stać mnie na niespodziewany wydatek	0,310	0,462
Oszczędzanie na ogrzewaniu	0,124	0,330
Odłożenie lekarza ze względu na koszt	0,048	0,213
Odłożenie lekarza ze względu na czas oczekiwania	0,096	0,295
Odłożenie dentysty ze względu na koszt	0,083	0,275
Właściciel nieruchomości	0,773	0,419
L. obserwacji	59 187	

Uwagi: statystyki dotyczą próby uwzględnionej w regresji z tabeli 1.4.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Tabela 1.4. Czynniki korelujące z wysokością miary CASP – efekty krańcowe

	Efekty krańcowe	t-stat
Wiek	0,032*	(2,10)
Kobieta	0,584**	(2,69)
Demografia		
Wykształcenie (kat. odn.: brak/podstawowe)		
- Śred.+zawod.	0,323*	(2,01)
- Wyższe	0,694***	(5,91)
Liczba dzieci	0,017	(0,56)
Posiadanie wnuków	0,181	(1,01)
Mieszkanie z partnerem	0,382***	(3,89)
Zdrowie		
Zły stan zdrowia	-2,562***	(-14,19)
1+ ADL	-0,809***	(-6,38)
1+ iADL	-1,366***	(-8,22)
1+ MOBILITY	-1,265***	(-10,12)
Słaby wzrok (dal)	-0,526***	(-4,24)
Słaby wzrok (bliź)	-0,359*	(-2,10)
Słaby słuch	-0,624*	(-1,94)
Siła uścisku dłoni (kg)	0,023***	(7,01)
4+ EURO-D	-3,861***	(-24,90)
Sprawność umysłowa		
Liczba wymienionych zwierząt	0,044***	(3,58)
Liczba zapamiętanych słów (1)	0,119*	(1,77)
Liczba zapamiętanych słów (2)	0,053*	(1,97)
5x poprawne odejmowanie	0,225**	(2,82)
Sytuacja materialna i zawodowa		
Pracuje	0,414***	(7,28)
Duże trudności z wiązaniem końca z końcem	-1,588***	(-11,32)
Nie stać mnie na niespodziewany wydatek	-1,692***	(-10,61)
Oszczędzanie na ogrzewaniu	-0,872***	(-5,09)
Odłożenie lekarza ze względu na koszt	-0,767***	(-3,79)
Odłożenie lekarza ze względu na czas oczekiwania	-0,212	(-0,92)
Odłożenie dentysty ze względu na koszt	-0,911***	(-3,06)
Właściciel nieruchomości	0,311**	(2,52)
Kraje	Tak	
Miesiąc przeprowadzenia badania	Tak	
L. obserwacji	59 187	
R ²	0,464	

Uwagi: pozostałe zmienne kontrolne: wzrost, waga, informacja czy przeprowadzono pomiar siły uścisku; w regresji uwzględniono wagi na poziomie indywidualnym.; *** - istotność statystyczna na poziomie 1%, ** - istotność statystyczna na poziomie 5%, * - istotność statystyczna na poziomie 10%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Tabela 1.5. Efekty krańcowe wieku i płci dla jakości życia w zależności od innych grup czynników włączonych do regresji

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Wiek	-0,034*	0,000	0,053***	0,064***	0,032*
	(-2,07)	(0,01)	(3,55)	(4,31)	(2,10)
Kobieta	-0,931***	-0,505**	1,108***	0,807***	0,584**
	(-4,18)	(-2,26)	(5,65)	(3,55)	(2,69)
Demografia	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak
Zdrowie	Nie	Nie	Tak	Tak	Tak
Sprawność umysłowa	Nie	Nie	Nie	Tak	Tak
Sytuacja materialna i aktywność zawodowa	Nie	Nie	Nie	Nie	Tak

*Uwagi: średnie efekty krańcowe, w nawiasach podano t-stat; wyniki dotyczą próby uwzględnionej w regresji z tabeli 1.4; uwzględniono wagi na poziomie indywidualnym; błędy standardowe klastrowane na poziomie kraju. *** - istotność statystyczna na poziomie 1%, ** - istotność statystyczna na poziomie 5%, * - istotność statystyczna na poziomie 10%.*

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Co trzecia osoba w próbie wykonywała płatną pracę, uwzględniając również prace dodatkowe wśród osób będących na emeryturze, rencie lub przez większość czasu zajmujących się domem. Do oceny sytuacji majątkowej gospodarstw w SHARE wykorzystać można informację czy respondent lub jego partner byli właścicielami nieruchomości. Odsetek właścicieli domu lub mieszkania, w którym respondenci mieszkali w momencie przeprowadzania badania w analizowanej próbie w rundzie 6. sięgał niemal 80%.

W wyniku prac prowadzonych przy realizacji 5. rundy badania, w rundzie 6. SHARE utrzymany został poszerzony zestaw miar oceny sytuacji materialnej. 12% respondentów deklaroowało duże trudności w wiązaniu końca z końcem, a zbliżony odsetek osób przyznało, że dla obniżenia kosztów życia ograniczało wydatki na ogrzewanie, mimo że było im zimno. Co trzecia osoba natomiast przyznała, że nie mogłaby sobie pozwolić na znaczący jednorazowy wydatek bez pożyczania na ten cel pieniędzy.⁵ Pytania o ograniczenia odbycia wizyt u lekarza lub dentysty w ciągu roku poprzedzającego badanie umożliwiają dodatkową ocenę sytuacji materialnej z innej perspektywy, stanowiąc jednocześnie formę oceny jakości opieki zdrowotnej, z której korzystali respondenci. Ze względu na koszt respondenci częściej odkładali wizytę u dentysty niż rezygnowali z wizyty u lekarza – w tym pierwszym przypadku 8,3% respondentów deklaroowało odłożenie wizyty, zaś w tym drugim – 4,8%. Warto zwrócić uwagę również na to, że niemal co dziesiąty respondent w próbie nie odbył wizyty u lekarza mimo potrzeb ze względu na zbyt długi czas oczekiwania na konsultację.

W tabeli 1.4 przedstawiono wyniki regresji wielorakiej pokazującej korelację wysokości miary CASP z charakterystykami respondentów SHARE z wszystkich krajów biorących udział w rundzie 6. Wyniki przedstawione zostały jako przeciętne krańcowe efekty poszczególnych zmiennych (opisanych powyżej) przy pełnej specyfikacji równania włączającego do regresji

⁵ Wartość tego wydatku w poszczególnych krajach została określona na poziomie odpowiadającym progom ubóstwa w gospodarstwach jednoosobowych. Na przykład dla Polski przyjęto próg 1100 złotych.

wszystkie z nich, kontrolując równocześnie zmienne zero-jedynkowe dla poszczególnych krajów i miesiąca badania. Wyniki zaprezentowane w tabeli 1.4 pogrupowano zgodnie z kategoryzacją przedstawioną w tabelach 1.1 i 1.2.

Pierwszym ważnym wynikiem przeprowadzonych analiz jest w pewnym sensie zaskakujący wynik pozytywnej relacji wieku z jakością życia mierzoną przez CASP oraz przeciętnie wyższe wyniki CASP dla kobiet, co zdaje się przeczyć temu jak przeciętne wartości CASP kształtują się według płci i wieku (wykres 1.2). O ile wpływ każdego roku życia na wzrost CASP jest niewielki (około 0,03 punktu na skali CASP), to wyniki na skali CASP wśród kobiet są dość istotnie wyższe, przeciętnie o 0,6 punktu. Wy tłumaczenie tej rozbieżności leży w przyjętym kompleksowym podejściu do analizy danych i ujęciu szerokiej grupy zmiennych w analizowanej regresji. Szczegółowe odzwierciedlenie wpływu naszego podejścia na wyniki dotyczące relacji pomiędzy jakością życia oraz płcią i wiekiem przedstawiono w tabeli 1.5, w której pokazano jak efekty krańcowe dla wieku i dla zmiennej zerojedynkowej dla kobiet różnią się w zależności od zakresu charakterystyk ujętych w równaniu

W specyfikacji 1, w której w równaniu poza wiekiem i płcią kontrolowane są jedynie zmienne dla krajów i miesiąca przeprowadzenia badania potwierdzono ujemną korelację CASP z wiekiem i niższe wartości CASP dla kobiet. Dodanie zmiennych demograficznych w specyfikacji 2 niweluje negatywną korelację z wiekiem i zmniejsza różnicę CASP ze względu na płeć. Po rozszerzeniu równania o zmienne zdrowotne (specyfikacja 3) po pierwsze krańcowy efekt wieku staje się dodatni, a po drugie, w takim ujęciu model sugeruje wyższe wyniki CASP dla kobiet niż mężczyzn o takich samych pozostałych charakterystykach. Taki kierunek korelacji utrzymany jest po dodaniu zmiennych dotyczących sprawności umysłowej (specyfikacja 4) oraz zmiennych materialnych i dotyczących aktywności zawodowej (specyfikacja 5), mimo iż przeciętne wartości efektów krańcowych dla wieku i płci są nieco niższe w porównaniu ze specyfikacją 3. Wyniki przedstawione w tabeli 1.5 sugerują zatem, że choć faktycznie przeciętne wartości CASP-12 mogą nieznacznie spadać z wiekiem i są niższe dla kobiet, to wynika to głównie z różnic w stanie zdrowia względem wieku i płci. Dla podobnych wartości stanu zdrowia i innych cech demograficznych, ocena jakości życia rośnie wraz z wiekiem i jest wyższa wśród kobiet.

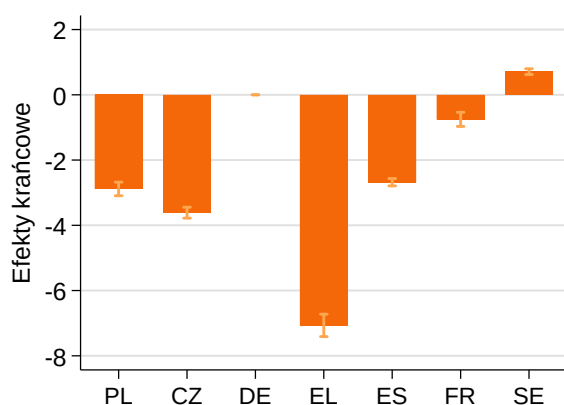
Wynik ten, sugerujący że to nie sam wiek, ale towarzyszące mu zmiany – przede wszystkim te w zakresie zdrowia, decydują o ocenie jakości życia, jest bardzo istotną wskazówką z punktu widzenia roli jaką odegrać może polityka społeczno-gospodarcza, poprzez wpływ na stan zdrowia, aktywność i sytuację materialną osób w wieku 50+. Dyskusja na ten temat podjęta została w kilku częściach niniejszego raportu, a jak wskazano w wielu publikacjach, dane SHARE mogą stanowić bardzo istotny punkt odniesienia dla tworzenia efektywnych rozwiązań wspierających poprawę jakości życia populacji 50+.

Analizy podobne do tych dotyczących relacji między oceną jakości życia a wiekiem lub płcią przeprowadzone zostały również w odniesieniu do różnic międzynarodowych. Duża część porównań wyników CASP-12 między krajami biorącymi udział w rundzie 6. SHARE przedstawionych w częściach 1.1. i 1.2 wskazywała na istotne różnice między oceną jakości

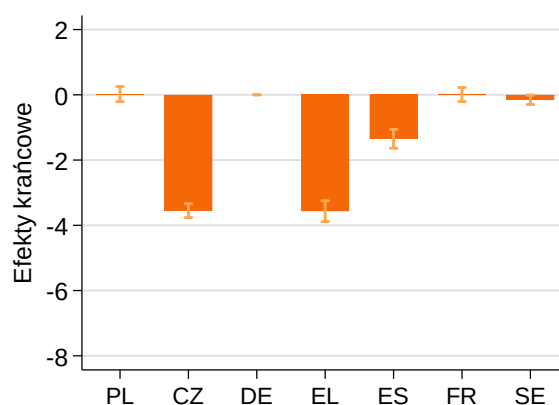
życia w takich krajach jak Niemcy czy Szwecja z jednej strony i Polska lub Grecja z drugiej. Z punktu widzenia powyższych analiz uzasadnionym wydaje się być pytanie o czynniki, które wpływają na te różnice – czy są to kwestie zróżnicowania w charakterystykach decydujących o ocenie jakości życia (np. zdrowie lub sytuacja materialna), czy raczej są to kwestie wynikające z innych nieobserwowanych (przynajmniej z punktu widzenia danych SHARE) charakterystyk. Ta druga interpretacja byłaby o tyle bardziej kłopotliwa, że w takim przypadku trudniej byłoby wyraźnie wskazać przyczyny zróżnicowania międzynarodowego i tym samym zasugerować rozwiązania mające na celu jego zmniejszenie.

Wykres 1.7. Uwarunkowania krajowe dla jakości życia

a) Efekty krańcowe – specyfikacja (1)



b) Efekty krańcowe – specyfikacja (5)



Uwagi: średnie efekty krańcowe; wyniki dotyczą próby uwzględnionej w regresji z tabeli 1.4; uwzględniono wagi na poziomie indywidualnym; DE przyjęto jako kategorię odniesienia; przedziały ufności odpowiadają ufności na poziomie 95%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Na wykresie 1.7 przedstawiono porównanie przeciętnych różnic w wynikach oceny jakości życia miarą CASP-12 między populacjami z wybranych krajów w dwóch specyfikacjach regresji wielorakiej: specyfikacji 1, uwzględniającej tylko różnice w rozkładzie wieku, płci i miesiącu przeprowadzenia wywiadu SHARE; i specyfikacji 5 – czyli pełnej regresji, której wyniki przedstawiono w tabeli 1.4. Krajem referencyjnym, do którego porównane są wyniki pozostałych są Niemcy. Jak widać z wykresu 1.7a przeciętne wartości CASP-12 bez korekty o informacje demograficzne oraz te dotyczące stanu zdrowia, sprawności umysłowej, sytuacji materialnej i zawodowej są faktycznie dość mocno zróżnicowane. Wyniki CASP w Polsce i Hiszpanii na przykład są przeciętnie o około 2,7 punktu niższe niż w Niemczech, a w Grecji aż o 7,1 punktu niższe. Jedynym z wybranych krajów, w którym według specyfikacji 1 jakość życia oceniana jest wyżej niż w Niemczech jest Szwecja, gdzie wynik CASP jest wyższy przeciętnie o 0,7 punktu. Jednak po uwzględnieniu charakterystyk wziętych pod uwagę w specyfikacji 5 (wykres 1.7b), zróżnicowanie pomiędzy poziomem CASP-12 w Niemczech i takich krajach jak Polska, Francja i Szwecja ulega zupełnemu zniwelowaniu, a w przypadku Grecji i Hiszpanii różnica spada prawie dwukrotnie - odpowiednio dla obu krajów z 7,1 i 2,7 punktów do 3,6 i 1,4 punktów. Wyjątkiem są tylko Czechy, w przypadku których różnica w wysokości CASP-12

względem Niemiec w specyfikacji 1 i 5 jest prawie identyczna (3,6 i 3,5 punktów). Na podstawie tych wyników można zasugerować, że zróżnicowanie w poziomie czynników wziętych pod uwagę w naszych analizach odpowiada za bardzo dużą część różnic między krajami i tłumaczy prawie całość różnic pomiędzy Polską i takimi krajami jak Niemcy, Francja czy Szwecja. Jak zauważono powyżej kwestie zdrowia i sytuacji materialnej odgrywają bardzo dużą rolę przy wyjaśnianiu zróżnicowania w poziomie CASP, a to z kolei pozostawia istotne pole do działań w polityce społeczno-gospodarczej w tych dwóch dziedzinach, których efektem może być podniesienie poziomu jakości życia osób w wieku 50+.

Poza zależnościami pomiędzy jakością życia a wiekiem, płcią oraz uwarunkowaniami krajowymi, które ze względu na swoje znaczenie i konieczność zastosowania kompleksowego podejścia zostały poddane szerszej analizie powyżej, w tabeli 1.4 znaleźć można szereg interesujących powiązań pomiędzy jakością życia a czynnikami demograficznymi, zdrowotnymi i materialnymi. W przeciwieństwie do wyników korelacji jakości życia z wiekiem i płcią, której determinanty omówiono powyżej, efekty dla jakości życia większości pozostałych zmiennych włączonych do regresji zdają się być intuicyjne. Na przykład poziom jakości życia rośnie wraz ze wzrostem poziomu uzyskanego wykształcenia. W porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym oraz osób bez edukacji respondenci posiadający dyplom ukończenia szkoły wyższej mieli o 0,7 punktu wyższy poziom CASP.

Wpływ na jakość życia uwzględnionych w regresji zmiennych społeczno-demograficznych nie jest jednoznaczny – o ile posiadanie współmałżonka lub partnera, z którym respondent wspólnie mieszkał przekłada się na wyższy poziom jakości życia o 0,4 punkty CASP, to podobnej zależności nie można stwierdzić dla posiadania dzieci lub wnuków. Jest to o tyle zaskakujące, że w literaturze znaleźć można szereg przykładów dokumentujących silny związek pomiędzy jakością życia a jakością i intensywnością relacji społecznych (McCamish-Svensson i in., 1999; Helgeson, 2003; Litwin i Stoeckel, 2013). To, w kontekście naszych wyników, może z kolei sugerować, że o wpływie tych relacji na jakość życia decyduje nie tyle sam fakt posiadania lub nieposiadania dzieci i wnuków, ale raczej bardziej złożone aspekty kontaktów społecznych. Z tego względu dla bliższego przyjrzenia się tym powiązaniom na podstawie informacji dostępnych w SHARE relacje te poddane zostały kompleksowej analizie w części 1.4.1 niniejszego opracowania.

Wyniki przedstawione w tabeli 1.4 jednoznacznie wskazują na to, że uwarunkowania zdrowotne w bardzo dużym stopniu przekładają się na jakość życia, niezależnie od tego czy pod uwagę brana jest relacja CASP z subiektywnymi czy obiektywnymi miarami zdrowia, a współczynniki przy wszystkich uwzględnionych zmiennych są istotne statystycznie pomimo włączenia do analiz szerokiego zbioru zmiennych odzwierciedlających stan zdrowia. Deklarowanie złego stanu zdrowia obniża CASP o 2,6 punktów, natomiast występowanie czterech lub więcej symptomów depresji – aż o 3,9 punktów. Problemy z wykonywaniem czynności życia codziennego obniżają CASP o odpowiednio 1,4 punkty i 1,3 punkty, gdy dana osoba deklaruje trudności w wykonywaniu czynności złożonych i w poruszaniu, oraz o 0,8 punktu, gdy trudności dotyczą codziennych czynności prostych. Słaba jakość słuchu i wzroku

również obniża jakość życia, choć w porównaniu do pozostałych miar zdrowia w mniejszym zakresie – od 0,6 punktu przy słabej jakości słyszenia do 0,4 punktu przy słabym widzeniu z bliska. Pomimo kontrolowania powyższych miar zdrowia w regresji nadal istotna statystycznie jest relacja między jakością życia a wynikami pomiaru siły uścisku dłoni, jedną z najbardziej obiektywnych miar fizycznego stanu zdrowia w badaniu. Jednak uzyskanie wyniku o 1 kg wyższego (uwzględniając płeć, wiek, wagę oraz wzrost respondentów) oznacza zwiększenie CASP o zaledwie 0,02 punktu, co sugeruje, że większość efektu złego stanu zdrowia identyfikowana jest w regresji przez pozostałe zmienne zdrowotne. By bardziej szczegółowo przyjrzeć się potencjalnym konsekwencjom współwystępowania różnych problemów zdrowotnych w części 1.4.2 niniejszego opracowania zależność między jakością życia a zdrowiem poddano dalszej analizie, zwracając uwagę na częstość występowania poszczególnych problemów zdrowotnych i pokazując łączny wpływ najczęściej występujących kombinacji tych problemów na jakość życia.

Analiza regresji wskazuje również na niezależną rolę sprawności umysłowej respondentów dla ich oceny jakości życia, a relacje wszystkich włączonych do regresji miar sprawności umysłowej są istotne statystycznie. Dotyczy to zarówno sprawności rachunkowej, jak i testów mających na celu ocenę pamięci i płynności słownej. Na przykład osoby, które poprawnie wykonały test pięciokrotnego odejmowania liczb miały o 0,2 punktu wyższy CASP, a podanie jednej nazwy zwierzęcia więcej w teście płynności przekładało się na wzrost CASP o 0,04 punktu.

Podobnie jak w przypadku relacji zdrowia i sprawności umysłowej z jakością życia również przy analizie relacji pomiędzy CASP i czynnikami ekonomicznymi należy mieć na uwadze powiązania pomiędzy poszczególnymi zmiennymi. Wyniki przedstawione w tabeli 1.4 wskazują z jednej strony na silny wpływ sytuacji materialnej na ocenę jakości życia, jednak jednocześnie sugerują niezależny pozytywny efekt aktywności zawodowej na wysokość miary CASP (o 0,4 punktu CASP). W przypadku zmiennych związanych bezpośrednio z sytuacją materialną respondentów analizy wskazują, że ograniczenia finansowe odzwierciedlone w braku możliwości poniesienia niespodziewanego wydatku bez pożyczania pieniędzy przekładały się na obniżenie CASP aż o 1,7 punktu, zaś deklaracja dużych trudności gospodarstwa domowego ze związaniem końca z końcem – o 1,6 punktu. Respondenci, którzy ze względu na dążenie do obniżenia kosztów życia doświadczali rozmaitych trudności materialnych, oszczędzając na ogrzewaniu lub rezygnując z potrzebnej wizyty u dentysty lub lekarza, mieli o 0,8-0,9 punktu niższy CASP niż osoby nieposiadające takich trudności. Ważną formą zabezpieczenia sytuacji materialnej szczególnie w starszym wieku jest akumulacja aktywów majątkowych np. nieruchomości. Takie zabezpieczenie w postaci własności domu lub mieszkania również pozytywnie powiązana jest z CASP podwyższając go o 0,3 punktu. Co ciekawe na jakość życia nie miała natomiast wpływu ocena jakości opieki zdrowotnej, tu definiowana na podstawie długiego czasu oczekiwania uniemożliwiającego wizytę u lekarza, przynajmniej w zestawieniu ze wszystkimi innymi zmiennymi uwzględnionymi w regresji.

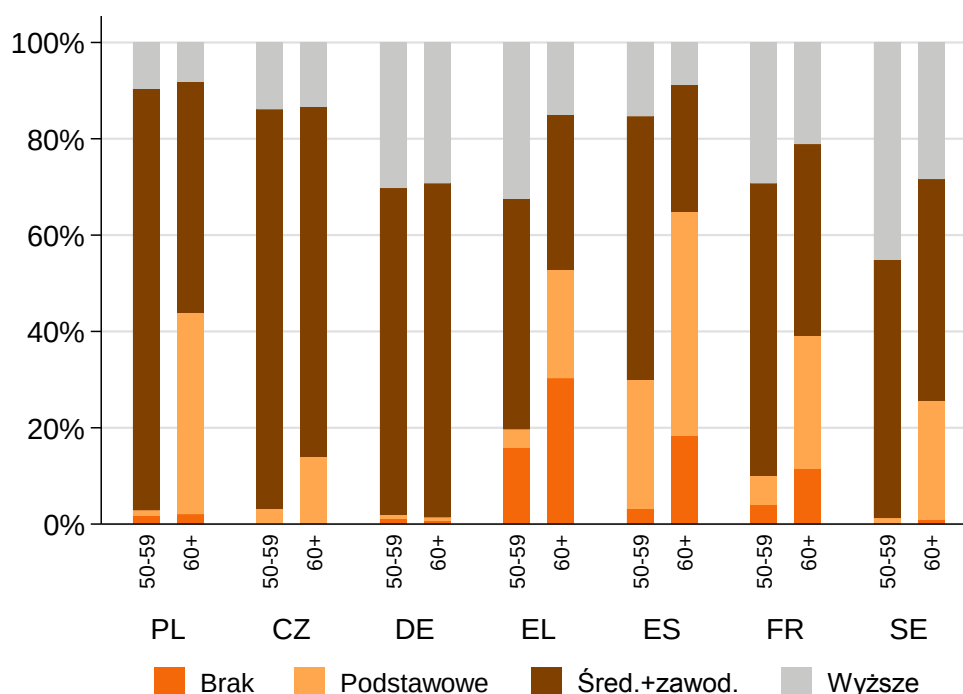
1.4. Czynniki wpływające na jakość życia osób w wieku 50+: Polska na tle Europy

Po analizie czynników wpływających na wysokość miary CASP w danych SHARE przedstawionej powyżej, w niniejszej części raportu skoncentrowano się na wybranych najważniejszych aspektach życia osób w wieku 50+, by w bardziej szczegółowy sposób skupić się na przyczynach zróżnicowania w ocenie jakości życia pomiędzy wybranymi krajami, ze szczególnym uwzględnieniem wyników dla Polski.

1.4.1. Uwarunkowania demograficzne i społeczne

Zgodnie z wynikami przedstawionymi w części 1.3 poziom wykształcenia jest bardzo silnie skorelowany z jakością życia. Na wykresie 1.8 przedstawiony został rozkład populacji wybranych krajów według grup wieku względem poziomów edukacji skategoryzowanych na podstawie międzynarodowej klasyfikacji ISCED, gdzie poziom 1. ISCED odpowiada wykształceniu podstawowemu, poziomy 2. i 3. – wykształceniu średniemu wraz z zawodowym, zaś wyższe poziomy od 4. do 6. – wykształceniu wyższemu. Dodatkowo na wykresie w ramach kategorii „Brak” uwzględniono osoby deklarujące, że nigdy nie uczęszczały do szkoły lub zdobyły niepełne wykształcenie podstawowe. Odsetek takich osób jest szczególnie wysoki w starszej grupie wieku w Grecji (30%), Hiszpanii (18%) i Francji (11%). Ponadto, w przypadku Grecji również istotna część populacji w wieku 50-59 lat zadeklarowała brak edukacji podstawowej (16%).

Wykres 1.8. Poziom wykształcenia w grupach wieku w wybranych krajach



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym; kategorie wykształcenia na podstawie klasyfikacji ISCED 1997.

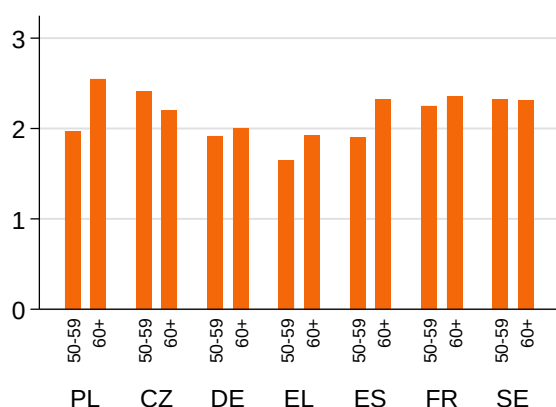
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Największy odsetek populacji z wyższym wykształceniem obserwujemy wśród Szwedów, wśród których 45% osób w wieku 50-59 lat i 28% osób w wieku 60+ uzyskało dyplomy szkół wyższych. Choć w większości analizowanych krajów młodsza grupa wieku była wyraźnie lepiej wykształcona, to wyjątkiem pod tym względem były Niemcy, spośród których 69% miało wykształcenie przynajmniej średnie lub zawodowe zaś 30% miało wykształcenie wyższe w obu grupach wieku. W Polsce, choć wykształcenie wyższe zdobyło ok. 9% populacji bez względu na wiek, to można zauważyć znaczącą różnicę w odsetku osób ze średnim i zawodowym wykształceniem posiadanym przez 88% osób w wieku 50-59 lat oraz 48% w wieku 60+.

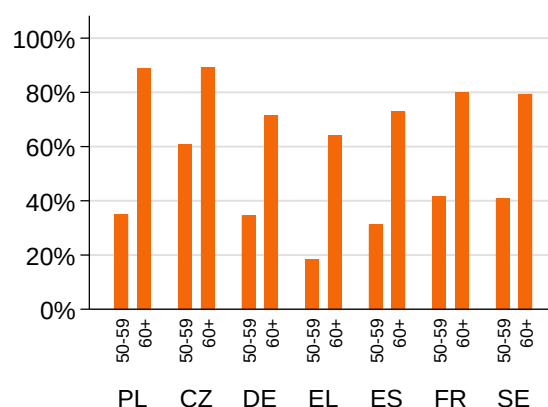
Wśród analizowanych krajów przeciętnie respondenci posiadali 2,2 dzieci i poza Czechami i Szwecją średnia liczba dzieci na osobę była wyższa w starszej grupie wieku, co wiązać się może ze zmianami w modelu rodziny oraz różnicami w aktywności kobiet na rynku pracy zachodzącymi stopniowo od połowy ubiegłego stulecia (wykres 1.9a). W Szwecji przeciętna liczba dzieci była w obu grupach wieku zbliżona, natomiast w Czechach w młodszej grupie wieku nawet więcej dzieci przypadało na osobę niż w grupie 60+. W porównaniu do osób w wieku 60+ wśród osób z młodszej grupy wieku znacząco mniejszy odsetek posiadał wnuki, choć w tym przypadku znaczenie mogą mieć zmiany kulturowe pomiędzy pokoleniami i opóźnienie decyzji o posiadaniu dzieci, co z kolei przekładać się może na prawdopodobieństwo posiadania wnuków przed sześćdziesiątym rokiem życia (wykres 1.9b). W grupie analizowanych krajów wśród osób w wieku 60+ Polacy mieli średnio więcej dzieci (2,5 dzieci), a bardzo wysoki odsetek osób miał wnuki (89%). Przeciętnie najmniej dzieci oraz najmniejszy odsetek dziadków można zaobserwować w Grecji.

Wykres 1.9. Liczba dzieci i posiadanie wnuków w grupach wieku w wybranych krajach

a) Przeciętna liczba dzieci



b) Odsetek osób posiadających wnuki



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym; w analizie uwzględnione są również osoby nieposiadające żyjących dzieci (11,3% respondentów w rundzie 6.).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Jak wspomniano już w części 1.3 niniejszego opracowania na jakość życia osób po pięćdziesiątym roku życia znacząco wpływa wielkość posiadanej przez nie sieci społecznej oraz stopień bliskości i częstotliwości kontaktów, które utrzymują w ramach tej sieci (Litwin

i Stoeckel, 2013). Jednocześnie wyniki przedstawione w tabeli 1.4 sugerują, że samo posiadanie dzieci czy wnuków nie ma istotnego przełożenia na ocenę jakości życia. W tym sensie dane SHARE z rundy 6. stanowią unikalne źródło szczegółowych informacji dotyczących sieci społecznych pozwalających na to by ocenić ich wpływ na ocenę jakości życia. Opierają się one o pytania skupiające się na osobach z którymi respondenci omawiali ważne dla siebie sprawy, a w badaniu zbierane są informacje dotyczące tego jak często uczestnicy badania mieli kontakt z wymienionymi przez siebie osobami, jak daleko od nich te osoby mieszkały oraz jak blisko byli z tymi osobami związani emocjonalnie (więcej szczegółów w tabeli 1.6, statystyki opisowe zmiennych dotyczących jakości sieci społecznych w rundzie 6. SHARE przedstawiono w tabeli 1.7). Podobne pytania zadane zostały po raz pierwszy w ramach rundy 4. badania, cztery lata wcześniej. Wraz z rundą 6. informacje dotyczące sieci społecznych respondentów SHARE nabrały wymiaru panelowego, ponieważ podczas wywiadu z respondentem identyfikowane były zmiany, które zaszły w jego sieci.

Tabela 1.6. Definicje wybranych zmiennych z rundy 6: zmienne dotyczące jakości sieci społecznej

Zmienne:	Opis zmiennych
Jakość sieci społecznej	
Liczba osób w sieci społecznej	osoby, z którymi respondent omawiał dobre i złe zdarzenia ze swojego życia, swoje problemy lub istotne sprawy w ciągu poprzednich 12 miesięcy. Maksymalnie respondent mógł podać 8 osób;
Liczba osób niezwykle blisko związanych z respondentem	osoby, z którymi respondent czuł się niezwykle blisko związany spośród tych, które wymienił w ramach swojej sieci społecznej;
Liczba osób z sieci mieszkających bliżej niż 5km	osoby mieszkające w tym samym gospodarstwie domowym co respondent, w tym samym budynku lub mniej niż 5 kilometrów od respondenta spośród tych, które wymienił w ramach swojej sieci społecznej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariusza SHARE z rundy 6. (2015 r.).

Tabela 1.7. Statystyki opisowe wybranych zmiennych dotyczących jakości sieci społecznej w rundzie 6.

	Średnia	Odchyl. stand.
Jakość sieci społecznej		
Liczba osób w sieci społecznej	2,643	1,563
Liczba osób niezwykle blisko związanych z R	1,094	1,224
Liczba osób z sieci mieszkających bliżej niż 5km	1,491	1,069
L. obserwacji	54 672	

Uwagi: statystyki dotyczą próby uwzględnionej w regresji z tabeli 1.4 pomniejszonej o osoby nieposiadające informacji dotyczących sieci społecznych (ok. 10% próby).

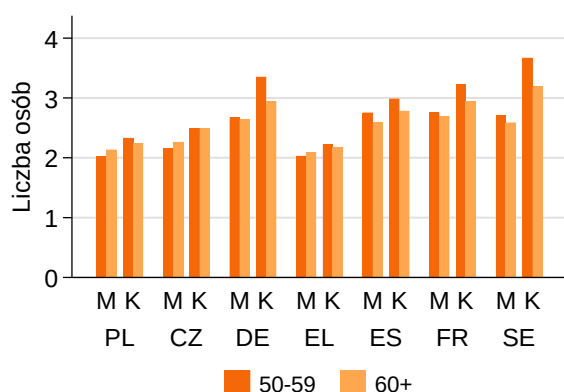
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Porównanie modeli sieci społecznych w wybranych krajach, które uczestniczyły w rundzie 6. przedstawiono na wykresach 1.10a i b. W grupie wybranych krajów przeciętnie największą sieć społeczną miały kobiety w wieku 50-59 lat. W Niemczech i w Szwecji kobiety w tej grupie wieku nie tylko miały przeciętnie najwięcej osób w sieci wśród analizowanych krajów, ale też wymieniały przeciętnie o jedną osobę więcej w ramach swojej sieci niż Niemcy czy Szwedzi

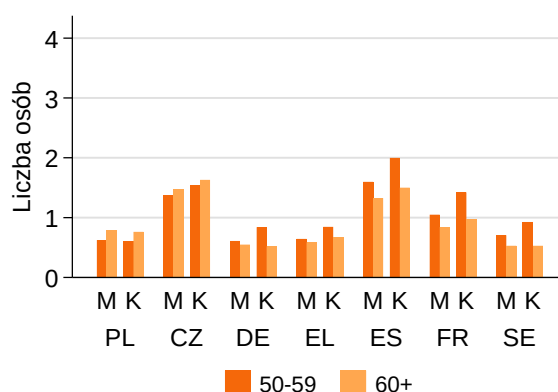
w tej samej grupie wieku. Co ciekawe, jak pokazano na wykresie 1.10b wielkość sieci społecznej niekoniecznie koresponduje z jej jakością mierzoną w tym przypadku liczbą osób z sieci, z którymi respondent czuł się „niezwykle blisko” związany emocjonalnie. Choć kobiety w Niemczech i Szwecji miały przeciętnie ponad trzech członków sieci społecznej, to jednak tylko z jednym z nich czuły się blisko związane. Przykładowo Hiszpanie i Czesi choć mieli przeciętnie mniej osób w sieci społecznej, to częściej były to dla nich bliskie osoby. Dodatkowo w Czechach jako jedynym spośród analizowanych krajów sieci społeczne osób 60+ były przeciętnie większe niż osób z młodszej grupy wieku.

Wykres 1.10. Charakterystyka sieci społecznych w grupach wieku w wybranych krajach w rundzie 6. SHARE

a) Przeciętna liczba osób w ramach sieci społecznej



b) Przeciętna liczba osób w sieci społecznej, z którymi respondent czuje się niezwykle blisko związany



*Uwagi: statystyki dotyczą próby uwzględnionej w regresji z tabeli 1.4 pomniejszonej o osoby nieposiadające informacji dotyczących sieci społecznych (ok. 10% próby); dane przeważone na poziomie indywidualnym.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).*

Kompleksowe informacje dotyczące sieci społecznych respondentów z danych SHARE umożliwiają analizę tego, czy obok innych czynników jakość sieci społecznej ma wpływ na ocenę jakości życia osób 50+. W tabeli 1.8 przedstawiono wyniki regresji jakości życia uwzględniającej podstawowe informacje dotyczące sieci społecznych obok czynników demograficznych, zdrowotnych, kognitywnych, materialnych i zawodowych. W związku z tym, że w rundzie 6. pytania dotyczące sieci społecznej zadawane były tylko części respondentów, informacje te nie mogły zostać włączone do analiz przedstawionych powyżej.⁶ Poniższe wyniki stanowią zatem uzupełnienie analiz z części 1.3. Wyniki estymacji dla jakości życia przedstawione w tabeli 1.8 uwzględniają te same zmienne kontrolne, co w tabeli 1.4.

⁶ 89% wszystkich uczestników badania w rundzie 6. odpowiadało na pytania o sieć społeczną – wszyscy respondenci panelowi oraz część respondentów nowo dołosowanych w rundzie 6. Skomplikowany charakter zacytywania do bazy przed przeprowadzeniem wywiadu informacji podanych w poprzednich rundach oraz relatywnie długi czas wywiadu dla respondentów nowo dołosowanych do rundy 6. spowodował, że część z tych osób nie uczestniczyła w części wywiadu dotyczącej sieci społecznych.

Tabela 1.8. Wpływ różnych aspektów życia na jakość życia - efekty krańcowe w rundzie 6. włączając informacje o jakości sieci społecznej

	Efekty krańcowe	t-stat
Wiek	0,038***	(3,04)
Kobieta	0,445*	(2,08)
Demografia		
Wykształcenie (kat. odn.: brak/podstawowe)		
Śred.+zawod.	0,320*	(1,89)
Wyższe	0,537***	(3,73)
Liczba dzieci	-0,014	(-0,31)
Posiadanie wnuków	0,023	(0,15)
Mieszkanie z partnerem	0,148**	(2,54)
Zdrowie		
Zły stan zdrowia	-2,532***	(-15,49)
1+ ADL	-0,849***	(-8,04)
1+ iADL	-1,402***	(-9,90)
1+ MOBILITY	-1,245***	(-10,20)
Słaby wzrok (dal)	-0,641***	(-3,57)
Słaby wzrok (bliź)	-0,386**	(-2,26)
Słaby słuch	-0,678**	(-2,39)
Siła uścisku dłoni (kg)	0,026***	(6,36)
4+ EURO-D	-3,647***	(-36,97)
Sprawność umysłowa		
Liczba wymienionych zwierząt	0,039***	(3,47)
Liczba zapamiętanych słów (1)	0,107	(1,51)
Liczba zapamiętanych słów (2)	0,056*	(1,81)
5xpoprawne odejmowanie	0,193*	(1,87)
Sytuacja materialna i zawodowa		
Pracuje	0,383***	(8,77)
Duże trudności z wiązaniem końca z końcem	-1,597***	(-11,70)
Nie stać mnie na niespodziewany wydatek	-1,450***	(-12,41)
Oszczędzanie na ogrzewaniu	-0,937***	(-6,21)
Odłożenie lekarza ze względu na koszt	-0,611***	(-3,40)
Odłożenie lekarza ze względu na czas oczekiwania	-0,488***	(-2,92)
Odłożenie dentysty ze względu na koszt	-1,065***	(-3,75)
Właściciel nieruchomości	0,420***	(3,73)
Jakość sieci społecznej		
Liczba osób w sieci społecznej	0,199***	(6,65)
Liczba osób niezwykle blisko związanych z R	0,362***	(12,44)
Liczba osób z sieci mieszkających bliżej niż 5km	-0,060	(-1,37)
Kraje	Tak	

Miesiąc przeprowadzenia badania	Tak
L. obserwacji	54 672
R ²	0,470

*Uwagi: wyniki dotyczą próby uwzględnionej w regresji z tabeli 1.4 pomniejszonej o osoby nieposiadające informacji dotyczących sieci społecznych (ok. 10% próby).; pozostałe zmienne kontrolne: wzrost, waga, informacja czy przeprowadzono pomiar siły uścisku; uwzględniono wagi na poziomie indywidualnym; błędy standardowe klastrowane na poziomie kraju; *** - istotność statystyczna na poziomie 1%, ** - istotność statystyczna na poziomie 5%, * - istotność statystyczna na poziomie 10%.*

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

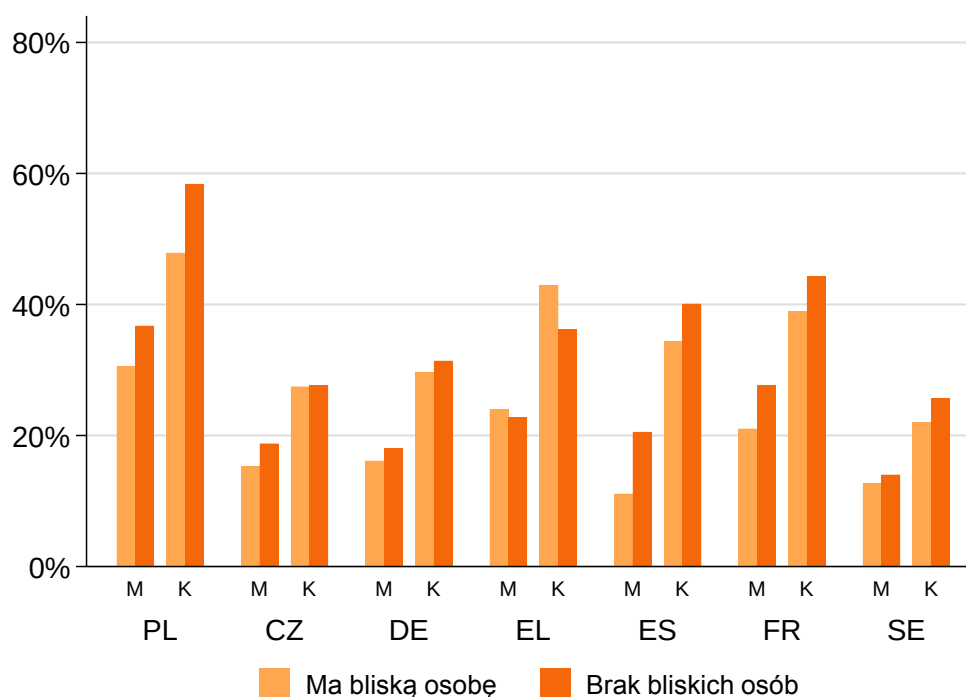
Wyniki regresji (tabela 1.8) pokazują, że uwzględnienie informacji o sieci społecznej nie ma większego wpływu dla korelacji pomiędzy jakością życia a czynnikami demograficznymi, zdrowotnymi czy materialnymi. Jednocześnie zarówno wielkość sieci społecznej, jak i jej jakość mierzona liczbą osób, z którymi respondent czuje się blisko związany ma istotne przełożenie na lepszą jakość życia. Podczas gdy posiadanie każdej kolejnej osoby, z którą respondent rozmawia o istotnych sprawach zwiększa poziom jakości życia o ok. 0,2 punkty na skali CASP, to posiadanie osób blisko związanych przekłada się na wzrost poziomu jakości życia o 0,4 punktu. Jednocześnie prosta miara odległości miejsca zamieszkania osób z sieci społecznej nie ma wpływu na jakość życia, choć w przypadku interpretacji znaczenia tego czynnika należy zauważyć, że w modelu uwzględnione jest dodatkowo mieszkanie ze współmałżonkiem lub partnerem, którego wpływ na jakość życia pozostaje istotny również po uwzględnieniu informacji o sieci społecznej.⁷

Szeroko opisywane w literaturze pozytywne przełożenie jakości sieci społecznej na ogólną jakość życia ma związek między innymi z silną korelacją sieci społecznej z samopoczuciem psychicznym danej osoby. Na wykresie 1.11 zestawiono odsetek osób cierpiących na symptomy depresji wśród osób posiadających osobę z którą czują się blisko związane oraz wśród tych, którzy takiej osoby nie mają. Poza przypadkiem Grecji, w analizowanych krajach zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn znacznie mniejszy odsetek osób posiadających osobę bliską wykazywało symptomy depresji. Przykładowo w Polsce, gdzie ogółem odsetek populacji cierpiącej na symptomy depresji był relatywnie wysoki w porównaniu do pozostałych krajów, o 10,5 p.p. kobiet i 6,1 p.p. mężczyzn więcej wykazywało objawy depresji, jeśli nie posiadało

⁷ Zarówno w specyfikacji włączającej informacje o sieci społecznej (tabela 1.8), jak i bez tych informacji (tabela 1.4) posiadanie dzieci i wnuków nie ma znaczenia dla jakości życia. Sięgając do literatury tematu znaleźć można analizy dokumentujące bardziej skomplikowaną zależność istniejącą pomiędzy jakością życia a posiadaniem wnuków. W związku z tym, że kontakt osób 50+ z wnukami ma najczęściej zgoła inny charakter niż kontakt z dziećmi, innymi dorosłymi członkami rodziny czy znajomymi i często przybiera postać sprawowania nad wnukami opieki, oceniając wpływ częstego kontaktu z wnukami na jakość życia naukowcy biorą pod uwagę zarówno intensywność sprawowanej opieki, jak i uwarunkowania społeczno-ekonomiczne danego kraju (Neuberger i Haberkern, 2013). W krajach skandynawskich i w Holandii, gdzie system opieki przedszkolnej jest dobrze rozwinięty, a więzy rodzinne znacznie słabsze niż na południu Europy, sprawowanie opieki nad wnukami nie ma istotnego wpływu na jakość życia dziadków. Natomiast w krajach śródziemnomorskich o silnych więzach rodzinnych i dominujących tradycyjnych formach wychowywania dzieci, problem z dostępnością opieki przedszkolnej przekłada się na rosnące społeczne wymagania, aby dziadkowie czynnie angażowali się w opiekę nad wnukami. Powoduje to, że w tych krajach o ile aktywne sprawowanie opieki ma pozytywny wpływ na jakość życia dziadków, to w sytuacji gdy dziadkowie nie zajmują się posiadanymi wnukami ich ocena jakości życia jest niższa.

bliskiej osoby. Z drugiej strony Grecja stanowi nieintuicyjny wyjątek, gdzie wśród mężczyzn posiadanie bliskiej osoby nie miało związku z częstością występowania symptomów depresji, zaś wśród kobiet wiązało się nawet z częściej deklarowanymi problemami natury psychologicznej. W tym przypadku należy mieć również na uwadze, że spośród analizowanych krajów Grecy deklarowali najmniej liczne sieci społeczne oraz przeciętnie mniej niż jedną osobę z którą czuliby się blisko związani (wykres 1.10a i b).

Wykres 1.11. Odsetek osób z symptomami depresji (EURO-D) według płci dla osób posiadających przynajmniej jedną osobę w sieci społecznej, z którą czują się niezwykle blisko związane w wybranych krajach



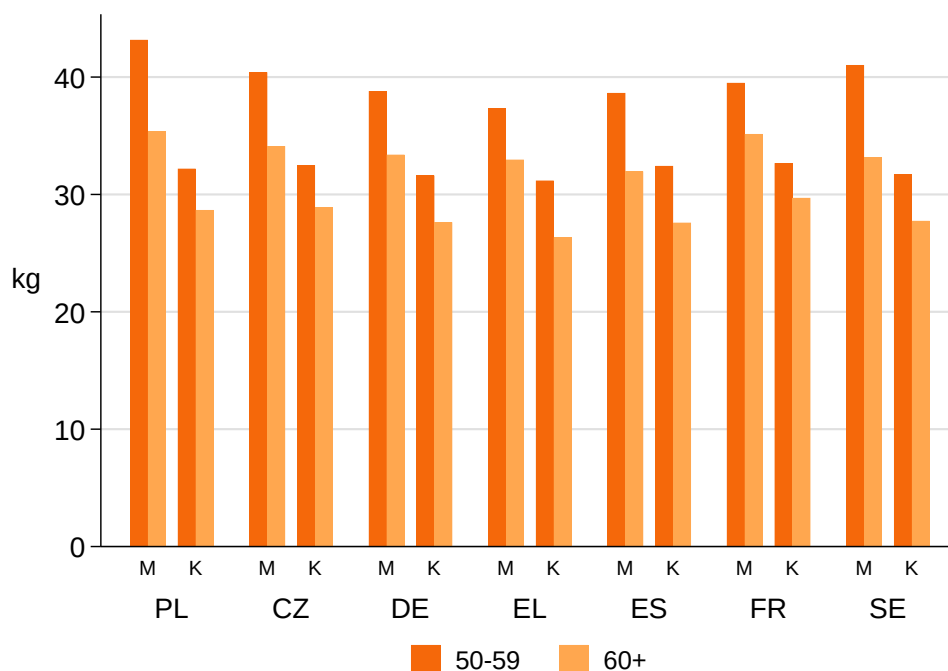
*Uwagi: statystyki dotyczą próby uwzględnionej w regresji z tabeli 1.4 pomniejszonej o osoby nieposiadające informacji dotyczących sieci społecznych (ok. 10% próby); dane przeważone na poziomie indywidualnym.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).*

1.4.2. Stan zdrowia

Jak pokazano w części 1.3 niniejszego opracowania zdrowie fizyczne i psychiczne jest silnie powiązane z jakością życia osób 50+ niezależnie od miary, za pomocą której stan zdrowia jest oceniany. W badaniu SHARE oprócz szeregu pytań mających na celu ocenę fizycznego stanu zdrowia uczestników, przeprowadzane są testy, których celem jest dostarczenie obiektywnej informacji, niezależnej od subiektywnego spojrzenia na własne zdrowie respondentów oraz zakresu ich świadomości co do ich faktycznego stanu zdrowia. Do testów tych należy pomiar siły uścisku dłoni za pomocą dynamometru, pomiar siły wydmuchu powietrza z płuc za pomocą spirometru, pomiar szybkości wstawania z krzesła oraz szybkości przejścia przez pokój. Testy te w różnej konfiguracji przeprowadzane były w kolejnych rundach badania. Na wykresie 1.12 przedstawione zostały przeciętne wyniki pomiaru siły uścisku dłoni, które

przeprowadzone zostały w ramach rundy 6. w podziale na płeć oraz grupy wieku i skorygowane o wzrost i wagę respondentów.⁸

Wykres 1.12. Przeciętna siła uścisku dłoni według płci i grup wieku w wybranych krajach



Uwagi: średnia z maksymalnych wyników uzyskanych przez poszczególnych respondentów w 2 próbach na każdą dłoń; wyniki wyłącznie dla osób, które zgodziły się na przeprowadzenie przynajmniej jednego pomiaru siły uścisku dłoni; dane skorygowane o wzrost i wagę; dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Mężczyźni odznaczali się przeciętnie większą siłą uścisku niż kobiety, podobnie jak osoby w wieku 50-59 lat w porównaniu do osób starszych. Różnice wyników uzyskanych przez mężczyzn w analizowanych krajach były zdecydowanie większe niż w grupie kobiet. Podczas gdy Polacy uzyskali przeciętnie najwyższe wyniki pomiaru spośród analizowanych krajów, to przeciętne wyniki Polek nie różniły się właściwie od wyników dla kobiet w innych krajach. Obraz stanu zdrowia wyłaniający się na podstawie wyników pomiaru siły uścisku wśród respondentów SHARE sugeruje, iż przeciętny stan zdrowia fizycznego Polaków 50+ nie odbiega znacząco od przeciętnego stanu zdrowia w innych krajach Europy.

Z kolei odmiennie przedstawia się sytuacja zdrowotna Polaków w porównaniu do innych krajów, gdy przyjrzymy się innym miarom zdrowia dostępnym w badaniu SHARE. Na wykresie 1.13 zaprezentowano odsetek osób według płci i grup wieku w poszczególnych krajach z wybranymi problemami zdrowotnymi: (a) z ograniczeniami w wykonywaniu codziennych czynności prostych (1+ ADL); (b) z ograniczeniami w czynnościach ruchowych (1+ MOBILITY); (c) w złym stanie zdrowia według własnej oceny; (d) z symptomami depresji (4+ EURO-D).

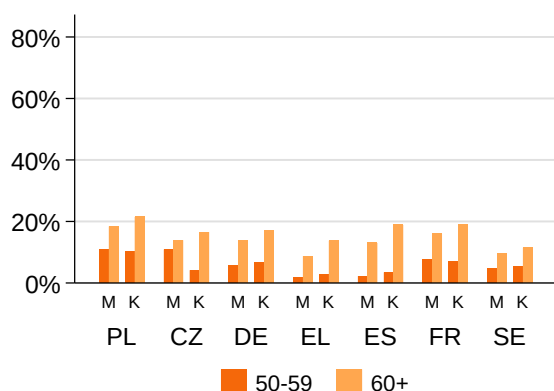
⁸ Test siły uścisku przeprowadzany jest wyłącznie za zgodą respondenta i po upewnieniu się że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do jego wykonania. W rundzie 6. większość respondentów (95%) wzięła udział w pomiarze siły uścisku dłoni. Skorygowanie o wzrost i wagę zapewnia porównywalność wyników pomiędzy krajami.

W przypadku wszystkich czterech analizowanych zmiennych zdrowotnych Polacy najliczniej deklarują posiadanie problemów zdrowotnych. Szczególnie dużą różnicę w porównaniu do przedstawicieli innych państw zauważyć można dla oceny własnego stanu zdrowia jako zły oraz deklarowania czterech lub więcej z 12 symptomów depresji, przy czym należy zauważyć, że samoocena ogólnego stanu zdrowia może być mocno związana z występowaniem symptomów depresji i nie odzwierciedla wyłącznie fizycznego stanu zdrowia. Na podstawie przedstawionych na wykresach 1.13a-d miar zdrowia obserwujemy, że wśród kobiet występowanie ograniczeń zdrowotnych, symptomów depresji oraz zły stan zdrowia deklarowane są częściej niż wśród mężczyzn, zaś różnice pomiędzy płciami są szczególnie wyraźne w grupie wieku 60+.

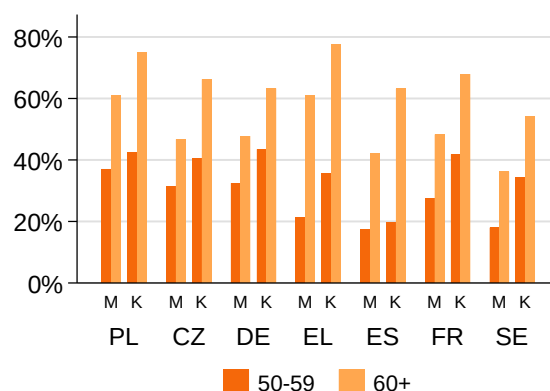
Ogółem, spośród problemów zdrowotnych analizowanych na wykresach 1.13a-d najczęściej podawane przez respondentów SHARE były ograniczenia w czynnościach ruchowych, deklarowane w rundzie 6. średnio przez co drugą osobę w analizowanej próbie i przez niemal 60% respondentów w Polsce (patrz również tabela 1.9). Występowanie 4 lub więcej symptomów depresji według międzynarodowej skali EURO-D raportowało średnio 30% respondentów w próbie wybranych krajów, zaś w Polsce nawet o 10% więcej osób. Przeciętnie 13% uczestników badania z analizowanych krajów oceniało swój stan zdrowia jako zły, podczas gdy w Polsce taką ocenę podawała co czwarta osoba. W przypadku występowania problemów z codziennymi czynnościami, które dotyczyły średnio 18% osób w przypadku czynności prostych oraz 13% osób w przypadku czynności złożonych, różnice pomiędzy Polską a pozostałymi analizowanymi krajami były mniejsze i wynosiły około 4 p.p. W porównaniu do średniej z wybranych krajów Polacy odznaczałi się natomiast gorszym wzrokiem i słuchem. Przykładowo, podczas gdy słaby słuch średnio w analizowanej próbie deklarowało 5% osób, to w Polsce problem ten dotyczył 9% respondentów, natomiast problemy z widzeniem z bliska miało dwukrotnie więcej Polaków niż wynosiła średnia w analizowanej próbie.

Wykres 1.13. Odsetek osób deklarujących wybrane problemy zdrowotne według płci i grup wieku w wybranych krajach

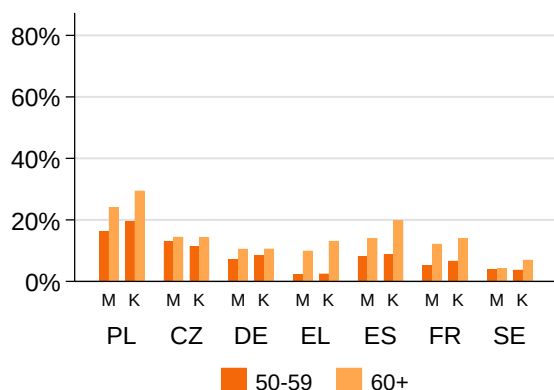
a) Osoby z ograniczeniami w wykonywaniu codziennych czynności (1+ ADL)



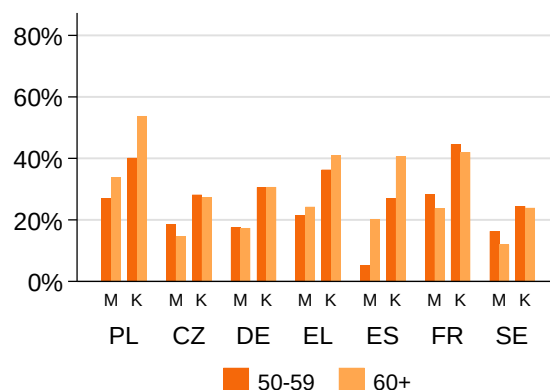
b) Osoby z ograniczeniami w czynnościach ruchowych (1+ MOBILITY)



c) Osoby w złym stanie zdrowia



d) Osoby z 4 lub więcej symptomami depresji w skali EURO-D



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym; c) – zły stan zdrowia według własnej oceny respondenta.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Problemy zdrowotne są ze sobą wzajemnie skorelowane, a problemy natury fizycznej mogą mieć negatywne przełożenie na zdrowie psychiczne lub odwrotnie. Ponadto, szczególnie w starszym wieku, powszechnym zjawiskiem jest współwystępowanie kilku rodzajów problemów zdrowotnych jednocześnie. W tabeli 1.9 przedstawiono jak często analizowane problemy zdrowotne występowały u respondentów jednocześnie, ograniczając się do wzajemnych kombinacji dwóch miar zdrowia. Jedną z najczęstszych kombinacji było współwystępowanie symptomów depresji razem z problemami z poruszaniem się. Na występowanie obydwu tych symptomów złego stanu zdrowia wskazała co piąta osoba w analizowanej próbie oraz niemal co trzeci polski respondent. W tabeli 1.9 wyliczono również skumulowany efekt dla jakości życia różnych kombinacji problemów zdrowotnych, poprzez zsumowanie efektu krańcowego dla CASP poszczególnych problemów zdrowotnych wyliczonych w regresji w części 1.3 i podanych w tabeli 1.4. Najsilniejszy łączny wpływ na CASP miało połączenie występowania symptomów depresji z deklarowanym złym stanem zdrowia, które dotyczyło średnio 7% respondentów w całej analizowanej próbie oraz ponad 15% respondentów polskich. Współwystępowanie tych dwóch problemów obniżało CASP o niemal 6,5 punktu. O ponad 5 punktów niższy CASP miały zaś osoby, u których jednocześnie występowały symptomy depresji oraz problemy z poruszaniem się – kombinacja, która, jak wspomniano powyżej, dotyczyła największego odsetka osób w próbie (przeciętnie 21%). Wyniki te podkreślają jak istotne dla oceny jakości życia są kwestie zdrowotne i w związku z tym jak ważną rolę odgrywa zarówno dostępność jak i jakość opieki zdrowotnej oraz jak ważne są rozwiązania w polityce społeczno-gospodarczej wspierające świadomość zdrowego trybu życia.

Tabela 1.9. Efekty krańcowe czynników zdrowotnych dla jakości życia

	Odsetek populacji deklarującej problem zdrowotny		Efekt na CASP
	Wszystkie kraje	Polska	Wszystkie kraje
4+ EURO-D	29,4%	40,7%	-3,861
Zły stan zdrowia	12,5%	23,6%	-2,562
1+ iADL	18,2%	22,6%	-1,366
1+ MOBILITY	49,7%	57,5%	-1,265
1+ ADL	12,9%	16,4%	-0,809
Słaby słuch	4,5%	8,6%	-0,624
Słaby wzrok (dal)	4,7%	10,2%	-0,526
Słaby wzrok (bliż)	7,4%	15,7%	-0,359
	Współwystępowanie problemów zdrowotnych		Łączny efekt na CASP
	Wszystkie kraje	Polska	Wszystkie kraje
4+ EURO-D wraz z:			
- 1+ MOBILITY	20,6%	31,6%	-5,126
- 1+ iADL	9,3%	14,8%	-5,227
- zły stan zdrowia	7,3%	15,4%	-6,423
1+ iADL wraz z:			
- 1+ MOBILITY	17,0%	21,5%	-2,631
- 1+ ADL	9,6%	13,7%	-2,175
- zły stan zdrowia	7,4%	13,3%	-3,928
1+ MOBILITY wraz z:			
- 1+ ADL	12,5%	16,3%	-2,074
- zły stan zdrowia	11,3%	21,4%	-3,827
- słaby wzrok (bliż)	5,2%	11,2%	-1,624

Uwagi: średnie efekty krańcowe dla osoby w wieku 66 lat (średni wiek w próbie); wyniki dotyczą próby uwzględnionej w regresji z tabeli 1.4; uwzględniono wagi na poziomie indywidualnym; błędy standardowe klastrowane na poziomie kraju.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

1.4.3. Sprawność umysłowa

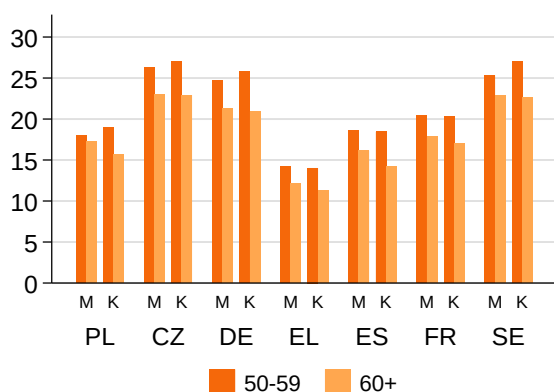
Jak pokazują wyniki przedstawione w tabeli 1.4 na zróżnicowanie oceny jakości życia wpływ ma też sprawność umysłowa respondentów SHARE, która zbadana została za pomocą czterech testów kognitywnych mających za zadanie weryfikację płynności słownej (test wymieniania nazw zwierząt w ciągu minuty), pamięci (testy powtórzenia dziesięciu słów podanych przez ankietera bezpośrednio po ich odczytaniu i z opóźnieniem) oraz sprawności rachunkowej uczestników (test pięciokrotnego odejmowania od siebie liczby 7 począwszy od 100). Wykres 1.14 podsumowuje wyniki testów kognitywnych uzyskane przez respondentów wybranych krajów w rundzie 6. SHARE w podziale na płeć oraz grupy wieku. Średnio we wszystkich analizowanych krajach respondenci w ramach drugiego powtórzenia zapamiętanych słów przypominali sobie o dwa słowa mniej niż podczas bezpośredniego odtworzenia listy słów, choć wyraźne są tu duże różnice pomiędzy krajami. O ile przykładowo

w Niemczech kobiety w wieku 50-59 lat zarówno w pierwszym, jak i w drugim powtórzeniu podawały średnio około 6 słów, to Greczynki w tej grupie wieku w powtórzeniu z opóźnieniem wymieniały średnio 4,3 słów, mimo że bezpośrednio po odczytaniu słów średnio podawały tyle samo wyrazów co Niemki. Osoby z młodszej grupy wieku uzyskały lepsze wyniki niż osoby w wieku 60+ i tę prawidłowość obserwujemy dla wszystkich rodzajów testów oraz wszystkich analizowanych krajów.

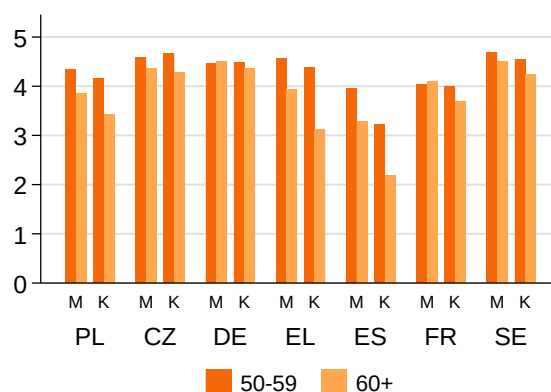
Wyniki kobiet w testach pamięci przeciętnie były nieco wyższe niż mężczyzn we wszystkich analizowanych krajach, szczególnie biorąc pod uwagę młodszą grupę wieku. W przypadku testu płynności słownej kobiety uzyskały nieznacznie lepsze wyniki tylko w grupie osób w wieku 50-58 lat, natomiast test sprawności rachunkowej (odejmowanie) ujawnił wyższe wyniki wśród mężczyzn niezależnie od grupy wieku. Na tle pozostałych krajów wybranych do analizy Polska wypadła naj słabiej w obu testach pamięci – Polki do 60 lat powtórzyły średnio 5,2 słów bezpośrednio po odczytaniu i 3,5 słów w ramach drugiego powtórzenia, podczas gdy dla porównania Niemki w tej grupie wieku powtórzyły odpowiednio 6,4 słów oraz 5,7 słów. W teście płynności słownej gorzej od Polski wypadła tylko Grecja, a szczególnie słabe wyniki w tym kraju na tle innych państw uzyskały kobiety. Średnio 11,5 wymienionych nazw zwierząt wśród Greczynek 60+ można tu zestawzić z przeciętnym wynikiem 15,7 zwierząt podanych przez Polki w tej grupie wieku, nadal o 7,2 nazw zwierząt mniejszym niż przykładowo wśród Czeszek. Natomiast w teście sprawności rachunkowej w porównaniu do Polski słabsze wyniki uzyskała wyłącznie Hiszpania i w tym przypadku również znacznie słabsze wyniki uzyskały kobiety w Hiszpanii w grupie 60+ wykonując poprawnie średnio 2,2 odejmowań, podczas gdy Polki w tym wieku poprawnie podały wyniki średnio 3,4 odejmowań, zaś Niemki – 4,4 odejmowań. Jak pokazano na wykresie 1.14 różnica w sprawności umysłowej Polaków i Czechów jest znacząca, a wyniki tych drugich właściwie nie odbiegały od wyników Szwecji czy Niemiec.

Wykres 1.14. Sprawność umysłowa według płci i grup wieku w wybranych krajach w rundzie 6.

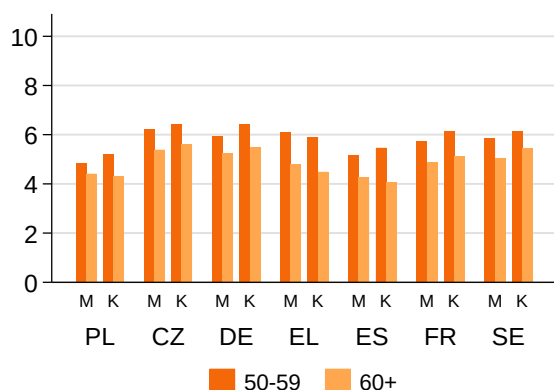
a) Liczba wymienionych w ciągu minuty nazw zwierząt



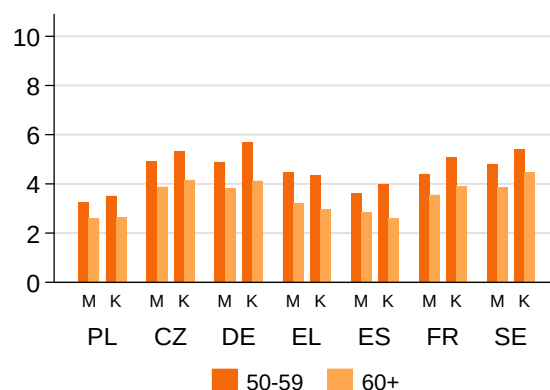
b) Liczba poprawnie wykonanych odejmowań



c) Liczba powtórzonych słów (1)



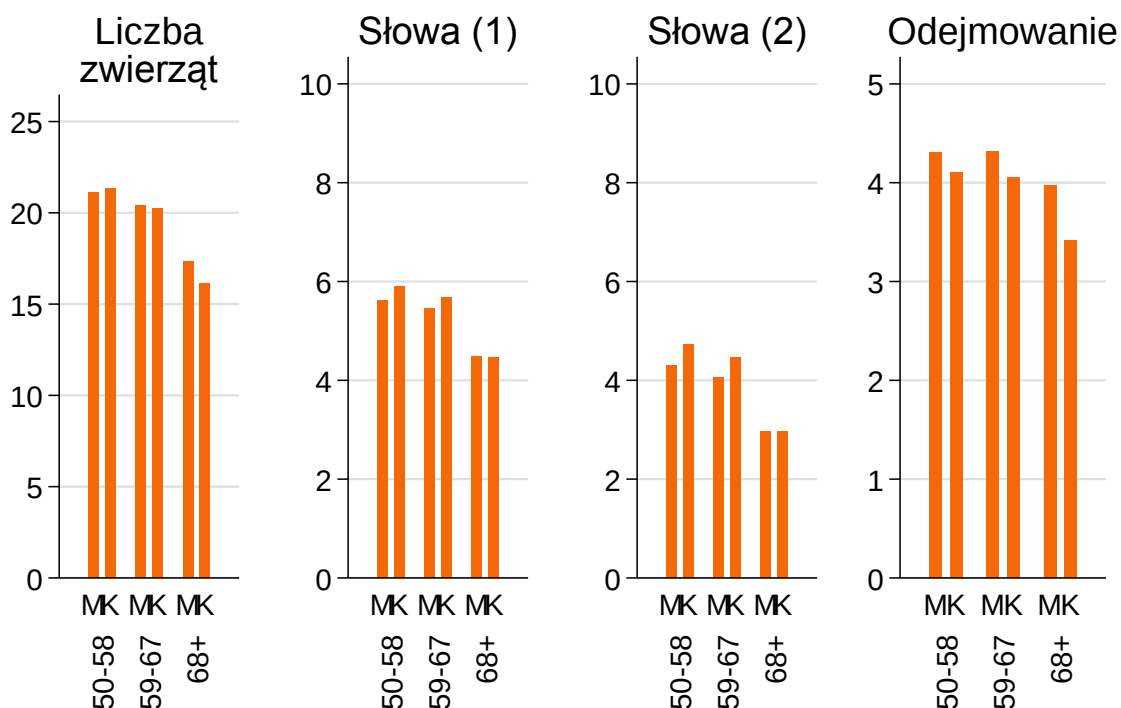
d) Liczba powtórzonych słów (2)



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Wykres 1.15. Sprawność umysłowa na podstawie czterech testów kognitywnych według płci i grup wieku respondentów w rundzie 6. (średnia dla wybranych krajów)



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym; średnie dla wybranych krajów: CZ, DE, EL, ES, FR, PL, SE.

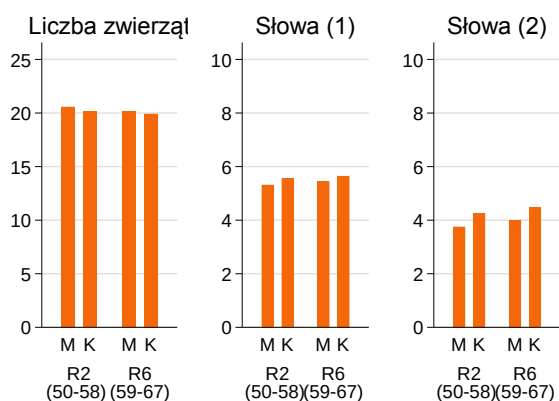
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Na wykresie 1.15 przedstawiono wyniki czterech testów sprawności umysłowej przeprowadzonych w ramach rundy 6. SHARE jako średnie dla grupy siedmiu krajów wybranych do analiz w podziale na płeć i grupy wieku. Choć na wykresie wyraźnie widać, że wyniki testów sprawności umysłowej osób po pięćdziesiątym roku życia w przypadku wszystkich testów są niższe wśród starszych grup wieku, to pojawia się pytanie, czy efekt ten

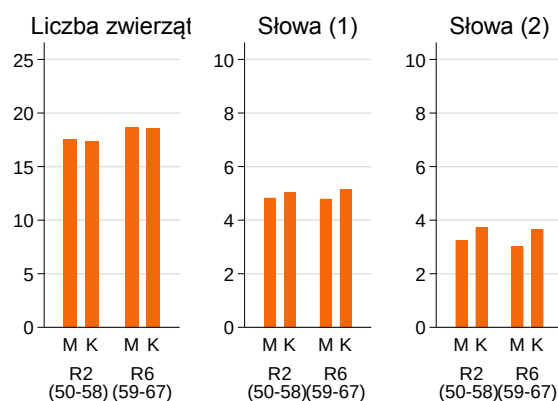
rzeczywiście związany jest z pogorszeniem sprawności umysłowej wraz z wiekiem, czy na przykład wiąże się z kohortowymi różnicami, które mogą na przykład odzwierciedlać zmiany w systemie edukacji w którym kształcone były kolejne pokolenia i w powszechności kolejnych stopni wykształcenia. By odnieść się do tej kwestii na wykresie 1.16 zestawiono wyniki testów sprawności umysłowej dla tych samych respondentów, którzy wzięli udział w rundzie 2. a następnie, po upływie ośmiu lat, w rundzie 6. badania. Próbę ograniczono do najmłodszych badanych osób w rundzie 2. - w wieku 50-58 lat, które w rundzie 6. osiągnęły wiek w przedziale od 59 do 67 lat, zaś wyniki pokazano dla trzech testów sprawności umysłowej, ponieważ test odejmowania od siebie liczb przeprowadzony był po raz pierwszy dopiero w ramach rundy 6. Badania SHARE. Wyniki przedstawiono ponownie jako średnie dla siedmiu wybranych do analiz krajów oraz osobno dla Polski.

Wykres 1.16. Sprawność umysłowa według trzech testów kognitywnych według płci respondentów panelowych z rundy 2. w wieku 50-58 lat i rundy 6. w wieku 59-67 lat

a) Średnia dla wybranych krajów



b) W Polsce



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym za pomocą wag przekrojowych; średnie dla wybranych krajów: CZ, DE, EL, ES, FR, PL, SE.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007), runda 6. (2015 r.).

W przypadku testu płynności słownej (wymienianie nazw zwierząt) przeciętne wyniki dla grupy wybranych krajów były zbliżone w obu rundach badania – zarówno mężczyźni, jak i kobiety wymieniali średnio ok. 20 nazw zwierząt, natomiast w przypadku obu testów zapamiętania słów podanych przez ankietera przeciętne wyniki w rundzie 6. były nieznacznie lepsze dla obu płci. Na podstawie wyników uzyskanych przez polskich respondentów poprawa wyników testów w rundzie 6. w porównaniu do rundy 2. jest bardziej czytelna, szczególnie w przypadku testu płynności słownej. Zjawisko poprawy wyników testów kognitywnych w badaniach panelowych związane może być ze wspomnianym w literaturze tzw. efektem uczenia się – respondenci pamiętają treść i założenia zadania z poprzedniej rundy badania, w której wzięli udział (Palczyńska i Rynko, 2014; Palczyńska i Rynko, 2016; Salthouse, 2010). Palczyńska i Rynko (2014) śledząc wyniki testów kognitywnych uzyskiwane przez te same osoby w kolejnych rundach badania SHARE w całym rozkładzie wieku zauważyły, że efekt

uczenia się jest mniejszy wśród starszych kohort i zanika wraz z tym jak starzeją się respondenci. Nie zmienia to jednak faktu, że za znaczną część spadku wyników testów w kolejnych grupach wieku pokazanego na wykresie 1.15 zdaje się odpowiadać efekt kohorty a w mniejszym stopniu rzeczywisty spadek sprawności umysłowej towarzyszący procesowi starzenia się. Choć na podstawie przedstawionych wyników nie można wykluczyć wpływu wieku na sprawność umysłową, to jednak dominacja efektu kohortowego w obserwowanych różnicach pomiędzy różnymi grupami wieku jest pozytywnym sygnałem dotyczącym możliwości aktywnego i pełnego uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym, włączając oczywiście aktywność na rynku pracy.

1.4.4. Warunki materialne

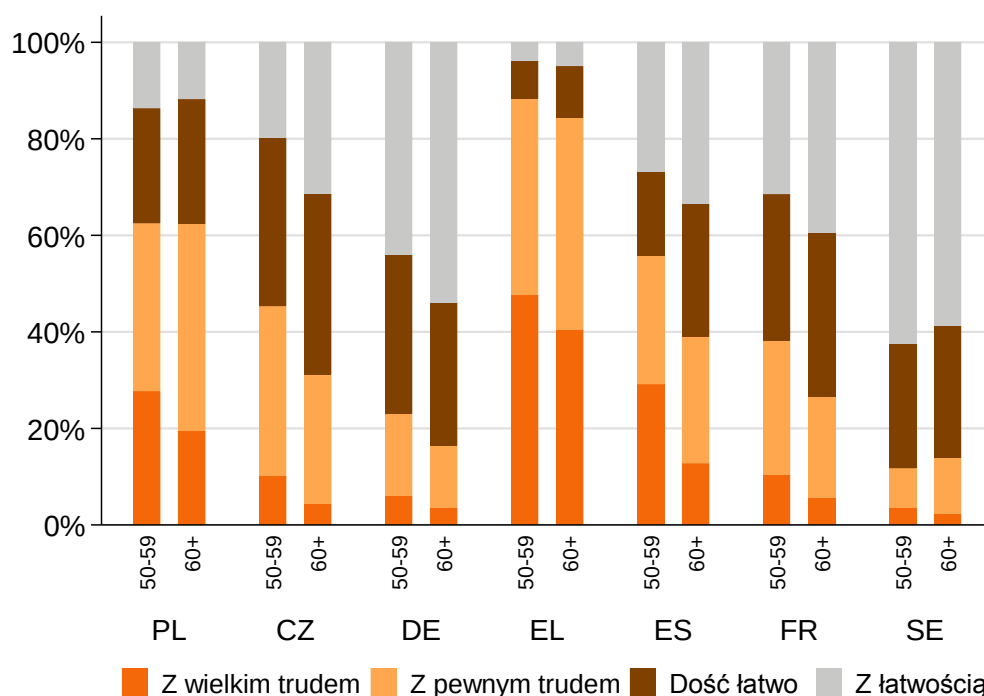
Na podstawie analiz, których wyniki przedstawiono pokrótce w ramach części 1.3 niniejszego raportu opisana została istotna zależność pomiędzy sytuacją materialną a jakością życia mierzoną za pomocą skali CASP. Jak pokazano w tabeli 1.4 gorsza sytuacja materialna ma negatywne przełożenie na jakość życia, a wszystkie włączone do analiz miary sytuacji materialnej niezależnie wpływają istotnie na wysokość miary CASP. Dotyczy to zarówno subiektywnej oceny łatwości wiązania końca z końcem, jak i oceny o bardziej obiektywnym charakterze w postaci deklarowania trudności ekonomicznych wyrażanych za pośrednictwem obniżania kosztów codziennego życia czy możliwości ponoszenia określonych wydatków oraz takich miar jak własność mieszkania czy domu. Najpowszechniej stosowaną miarą oceny sytuacji materialnej gospodarstw domowych jest analiza dochodów, choć wiele pozycji w literaturze wskazuje słabości tego podejścia jak np. znaczący błąd pomiaru, czy trudności analizy porównawczej między krajami, zwracając jednocześnie uwagę na jej nieadekwatność w przypadku oceny sytuacji materialnej specyficznych grup gospodarstw, np. osób starszych, w szczególności tych które już są na emeryturze (Adena i Myck 2014; Gunasekara i in. 2013). Z jednej strony dochody tej grupy nie odzwierciedlają zróżnicowania potrzeb związanych ze stanem zdrowia, czy niepełnosprawnością towarzyszących starszemu wiekowi. Z drugiej strony w przypadku osób w starszym wieku uzasadnionym jest odnoszenie się w analizie sytuacji materialnej do wysokości zgromadzonego majątku i aktywów finansowych. Jak pokazano w Adena i Myck (2014) zmiany w stanie zdrowia korelują w większym stopniu z deprywacją materialną definiowaną w szerszym kontekście oraz subiektywną oceną sytuacji materialnej niż miarami opartymi o dochód.

Poniżej pokrótce przedstawiono analizę subiektywnej oceny oraz obiektywnych wskaźników sytuacji materialnej w wybranych krajach Europy na podstawie informacji zebranych w rundzie 6. SHARE. Pogłębione badanie materialnych warunków życia osób 50+ uwzględniając analizę dochodów gospodarstw domowych oraz zmian, które zaszły w zakresie poziomu życia tej grupy populacji w ciągu ostatnich kilku lat na podstawie wybranych rund badania SHARE przedstawiono w Analitycznym Raporcie Uzupełniającym 5 (Lewandowski i Sałach, 2017).

Wykres 1.17 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące łatwości wiązania końca z końcem w ich gospodarstwach w podziale na grupy wieku. Najczęściej osoby do 60 lat gorzej

oceniali sytuację materialną swojego gospodarstwa niż osoby w wieku 60+. Choć ok. 60% Polaków deklarowało jakiegokolwiek trudności w wiązaniu końca z końcem, to w młodszej grupie wieku odnotowano nieznacznie wyższy odsetek osób informujących o dużych trudnościach materialnych (16% wśród osób do 60 roku życia oraz 9% wśród osób 60+). Sytuacja materialna Greków według ich własnej oceny w 2015 r. nadal nosiła znamiona kryzysu. Niemal 90% respondentów miało trudności ze związaniem końca z końcem, a w przypadku aż połowy greckiej populacji w wieku 50+ trudności te były znaczące.

Wykres 1.17. Sytuacja materialna oceniana na podstawie deklarowanej łatwości w wiązaniu końca z końcem w grupach wieku w wybranych krajach



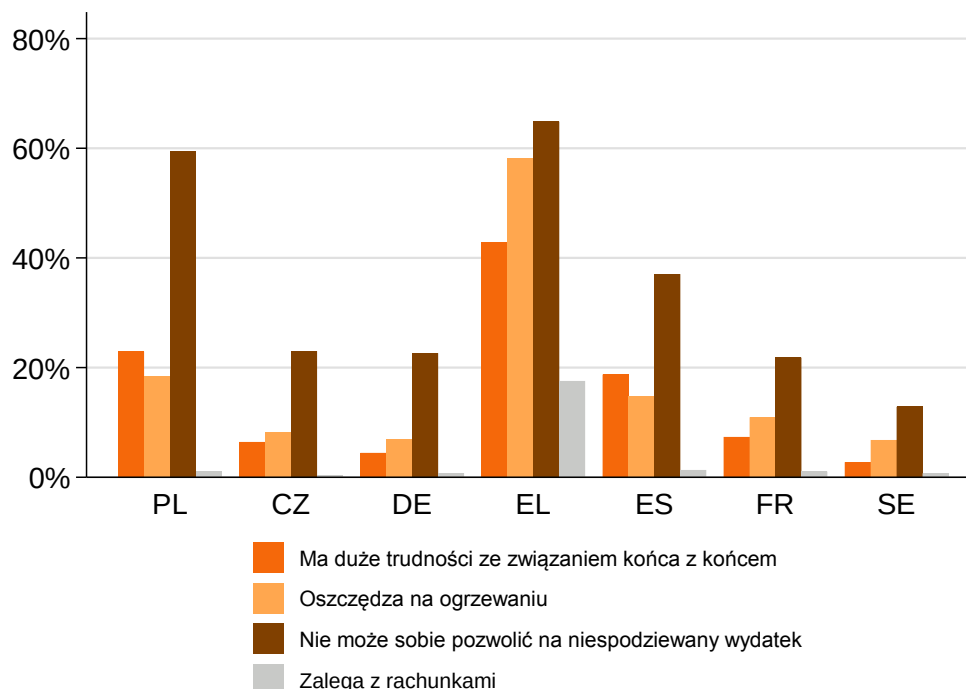
Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Gdy przyjrzymy się obiektywnym miarom sytuacji materialnej przedstawionym na wykresie 1.18 Grecja ponownie wyróżnia się na tle pozostałych wybranych do analizy państw, w których poszczególne trudności deklarowała znacznie mniejsza część populacji 50+. 65% Greków nie mogło pozwolić sobie na niespodziewany wydatek o równowartości progu ubóstwa bez pożyczania pieniędzy, a niewiele mniejszy odsetek (58%) oszczędzał na ogrzewaniu dla obniżenia codziennych kosztów życia. 18% Greków zalegało z zapłaceniem rachunków za mieszkanie lub innych regularnych zobowiązań, co w pozostałych krajach stanowiło jedynie marginalny problem, dotyczący przykładowo 1% populacji Hiszpanii. Wśród pozostałych krajów największy problem stanowił brak możliwości poniesienia niespodziewanego wydatku, ponieważ dotyczył znacznie większego odsetka osób niż pozostałe analizowane trudności ekonomiczne. W przypadku Polski niemal 60% respondentów nie mogło pozwolić sobie na niespodziewany wydatek, niewiele mniej niż

w Grecji, choć jednocześnie problem oszczędzania na ogrzewaniu deklarowany przez ponad połowę respondentów greckich dotyczył jedynie 18% Polaków.

Wykres 1.18. Sytuacja materialna oceniana na podstawie różnego rodzaju trudności ekonomicznych w wybranych krajach



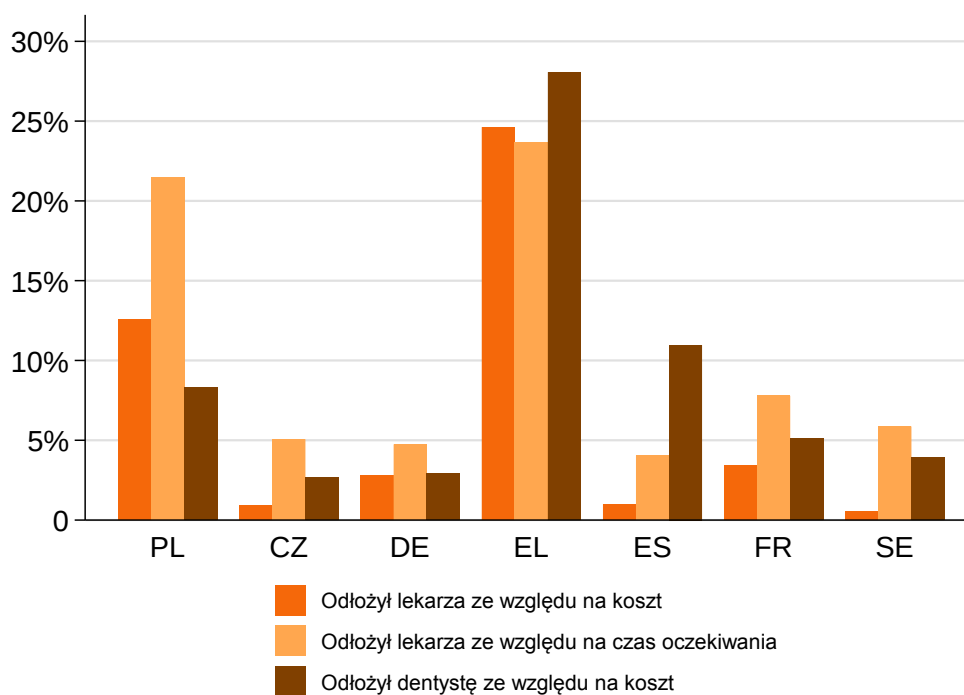
Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Poziom zaspokojenia potrzeb medycznych wpływa na jakość życia osób 50+ w dwójnasób. Z jednej strony może być odzwierciedleniem sytuacji materialnej, jeśli przyczyną niezaspokojenia potrzeb opieki zdrowotnej jest brak możliwości poniesienia związanych z nimi dodatkowych wydatków. Z drugiej zaś strony, niezaspokojone potrzeby związane z opieką zdrowotną świadczyć mogą o ograniczonej dostępności publicznej opieki zdrowotnej. W badaniu SHARE respondenci informują o konieczności odłożenia wizyty u lekarza lub dentysty w związku z brakiem możliwości poniesienia kosztu tej wizyty oraz o odłożeniu wizyty u lekarza ze względu na zbyt długi czas oczekiwania. Porównanie wyników w zakresie tych informacji pomiędzy krajami jest utrudnione ze względu na różnorodne rozwiązania obowiązujące w ramach systemów opieki zdrowotnej, gdzie pacjentowi przysługiwać może bezpłatna opieka w pełnym zakresie, koszty opieki mogą być współdzielone przez pacjenta i państwo, zaś obok publicznego systemu opieki funkcjonować może sieć prywatnych usługodawców. Aby w pełni poprawnie zinterpretować wyniki przedstawione na wykresie 1.19 należałoby wziąć pod uwagę wspomniane różnice w systemach opieki zdrowotnej. Nie uwzględniając zaś tych różnic można jedynie zaakcentować problemy widoczne w poszczególnych krajach w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej. Wyniki uzyskane dla Grecji ponownie potwierdzają złą sytuację materialną znaczącej części Greków w wieku 50+. Podczas gdy niemal 30% Greków odłożyło wizytę u dentysty ze względu na koszt i niemal 25%

zrezygnowało z wizyty u lekarza z tego samego powodu, to równie istotnym problemem dla niemal czwartej części populacji był ograniczony dostęp do lekarza związany z długim czasem oczekiwania na wizytę. W Polsce zbliżony odsetek osób wskazał problem odkładania wizyty u lekarza ze względu na czas oczekiwania (21%), natomiast rezygnację z wizyty u lekarza lub dentysty ze względu na koszt zadeklarowała znacznie mniejsza część respondentów (odpowiednio 13% w przypadku wizyty u lekarza i 8% w przypadku wizyty u dentysty). W pozostałych analizowanych krajach najczęściej deklarowanym problemem również była rezygnacja z wizyty u lekarza ze względu na czas oczekiwania, poza Hiszpanią, gdzie problem ten wskazało 4% osób, zaś trzykrotnie więcej (11%) deklarowało rezygnację z wizyty u dentysty ze względu na koszt. Należy przy tym zwrócić uwagę, że odsetki osób deklarujących konieczność rezygnacji z usług medycznych w Czechach, Francji, Niemczech czy Szwecji były wielokrotnie niższe niż w Polsce.

Wykres 1.19. Opieka zdrowotna oceniana na podstawie niezaspokojonych potrzeb medycznych w wybranych krajach



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Jak wspomniano powyżej, szczegółowej analizie warunków materialnych – ze szczególnym uwzględnieniem zależności między aktywnością zawodową i sytuacją finansową respondentów poświęcony jest Analityczny Raport Uzupełniający 5. Jego wyniki wskazują, że sytuacja materialna osób starszych w analizowanych krajach była zróżnicowana, a w Polsce nie była najlepsza. Choć stopa ubóstwa dochodowego wśród osób w wieku 50+ w Polsce spadła między okresem 2005/2006 a rokiem 2015, to była dość wysoka, a odsetek osób starszych, które ani razu nie doświadczyły ubóstwa, tylko nieznacznie przekraczał 50%. Szczególnie ważną grupą z punktu widzenia polityki publicznej, są osoby dotknięte więcej niż jednym typem ubóstwa. Odsetek osób dotkniętych ubóstwem dochodowym, majątkowym

i subiektywnym jednocześnie wynosił w 2015 roku w Polsce 5,5%, co plasowało Polskę w środku grupy analizowanych krajów – skala tego zjawiska była najniższa w Czechach (2,1%), a najwyższa w Hiszpanii (8,1%).

Analityczny Raport Uzupełniający 5 pokazuje, że w każdym z krajów i w odniesieniu do każdego aspektu sytuacji materialnej największych trudności doświadczały osoby pozbawione stałego źródła dochodu. Powszechnymi korelatami złej sytuacji materialnej były też: niski poziom edukacji oraz zły stan zdrowia – jest to wynik znany w literaturze (Cambois i in., 2016; Huisman i in., 2003). Na jednoczesne występowanie wszystkich trzech typów ubóstwa najbardziej narażone były osoby bezrobotne oraz zamieszkujące z bezrobotnym partnerem. Wzorce powiązań pomiędzy aktywnością zawodową a sytuacją materialną osób 50+ w Polsce kształtowały się one nieco inaczej niż w pozostałych analizowanych krajach (z wyjątkiem złej sytuacji bezrobotnych). Zazwyczaj gospodarstwa domowe z dwiema (lub więcej) osobami pracującymi, zwłaszcza w pełnym wymiarze etatu, charakteryzują się wyższymi dochodami niż gospodarstwa z jedną osobą pracującą lub gospodarstwa bez osób pracujących (Salverda i in., 2014). I o ile w większości analizowanych krajów gospodarstwa pracujące, zwłaszcza z dwiema osobami pracującymi, znajdowały się w lepszej sytuacji materialnej niż gospodarstwa emeryckie, to w Polsce częściej niż przeciętnie były one narażone na występowanie ubóstwa dochodowego, a gospodarstwa z dwiema osobami na emeryturze – rzadziej. Równocześnie, gospodarstwa domowe z dwiema osobami pracującymi rzadziej doświadczały ubóstwa subiektywnego oraz miały nieco niższe wskaźniki deprivacji niż gospodarstwa emeryckie, co może wskazywać na różnice potrzeb między starszymi osobami pracującymi a emerytami.

1.4.5. Aktywność zawodowa i warunki zatrudnienia

Jak pokazano w tabeli 1.3 w analizach na pełnej próbie respondentów z rundy 6. wykonywanie płatnej pracy jest pozytywnie skorelowane z oceną jakości życia i przeciętnie podnosi wynik CASP o około 0,4 punktu. Uwzględniając oddzielne oszacowania dla poszczególnych krajów, współczynnik ten (podobnie jak wszystkie inne) można przedstawić w porównaniu międzynarodowym biorąc pod uwagę zróżnicowanie analizowanych relacji w badanych krajach. Poniżej zróżnicowanie relacji pomiędzy wykonywaniem płatnej pracy i oceną jakości życia przedstawiono dla siedmiu wybranych krajów na wykresie 1.20. Ze względu na mniejsze próby badawcze, nie wszystkie oszacowane współczynniki są istotne statystycznie, jednak w każdym przypadku ich wartość jest dodatnia, a aktywność zawodowa zdaje się mieć olbrzymie znaczenie w Czechach i w Hiszpanii, gdzie wiąże się ona z wynikiem CASP wyższym o 0,9 punktu. Wartość współczynnika dla Polski nie odbiega znacząco od średniej dla wszystkich krajów (0,6 punktów).

Wykres 1.20. Efekty krańcowe wykonywania pracy dla jakości życia w rundzie 6. według krajów



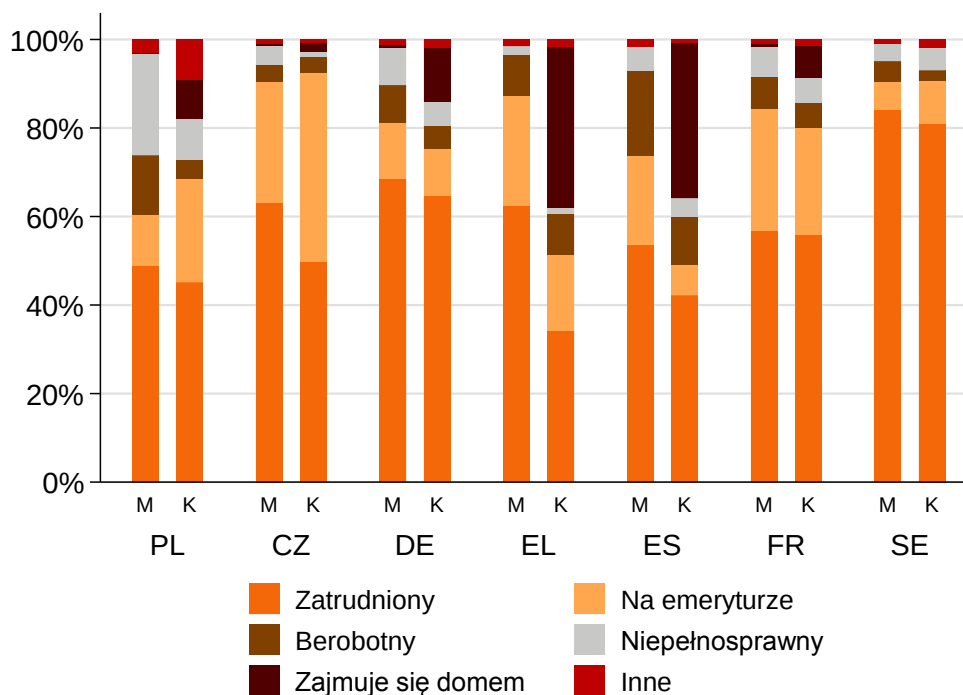
Uwagi: wyniki regresji osobno dla każdego kraju oraz łączny wynik dla wszystkich krajów z regresji z tabeli 1.4; szczegóły dotyczące regresji – patrz część 1.3 opracowania; przedziały ufności odpowiadają ufności na poziomie 95%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Pozytywna korelacja aktywności zawodowej z oceną jakości życia, której wartość w oszacowaniu zaprezentowanym w tabeli 1.3 jest podobna na przykład do wartości średniego lub wyższego wykształcenia (odpowiednio 0,3 i 0,5 punktu na skali CASP) lub do roli jaką odgrywa posiadanie domu lub mieszkania (0,4). To z kolei oznacza, że część zróżnicowania w jakości życia osób w wieku 50+ w poszczególnych krajach związana jest z różnym poziomem aktywności zawodowej, a pod tym względem niestety Polska cały czas wypada stosunkowo słabo w porównaniu z wieloma krajami rozwiniętymi. W tym względzie dane SHARE potwierdzają informacje z bardziej szczegółowych międzynarodowych badań zatrudnienia (OECD, 2015), co pokazano na wykresie 1.21 podsumowującym status respondentów SHARE w rundzie 6. na rynku pracy. Biorąc pod uwagę grupę osób do 65. roku życia w Polsce zaledwie 49% mężczyzn i 45% kobiet deklaroowało zatrudnienie w momencie przeprowadzania badania, podczas gdy we Francji odsetek osób zatrudnionych zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet wyniósł 56%, w Niemczech - 69% wśród mężczyzn i 65% wśród kobiet, natomiast w Szwecji odsetek zatrudnienia przekraczał 80% w przypadku obu płci. Wśród mężczyzn w tej grupie wieku pracowało również więcej Greków (62%) i Hiszpanów (54%) w porównaniu do mężczyzn w polskiej próbie SHARE. Interesująca jest ponadto niewielka różnica w odsetku pracujących mężczyzn i kobiet w Polsce, choć w okresie realizacji badania uczestników obowiązywał różny ustawowy wiek emerytalny dla obu płci. Podobnie

zbliżone odsetki pracujących mężczyzn i kobiet obserwujemy również we Francji, Niemczech oraz Szwecji, choć w tych krajach obowiązywał w tym okresie jednakowy wiek emerytalny bez względu na płeć. Zagadnieniu zróżnicowania zaangażowania w rynek pracy na podstawie SHARE poświęcony został Analityczny Raport Uzupełniający 3 (Chłoń-Domińczak i in., 2017).

Wykres 1.21. Status w zakresie zatrudnienia w podziale na płeć wśród osób w wieku 50-65 lat w wybranych krajach



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym.

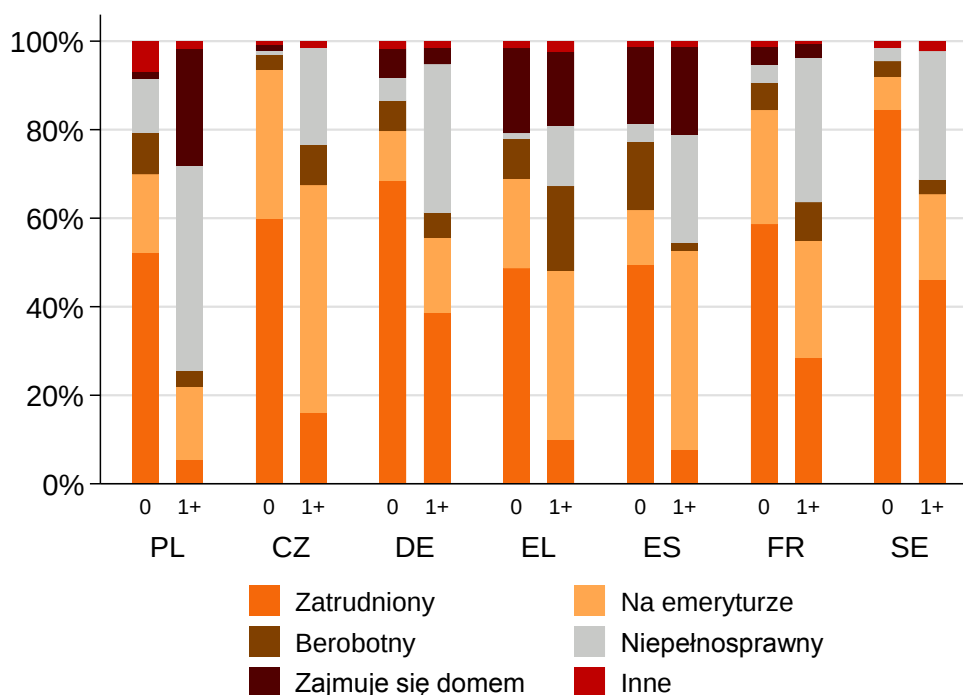
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Co jeszcze wyróżnia Polskę na wspomnianym wykresie to relatywnie niski odsetek osób na emeryturze mimo jednoczesnej niskiej stopy zatrudnienia. Wśród mężczyzn w Polsce znaczący odsetek niepracujących zadeklarował bezrobocie (13%), a problem bezrobocia w tej grupie wieku jest również wyraźnie widoczny w przypadku Grecji, jak i Hiszpanii, gdzie 19% mężczyzn i 11% kobiet przebywało na bezrobociu w okresie przeprowadzania badania. Istotną grupę niepracujących osób w Polsce stanowią osoby deklarujące swój status jako niepełnosprawny, co pokrywa się zwykle z pobieraniem świadczeń z tytułu niepełnosprawności. Uprawnienia do tych świadczeń w Polsce do końca lat 1990-tych przyznawane były stosunkowo liberalnie, a dla dużej grupy osób renty z tytułu niepełnosprawności stanowiły sposób wyjścia z rynku pracy przed uzyskaniem uprawnień do świadczeń emerytalnych, niekoniecznie odzwierciedlając rzeczywisty stan zdrowia. Jak widać, pomimo zaostreżenia przepisów od 1997 r., odsetek osób deklarujących niepełnosprawność jest w Polsce wciąż wysoki i to zarówno wśród osób deklarujących problemy zdrowotne, jak i wśród osób nie wskazujących takich problemów. Problem ten pokazano na wykresie 1.22, gdzie porównano aktywność zawodową osób w wieku 50-65 w podziale na osoby, które deklarują brak lub jedną i więcej trudności w wykonywaniu codziennych czynności (według skali ADL). W przypadku Polski

znacząco większy odsetek osób nieposiadających żadnych ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności według skali ADL zadeklarował swój status jako niepełnosprawny niż w którymkolwiek z pozostałych krajów.

Patrząc na połączenie informacji dotyczących zatrudnienia i sytuacji zdrowotnej przedstawione na wykresie 1.22 zauważyć można również, że zatrudnienie wśród osób deklarujących trudności w Polsce (5%) jest bardzo podobne do wartości dla Czech, Grecji i Hiszpanii (odpowiednio 16%, 10% i 8%) i znacząco niższe w porównaniu do takich krajów jak Niemcy czy Szwecja (39% i 46%). Na taki efekt z pewnością składa się kilka czynników, między innymi wiek przejścia na emeryturę oraz dostępność świadczeń związanych z niepełnosprawnością i aktywna polityka wsparcia osób starszych na rynku pracy, jednak wynik ten wskazuje również na potencjał zwiększenia aktywności zawodowej tych osób w takich krajach jak Polska.

Wykres 1.22. Status w zakresie zatrudnienia wśród osób deklarujących brak trudności w wykonywaniu codziennych czynności według skali ADL (0) oraz posiadających przynajmniej jedną z tych trudności (1+) wśród osób w wieku 50-65 lat w wybranych krajach



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: runda 6. (2015 r.).

Interesującym porównaniem wynikającym z wykresu 1.22 jest też porównanie stopnia zatrudnienia osób niedeklarujących trudności w wykonywaniu codziennych czynności. W tym przypadku wyniki dla Polski (52%) są bardzo podobne do tych w Hiszpanii i Grecji (50% i 49%), ale znów bardzo mocno odbiegają od poziomu zatrudnienia osób w wieku 50-65 w Szwecji (85%) i Niemczech (68%). Jednym z prawdopodobnych wyjaśnień tej sytuacji są

uwarunkowania instytucjonalne związane między innymi z wysokością wieku emerytalnego i dostępem do świadczeń rentowych.

Relacji pomiędzy zatrudnieniem i zdrowiem w bardziej szczegółowy sposób przyjrano się w Analitycznym Raporcie Uzupełniającym 4 (Magda i Kielczewska, 2017), w którym poza zróżnicowaniem w aktywności zawodowej względem stanu zdrowia, analizowane są również powiązania pomiędzy pracą i umiejętnościami poznawczymi. W raporcie zwrócono uwagę między innymi na duże różnice w stanie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz w poziomie umiejętności poznawczych pomiędzy osobami pracującymi a niepracującymi. Osoby pracujące były znacząco zdrowsze od osób niepracujących według każdej z analizowanych miar zdrowia – lepiej oceniały swój stan zdrowia, posiadały większą siłę uścisku ręki, rzadziej deklarowały problemy zdrowotne, a także rzadziej obserwowano u nich symptomy depresji. Również średnie wyniki wszystkich czterech testów umiejętności poznawczych były istotnie wyższe wśród osób pracujących niż niepracujących.

W Analitycznym Raporcie Uzupełniającym 4 przeprowadzona została także analiza współzależności zmian w statusie zatrudnienia i poziomie zdrowia oraz umiejętności. Poprawa stanu zdrowia wiązała się z większym prawdopodobieństwem pozostania w zatrudnieniu wśród osób o wyjściowo lepszym stanie zdrowia i z większym prawdopodobieństwem odpływu z zatrudnienia wśród osób, które wyjściowo deklarowały zły stan zdrowia. Ponadto, mniejsze szanse na pozostanie w zatrudnieniu miały osoby, które wyjściowo deklarowały słaby słuch. Z perspektywy umiejętności poznawczych kontynuacja zatrudnienia w stosunku do jego zaprzestania nie miała związku ze zmianami w poziomie umiejętności mierzonych testem płynności słownej ani bezpośredniego odtworzenia z pamięci. Niemniej mężczyźni, którzy przestali pracować, mieli w porównaniu do mężczyzn nadal pracujących mniejsze prawdopodobieństwo poprawy umiejętności mierzonej testem odtworzenia z opóźnieniem i większe prawdopodobieństwo jej pogorszenia.

Zaobserwowane współzależności mogą mieć dwojaki charakter przyczynowo-skutkowy. Z jednej strony relatywnie większy spadek poziomu zdrowia czy umiejętności może być przyczyną zwiększenia prawdopodobieństwa odejścia z zatrudnienia. Z drugiej strony to zakończenie pracy może wpływać na zmianę poziomu zdrowia lub umiejętności, choć kierunek zależności również nie jest oczywisty. Po pierwsze, kontynuacja pracy może wpływać na silniejsze pogarszanie się stanu zdrowia wraz z wiekiem (np. Coe i Lindeboom, 2008). Przeciwny efekt wywołuje utrata sieci kontaktów z momentem przejścia na emeryturę – może wpływać zarówno na pogorszenie stanu zdrowia (Minkler, 1981), jak i poziomu umiejętności poznawczych (Börsch-Supan i Schuth, 2013). Badacze prezentują również niejednoznaczne stanowisko odnośnie wpływu przejścia na emeryturę na poziom umiejętności – np. Bonsang i in. (2012) pokazali, że przejście na emeryturę wiąże się ze spadkiem poziomu umiejętności poznawczych, podczas gdy w badaniu Coe i Zamarro (2011) przejście na emeryturę okazało się nie mieć w tym względzie statystycznie istotnego wpływu.

Istotne jest, że największe znaczenie dla kontynuacji zatrudnienia miały czynniki specyficzne dla poszczególnych krajów, również przy uwzględnieniu różnic w fizycznym i psychicznym

zdrowiu oraz poziomie umiejętności kognitywnych. Wyniki te wskazują na znaczącą rolę czynników instytucjonalnych, takich jak możliwości wcześniejszego wycofywania się z rynku pracy, czy niższy wiek emerytalny.

Rozważając relację między aktywnością zawodową i oceną jakości życia, naturalnym jest oczekiwanie, że wpływ tej aktywności będzie inny tam gdzie pracujący wysoko oceniają swoje miejsce zatrudnienia, którego jakość będzie miała przełożenie na satysfakcję z pracy, jak i na kontynuację aktywności zawodowej. Poniżej przedstawiamy trzecią wersję analiz czynników korelujących z miarą jakości życia CASP, koncentrując się na próbie osób pracujących. Celem zawężenia próby na której przeprowadzono badania jest ocena tego, jak wybrane aspekty jakości miejsca pracy wpływają na ogólną ocenę jakości życia.

Panelowy charakter badania SHARE niesie ze sobą zmienność struktury kwestionariusza dla poszczególnych grup respondentów. Wiąże się to na przykład z brakiem konieczności ponownego zadawania części pytań w kolejnych rundach, w których uczestniczą ci sami respondenci lub z rotowaniem modułów kwestionariusza dla poszczególnych rund badania. Przykładem takiego ograniczonego zakresu zadawania pytań w rundzie 6. były pytania dotyczące charakterystyki miejsca pracy oraz jakości wykonywanej pracy. Ten zestaw pytań pojawiał w każdej kolejnej rundzie badania, ale zadawany był wyłącznie ściśle określonej grupie osób zatrudnionych. Dodatkowo spośród respondentów panelowych, którzy w kolejnej rundzie pozostali zatrudnieni, na te pytania ponownie odpowiadały tylko osoby, które zmieniły miejsce pracy od poprzedniej rundy badania. Pytania charakteryzujące pracę respondenta dotyczyły formy zatrudnienia, kontraktu, liczby przepracowywanych godzin, branży i liczby współpracowników. Dodatkowo zestaw pytań dotyczących jakości miejsca zatrudnienia obejmował subiektywną ocenę warunków wykonywanej pracy w zakresie wysiłku fizycznego, presji czasowej, możliwości rozwoju i awansu, otrzymywanego wsparcia, płacy i stabilności zatrudnienia. Aby zwiększyć próbę badawczą w analizach relacji jakości pracy i jakości życia poniżej wykorzystano zatem informacje dotyczące osób pracujących, pochodzące z trzech rund badania SHARE – 2., 4. i 6. Dzięki temu łącznie do analiz włączono nieco ponad 23 tysiące obserwacji (5821 z rundy 2., 9080 z rundy 4. i 8110 z rundy 6.).

Opis zmiennych dotyczących oceny jakości pracy włączonych do analiz przedstawiono w tabeli 1.10, natomiast statystyki opisowe zmiennych ujętych w analizach dla całej próby w rundach 2., 4. i 6. – w tabeli 1.11. Dla celów oceny jakości miejsca pracy do analiz wybrano informacje o ogólnym zadowoleniu respondenta z pracy, które w analizowanej próbie deklarowało 93% zatrudnionych. Dodatkowo w analizach uwzględniono subiektywną ocenę tego, czy wysokość otrzymywanego przez respondenta wynagrodzenia za pracę jest odpowiednia do wysiłku, który wkłada w pracę i osiągnięć (niemal 60% respondentów zadeklarowało adekwatność wynagrodzenia do wysiłku wkładanego w pracę). Stabilność zatrudnienia była kolejnym analizowanym aspektem jakości pracy i w badanej próbie wskazało ją 81% zatrudnionych.

W ramach zmiennych kontrolnych włączonych do analiz korelacji jakości życia i jakości pracy znalazły się podstawowe charakterystyki miejsca pracy dostępne dla wszystkich trzech analizowanych rund badania. Jak pokazano w tabeli 1.11 w badanej próbie 16% osób

zadeklarowało samozatrudnienie, 20% - zatrudnienie w sektorze publicznym, zaś pozostała część pracujących zatrudniona była w sektorze prywatnym. Z kolei na wykresie 1.23 przedstawiono przykładowe wyniki oceny jakości miejsc pracy oparte o dane z rundy 2. w wybranych krajach. Odsetek osób ogólnie zadowolonych z pracy wahał się od 94% w Szwecji do 82% w Grecji. Co ciekawe Grecy należeli jednocześnie do grupy pracowników najbardziej zadowolonych z otrzymywanego wynagrodzenia. Adekwatność wynagrodzenia do wysiłku wkładanego w pracę przyznało 57% Greków, podczas gdy w Polsce odsetek ten wyniósł ponad 20% mniej. Ponadto, polscy pracownicy stosunkowo najrzadziej oceniali swoją pracę jako stabilną. 61% pracowników w Polsce przyznało, że ma stabilną pracę, na co wskazało ok. 87% pracowników we Francji, Hiszpanii i Szwecji.

Tabela 1.10. Definicje wybranych zmiennych dotyczących jakości miejsca zatrudnienia z rund 2., 4. i 6.

Zmienne:	Opis zmiennych
Jakość miejsca pracy	
Satysfakcja z pracy	respondent zdecydowanie zgadza się lub zgadza się ze stwierdzeniem, że biorąc wszystkie czynniki pod uwagę jest zadowolony ze swojej pracy;
Wysokość wynagrodzenia odpowiednia do wysiłku	respondent zdecydowanie zgadza się lub zgadza się ze stwierdzeniem, że biorąc pod uwagę cały wysiłek, który wkłada w swoją pracę i wszystkie osiągnięcia, wysokość jego wynagrodzenia jest odpowiednia;
Duża stabilność zatrudnienia	respondent zdecydowanie nie zgadza się lub nie zgadza się ze stwierdzeniem, że pewność zatrudnienia w jego pracy jest niewielka.

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariusza SHARE z rund 2. (l. 2006-2007), 4. (l. 2011-2012), 6. (2015 r.).

Tabela 1.11. Statystyki opisowe wybranych zmiennych dla osób zatrudnionych (łącznie dla rund 2., 4., 6.)

	Średnia	Odchyl. stand.
Forma zatrudnienia		
Zatrudniony w sektorze prywatnym	0,645	0,479
Zatrudniony w sektorze publicznym	0,199	0,400
Samozatrudniony	0,156	0,363
Jakość pracy		
Satysfakcja z pracy	0,932	0,252
Wysokość wynagrodzenia odpowiednia do wysiłku	0,596	0,491
Duża stabilność zatrudnienia	0,806	0,396
L. obserwacji	23 011	

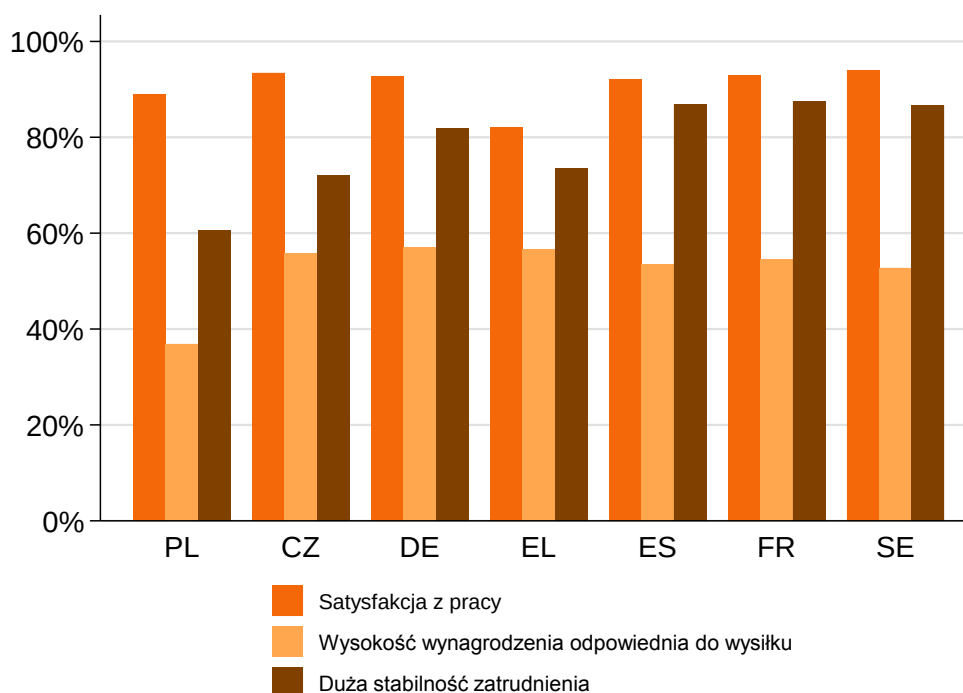
Uwagi: w próbie uwzględniono osoby pracujące, które odpowiadały na pytania o jakość miejsca pracy w przynajmniej jednej z analizowanych rund (2., 4., 6.) z krajów, które uczestniczyły we wszystkich trzech analizowanych rundach (AT, BE, CH, CZ, DE, DK, ES, FR, IT, PL, SE).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE z rund 2. (l. 2006-2007), 4. (l. 2011-2012), 6. (2015 r.).

Wyniki korelacji jakości życia i jakości pracy stanowią swego rodzaju uzupełnienie analiz z części 1.3. Przedstawione analizy opierają się na tzw. modelu efektów losowych, który uwzględnia panelową strukturę analizowanej próby. Wyniki estymacji, która w dużej mierze odzwierciedla podejście zastosowane w części 1.3 przedstawiono w tabeli 1.12. W estymacji

uwzględniono wyłącznie zmienne, które występowały we wszystkich trzech rundach badania. Z tego względu lista zmiennych kontrolnych w tabelach 1.4 i 1.12 nieznacznie się różni, przede wszystkim w części dotyczącej sytuacji materialnej, jako że poszerzony zestaw pytań służących ocenie deprywacji materialnej respondentów został włączony do kwestionariusza SHARE dopiero począwszy od rundy 5.

Wykres 1.23. Ocena jakości pracy wśród osób wykonujących płatną pracę w rundzie 2. w wybranych krajach



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE z rundy 2. (I. 2006-2007).

Wyniki estymacji przedstawione w tabeli 1.12 wskazują na bardzo istotny wpływ jakości zatrudnienia na ogólną ocenę jakości życia. Satisfakcja z pracy podnosi wynik CASP o około 1,7 punktu, a wynagrodzenie adekwatne do wysiłku oraz stabilność zatrudnienia podwyższają CASP o około 1,1 punktu. Podobnie jak w przypadku ogólnego wpływu aktywności zawodowej na jakość życia, tak i w przypadku tych szczegółowych cech miejsca pracy, rozbieżności analiz na poszczególne kraje wskazuje na duże zróżnicowanie roli poszczególnych cech miejsc pracy (wykres 1.24). W przypadku Polski najistotniejszym czynnikiem okazuje się ogólna satisfakcja z pracy (3,1 punktu na skali CASP, wykres 1.24a) oraz wysoka stabilność zatrudnienia (2,1 punktów), podczas gdy wpływ wynagrodzenia adekwatnego do wysiłku okazuje się być nieistotny (choć należy zwrócić uwagę na to, że w analizach kontrolujemy szereg zmiennych dotyczących sytuacji materialnej co może mieć przełożenie na wartość współczynnika przy adekwatności wynagrodzenia). Znaczenie odpowiedniego wynagrodzenia dla jakości życia było znacznie większe w pozostałych analizowanych krajach, przede wszystkim w Czechach i Hiszpanii.

Tabela 1.12. Wpływ różnych aspektów życia na jakość życia - efekty krańcowe włączając informacje o jakości pracy z rund 2., 4. i 6.

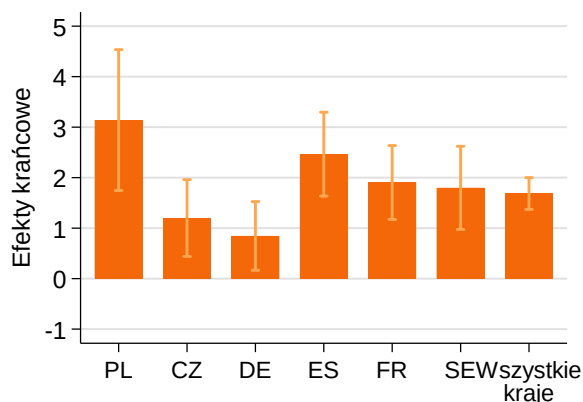
	AME	t-stat
Wiek	0,046***	(7,68)
Kobieta	0,679***	(4,66)
Demografia		
Wykształcenie (kat. odn.: brak/podstawowe)		
Śred.+zawod.	0,419***	(3,41)
Wyższe	0,659***	(4,98)
Liczba dzieci	-0,100***	(-2,67)
Posiadanie wnuków	0,200***	(4,12)
Mieszkanie z partnerem	0,515***	(5,23)
Zdrowie		
Zły stan zdrowia	-1,837***	(-7,76)
1+ ADL	-0,326	(-1,27)
1+ iADL	-0,950***	(-5,45)
1+ MOBILITY	-1,319***	(-11,62)
Słaby wzrok (dal)	-0,427	(-1,29)
Słaby wzrok (bliż)	-0,593***	(-3,62)
Słaby słuch	-0,254	(-0,75)
Siła uścisku dłoni (kg)	0,014**	(2,50)
4+ EURO-D	-3,082***	(-25,36)
Sprawność umysłowa		
Liczba wymienionych zwierząt	0,025***	(3,57)
Liczba zapamiętanych słów (1)	0,064	(1,53)
Liczba zapamiętanych słów (2)	0,054**	(2,06)
Sytuacja materialna		
Duże trudności z wiązaniem końca z końcem	-2,189***	(-8,61)
Właściciel nieruchomości	0,406***	(5,68)
Jakość pracy		
Satysfakcja z pracy	1,686***	(10,51)
Wysokość wynagrodzenia odpowiednia do wysiłku	1,103***	(10,02)
Duża stabilność zatrudnienia	1,064***	(6,00)
Runda	Tak	
Kraje	Tak	
Miesiąc przeprowadzenia badania	Tak	
Forma zatrudnienia	Tak	
L. obserwacji	23 011	

*Uwagi: wyniki regresji panelowej efektów losowych dla próby osób pracujących, które odpowiadały na pytania o jakość miejsca pracy w przynajmniej jednej z rund (2., 4., 6.) z krajów, które uczestniczyły we wszystkich trzech rundach (AT, BE, CH, CZ, DE, DK, ES, FR, IT, PL, SE); *** - istotność statystyczna na poziomie 1%, ** - istotność statystyczna na poziomie 5%, * - istotność statystyczna na poziomie 10%.*

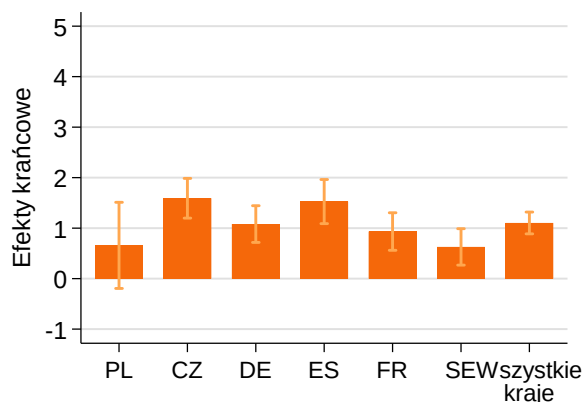
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007), 4. (l. 2011-2012), 6. (2015 r.).

Wykres 1.24. Efekty krańcowe wskaźników jakości wykonywanej pracy dla jakości życia według krajów

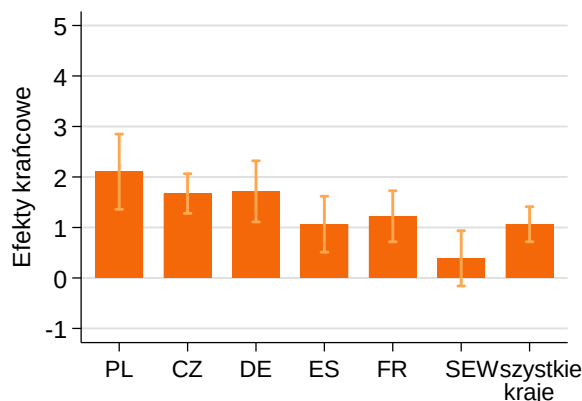
a) Satysfakcja z pracy



b) Wysokość wynagrodzenia odpowiednia do wysiłku wkładanego w pracę



c) Duża stabilność zatrudnienia



Uwagi: wyniki regresji panelowej efektów losowych dla próby osób pracujących, które odpowiadały na pytania o jakość miejsca pracy w przynajmniej jednej z rund (2., 4., 6.) z krajów, które uczestniczyły we wszystkich trzech rundach (AT, BE, CH, CZ, DE, DK, ES, FR, IT, PL, SE); wyniki regresji osobno dla każdego kraju oraz łączny wynik dla wszystkich krajów z regresji z tabeli 1.12; przedziały ufności odpowiadają ufności na poziomie 95%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (l. 2006-2007), 4. (l. 2011-2012), 6. (2015 r.).

Jedne z najniższych ocen jakości pracy w Polsce mogą mieć m.in. przełożenie na wysokie odsetki pracujących Polaków deklarujących chęć przejścia na emeryturę tak szybko jak to możliwe. Jak pokazano na wykresie 1.25a niemal 60% mężczyzn i ponad 72% kobiet w Polsce w wieku 50-64 lata złożyło taką deklarację w rundzie 6., a jak pokazano na wykresie 1.25b ogółem odsetek takich deklaracji wśród pracujących Polaków wzrósł pomiędzy 2. a 6. rundą badania. Bardziej szczegółowy opis uwarunkowań na rynku pracy z perspektywy europejskich populacji w wieku 50+ przedstawiono w Analitycznym Raporcie Uzupełniającym 3 (Chłoń-Domińczak i in., 2017).

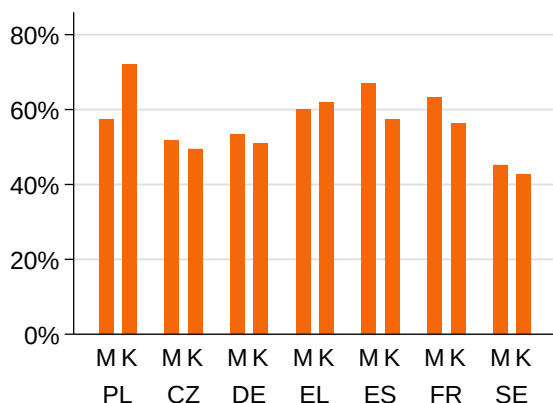
Zmiany struktury wieku ludności, w szczególności rosnący udział osób po 50-tym roku życia w populacji ogółem, rodzą szereg wyzwań dla polityki publicznej (Kotowska i Chłoń-Domińczak, 2012). Wzrost uczestnictwa osób w wieku 50 i więcej lat na rynku pracy jest jednym z priorytetów europejskiej polityki zatrudnienia oraz polityk w wielu krajach UE od

dwóch dekad. Cel jakim jest zwiększenie aktywności zawodowej Polaków po 50-tym roku życia jest również widoczny w priorytetach strategicznych polityki zatrudnienia w Polsce.

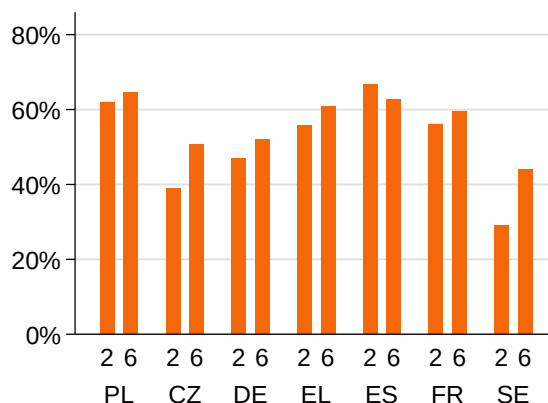
Podejmowane w Europie i w Polsce działania oraz prowadzone diagnozy mają na celu między innymi obalenie mitów, które narosły wokół tematu aktywności zawodowej i produktywności osób w wieku przedemerytalnym (Börsch-Supan, 2013). Prowadzone badania nad indywidualną zdolnością do pracy pozwalają na określenie szeregu czynników, które na nią wpływają (Ilmarinen, 2012). Są to zasoby indywidualne, ale też uwarunkowania życia zawodowego. Badanie SHARE obejmuje szereg aspektów dotyczących oceny uwarunkowań pracy przez osoby, które kontynuują swoją aktywność zawodową. Analizy dotyczące wpływu zadowolenia z pracy na przejście na emeryturę przeprowadzane w oparciu o dane z wcześniejszych rund SHARE wskazują na silną korelację pomiędzy niską jakością pracy i złym stanem zdrowia (Siegrist i in., 2005). Niska jakość pracy i ograniczenia dobrostanu są powiązane z planami przejścia na emeryturę (Siegrist i in., 2006). Jakość pracy może mieć zatem zarówno bezpośredni, jak i pośredni wpływ na decyzję o wcześniejszej dezaktywacji.

Wykres 1.25. Odsetek osób deklarujących chęć przejścia na emeryturę tak szybko jak to możliwe wśród pracujących osób w wieku 50-64 lata w wybranych krajach

a) Według płci w rundzie 6.



b) Według rund badania



Uwagi: dane przeważone na poziomie indywidualnym za pomocą wag przekrojowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE: rundy 2. (I. 2006-2007), 6. (2015 r.).

Analizy przeprowadzone w Analitycznym Raporcie Uzupełniającym 3 w oparciu o dane z 6. rundy badania SHARE pokazały, że osoby po 50-tym roku życia nisko oceniają jakość swojej pracy. Ocena ta uwzględnia szereg aspektów związanych z czynnikami „wypychającymi z pracy” (np. praca fizyczna, brak możliwości awansu, presja czasowa) oraz motywującymi do pracy (np. możliwości rozwoju, uznanie w pracy, uzyskanie wsparcia). W Polsce odsetek osób zadowolonych ze swojej pracy, uwzględniając szereg jej aspektów, jest jeden z najniższych w Europie. Większość Polaków nie jest zadowolona ze swojej pracy lub odczuwa zmęczenie z jej powodu. Skutkuje to chęcią jak najszybszego przejścia na emeryturę oraz obawą, że nie będą oni mogli kontynuować pracy do osiągnięcia wieku emerytalnego.

1.5. Podsumowanie

W niniejszym raporcie szczegółowej analizie poddano jedną z podstawowych miar jakości życia dostępnych w badaniu SHARE – CASP-12, opartą na zestawie pytań odnoszących się do następujących sfer życia: możliwości wpływania na swoje otoczenie (Control), samodzielnego podejmowania decyzji (Autonomy), samorealizacji (Self-realization) i czerpania przyjemności w życiu (Pleasure). Zakres wartości indeksu CASP waha się między 12 i 48, a średnie dla takich krajów jak Polska, Czechy, Niemcy czy Szwecja wynoszą odpowiednio: 35,6, 35,4, 38,8 i 39,5. Miary takie jak CASP zdają się być bardzo stosownym punktem odniesienia z punktu widzenia decyzji w sferze polityki społeczno-gospodarczej i biorąc pod uwagę dążenia do szerokiego spojrzenia na dobrostan populacji, wykraczającego poza miary sytuacji materialnej, mogą stać się ważnym wskaźnikiem odzwierciedlającym skuteczność działań skierowanych do różnych grup społecznych, a w szczególności do osób starszych.

Dane SHARE wskazują na stosunkowo duże zróżnicowanie oceny jakości życia pomiędzy krajami uczestniczącymi w badaniu, z wysokimi wartościami miary CASP notowanymi w takich krajach jak Szwecja czy Niemcy i niższym poziomem jakości życia w ocenach osób w wieku 50+ w krajach południa Europy i w Polsce. Jednym z zaskakujących wyników przeprowadzonych analiz jest to, że to nie sam proces starzenia decyduje o spadku oceny jakości życia wraz z wiekiem, ale raczej te procesy które mu towarzyszą, a w szczególności pogarszający się stan zdrowia i gorsza sytuacja materialna. Dane SHARE umożliwiają uwzględnienie szerokiego zestawu czynników wpływających na jakość życia w analizie zróżnicowania miary CASP, a jej wyniki sugerują, że takie podejście wskazuje nie tylko na brak wpływu wieku na ocenę jakości życia, ale również na bardzo istotne ograniczenie zróżnicowania wartości CASP na poziomie międzynarodowym. To z kolei prowadzi do wniosku, że szczegółowość bazy SHARE pozwala na wyizolowanie najistotniejszych czynników decydujących o ocenie jakości życia, co może być ważną podstawą do tworzenia rozwiązań w polityce społeczno-gospodarczej oraz do monitorowania postępów w realizacji jej celów.

Analizy przedstawione w niniejszym raporcie wskazują jednoznacznie, że jednym z najważniejszych aspektów decydujących o ocenie jakości życia osób w wieku 50+ jest stan zdrowia, zarówno w jego aspekcie fizycznym, jak i psychicznym, przy czym szczególnie istotne konsekwencje dla jakości życia ma kumulacja kilku rodzajów problemów zdrowotnych. Przykładowo w analizach wskazano, że deklaracja złego stanu zdrowia w badaniu wiąże się przeciętnie z obniżeniem miary CASP o 2,6 punktu, a zadeklarowanie czterech lub więcej symptomów depresji – aż o 3,7 punktu. Niezależnie od tego problemy w poruszaniu się dodatkowo obniżają wartość CASP o około 1,3 punktu, a problemy ze słuchem – o 0,6 punktu.

Drugim ważnym aspektem decydującym o ocenie jakości życia osób w wieku 50+ jest sytuacja materialna, która w przypadku badania SHARE oceniona może być z wykorzystaniem szerokiej gamy wskaźników. Wysokość CASP negatywnie koreluje zarówno z samooceną warunków materialnych (duże problemy w wiązaniu końca z końcem przeciętnie obniżają CASP o 1,6 punktu) oraz, niezależnie od tego, z takimi aspektami sytuacji materialnej jak konieczność oszczędzania na ogrzewaniu (-0,9 pkt.) czy brak zasobów finansowych

umożliwiających niespodziewany wydatek na poziomie progu ubóstwa (-1,7 pkt.). Jednocześnie zasoby finansowe w postaci posiadania na własność mieszkania czy domu oraz aktywność zawodowa pozytywnie korelują z oceną jakości życia (odpowiednio +0,3 pkt. i +0,4 pkt.). Biorąc pod uwagę pozytywny wpływ pracy na ocenę jakości życia należy też wspomnieć, że w pogłębionych analizach skupionych na próbie osób pracujących, stwierdzono istotne znaczenie dla oceny jakości życia różnych cech miejsca pracy, takich jak ogólna satysfakcja z pracy (+0,9 pkt.) i stabilność zatrudnienia (+ 0,8 pkt.).

Poza tymi dwoma najistotniejszymi czynnikami wpływającymi na jakość życia osób w wieku 50+ wyniki analiz wskazują na ważną rolę sytuacji rodzinnej i szerszej sieci społecznej, przy czym w tym przypadku kluczową rolę zdaje się odgrywać jakość kontaktów społecznych odzwierciedlona w bliskości relacji z innymi osobami. Pozytywnie z oceną jakości życia korelują również miary zdolności umysłowych, co biorąc pod uwagę wyniki dotyczące wpływu utrzymania różnych rodzajów aktywności na zachowanie sprawności umysłu wskazuje na kolejny potencjalny sposób w jaki polityka społeczno-gospodarcza może oddziaływać na podniesienie jakości życia osób starszych.

Choć analizy przedstawione w tym raporcie w szeroki i kompleksowy sposób podchodzą do próby wytłumaczenia zróżnicowania ocen jakości życia wśród europejskich populacji w wieku 50+, tym samym pokazując jednocześnie bardzo bogaty zakres informacji dostępny w danych z badania SHARE, to należy podkreślić, że z pewnością nie wyczerpują one w pełni bogactwa informacji dostępnych w badaniu SHARE. Celem tego raportu było między innymi wskazanie na szeroki zakres danych ujętych w badaniu w rundzie 6. Jednak – jak pokazano w kilku przykładach analiz w niniejszym raporcie, pamiętać należy o tym, że jedną z głównych zalet badania SHARE jest jego panelowy charakter, pozwalający nie tylko na przekrojowe podejście do badanych tematów, ale na śledzenie zmian zachodzących w życiu respondentów w ramach upływu czasu. Ponadto dane SHARE obejmują również inne aspekty życia respondentów, które nie zostały objęte badaniem w niniejszym raporcie, a których analiza wymaga bardziej szczegółowego ograniczenia próby badawczej i zagłębienia się w szczegółowe kwestie badanych tematów. Przykładem takiego tematu, któremu poświęcono Analityczny Raport Uzupełniający nr 2 (Morawski i in., 2017) jest aktywność po zakończeniu kariery zawodowej. W literaturze wskazuje się na istotną rolę jaką w ocenie swojej jakości życia po przejściu na emeryturę odgrywa zaangażowania w aktywności społecznie użyteczne w formie wolontariatu czy udzielania pomocy rodzinie lub znajomym. Zakończenie kariery zawodowej może dla wielu osób oznaczać utratę sensu życia, zagubienie i konieczność poszukiwania nowego porządku codziennych czynności (Wahrendorf i in. 2006, Wahrendorf i Siegrist, 2010; Schnalzenberger i in. 2008). Po zakończeniu kariery zawodowej zaangażowanie społeczne umożliwia kontynuowanie pełnienia ról społecznych i dostarczania korzyści społeczeństwu, co przekłada się na poczucie przydatności i zwiększenie poczucia własnej wartości osoby pomagającej. Dzięki udziałowi w aktywnościach społecznie użytecznych podtrzymywane są kontakty społeczne, co pozwala uniknąć poczucia izolacji społecznej i odstawienia na boczny tor, które często dotyka osób przechodzących na emeryturę.

Dodatkowym potencjalnym rozszerzeniem tych analiz, które możliwe są przy wykorzystaniu danych SHARE byłoby uwzględnienie szczególnego aspektu tych danych w formie retrospektywnych informacji zebranych w latach 2008-2009 w ramach badania SHARE-LIFE (runda 3.). W ramach tej rundy badania zebrane zostały informacje na temat historii życia respondentów, którzy wcześniej uczestniczyli w badaniu w rundach 1. i 2. Szereg informacji z tej bazy danych wykorzystany został we wspomnianym już Analitycznym Raporcie Uzupełniającym 2. Poza analizą międzynarodowego zróżnicowania stopnia aktywności po zakończeniu kariery zawodowej, historii zawodowej respondentów SHARE oraz oceny ich kariery zawodowej, we wspomnianym raporcie dokonano próby identyfikacji zależności pomiędzy historią zawodową i oceną jakości życia zawodowego a podejmowaniem aktywności po jego zakończeniu w postaci pracy zarobkowej lub wolontariatu. Przykładowo, w raporcie pokazano, że poza wiekiem istotnymi cechami decydującymi o stopniu aktywności na emeryturze są przede wszystkim poziom edukacji i zdrowie, jednak w przypadku podejmowania na emeryturze płatnej pracy bardzo istotną rolę odgrywa historia zatrudnienia, kształtująca ocenę doświadczeń zawodowych i jakości głównego miejsca pracy. O zaangażowaniu w pracę po przejściu na emeryturę okazują się decydować takie czynniki jak stopień wysiłku fizycznego w trakcie kariery zawodowej oraz brak kontroli w odniesieniu do wykonywanych zadań w miejscu pracy. Bieżąca sytuacja materialna i ocena adekwatności korzyści materialnych do wkładanego w pracę wysiłku w trakcie kariery zawodowej nie są natomiast istotne dla potencjalnych rozwiązań mających zwiększyć aktywność obecnych emerytów na rynku pracy. Zależności między historią zatrudnienia a działalnością społeczną na emeryturze są odmienne od relacji z zaangażowaniem w płatną pracę. Widoczne jest w tym przypadku również większe zróżnicowanie roli czynników związanych z przeszłością zawodową względem płci, przy czym niezależny od płci jest negatywny wpływ wykonywania ciężkiej fizycznie pracy w trakcie kariery zawodowej.

Jak pokazuje to i inne badania oparte na danych SHARE-LIFE, uzupełnienie informacji bieżących o dane dotyczące historii życia respondentów rzucić może ciekawe światło na obecny obraz populacji 50+. Z tego względu uzupełnienie danych SHARE o informacje retrospektywne dla poszerzonych prób badawczych z rund 4-6, które miało miejsce w rundzie 7. (lata 2016-2017), stworzy nowe możliwości do dalszych pogłębionych analiz oceny jakości życia osób w wieku 50+ i do lepszego zrozumienia czynników, które o niej decydują.

Załącznik 1.1. Treść pytań ewaluujących jakość życia według skali CASP w SHARE w podziale na dziedziny życia (polska wersja pytań z rundy 6. SHARE)

Wprowadzenie: Przeczytam teraz listę stwierdzeń, których ludzie używają, by opisać swoje życie lub to jak się czują. Chcielibyśmy dowiedzieć się, jak często, jeśli w ogóle, towarzyszyły Panu(i) poszczególne odczucia i myśli: często, czasami, rzadko lub nigdy.

Możliwość wpływania na swoje otoczenie (Control):

1. Jak często Pana(i) zdaniem, Pana(i) wiek powoduje, że nie może Pan(i) robić rzeczy, które chciał(a)by Pan(i) robić?
2. Jak często czuje Pan(i), że to, co się z Panem(ią) dzieje, jest poza Pana(i) kontrolą?
3. Jak często czuje się Pan(i) odstawiony(a) na boczny tor?

Samodzielne podejmowanie decyzji (Autonomy):

4. Jak często Pana(i) zdaniem, może Pan(i) robić rzeczy, które chce Pan(i) robić?
5. Jak często Pana(i) zdaniem, obowiązki rodzinne powodują, że nie może Pan(i) robić tego, co chciał(a)by Pan(i) robić?
6. Jak często Pana(i) zdaniem, niedobór pieniędzy uniemożliwia Panu(i) robienie rzeczy, które chciał(a)by Pan(i) robić?

Czerpanie przyjemności w życiu (Pleasure):

7. Jak często cieszy się Pan(i) na nowy dzień?
8. Jak często czuje Pan(i), że Pana(i) życie ma sens?
9. Jak często, ogólnie rzecz biorąc, patrzy Pan(i) na swoje dotychczasowe życie z poczuciem szczęścia?

Samorealizacja (Self-realization):

10. Jak często czuje się Pan(i) obecnie pełen(na) energii?
11. Jak często czuje Pan(i), że życie jest pełne możliwości?
12. Jak często czuje Pan(i), że przyszłość wygląda dla Pana(i) dobrze?

Bibliografia

- Adena, M., Myck, M. (2014). Poverty and transitions in health in later life. *Social Science & Medicine*, 116: 202–210.
- Bonsang, E., Adam, S., Perelman, S. (2012). Does retirement affect cognitive functioning? *Journal of health economics*, 31(3): 490–501.
- Börsch-Supan, A. (2013). Myths, Scientific Evidence and Economic Policy in an Aging World. *Journal of the Economics of Ageing* 1–2: 3–15.
- Börsch-Supan, A. (2017a). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 2. Wersja publikacji: 6.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: [10.6103/SHARE.w2.600](https://doi.org/10.6103/SHARE.w2.600).
- Börsch-Supan, A. (2017b). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 3 – SHARELIFE. Wersja publikacji: 6.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: [10.6103/SHARE.w3.600](https://doi.org/10.6103/SHARE.w3.600).
- Börsch-Supan, A. (2017c). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 4. Wersja publikacji: 6.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: [10.6103/SHARE.w4.600](https://doi.org/10.6103/SHARE.w4.600).
- Börsch-Supan, A. (2017d). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Wersja publikacji: 6.0.0. SHARE-ERIC. Zbiór danych. DOI: [10.6103/SHARE.w6.600](https://doi.org/10.6103/SHARE.w6.600).
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmayer, J., Malter, F., Schaen, B., Stuck, S., Zuber, S. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*.
- Börsch-Supan, A., Brüglavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.) (2008). First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007). Starting the longitudinal dimension. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Börsch-Supan, A., Schuth, M. (2013). Early retirement, mental health and social networks. W: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H., Weber, G. (red.) Active ageing and solidarity between generations in Europe. de Gruyter.
- Cambois, E., Solé-Auró, A., Robine, J. (2016). Economic Hardship and Educational Differentials in Disability in 26 European Countries. *Journal of Aging and Health* 28(7): 1214–1238.
- Chłóń-Domińczak, A., Holzer-Żelażewska, D., Maliszewska, A. (2017). Polacy po pięćdziesiątce: praca i emerytura. Analityczny Raport Uzupełniający Nr 3/2017. www.share50plus.pl.
- Coe, N., Lindeboom, M. (2008). Does retirement kill you? Evidence from early retirement windows. CentER Discussion Paper Series No. 2008-93.
- Coe, N., Zamarro, G., (2011). Retirement effects on health in Europe. *Journal of Health Economics* 30: 77–86.
- Gunasekara, F., Carter, K., Crampton, P., Blakely, T. (2013). Income and individual deprivation as predictors of health over time. *International Journal of Public Health* 58(4): 501–511.
- Doyal, L., Gough, I. (1991). A theory of human need. Macmillan.
- Hamama-Raz, Y., Shira, A., Ben-Ezra, M., Palgi, Y. (2015). The recursive effects of quality of life and functional limitation amongst older adult cancer patients: Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *European Journal of Cancer Care* 24: 205–212.
- Hamren, K., Singh Chungkham, H., Hyde, M. (2015). Religion, spirituality, social support and quality of life: measurement and predictors CASP-12(v2) amongst older Ethiopians living in Addis Ababa. *Aging & Mental Health*: 19 (7).
- Helgeson, V. (2003). Social support and quality of life. *Quality of life research* 12(1): 25–31.
- Huisman, M., Kunst, A., Mackenbach, J. (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science & Medicine* 57(5): 861–873.
- Hyde, M., Wiggins, R., Higgs, P., Blane, D. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & Mental Health* 7: 186–194.
- Ilmarinen, J. (2012). Wspieranie Aktywnego Starzenia się w Miejsu Pracy.
- Kautonen, T., Kibler, E., Minniti, M. (2017). Late-career entrepreneurship, income and quality of life. *Journal of Business Venturing* 32 (3): 318–333.
- Kim, G., Netuveli, G., Blane, D., Peasey, A., Malyutina, S., Simonova, G., Kubinova, R., Pajak, A., Croezen, S., Bobak, M., Pikhart, H. (2015). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the CASP-19, a measure of quality of life in early old age: the HAPIEE study. *Aging & Mental Health*: 19 (7).
- Kotowska, I., Chłóń-Domińczak, A. (2012). Zarządzanie Finansami Publicznymi W Kontekście Zmiany Demograficznej. *Studia Ekonomiczne* 1(1).

- Laslett, P. (1996). *A Fresh Map of Life*. Macmillan.
- Lewandowski, P., Sałach, K. (2017). Aktywność zawodowa a warunki materialne wśród osób w wieku 50+. Analityczny Raport Uzupełniający Nr 5/2017, www.share50plus.org.
- Lima, F., Hyde, M., Chungkham, H., Correia, C., Siqueira Campos, A., Campos, M., Novaes, M., Laks, J., Petribu, K. (2014). Quality of Life amongst Older Brazilians: A Cross-Cultural Validation of the CASP-19 into Brazilian-Portuguese. *PLoS ONE* 9(4): e94289.
- Litwin, H., Stoeckel, K. (2013). Confidant network types and well-being among older Europeans. *The Gerontologist* 55: 762–772.
- Litwin, H., Stoeckel, K. (2013). Social networks and subjective wellbeing among older Europeans: does age make a difference? *Ageing & Society* 33(7): 1263–1281.
- Magda, I., Kielczewska, A. (2017). Praca a zdrowie i umiejętności poznawcze pokolenia 50+. Analityczny Raport Uzupełniający Nr 4/2017, www.share50plus.org.
- Malter, F., Börsch-Supan, A. (red.) (2013). *SHARE Wave 4: Innovations & Methodology*. MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being* (second edition). Van Nostrand.
- Minkler, M. (1981). Research on the health effects of retirement: an uncertain legacy. *Journal of Health and Social Behavior*: 117–130.
- McCamish-Svensson, C., Samuelsson, G., Hagberg, B., Svensson, T., Dehlin, O. (1999). Social Relationships and Health as Predictors of Life Satisfaction in Advanced Old Age: Results from a Swedish Longitudinal Study. *The International Journal of Aging and Human Development* 48(4): 301–324.
- Morawski, L., Myck, M., Oczkowska, M. (2017). Historia zatrudnienia i aktywność po zakończeniu kariery zawodowej. Analityczny Raport Uzupełniający Nr 2/2017. www.share50plus.pl.
- Myck, M., Oczkowska, M. (red.) (2017). Pokolenie 50+ w Polsce na tle Europy: aktywność, zdrowie i jakość życia. Wyniki na podstawie badania SHARE. CenEA. www.share50plus.pl.
- Neuberger, F., Haberkern, K. (2014). Structured ambivalence in grandchild care and the quality of life among European grandparents. *European Journal of Ageing* 11: 171–181.
- OECD. (2015). *Ageing and Employment Policies: Poland 2015*. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Palczyńska, M., Rynko, M. (2014). Zdolności poznawcze osób w wieku 50+ w świetle wyników SHARE. W: *Portret Generacji 50+ w Polsce i w Europie. Wyniki Badania Zdrowia, Starzenia Się i Przechodzenia na Emeryturę w Europie (SHARE)*. Instytut Badań Edukacyjnych.
- Palczyńska, M., Rynko, M. (2016). Zróżnicowanie umiejętności poznawczych osób starszych i jego społeczno-demograficzne uwarunkowania. *Polityka Społeczna* 7: 22–27.
- Platts, L., Netuveli, G., Webb, E., Zins, M., Goldberg, M., Blane, D., Wahrendorf, M. (2013). Physical occupational exposures during working life and quality of life after labour market exit: results from the GAZEL study. *Ageing & Mental Health*: 17 (6).
- Prince, M., Reischies, F., Beekman, A., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S., Lawlor, B., Lobo, A., Magnusson, H., Fichter, M., van Oyen, H., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., Copeland, J. (1999). Development of the EURO-D scale - a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry* 174 (4): 330–338.
- Salthouse, T. (2010). Selective review of cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS* 16(5): 754–760.
- Salverda W., Nolan B., Checchi D., Marx I., McKnight A., Tóth I.G., van de Werfhorst H. (2014). *Changing Inequalities in Rich Countries: Analytical and Comparative Perspectives*. Oxford University Press.
- Schnalzenberger, M., Schneeweis, N., Winter-Ebmer, R., Zweimüller, M. (2008). Job quality and retirement decisions. W: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.) *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007): Starting the Longitudinal Dimension*. MEA.
- Schröder, M. (red.) (2011). *Retrospective data collection in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. SHARELIFE methodology*. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Sen, A. (1988). *The Standard of Living*. Cambridge University Press.
- Sexton, E., King-Kallimanis, B., Layte, R., Hickey, A. (2014). CASP-19 special section: how does chronic disease status affect CASP quality of life at older ages? Examining the WHO ICF disability domains as mediators of this relationship. *Ageing & Mental Health* 19 (7).

- Siegrist, J., von dem Knesebeck, O., Wahrendorf, M. (2005). Quality of Employment and Well-Being. W: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.) (2005). Health, ageing and retirement in Europe – First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Siegrist, J., Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O., Jürges, H., Borsch-Supan, A. (2006). Quality of work, well-being and intended early retirement of older employees - baseline results from the SHARE Study. *European Journal of Public Health* 1: 62–68.
- Siegrist, J., Wahrendorf, M. (2008). Quality of work and well-being: the European dimension. W: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.) First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007): Starting the Longitudinal Dimension. MEA.
- Towers, A., Yeung, P., Stevenson, B., Stephens, C., Alpass, F. (2015). Quality of life in indigenous and non-indigenous older adults: assessing the CASP-12 factor structure and identifying a brief CASP-3. *Quality of Life Research* 24: 193.
- von dem Knesebeck, O., Hyde, M., Higgs, P., Kupfer, A., Siegrist, J. (2005). Quality of Life and Well-Being. W: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. (red.) (2005). Health, ageing and retirement in Europe – First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Wahrendorf, M. (2015). Previous employment histories and quality of life in older ages: sequence analyses using SHARELIFE. *Ageing and Society* 35 (9): 1928 – 1959.
- Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O., Siegrist, J. (2006). Social productivity and well-being of older people: baseline results from the SHARE study. *European Journal of Ageing* 3: 67–73.
- Wahrendorf, M., Siegrist, J. (2010). Are changes in productive activities of older people associated with changes in their well-being? Results of longitudinal European study. *European Journal of Ageing* 7: 59–68.
- White, A. (2007). A global projection of subjective well-being: A challenge to positive psychology. *Psychtalk* 56: 17–20.
- Wiggins, R., Netuveli, G., Hyde, M., Higgs, P., Blane, D. (2008). The evaluation of a self-enumerated scale of quality of life (CASP-19) in the context of research on ageing: a combination of exploratory and confirmatory approaches. *Social Indicators Research* 89: 61–77.