

Przygotowanie do starości

Polacy wobec starzenia się



INSTYTUT SPRAW PUBLICZNYCH

Przygotowanie do starości

Polacy wobec starzenia się

pod redakcją
Piotra Szukalskiego

Warszawa 2009

INSTYTUT SPRAW PUBLICZNYCH PROGRAM POLITYKI SPOŁECZNEJ

Publikacja powstała na podstawie pracy naukowo-badawczej „To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski” wykonanej przez zespół ekspertów Fundacji Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.



Redakcja: *Teresa Pawlak-Lis*

Koordynator: *Kamila Hernik*
Ewelina Kuźmich

Projekt okładki: *QUARR* 022 827 21 33

© Copyright by Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2009

ISBN: 978-83-89817-94-5

Wydawca:

Fundacja Instytut Spraw Publicznych
00-031 Warszawa, Szpitalna 5, lok. 22
tel. 022 556 42 60, fax 022 556 42 62
e-mail: isp@isp.org.pl
www.isp.org.pl

Skład, druk i oprawa:

WEMA Wydawnictwo-Poligrafia Sp. z o.o.
00-093 Warszawa, ul. Daniłowiczowska 18a
tel. 022 828 62 78, fax 022 828 57 79
e-mail: wema@wp-wema.pl
www.wp-wema.pl

Spis treści

Piotr Szukalski

Wprowadzenie	9
-------------------------------	---

Część I. Przygotowanie do starości – kontekst demograficzny, społeczny i zdrowotny

Piotr Szukalski

Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku	17
1. Wprowadzenie	17
2. Przyczyny procesu starzenia się ludności	18
3. Etapy procesu starzenia się ludności	22
4. Konsekwencje starzenia się ludności	23
5. Demografia apokaliptyczna	26
6. Najważniejsze długookresowe tendencje zaprzeczające aksjomatom demografii apokaliptycznej	30
7. Poszukiwanie nowych ról dla seniorów – ku myśleniu o społecznej produktywności osób starszych	32
8. Przygotowanie do starości jako zadanie jednostek i zbiorowości	34
9. Podsumowanie – ku promowaniu pomyślnego starzenia się	35
Literatura	36

Piotr Szukalski

Przygotowanie do starości jako zadanie dla jednostek i zbiorowości	39
1. Wprowadzenie	39
2. Cechy przygotowania do starości jednostek i populacji	40
3. Przygotowanie się do starości jednostek – przykłady działań	42
4. Cel badania	52
5. Podsumowanie	53
Literatura	54

Alicja Bortkiewicz

Wiek i stan zdrowia a zdolność do pracy	56
1. Wprowadzenie	56

2. Wpływ wieku na funkcjonowanie organizmu	57
3. Wpływ wieku na stan zdrowia	58
4. Wpływ pracy na zdrowie	62
5. Wiek a subiektywna ocena zdolności do pracy	79
6. Wymagania związane z pracą a możliwości pracownika	81
7. Podsumowanie	83
Literatura	86

Danuta Duch-Krzystoszek

Praca płatna w życiu kobiet i mężczyzn	93
1. Wprowadzenie	93
2. Aktywności życiowe kobiet i mężczyzn w cyklu życia	94
3. Rynek pracy	99
4. Kulturowy kontekst kontraktu płci	102
5. Akceptacja społeczna pracy ludzi starych	108
6. Uwagi końcowe	111
Literatura	113

Część II. To idzie starość – Polacy wobec starzenia się i starości

Iwona A. Oliwińska

Style życia współczesnych Polaków na przedpolu starości	117
1. Wprowadzenie	117
2. Style życia i ich elementy – badania własne	120
3. Podsumowanie	134
Literatura	141

Piotr Szukalski

Zdrowie Polek i Polaków na przedpolu starości	145
1. Wprowadzenie	145
2. Stan zdrowia Polaków na przedpolu starości w świetle badań GUS-u	146
3. Deklaracje odnośnie do stanu zdrowia	149
4. Ograniczenia zdrowotne w wykonywaniu pracy i czynności codziennych	151
5. Niepełnosprawność	152
6. Podsumowanie	155
Literatura	156

Zofia Szweda-Lewandowska

Rehabilitacja zawodowa jako przejaw przystosowania osób z problemami zdrowotnymi	157
1. Wprowadzenie	157
2. Przygotowanie do starości	157
3. Pojęcia	158

4. Prewencja rentowa	161
5. Osoby niepełnosprawne w Polsce	162
6. Stosunek do rehabilitacji	163
7. Analiza wyników badania „To idzie starość” w zakresie rehabilitacji	166
8. Wnioski	171
9. Rekomendacje	173
Literatura	175

Piotr Szukalski

Plany zawodowe i przewidywania odnośnie do wieku przechodzenia na emeryturę	176
1. Wprowadzenie	176
2. Aktywność zawodowa osób na przedpolu starości i wiek przechodzenia na emeryturę w Polsce w ostatnich latach	177
3. Wyniki badania	181
4. Kulturowo-społeczne uwarunkowania wczesnej dezaktywacji zawodowej osób starszych	198
5. Podsumowanie: wnioski i rekomendacje	201
Literatura	204

Elżbieta Bojanowska

Opieka nad ludźmi starszymi	207
1. Wprowadzenie	207
2. Rodzina i środowisko zamieszkania jako miejsce życia człowieka starszego	209
3. Odpowiedzialność za opiekę nad osobami starszymi	211
4. Formy i rodzaje pomocy na starość oraz podmioty ją świadczące	215
5. Obawy i niepokoje osób starszych	227
6. Podsumowanie: wnioski i rekomendacje	228
Literatura	229

Piotr Szukalski

Podsumowanie: wnioski i rekomendacje	231
Noty o Autorach	237

Piotr Szukalski

Wprowadzenie

Świadomość nieuchronnego starzenia się ludności powoli staje się stałym elementem wszystkich wizji przyszłości, które muszą uwzględniać skutki wzrostu frakcji osób starszych¹. Ten proces demograficzny pociąga za sobą wiele ważkich skutków, których nie zawsze jesteśmy świadomi i na które nie zawsze możemy się przygotować. Demografia to jednak taka dziedzina nauki, która jest dość dobrze rozpoznana i która pozwala na budowanie wiarygodnych osądów dotyczących przyszłości. Jeśli np. chcemy dowiedzieć się, ile osób siedemdziesięcioletnich będzie żyło za 20 lat, to można to ustalić dość prosto i dokładnie, „postarzając” dzisiejszych pięćdziesięciolatków o lat 20². Gorzej jest z przygotowaniem się na skutki owych zmian, zwłaszcza gdy związane są one z podejmowaniem ryzykownych decyzji politycznych. Ze względu na oddziaływanie tzw. cyklu politycznego, a tym samym preferowanie przez polityków działań przynoszących szybkie rezultaty, dostrzegalne w ramach jednej kadencji, oraz skłonność do unikania niepopularnych kroków, wszystkie dalekosiężne akcje i programy z góry skazane są na mniejsze zainteresowanie decydentów.

¹ Zob. choćby wydane w latach 2007 i 2008 raporty Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” PAN, w którym wątek starzenia się ludności pojawia się w większości częściowych opracowań (*Europa w perspektywie roku 2050*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” Polska Akademia Nauk, Warszawa 2007; *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i kierunki działania*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” Polska Akademia Nauk, Warszawa 2008).

² Z technicznego punktu widzenia postarzanie polega na ustaleniu, jaka część obecnie żyjącej populacji w danym wieku, przeżyje interesujący nas okres, a zatem polega na określeniu poziomu umieralności. Ponieważ zmiany umieralności w długim okresie są dość łatwe do ustalenia (znany jest kierunek zmian – redukcja częstości zgonów, sprzeczać się można jedynie o tempo – ale i to w dość wąskim przedziale), tego typu szacunki są bardzo wiarygodne. Z kolei, gdy mówimy o osobach po 40. roku życia, ze względu na ich niską skłonność do zmiany miejsca zamieszkiwania, migracje bardzo słabo modyfikują liczbę seniorów.

W niniejszym opracowaniu zajmujemy się takim właśnie zagadnieniem, a mianowicie starzeniem się ludności Polski. Jest to proces łatwo przewidywalny co do przebiegu, trudniej natomiast prognozować jego rezultaty. Wysoka liczba urodzeń w latach następujących po II wojnie światowej, tzw. powojenny wyż demograficzny, w naturalny sposób po upływie sześciu dekad przynosi rozrost zbiorowości „siwych głów”. Póki co, problem ten został dostrzeżony w naszym kraju i potraktowany poważnie jedynie w połowie lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Wówczas to pod wpływem skonsolidowanej opinii ekspertów krajowych oraz organizacji międzynarodowych, w obawie przed krachem systemu finansów publicznych, przeprowadzono reformę systemu ubezpieczeń społecznych (niedokończoną notabene do dziś z powodu braku aktów wykonawczych). Jednak starzenie się generacji powojennego wyżu demograficznego przekładać się będzie nie tylko na sferę ubezpieczeń społecznych, czy szerzej – zabezpieczenia społecznego (choć również wciąż niedoceniane pozostają kwestie zapewnienia w przyszłości opieki zdrowotnej i usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych). Proces ten będzie bowiem oddziaływać w zasadzie na każdą sferę życia, od mieszkalnictwa i usług rynkowych, do transportu publicznego czy funkcjonowania Internetu.

Tymczasem odkładanie dyskusji nad wprowadzeniem ubezpieczenia pielęgnacyjnego *ad Kalendas Graecas*, świadczy o braku zainteresowania polskich decydentów kwestią przygotowania się do dalekosiężnych i przewidywalnych skutków starzenia się ludności. Należy zatem przypomnieć o tym szerszemu gremium, i to nie w postaci złowróżbnych ostrzeżeń, lecz w formie opracowania o charakterze poradnika: jak rozwiązywać problemy. Poradnika tym bardziej skłaniającego do refleksji, ponieważ koncentrującego swoje zainteresowanie na konkretnych osobach, które dopiero w perspektywie najbliższych lat osiągną starość.

Pierwotnym celem prezentowanego w niniejszym tomie badania było określenie, jak do starości przygotowuje się powojenny wyż demograficzny i na ile jego przedstawiciele skłonni są do modyfikowania własnych planów życiowych pod wpływem zewnętrznych bodźców. Przypomnę, że termin „powojenny wyż demograficzny” używany jest dla określenia osób urodzonych w latach 1946–1960 (niekiedy przedział ten dotyczy lat 1947–1961). Ogółem w okresie 1946–1960, w fazie powojennej kompensacji, urodziło się 11,12 mln osób, spośród których po dziś dzień żyje 8,4 mln. Pokolenie powojennego wyżu demograficznego stanowi zatem 22% populacji Polaków. Od przyszłych zachowań tej podzbiorowości, jej wyborów odnośnie do momentu przejścia na emeryturę, dbałości o zdrowie, umiejętności podtrzymywania nieformalnych więzi czy skłonności do oszczędzania, zależeć będzie stabilność ekonomiczna, społeczna i polityczna naszego kraju w nadchodzących trzech dekadach. Powojenny wyż, choć doceniany, a niekiedy nawet przeceniany jako siła

sprawcza dotychczasowych przemian politycznych i gospodarczych³, do tej pory w zasadzie nie był przedmiotem szerszych badań o charakterze perspektywnym. Wyjątkiem jest wydany kilka lat temu tom, przygotowany przez krakowskich demografów i ekonomistów⁴, w którym jednak wątek perspektywny ogranicza się do analiz ilościowych na bazie prognozy demograficznej GUS-u z 2000 roku. W naszym przypadku postanowiliśmy odejść od suchego wnioskowania na podstawie dostępnych źródeł wtórnych i oddać głos osobom bezpośrednio nas interesującym. Skonstruowana przez nas ankieta miała za zadanie ocenę własnego potencjału na starość w reprezentatywnej, ogólnopolskiej próbie osób urodzonych w fazie powojennej kompensacji.

Pomysłem tym zainteresował się Instytut Spraw Publicznych, który już wcześniej w swej działalności badawczej podejmował wątki przygotowania do starzenia się ludności Polski⁵. W czasie dyskusji nad koncepcją badań zdecydowaliśmy się nieco rozszerzyć badaną zbiorowość, włączając do niej oprócz roczników należących do powojennego wyżu demograficznego także inne osoby znajdujące się na przedpolu starości. Pod tym ostatnim pojęciem specjaliści z dziedziny zdrowia publicznego rozumieją osoby w wieku 45–64 lata. W tej właśnie zbiorowości – stanowiącej 10,5 mln Polaków, co odpowiada 27,6% ogółu ludności naszego kraju – postanowiliśmy przyjrzeć się kilku zagadnieniom, mającym w naszej opinii kluczowe znaczenie z punktu widzenia możliwości przygotowania się na starość indywidualną i zbiorową oraz oddziaływania na przygotowanie jednostkowe. Do tych newralgicznych obszarów tematycznych zaliczyliśmy:

- styl życia: sposób wykorzystywania wolnego czasu, rzutujący na umiejętność gospodarowania czasem oraz podejście do siebie jako aktywnej jednostki sprawczej, myślącej perspektywicznie, korzystającej z dobrodziejstw nowoczesności, oddziałującej na swój stan zdrowia;
- stan zdrowia: ocenę własnej możliwości dalszego samodzielnego funkcjonowania;
- rehabilitację: skłonność do podejmowania działań mających przywrócić samodzielność funkcjonalną i ekonomiczną;

³ W przypadku gospodarki wchodzenie wyżu na rynek pracy od połowy lat sześćdziesiątych XX wieku związane było np. z rozluźnianiem kryteriów uzyskiwania przez starszych pracowników emerytur w celu zwolnienia stanowisk dla młodzieży, zaś w przypadku polityki formułowane są sądy, iż bez wyżowego przekonania „jak nas jest wielu” nie byłoby „pierwszej” Solidarności – zob. H. Mortimer-Szymczak, *Etapy rozwoju polityki zatrudnienia (próba periodyzacji)*, [w:] J.T. Kowaleski (red.), *Teraźniejszość i przyszłość demograficzna polskich regionów*, Wydawnictwo Absolwent, Łódź 2001, s. 127–134.

⁴ J. Pocięcha (red.), *Ekonomiczne konsekwencje osiągnięcia wieku emerytalnego przez generację powojennego wyżu demograficznego*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2003, s. 160.

⁵ J. Halik (red.), *Starzy ludzie. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002, s. 173.

- aktywność zawodową: gotowość osób znajdujących się na przedpolu starości do wydłużenia okresu wykonywania pracy zawodowej i jej uwarunkowania;
- opiekę nad osobami starszymi: realizowane obecnie i oczekiwane formy wspierania osób starszych przez rodzinę i instytucje społeczne.

Koncepcja badania została uznana za interesującą przez Departament Prewencji i Rehabilitacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który sfinansował przeprowadzone przez grupę ekspertów Instytutu Spraw Publicznych prace badawcze. W efekcie na przełomie października i listopada 2007 roku przeprowadzono ogólnopolskie, reprezentatywne badanie wśród 1500 respondentów w wieku 45–65 lat. Jego wyniki prezentujemy w niniejszym opracowaniu w części drugiej⁶.

Materiał ten rozszerzony został o zawarte w pierwszej części niniejszego tomu opracowania o charakterze teoretycznym, wprowadzające do tematyki starzenia się ludności, przygotowania do starości oraz społecznego, kulturowego i zdrowotnego kontekstu tego przygotowania. Jak nam się wydaje, bez takiego wprowadzenia prezentacja oczekiwań Polaków i Polek na przedpolu starości wobec własnej starości oraz ich przygotowania do tej fazy życia pozabawiona byłaby szerszego kontekstu.

Oddając Czytelnikowi niniejsze studium, mamy nadzieję, że zaprezentowane w nim opracowania częściowe stanowić będą materiał pobudzający do przemyśleń na temat stanu ducha Polek i Polaków znajdujących się na przedpolu starości, ich percepcji własnej starości, gotowości do kształtowania swojej przyszłości, a przede wszystkim przejęcia odpowiedzialności za siebie na stare lata. Mamy nadzieję, że przemyślenia te staną się bodźcem, który doprowadzi do przeformułowania i uskutecznienia działań władz publicznych różnego szczebla, działań ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów, które w nieunikniony sposób wiążą się ze wzrostem udziału osób starszych w społeczeństwie.

⁶ Badanie zostało przeprowadzone pod koniec 2007 roku przez zespół w składzie: dr Piotr Szukalski (UŁ – kierownik), dr Iwona A. Oliwińska (UW), Elżbieta Bojanowska (UKSW), Zofia Szweda-Lewandowska (UŁ). Badaniu poddano reprezentatywną z punktu widzenia płci, wieku i miejsca zamieszkiwania ankietowanych próbę Polaków w wieku od 45 do 65 lat. Wywiady prowadzili przeszkoleni ankierzy jednego z profesjonalnych ośrodków badania opinii publicznej. Wywiady wśród 1500 wylosowanych respondentów przeprowadzono metodą *face-to-face*.

Literatura

- Europa w perspektywie roku 2050*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus”, Polska Akademia Nauk, Warszawa 2007.
- Halik J. (red.), *Starzy ludzie. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.
- Mortimer-Szymczak H., *Etapy rozwoju polityki zatrudnienia (próba periodyzacji)*, [w:] J.T. Kowaleski (red.), *Teraźniejszość i przyszłość demograficzna polskich regionów*, Wydawnictwo Absolwent, Łódź 2001, s. 127–134.
- Pociecha J. (red.), *Ekonomiczne konsekwencje osiągnięcia wieku emerytalnego przez generacje powojennego wyżu demograficznego*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2003.
- Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i kierunki działania*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus”, Polska Akademia Nauk, Warszawa 2008.

Część I

Przygotowanie do starości – kontekst demograficzny, społeczny i zdrowotny

Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku

1. Wprowadzenie

Proces starzenia się ludności przez wiele osób postrzegany jest jako zjawisko najważniejsze w XXI wieku¹ z punktu widzenia gospodarki i zasad życia społecznego. Percepcji tej towarzyszy „odkrywanie na nowo” problematyki wzrostu frakcji seniorów. Na poziomie mikro starość jest odkrywana na nowo jako faza życia, która z jednej strony staje się powoli etapem w mniejszym lub większym stopniu dostępnym dla każdego², z drugiej zaś – dzięki odpowiedniemu przygotowaniu – nie musi być w nieunikniony sposób związana z brakiem zdrowia i zależnością od innych. Jednocześnie następuje wyraźne przeformułowanie podejścia do procesu starzenia się ludności na poziomie makro – od jednoznacznego definiowania interesującego nas zjawiska w kategoriach zagrożenia dla długookresowego rozwoju do pojmowania go w kategoriach wyzwania, jeszcze jednego wyznacznika „społeczeństwa ryzyka”.

¹ W niniejszym tekście wykorzystałem fragmenty dwóch innych opracowań mego autorstwa – P. Szukalski, *Proces starzenia się ludności. Przyczyny, etapy, konsekwencje*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatra z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2006, s. 13–18; P. Szukalski, *Zagrożenie czy wyzwanie – proces starzenia się ludności*, „Polityka Społeczna” 2006, nr 9, s. 6–10.

² Dzięki długookresowemu spadkowi umieralności obecnie zgodnie z tablicami trwania życia zdecydowana większość noworodków ma szansę na dożycie starości. Jeśli porównamy przykładowo jednostki urodzone we Francji, generacyjne tablice trwania życia, będące dziełem spółki Jacques’a Vallin i France’a Meslé, wskazują, że 34% mężczyzn urodzonych w 1806 roku osiągnęło wiek 60 lat, dla urodzonych w 1900 roku było to 48,9%, zaś dla nowo narodzonych w 1996 roku będzie to najprawdopodobniej 94,4%. W przypadku kobiet odpowiednie wielkości wynoszą – 36,2%, 59,7%, 96,8%. Z kolei do wieku 80. lat dożywa w trzech powyższych generacjach odpowiednio 7,7%, 17,2%, 80,6% mężczyzn i 9,8%, 35,1%, 92,2% kobiet. Zob. J. Vallin, F. Meslé, *Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles et projections pour le XXI siècle*, “Données Statistiques” 2001, nr 4, 102 s. + płyta CD).

Celem pierwotnym niniejszego tekstu była próba wskazania najważniejszych płaszczyzn, których dotyczyła prowadzona w trakcie ostatniego półwiecza dyskusja wokół problematyki wzrostu udziału seniorów i szczególnie nestorów³. Celem wtórnym zaś było wskazanie najważniejszych pól badań, które powinny być podjęte przez specjalistów z zakresu gerontologii społecznej, chcących minimalizować wpływ niekorzystnych zmian na poziomie indywidualnym i zbiorowym, jakie związane są ze starzeniem się tak indywidualnym, jak i populacyjnym. Akcent w niniejszym opracowaniu położony zostanie co prawda przede wszystkim na starzenie się ludności, ale zagadnienia starzenia się jednostkowego (fizjologicznego i społecznego) będą wielokrotnie przywoływane.

2. Przyczyny procesu starzenia się ludności

Proces starzenia się ludności, tj. wzrost odsetka ludzi powyżej 60. (granica używana na kontynencie europejskim) lub 65. roku życia (propozycje ONZ, akceptowane w USA i Wielkiej Brytanii), jest nieuniknioną konsekwencją długookresowych przemian dwóch składowych ruchu naturalnego – rozrodczości i umieralności. W ostatnich 200–250 latach wszystkie społeczeństwa Europy (i prawie wszystkie społeczeństwa świata) przeżyły zmianę reżimu reprodukcji (odtworzenia się) ludności: od reprodukcji rozrzutnej, odznaczającej się wysokim natężeniem urodzeń i zgonów, do reprodukcji oszczędnej z niską rodnością i umieralnością. Powyższe przemiany ujęte są w syntetyczny sposób w koncepcji przejścia demograficznego i towarzyszących temu przejściu dwóch innych, długookresowych zmian – przejściu epidemiologicznym i przejściu zdrowotnym.

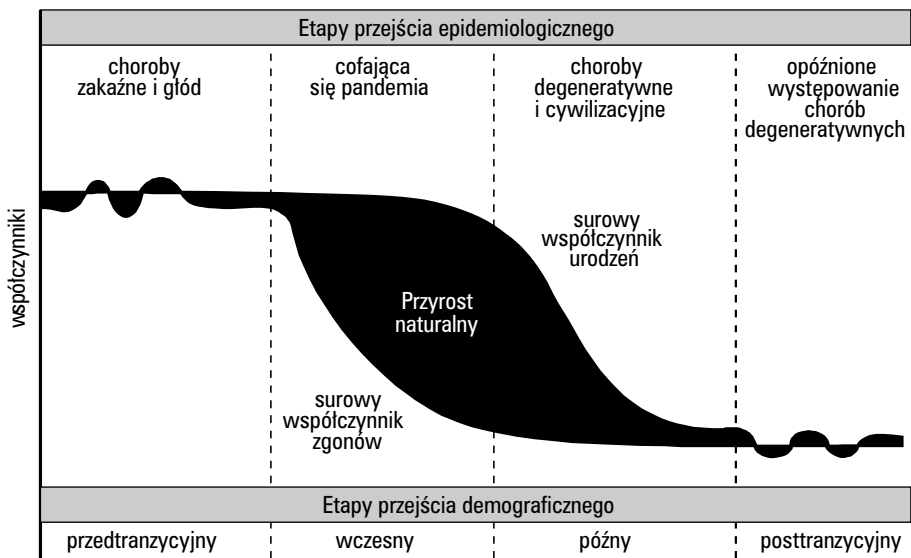
Teoria przejścia demograficznego – przyjmowana powszechnie, z niewielkimi zastrzeżeniami, dotyczącymi bardziej mechanizmu wyjaśniającego przyczyny zmian niż ich przebiegu – opisuje proces przemian reprodukcji ludności (graficzna prezentacja tego modelu zamieszczona jest na rysunku 1). W okresie przedtranzycyjnym (zamiennie z pojęciem „przejście” użyć można terminu „tranzycja”) życie ludzkie narażone było na stałe, wysokie ryzyko zgonu, które w okresach klęsk żywiołowych (susze, powodzie, nieurodzaże), epidemii i wojen wzrastało dodatkowo. W rezultacie typowy noworodek miał przed sobą około 25–30 lat życia, głównie z powodu wysokiej umieralności w pierwszych latach życia (około jedna czwarta noworodków umierała w pierwszym roku życia, około połowa nie dożywała wieku 20 lat). Aby w takich warun-

³ Demografii znane jest pojęcie podwójnego starzenia się ludności. Termin ten oznacza, iż w ramach starzenia się populacji, najszybciej rośnie udział osób bardzo starych, definiowanych najczęściej jako jednostki mające przynajmniej 80 lub 85 lat.

kach zapewniona była równowaga ekologiczna (tj. pełne wykorzystanie dostępnych danej populacji zasobów) i jednocześnie zastępowalność pokoleń, typowa kobieta musiała urodzić 6–8 dzieci. W efekcie współwystępowania wysokiej umieralności i wysokiej dzietności udział ludzi starych pozostawał na poziomie niskim (około 4–6% ludności w wieku 60 lat i więcej), aczkolwiek niestabilnym (w okresach epidemii dotyczących głównie dzieci i młodzieży udział seniorów niekiedy znacznie się podnosił, podczas gdy w warunkach „normalnych” osiągał poziom bardzo niski).

Druga połowa XVIII wieku przyniosła postęp w zakresie „twardych” (obiektywnych), jak i „miękkich” (mentalnych) determinant stanu zdrowia i umieralności ludności. Powstanie nowych upraw i technik pozyskiwania żywności, rozwój technologiczny w sferze ochrony zdrowia z jednej strony, a z drugiej – powolne rozprzestrzenianie się racjonalistycznego (szukającego logicznych, pozbawionych wpływu czynnika ponadnaturalnego determinant stanu zdrowia) i demokratycznego (uznającego, że zdrowie i długie życie jest dobrem niezbędnym każdemu, a nie tylko warstwom wyższym) spojrzenia na świat doprowadziło do powolnego obniżania się umieralności. Rodność pozostała bez zmian, lecz łącznym efektem był najpierw spadek (rezultat relatywnie szybkiego obniżenia się prawdopodobieństwa zgonu w pierwszych latach życia), a następnie wzrost odsetka ludzi starszych (efekt obniżania się umieralności w średnim i starszym wieku).

Rysunek 1. Przejście demograficzne a przejście epidemiologiczne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

Kolejny etap przejścia demograficznego związany był z szybkim obniżaniem się rodności przy jednoczesnej powolnej redukcji współczynników zgonów, głównie wśród ludzi w wieku średnim i starszym. Działał tu mechanizm dążący do równowagi ekologicznej (dopasowania liczby ludności do dostępnych zasobów), ograniczający tempo wzrostu liczby ludności. Niezależnie od typu motywacji do zmniejszania liczby potomstwa (altruistyczna – ukierunkowana na zwiększenie średniej wartości inwestycji w kapitał ludzki potomstwa; egoistyczna – związana z rozpatrywaniem decyzji prokreacyjnych w kategoriach ekonomicznych kosztów i korzyści z punktu widzenia interesu rodziców) konsekwencją takiego zachowania było zwiększenie się frakcji osób starszych.

Równoległe z przejściem demograficznym zachodzą dwa inne, ściśle związane przejścia – epidemiologiczne i zdrowotne. Pierwsze z nich skrótkowo przedstawić można jako proces przebiegający trójplaszczynowo: 1) zmiana podstawowych przyczyn zgonów – od dominacji chorób zakaźnych i pasożytniczych do dominacji chorób degeneratywnych (związanych z procesem kumulacji losowych szkód występujących w organizmie) i cywilizacyjnych (związanych ze stylem życia, nadużywaniem antystresorów, zanieczyszczeniem środowiska); 2) obniżanie się prawdopodobieństwa zgonów w każdym wieku; 3) zmiana rozkładu zgonów według wieku – od dominacji zgonów występujących w pierwszych miesiącach i latach życia do dominacji zgonów występujących w 7., 8. i ostatnio 9. dekadzie życia. Z kolei przejście zdrowotne, będące pojęciem włączającym w siebie kategorię przejścia epidemiologicznego, uznawane jest za pojęcie umożliwiające opis zmian w długim okresie stanu zdrowia i sprawności ludności, poprzez odwoływanie się do osiągalnych i porównywalnych pośrednich wskaźników stanu zdrowia. Utożsamione może być ono z demokratyzacją i upublicznieniem medycyny (odejściem od uznania, że zdrowie jest uzależnione jedynie od woli jednostki i jej zasobności), zmianą jej celu (od ingerowania w przypadkach ciężkich chorób do przeciwdziałania ich występowaniu), skuteczności (np. dzięki rozwojowi technologii, farmakologii) i modelu (od modelu socjomedycznego, uznającego jedność umysłu i ciała, poprzez biomedyczny – koncentracji na terapii ciała, bez uwzględniania kontekstu choroby – z powrotem do socjomedycznego). Konsekwencją dwóch wspomnianych przejść jest wydłużanie się ludzkiego życia, poprawa stanu zdrowia ludności, odraczanie momentu pojawiania się chronicznych chorób.

Po zakończeniu przejścia demograficznego pojawił się w ostatnich dekadach niespodziewany etap rozwoju demograficznego, nazywany niekiedy „drugim przejściem”. Jego najważniejszym przejawem, z punktu widzenia naszych zainteresowań, jest utrzymywanie się w długim okresie natężenia urodzeń na poziomie niegwarantującym prostej zastępowalności pokoleń, tj. nadwyżka liczby zgonów nad liczbą urodzeń. W konsekwencji wzrasta względna ważność licznych generacji urodzonych kilka dekad temu.

Przywołajmy tu przykład ziem polskich, gdzie przejście demograficzne – w zależności od zaboru – rozpoczęło się około 1870–1880 roku. W Królestwie Polskim w 1848 roku osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły 3,4% ludności ogółem, na ziemiach wchodzących w skład II RP około 1900 roku udział ten osiągnął poziom 6,2%, w 1931 roku – 7,8%, na obecnym obszarze Polski – w 1950 roku – 8,3%, w 1970 roku – 13,0%, w 1990 roku – 15%, a w 2009 roku – 19,1%.

Związek pomiędzy poziomem dzietności, natężeniem umieralności a stopniem zaawansowania procesu starzenia się ludności przedstawiony jest w tabeli 1. Dzietność opisana jest przez współczynnik reprodukcji brutto, czyli liczbę dziewczynek, jaką przeciętnie kobieta rodzi w trakcie całego życia rozrodczego (w warunkach dążenia do niezmienności liczby ludności przy niskim poziomie umieralności wystarcza, gdy matka urodzi jedną zastępującą ją córkę; im umieralność jest wyższa, tym potrzeba średnio wyższej liczby córek). Umieralność jest wyższa, tym potrzeba średnio wyższej liczby córek). Umieralność scharakteryzowana jest przez przeciętne trwanie życia noworodka, tj. syntetyczny miernik, określający średnią liczbę lat, jaką przy danej częstotliwości występowania zgonów, ma do przeżycia noworodek, niezależnie od płci.

Tabela 1. Odsetek osób w wieku 65 i więcej lat w populacji stabilnej o różnych kombinacjach płodności i umieralności (w %)

Współczynnik reprodukcji brutto	Dalsze trwanie życia noworodka					
	30	40	50	60	70	80
2,0	5,8	5,9	5,9	5,9	6,1	7,5
1,0	14,5	14,9	15,5	15,7	16,5	20,2
0,8	17,8	18,9	19,7	20,1	21,2	25,9

Źródło: P. Uhlenberg, *Population aging and social policy*, „Annual Review of Sociology” 1992, vol. 18, s. 452.

Tabela 1 wskazuje na dwa podstawowe źródła starzenia się ludności: starzenia się od dołu piramidy wieku ludności⁴ i starzenia się od góry tejże piramidy. W pierwszym przypadku proces starzenia się ludności jest konsekwencją szybkiego spadku liczby urodzeń i tym samym relatywnego wzrostu znaczenia ludności w starszym wieku. W drugim przypadku źródłem starzenia się populacji są przemiany umieralności – wzrost liczby bezwzględnej osób

⁴ Piramida wieku ludności to graficzna prezentacja struktury wieku ludności. Na osi pionowej umieszczona jest informacja o wieku, zaś na dwóch osiach poziomych – lewej dla mężczyzn i prawej dla kobiet – poziome „belki” wskazują na liczbę ludności danej płci w danym wieku. Informacja o liczbie może być podana w wielkościach bezwzględnych (tysiące, miliony osób) bądź względnych (odsetek ludności danej płci).

starych i bardzo starych związany z wyższym prawdopodobieństwem przeżycia przez wcześniejsze etapy życia.

Dotychczas ważniejszym źródłem procesu starzenia się ludności było ograniczanie diety, aczkolwiek wiele wskazuje, że w przyszłości, wraz z koncentrowaniem się redukcji umieralności głównie wśród ludności starszej, wzrastać będzie waga starzenia się populacji „od góry piramidy wieku”. Potwierdzeniem powyższej konstatacji jest porównanie wpływu wyodrębnionych zmian współczynnika reprodukcji brutto i dalszego trwania życia na frakcję seniorów na podstawie danych zawartych w tabeli 1. Przy porównywalnej, relatywnej zmianie poziomu diety (z 2,0 do 0,8) i umieralności (z 30 lat do 80 lat) większa jest waga zmiany płodności na poziom zaawansowania procesu starzenia się ludności.

Niższy poziom umieralności odnotowywany w populacji kobiet wskazuje, że zbiorowość kobiet we współczesnych społeczeństwach charakteryzuje się wyższym stopniem zaawansowania procesu starzenia się niż populacja mężczyzn (przykładowo w Polsce w 2009 r. udział osób w wieku 60 lat i więcej wynosi wśród kobiet 22,1%, wśród mężczyzn 15,8%).

3. Etapy procesu starzenia się ludności

W długookresowym procesie zmiany struktury wieku ludności jako rezultatu wspomnianych przejść wyodrębnić można kilka etapów. Etap wyjściowy odznacza się bardzo niskim udziałem seniorów. Dopiero mechanizm przejścia demograficznego warunkuje pojawienie się zmian. Wpierw następuje odmłodzenie struktury wieku ludności. Ale dopiero kolejne sekwencje procesu zmian demograficznych związane są ze starzeniem się ludności – początkowo jest to proces powolny, później zauważa się szybki wzrost odsetka seniorów jako konsekwencję starzenia się „od dołu piramidy wieku”, na późniejszym etapie, pod koniec przejścia demograficznego, szybko wzrasta ów odsetek, co wynika ze starzenia się „od góry”. Wpływ starzenia się „od dołu piramidy wieku” jest efektem ograniczenia diety, osłabianym przez redukcję wysokiej niegdyś umieralności w pierwszych latach życia. Starzenie się „od góry” wynika z szybkiego ograniczania umieralności dorosłych, którzy dożywają zaawansowanego wieku. Początkowo redukcji podlega natężenie zgonów wśród dzieci i młodzieży oraz w młodszych grupach wieku dorosłego, dopiero relatywnie niedawno wyraźnie obniżać się zaczął poziom umieralności seniorów i osób najstarszych⁵. Ostatnie dekady – wraz z nadejściem drugiego przejścia demograficznego – ponownie wzmogły wagę starzenia się „od dołu”.

⁵ P. Szukalski, *Trwanie życia osób starych w Europie na przełomie XX i XXI wieku*, „Gerontologia Polska” 2003, nr 2, s. 55–62.

Wraz z pojawieniem się redukcji umieralności starszych grup wieku rozpoczął się niezwykle ważny etap, wspomnianego już podwójnego starzenia się ludności, tj. wzrost w populacji seniorów udziału „starych starych” i „najstarszych starych”⁶. W przyszłości spodziewany jest szybki wzrost liczby osób najstarszych, z dynamiczną zmianą liczby stulatków⁷ (niektórzy mówią o „eksplozji stulatków”).

Na przebieg procesu starzenia się ludności niekiedy wpływ mają zdarzenia nadzwyczajne, m.in.: kryzysy społeczne, tj. przełomowe wydarzenia dotyczące zamieszkujące dany obszar zbiorowości o charakterze politycznym (wojny), ekonomicznym (dekoniunktura gospodarcza) i normatywno-obyczajowym (szybkie zmiany mentalne), które determinują z jednej strony skłonność do zawierania związków małżeńskich i posiadania potomstwa, z drugiej zaś – poprzez dostępność wysokiej jakości wyżywienia, opału i środków higieny – stan zdrowia i częstość zgonów ludności. W czasie kryzysu ludzie odraczają moment podjęcia ważnych, długookresowych zobowiązań lub z nich rezygnują. Gdy kryzys się kończy, pojawia się faza kompensacji – jednostki zaczynają realizować swoje plany życiowe, ponieważ nadszedł ku temu sposobny czas.

W polskich warunkach istotny wpływ na przebieg procesu starzenia się ludności miała II wojna światowa. Przyspieszony wzrost odsetka ludzi starych w najbliższych dekadach uwarunkowany będzie dochodzeniem do wieku 60 lat dużych liczebnie generacji urodzonych w okresie powojennej kompensacji urodzeń (tj. w latach 1946–1960). Jednocześnie relatywnie słabe tempo starzenia się ludności w pierwszych latach XXI wieku (co również wynikało z wpływu kryzysu politycznego) również wynikało z wpływu tego czynnika – do wieku 60 lat dochodziły bowiem mało liczne, „wojenne” roczniki.

4. Konsekwencje starzenia się ludności

Konsekwencje procesu starzenia się, z czego musimy sobie zdawać sprawę, mają wieloaspektowy charakter. Ograniczę się tutaj do konsekwencji przejawiających się w sferze ekonomii, opieki zdrowotnej, relacji międzypokoleniowych w społeczeństwie i rodzinie. Chcąc dokonać egzemplifikacji, odwoływać się będę do badań bazujących na najnowszej prognozie demogra-

⁶ W amerykańskiej literaturze gerontologicznej popularny jest podział zbiorowości seniorów na trzy grupy: „młodych starych” (osoby w wieku 65–74 lata), „starych starych” (75–84 lata) i „najstarszych starych” (85 lat i więcej).

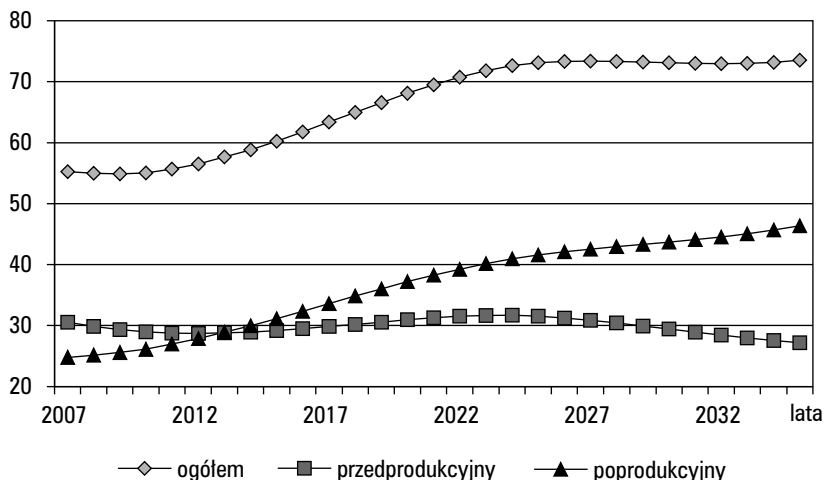
⁷ Przykładowo według najnowszej prognozy GUS-u z 2008 roku dla Polski liczba osób w wieku 60–74 lata wzrosnąć ma w latach 2008–2030 o 40%, 75–84 lata o 65,6%, zaś 85 lat i więcej o 90%. Jednocześnie liczba stulatków będzie wyższa o 253%.

ficznej GUS-u, pochodzącej z 2008 roku. Zgodnie z prognozą (opracowaną na lata 2008–2035) liczba ludności Polski zmniejszy się z 38,1 mln osób mieszkających w naszym kraju w 2007 roku do 36 mln osób w 2035 roku (tj. o 5,5% stanu początkowego). Jednocześnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym (zob. niżej) zwiększy się o 3,54 mln, czyli o 64,4%.

Z punktu widzenia ekonomii podstawowe znaczenie ma zwiększające się obciążenie ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku poprodukcyjnym. W tym przypadku bardziej właściwe byłoby zapewne posługiwanie się miarą określającą stosunek pracujących do pobierających świadczenia emerytalne i rentowe, niemniej jednak tradycyjnie używany jest współczynnik obciążenia ekonomicznego, określający stosunek ludności w wieku poprodukcyjnym (kobiety – 60 lat i więcej, mężczyźni – 65 lat i więcej) i ludności w wieku produkcyjnym (kobiety 18–59 lat, mężczyźni – 18–64 lata). Stosunek ten zwiększyć ma się w Polsce pomiędzy 2007 a 2035 rokiem z 24,8 osób w wieku poprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym na 46,4 (rysunek 2). Oznacza to, że, chcąc utrzymać wysokość świadczeń emerytalno-rentowych i poziom opieki zdrowotnej seniorów, należy oczekiwać zwiększonych obciążeń fiskalnych nakładanych na wynagrodzenia i wydatki ponoszone głównie przez osoby aktywne zawodowo.

W efekcie wzrosnąć ma współczynnik obciążenia osobami w wieku nieprodukcyjnym ogółem, i to pomimo spodziewanego zmniejszenia się obciążenia osobami młodymi w wieku przedprodukcyjnym (tj. mającymi mniej niż 18 lat).

Rysunek 2. Współczynnik obciążenia ekonomicznego ogółem i według kategorii wieku nieprodukcyjnego w Polsce w latach 2007–2035



Źródło: Obliczenia własne na podstawie Prognozy GUS-u z 2008 roku (wersja dostępna na stronie www.stat.gov.pl w dniu 10.05.2009).

Proces starzenia się ludności stawia nowe zadania przed systemem opieki zdrowotnej. Osoby starsze częściej są pacjentami otwartych i zamkniętych placówek ochrony zdrowia (przykładowo, częstość hospitalizacji dla chorób układu krążenia była w 1999 roku blisko 12-krotnie wyższa wśród osób w wieku 65 lat i więcej niż wśród osób w wieku 35–44 lata)⁸. Szacunki dokonane na bazie poprzedniej prognozy demograficznej z 2003 roku podawały, że mimo spadku liczby mieszkańców naszego kraju pod wpływem procesu starzenia się, liczba niepełnosprawnych wzrośnie (przy założeniu braku zmian częstości niepełnosprawności w poszczególnych grupach wieku) między 2002 a 2030 rokiem o 32,7%⁹. Inne obliczenia na bazie tej samej projekcji podają np. samoczynny wzrost liczby złamań osteoporotycznych (o 34%) z powodu zmiany liczebności osób starszych¹⁰. Z kolei szacunki finansowych potrzeb systemu opieki zdrowotnej mówią o konieczności przeciwdziałania procesowi starzenia się ludności w postaci realnego 13-procentowego wzrostu wydatków w najbliższym dwudziestoleciu, aby utrzymać poziom świadczeń medycznych na stałym poziomie. Ze względu na podwójne starzenie się ludności wzrośnie zapotrzebowanie na procedury związane ze specyficznymi potrzebami najstarszych pacjentów. Poza czynnikiem demograficznym zapotrzebowanie na opiekę medyczną nad seniorami wynikać będzie z przemian mentalnych – coraz częstszemu odchodzeniu od postrzegania starości jako okresu nieuniknionej niepełnosprawności i chronicznych chorób na rzecz percepcji tej fazy życia jako wolnej od powyższych przypadłości.

Starzenie się ludności pociąga za sobą również zmianę relacji międzypokoleniowych, zarówno w społeczeństwie, jak i w jego podstawowej jednostce – rodzinie. W społeczeństwie pojawia się z jednej strony „nowa waloryzacja” seniorów (dowartościowywanie tej grupy ludności jako licznych wyborców czy zasobnych konsumentów) oraz zachęcanie do wzrostu „społecznej produktywności” (partycypacja w życiu politycznym, kulturalnym, wolontariacie), czyli przedłużania aktywności zawodowej. Z drugiej strony mamy do czynienia z rozprzestrzenianiem się ideologii *ageizmu* (dyskryminacji ze względu na wiek), bazującej na wspomnianym wzroście obciążeń podatkowych jako konsekwencji wzrostu liczby osób starszych, kulcie młodości i niedostosowaniu wielu seniorów do szybkiego tempa zmian technologicznych, jakim podlega

⁸ B. Wojtyński, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2003.

⁹ P. Szukalski, *Projekcja liczby niepełnosprawnych seniorów do roku 2030*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s. 106–112.

¹⁰ M. Kulbaczewska, B. Kulbaczewski, *Złamanie osteoporotyczne – problem społeczny starzejącej się populacji Polski*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomysłne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 59–71.

współczesne społeczeństwo, postrzeganiu pracujących ludzi starych jako „zabierających” stanowiska pracy bezrobotnej młodzieży.

W rodzinie zmienia się również pozycja seniorów, z jednej strony wzrasta waga międzypokoleniowej więzi emocjonalnej i prywatnych transferów intergeneracyjnych (dary rzeczowe i finansowe, użyczanie mieszkania, wzajemna opieka, świadczenie różnorodnych usług). Z drugiej strony zasada „intymności na dystans” (tj. oddzielne zamieszkiwanie dorosłych przedstawicieli różnych generacji) zmniejsza współzależność. W przyszłości coraz większą wagę dla relacji w rodzinie i poza nią mieć będą obserwowane obecnie tendencje w zakresie formowania związków (upowszechnianie się życia w samotności), bezdzietności i małodziejności, rozwodów. W ich konsekwencji erozji ulegnie demograficzny wymiar rodziny, w rezultacie zmniejszy się prawdopodobieństwo posiadania opiekuna rodzinnego, a zwiększy obciążenie takich opiekunów. Zmiany takie spowodują konieczność dalszego przeformułowania polityki gospodarczej i społecznej (w tym systemu ochrony zdrowia i usług opiekuńczych).

5. Demografia apokaliptyczna¹¹

Przedstawiciele nauki i polityki, od czasu zainteresowania się konsekwencjami procesu starzenia się ludności, postrzegali wzrost udziału seniorów i wydłużanie się trwania życia w okresie starości jako zjawiska niepokojące. Owo jednomyślne w przeszłości w zasadzie mniemanie, nazwane przez Ellen Gee demografią apokaliptyczną¹², że wzrastająca liczba osób starszych mieć będzie katastrofalne skutki dla społeczeństwa, zasadzało się – zdaniem przywołanej kanadyjskiej badaczki – na pięciu „aksjomatach”:

- homogenizacji zbiorowości seniorów;
- „obwinianiu” osób starszych;
- postrzeganiu procesu starzenia się w kategoriach problemu społecznego;
- rozbudzaniu konfliktów międzypokoleniowych na bazie dyskusji o międzypokoleniowej (nie)sprawiedliwości i (nie)równości;
- bezwzględnym i stałym łączeniu procesu starzenia się z polityką społeczną.

Zanim przyjrzymy się powyższym „aksjomatom” i ich prawdziwości, warto zaznaczyć, że w rzeczywistości demografia apokaliptyczna bazuje na jeszcze jednym, nieuwzględnionym przez E. Gee, założeniu, na nieuniknionym pogarszaniu się wraz z wiekiem stanu zdrowia, zdolności kognitywnych, kom-

¹¹ W niniejszym punkcie korzystam z fragmentów swego innego opracowania: P. Szukalski, *Zagrożenie czy wyzwanie – proces starzenia się ludności*, op. cit., s. 6–10.

¹² G. Gutman, *Meeting the challenges of global aging: the need for a gerontological approach*, [w:] *Geriatrics 2006, Proceedings of the International Congress of Elderly Health*, Istanbul, Turkey 2006, s. 13–24.

petencji społecznych i zawodowych. Przyjęcie tego założenia prowadzi do wyodrębniania „jakościowo” różnych faz dorosłości: młodości i starości. To przekonanie – powszechne w gerontologii społecznej – prowadziło do wniosku, że seniorzy powinni „dostosować się” do swojej zmniejszającej się „użyteczności”, wycofując się z pełnionych ról społecznych. Ze względu na pojawiające się w rezultacie tego rozliczne deficyty, zadaniem państwa, instytucji publicznych i prywatnych (a przede wszystkim rodziny) jest pomoc w kompensowaniu pojawiających się braków.

Pomni tej uwagi, spójrzmy na przedstawione powyżej aksjomaty apokaliptycznej demografii.

W przypadku homogenizacji populacji seniorów chodzi o milczące założenie braku zróżnicowania stanu zdrowia i innych ważnych z praktycznego punktu widzenia charakterystyk tej zbiorowości. Tymczasem jeśli spojrzymy, choćby na newralgiczną cechę – deklarowaną niepełnosprawność (odczuwaną niemożność wykonywania wszystkich czynności dnia codziennego) jest ona wyraźnie zróżnicowana według wieku. Przykładowo według danych Narodowego Spisu Powszechnego (2002) wśród osób w wieku 60–64 lata 35,3% deklaroowało niepełnosprawność, w wieku 65–69 lat – 35,8%, 70–74 lata – 41,4%, 75–79 lat – 46,1%, zaś w wieku 80 lat i więcej – 48,8%¹³. W krajach wyżej rozwiniętych różnice pomiędzy grupami wieku są jeszcze bardziej widoczne, głównie wskutek niższych deklaracji wśród młodszych grup osób „po sześćdziesiątce”.

Seniorzy traktowani są jako monolityczna grupa zasługująca na względy z powodu ubóstwa. Tymczasem zasięg ubóstwa jest w tej grupie zdecydowanie niższy niż w rodzinach mających na wychowaniu dzieci – ta prawidłowość występuje we wszystkich rozwiniętych krajach¹⁴. Swoistym przejawem homogenizacji była również głęboka do niedawna wiara w niezmiennosc przebiegu ontogenezy jednostek przynależących do różnych kohort¹⁵. Dopiero w ostatnim ćwierćwieczu pojawiły się dowody, świadczące o postępującej poprawie stanu zdrowia kolejnych generacji i spowolnieniu przebiegu starzenia się na poziomie jednostkowym.

Kolejny aksjomat dotyczy „bycia winnymi” przez seniorów. Klasyczny tekst Prestona¹⁶ wskazywał na odmienną ewolucję w okresie powojennym po-

¹³ NSP 2002. *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*. Część I: *Osoby niepełnosprawne*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003.

¹⁴ *Ku godnej, aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym, Polska 1999*, United Nations Development Programme, Warszawa 1999.

¹⁵ Kohorta w demografii jest to grupa jednostek, które w tym samym okresie doświadczyły tego samego zdarzenia. Najczęściej używa się tego terminu do opisu jednostek, które urodziły się w tym samym czasie, np. w ciągu dekady, pięciolecia czy roku (w tym ostatnim przypadku zamiennie używana jest nazwa generacja).

¹⁶ S.H. Preston, *Children and the elderly: Divergent paths for America's dependents*, „Demography” 1984, vol. 21, nr 3, s. 435–457.

dejsia polityki społecznej w krajach rozwiniętych do dzieci i seniorów. Marginalizacji problemów najmłodszego pokolenia i ich rodziców towarzyszył wzrost programów ukierunkowanych na seniorów (zjawisko to widoczne było przede wszystkim przy porównaniu tempa wzrostu wydatków publicznych na poszczególne grupy wieku). W sytuacji załamania się finansów publicznych w końcu lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku (stagnacja ekonomiczna po kryzysie naftowym), wzrostu zadłużenia publicznego i konieczności redukcji różnorodnych działań pomocowych, zaczęto szukać winnych. Seniorzy okazali się (przede wszystkim w USA) znakomitymi kozłami ofiarnymi, oskarżanymi o wyciąganie publicznych środków, choć ich poziom życia jest relatywnie niezły – głównie dzięki postrzeganiu ich przez walczące między sobą partie polityczne jako rosnący w siłę, chętny do udziału w wyborach, wart zabiegów elektorat. Jednocześnie zapomniano, że część przypisywanych „chciwości” osób starszych wydatków publicznych wynikała z obecności w sferze działań politycznych założenia o homogeniczności seniorów, a tym samym z braku uzależnienia przydzielanego wsparcia od innego kryterium niż wiek¹⁷.

W rezultacie proces starzenia się ludności postrzegany był w kategoriach ważnego problemu społecznego, równie dotkliwego i powszechnego, jak i nieuniknionego – problemu głównie o charakterze ekonomicznym. Wynikające ze zmiany trybu reprodukcji ludności zachwianie relacji liczbowych młodzi/starzy zaczęło być zauważane jako zdarzenie rodzące niepokojące skutki fiskalne i budżetowe. Zmniejszającej się liczbie płatników relatywnie wysokich danin publicznych (osoby pracujące) towarzyszył wzrost liczebności „chciwych i niepomahowanych” starszych konsumentów środków publicznych. Zainteresowanie przyciągnęły zwłaszcza kwestia stabilności systemów emerytalnych (działających na zasadzie *pay-as-you-go*) i koszty opieki zdrowotnej.

Porównanie kosztów i korzyści, jakie wskutek przynależności do społeczeństwa ponoszą jednostki z różnych generacji, a zatem odpowiednio danin i działań publicznych, doprowadziło do coraz powszechniejszego analizowania wzrostu obciążenia demograficznego ludnością starszą w kategoriach kontraktu międzypokoleniowego z odwołaniem się do pojęcia „równości” i przede wszystkim sprawiedliwości międzypokoleniowej. Ta ostatnia kategoria, głównie dzięki wpływowym pracom Laurence’a J. Kotlikoffa¹⁸, stanowiącym punkt wyjścia dla rachunkowości generacyjnej¹⁹, w najczęściej występującej postaci definiowana jest jako takie samo względne obciążenie saldem transfe-

¹⁷ R.H. Binstock, *The oldest old and „intergenerational equity”*, [w:] R.M. Suzman, D.P. Willis, K.G. Manton (eds.), *The oldest old*, Oxford University Press, New York 1992, s. 394–417.

¹⁸ L.J. Kotlikoff, *Generational accounting. Knowing who pays, and when, for what we spend*, The Free Press, New York 1993.

¹⁹ Zob. P. Szukalski, *Rachunkowość generacyjna*, „Polityka Społeczna” 2000, nr 11–12, s. 17–21.

rów publicznych każdej kolejnej generacji. Prowadzone w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku badania wielokrotnie wskazywały, że saldo to jest bardzo korzystne dla dzisiejszych emerytów, chociaż kosztem następnych pokoleń, zmuszonych do spłacania „nadmiernych” zobowiązań, co prowadziło do stawiania pytań odnoszących się do możliwości i konieczności redefiniowania kontraktu międzypokoleniowego²⁰. Jednak podstawowym zarzutem stawianym rachunkowości generacyjnej jest nieuwzględnianie w prowadzonych rachunkach społecznie użytecznej działalności wolontarystycznej oraz prywatnych przepływów międzypokoleniowych. W obu przypadkach mamy do czynienia z wyraźnym przepływem pożytków od osób starszych do młodszych.

Przedstawiony tok myślenia, obciążający seniorów odpowiedzialnością za liczne problemy społeczne, wzmacnia niechęć do nich (jako do grupy, a nie do żyjących w sąsiedztwie jednostek), owocując wzrostem *ageizmu*, tj. budowaniem stereotypów i nierównym traktowaniem jednostek na bazie przynależności do różnych grup wieku²¹. Działo się tak, mimo że każda dyskryminacja związana jest też z pewnymi kosztami dla osób i instytucji dyskryminujących²².

²⁰ Kontrakt międzypokoleniowy (umowa międzypokoleniowa) to, bazujące na zasadzie odroczonej i ekwiwalentnej wymiany, porozumienie dotyczące intergeneracyjnej redystrybucji atrybutów statusu społecznego, a zatem takich zasobów, jak: władza, prestiż (który utożsamić można z przywództwem kulturowym) i bogactwo materialne. Celem umowy jest określenie beneficjanta ponoszącego koszt danej alokacji, jej czasu, miejsca, formy oraz innych warunków szczegółowych. Tym, co odróżnia ten rodzaj umowy od typowych umów formułowanych na zasadach rynkowych, jest brak dwóch zgodnych oświadczeń woli stron przystępujących do umowy w chwili jej zawarcia. W przypadku umów rynkowych kontrahenci są w momencie zawierania kontraktu znani sobie i zdolni (w znaczeniu prawnym) do składania oświadczeń woli, bowiem żyją. Tymczasem w przypadku umowy międzypokoleniowej podejmowane są zobowiązania wobec jednostek i grup, które bądź już zmarły, bądź się jeszcze nie narodziły. Kontrakt międzypokoleniowy składa się z dwóch podumów: publicznej, dotyczącej redystrybucji zasobów w ramach jakiejś zbiorowości (współcześnie w większości przypadków w ramach państwa), oraz prywatnej, dotyczącej redystrybucji w ramach rodziny. Tym samym odnosi się do dwóch odmiennych znaczeń pojęcia generacji (pokolenia). Wedle pierwszego z nich, aby określić pokolenie niezbędne jest uwzględnienie wieku (a czasami również aktywności zawodowej), zaś zdefiniowane na ich podstawie generacje nazwać możemy docelowymi grupami polityki społecznej.

²¹ P. Szukalski, *Dyskryminacja ze względu na wiek (ageizm) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 2, s. 11–15; P. Szukalski, *Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 153–184.

²² Przykładowo, w Wielkiej Brytanii szacuje się, że corocznie skutek dyskryminacji seniorów na rynku pracy straty wynoszą 23 mld euro, zaś koszt zbędnie wypłacanych zasiłków i utraconych podatków to dalsze 6,3 mld euro. E. Thorpe, *Dyskryminacja ze względu na wiek w Unii Europejskiej*, [w:] *My też – seniorzy w Unii Europejskiej*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa 2004, s. 52.

W konsekwencji uznanie starości demograficznej i rozrostu liczebnego populacji seniorów za zagrożenie dla długookresowego dobrobytu społecznego prowadziło do nadmiernie uproszczonego i stygmatyzującego traktowania osób starszych przez decydentów i instytucje polityki społecznej, powodując rozbudowę tych ostatnich. Działo się tak przede wszystkim wskutek pozbawienia w potocznym myśleniu seniorów innych ról społecznych niż tylko konsumentów różnorodnych usług społecznych, ludzi w rzeczywistości bezproduktywnych.

Nieunikniony dalszy wzrost kosztów polityki wobec ludzi starych prowadził do konieczności przemyślenia na nowo problematyki starzenia się ludności. W tym przypadku występowały dwa podejścia. Pierwsze z nich, będąc kontynuatorem demografii apokaliptycznej, wyraźnie podkreślało konieczność przywrócenia „sprawiedliwości międzypokoleniowej”, głównie poprzez przesunięcie odpowiedzialności z sektora publicznego na sektor prywatny. Beneficjentami takiego podejścia są jednak głównie środowiska, które w imię dążenia do likwidacji/ograniczenia „zagrożenia” takie propozycje składają. Są to zatem zarówno rządy, jak i prywatne podmioty gospodarcze.

Drugiemu, alternatywnemu podejściu poświęcona zostanie kolejna część niniejszego rozdziału. Punktem wyjścia do jego prezentacji – na zasadzie kontrpunktu – niech będzie stwierdzenie, że podejście nazwane demografią apokaliptyczną koncentruje się na podkreśleniu społecznych (przede wszystkim ekonomicznych) kosztów wzrostu udziału osób starszych przy założeniu stałości pozostałych warunków brzegowych, w jakich funkcjonuje społeczeństwo. Sprawdzeniu słuszności tego założenia poświęcimy następny punkt.

6. Najważniejsze długookresowe tendencje zaprzeczające aksjomatom demografii apokaliptycznej

W ostatnich dekadach mamy do czynienia z wyraźnym przeformułowaniem owych warunków brzegowych. Poważne zmiany odnoszą się do stałej poprawy stanu zdrowia seniorów, wzrostu świadomości swoich praw przez starszy odłam ludności i zainteresowania koncepcją pomyślnego starzenia się.

Najważniejszą przesłanką wskazującą, że założenia leżące u podstaw apokaliptycznej demografii są błędne, jest ewolucja stanu zdrowia seniorów w krajach rozwiniętych. Zarówno wskaźniki pośrednie (trwanie życia), jak i bezpośrednie (niepełnosprawność, częstość występowania poważnych chorób i hospitalizacji) świadczą o postępującej poprawie stanu zdrowia, generalnie potwierdzając Friesowską tezę o kompresji zachorowalności²³. Nie dość,

²³ Teza ta sprowadza się do oczekiwania skracania się średniego okresu, jaki upływa pomiędzy chwilą wystąpienia niepełnosprawności a momentem zgonu.

że wydłuża się trwanie życia, większość przyrostu w krajach wysoko rozwiniętych jest efektem redukcji umieralności po 60. roku życia, zaś najbardziej dynamicznie wzrasta trwanie życia osób starych. Jednocześnie wyraźnie opóźnia się moment wystąpienia poważnej niepełnosprawności, wskazując na możliwość współwystępowania sędziwego wieku i dobrego zdrowia²⁴. Niektóre symulacje wykonane dla UE-15 wskazują, że w przypadku utrzymania się w przyszłości tempa obniżania współczynników niepełnosprawności odnotowanego w ostatnich dwóch dekadach XX wieku w perspektywie do 2050 roku redukcja ta całkowicie zrekompensuje wzrost liczby osób niepełnosprawnych, wynikający z procesu starzenia się ludności²⁵.

Postępująca poprawa stanu zdrowia osób starszych mogłaby się przełożyć na wydłużenie okresu aktywności zawodowej. Nie dzieje się tak jednak. Choć prowadzone w ostatnich latach badania wśród starszych wiekiem osób wskazują, że generalnie brak jest przesłanek do jednoznacznego łączenia faktu przekroczenia 50. roku życia z obniżaniem się psychicznych i somatycznych predyspozycji do wykonywania pracy²⁶, pogląd taki wciąż funkcjonuje i to zarówno wśród seniorów, osób na przedpolu starości, jak i wśród pracodawców. Sytuacja na rynku pracy państw Europy ostatniego trzydziestolecia była przyczyną podtrzymywania bodźców do wcześniejszej dezaktywacji zawodowej, co z kolei wytworzyło i utrwaliło społeczne oczekiwania do powielania takiego wzorca zaprzestania kariery profesjonalnej w przyszłości. Powstaje zatem wyraźna luka pomiędzy otrzymywaniem świadczenia, będącego z definicji formą rekompensaty za malejącą wskutek łączonego z wiekiem współwystępowania chorób produktywność (tym samym niższą płacę), a psychofizyczną możliwością wykonywania pracy.

Jednocześnie ostatnie dwie dekady przynoszą wyraźny wzrost świadomości wśród seniorów własnych praw – socjalnych, zawodowych, edukacyjnych. Jest to z jednej strony przejaw kolejnej fazy zwalczania nierówności społecznych (w tym przypadku ograniczania *ageizmu*, widocznego coraz bardziej przede wszystkim na rynku pracy), z drugiej zaś – wzrostu samooceny własnej wartości (traktowania tak przez seniorów, jak i inne osoby jednostek starszych

²⁴ Warto podkreślić, że taka ewolucja stanu zdrowia seniorów jeszcze raz wskazuje na bezzasadność założenia o jednorodności osób starszych.

²⁵ W. Lutz, S. Scherbov, *Will population ageing necessarily lead to an increase in the number of persons with disabilities? Alternative scenarios for the European Union*, "European Demographic Research Papers" 2003, nr 3, s. 25.

²⁶ Tekst A. Bortkiewicz w niniejszym tomie oraz T. Makowiec-Dąbrowska, *Wiek jako determinant zdolności do pracy ze szczególnym uwzględnieniem wysiłku fizycznego*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2002, s. 151–157; B. Dudek, D. Pabich-Zrobek, *Zmiany w sprawności funkcji psychologicznych spowodowane starzeniem się a niezawodność starszych pracowników*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*, op. cit., s. 158–169.

jako zasobu, nosicieli cennego kapitału w postaci doświadczenia, bardziej prospołecznych wartości, umiejętności współpracy).

Poprawa stanu zdrowia i wzrost świadomości własnych praw są bezpośrednio związane z pojawieniem się koncepcji pomyślnego starzenia się (*successful ageing*), która w ostatnich latach pod wpływem Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) coraz częściej utożsamiana jest z aktywnym starzeniem się (*active ageing*). Koncepcja ta w skrócie odwołuje się do konieczności zapewnienia na starość dostępu do trzech newralgicznych sfer, warunkujących optymalną jakość życia: zdrowia, samodzielności i produktywności²⁷. Jej trzon zasadza się na przekonaniu, że pomyślne starzenie się jest związane z aktywnością, zarówno zawodową, jak i społeczną, dostosowaną do stanu zdrowia, aktywnością o charakterze prewencyjnym, zarówno na poziomie indywidualnym (zagospodarowanie przez seniorów czasu, doświadczenia, chęci bycia użytecznym; możliwość podniesienia poziomu życia dzięki dodatkowym dochodom), jak i grupowym (aktywność jednostek przekłada się na ich większą samodzielność, a zatem zmniejsza obciążenie społeczeństwa; wytwarzane są dodatkowe dobra materialne i niematerialne – wiązki użyteczności niedostępne dla grupy w innym przypadku; następuje wzrost spójności grupy dzięki wzmocnieniu poczucia solidarności międzypokoleniowej). W takim przypadku podejmowane publiczne działania powinny być ukierunkowane przede wszystkim na wzmacnianie owej aktywności poprzez stwarzanie odpowiednich przesłanek instytucjonalnych i prawnych.

7. Poszukiwanie nowych ról dla seniorów – ku myśleniu o społecznej produktywności osób starszych

Założenie o niezmienności zdrowotnych i społecznych charakterystyk osób starszych jest zatem niemożliwe do obrony. Tym samym w zasadzie wszystkie aksjomaty apokaliptycznej demografii okazują się mieć iluzoryczną wartość. Długookresowe tendencje społeczne i zdrowotne świadczą natomiast o możliwości bardziej optymistycznego podejścia do procesu starzenia się ludności. Owo podejście związane jest z koniecznością znalezienia dla seniorów nowych – choć w rzeczywistości najczęściej tylko „odświeżonych” – ról. W tym przypadku prowadzona dyskusja koncentruje się wokół społecznej produktywności seniorów, niekiedy podkreślając dodatkowo pozytywne makroefekty związane ze zmianami struktury ludności według wieku. Pod pojęciem „społecznej produktywności” seniorów rozumiem zdolność osób starszych do produkowania nowych wartości, a tym samym do powiększania róż-

²⁷ A. Walker, *Active ageing: Maintaining health and autonomy across the life course*, [w:] *Geriatrics 2006, Proceedings of the International Congress of Elderly Health*, op. cit., s. 107–113.

norodnych zasobów, znajdujących się w gestii poszczególnych członków społeczeństwa oraz całej zbiorowości.

Jeśli odwołamy się do analizy społecznej produktywności seniorów, prowadzony tok rozumowania skupia się na wykazaniu, że relacja nakład/efekt jest w przypadku zdecydowanej większości osób w starszym wieku społecznie korzystna.

Wbrew rozpowszechnionym przekonaniom większość badań wskazuje, że starsi wiekiem pracownicy wykonują swoje obowiązki nie gorzej, a niekiedy lepiej, niż ich młodszy koledzy. Wyjątkiem są w tym przypadku prace wymagające dużej siły fizycznej lub błyskawicznej reakcji na bodźce. W wykonywaniu innego typu pracy z reguły dokładność i sumienność jest wyższa u starszych zatrudnionych, którzy dodatkowo odznaczają się niższą podatnością do porzucenia dotychczasowego pracodawcy i do korzystania ze zwolnień, występuje u nich bowiem niższy poziom uzależnień od różnego typu używek (szerzej antystresorów) i mniejsza ewentualność wypadków przy pracy. Wspomniana wcześniej poprawa stanu zdrowia obecnie żyjących seniorów jest podstawowym powodem, dla którego możliwość ustawowego odraczania momentu trwałej dezaktywacji zawodowej jest w wielu krajach brana pod uwagę, jeśli wręcz nie wprowadzana w życie.

Produktywność społeczna seniorów przejawia się jednak nie tylko wykonywaniem odpłatnej pracy, równie ważnymi jej elementami są także te działania, które, choć nie wynagradzane (a tym samym nieuwzględnione w PKB), przyczyniają się do wzrostu dobrobytu jednostek i zbiorowości. Należy do nich aktywność, przejawiająca się w rodzinie i organizacjach wolontarystycznych. W pierwszym przypadku chodzi przede wszystkim o pomoc w wychowywaniu wnuków, która często „uwalnia” córki/synowe od domowych obowiązków, umożliwiając im wykonywanie pracy zarobkowej, oraz o różnego typu usługi wykonywane na rzecz innych członków rodziny, poprawiające ich dobrostan i dobrobyt (poprzez oszczędność środków, które w innym przypadku musiałyby być wydatkowane na zakup danej usługi), choć nie figurujące w żadnych statystykach (chodzi zatem o prywatne przepływy międzypokoleniowe). W przypadku organizacji społecznych o charakterze wolontarystycznym, które najczęściej działają jako „bufory” osłabiające nacisk społecznych potrzeb na instytucje publiczne, seniorzy angażują się w działalność przynoszącą konkretne korzyści dla społeczności, korzyści nieuwzględniane w tradycyjnych miernikach dobrobytu.

Społeczna produktywność seniorów przejawia się również ich stabilizującym wpływem jako konsumentów na popyt rynkowy. Starszy konsument jest mniej mobilny (zarówno w przestrzeni, jak i asortymencie nabywanych dóbr i usług), co działa bez wątpienia jako czynnik chroniący rynek przed nadmiernie szybką, tj. niemożliwiającą spłacenie się inwestycji, zmianą prefe-

rencji nabywców. Jednocześnie rozrost populacji seniorów staje się w krajach rozwiniętych przyczyną szybkiego rozrostu wysoce pracochłonnego segmentu mniej bądź bardziej wykwalifikowanych usług opiekuńczych, poprawiając sytuację na rynku pracy²⁸. Dodajmy, że znaczna część kreowanego popytu może być zaspokajana przez innych, odpowiednio przeszkolonych seniorów, ułatwiając ich pozostanie na rynku pracy bądź powrót nań.

W przypadku pozytywnego wpływu przemian strukturalnych przykładowo wspomnieć można, że seniorzy charakteryzują się najniższą wśród wszystkich dorosłych skłonnością do popełniania przestępstw, najrzadziej są sprawcami wypadków komunikacyjnych, stąd też wzrost ich udziału w populacji przekłada się na relatywnie większe bezpieczeństwo. Osoby starsze są najbardziej zdyscyplinowaną grupą wyborców, dlatego można oczekiwać, że wzrost ich ważności przełoży się na wyższe zainteresowanie okazywane sprawom publicznym²⁹. Doświadczenia krajów zachodnich wskazują, że większa frakcja seniorów przekłada się na wyższe uczestnictwo w aktywności wolontarystycznej, aczkolwiek Polska w tym względzie wyraźnie odbiega od rzeczywistości tych właśnie społeczeństw.

8. Przygotowanie do starości jako zadanie jednostek i zbiorowości

Credo gerontologii to zachowanie jak najdłużej samodzielności. Na poziomie indywidualnym – podobnie jak na poziomie zbiorowym – podtrzymać można autonomię poprzez uprzednie przygotowanie się do potencjalnych problemów przyszłości. W przypadku jednostkowym owe problemy związane są ze zdarzeniami krytycznymi: punktami zwrotnymi w życiu o charakterze zdarzeń losowych (kalectwo, utrata małżonka) lub zdarzeń planowanych (moment przejścia na emeryturę) i ich konsekwencjami. W przypadku zbiorowości ludzkich problemy wynikają nie tyle z samego występowania wspomnianych zdarzeń krytycznych wśród członków społeczności, ile z nadmiernie wysokiej częstości ich występowania lub też ich niewłaściwego (tj. przedwczesnego) kalendarza.

Środki zaradcze na owe problemy w zależności od ich specyfiki podzielić można na trzy grupy: zapobieganie występowaniu zdarzeń krytycznych, odraščanie momentu ich wystąpienia oraz planowanie metod minimalizowania szkód, wynikających z owego zdarzenia. W każdym przypadku mamy do czy-

²⁸ J. Krzyszkowski, *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkiwania w Polsce i innych krajach UE*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 150–155.

²⁹ E.B. Palmore, *Benefits of aging*, [w:] E.B. Palmore, L. Branch, D.K. Harris (eds.), *Encyclopedia of aging*, The Haworth Pastoral Press, New York 2005, s. 47–52.

nienia jednak z koniecznością uprzedniego przygotowania się do pojawienia się owych punktów zwrotnych, a zatem z przygotowaniem do starości. Z oczywistych względów inaczej owo przygotowanie wygląda na poziomie jednostek, inaczej zaś na poziomie zbiorowości.

Na poziomie jednostki podstawowe znaczenie ma dbałość o zdrowie somatyczne i psychiczne, pielęgnowanie więzi społecznych oraz przygotowanie „bytowe”. Jeśli idzie o dbałość o zdrowie, mam na myśli podejmowanie starań o zachowanie dobrej kondycji fizycznej, psychicznej i intelektualnej, poprzez stały trening ukierunkowany na powtarzalny, czasowy wysiłek cielesny i umysłowy, ułatwiający w momencie przepracowania i kryzysu zdrowotnego przejście przez te trudności. Pielęgnowanie więzi społecznych związane jest z podtrzymaniem dobrych relacji z kręgiem potencjalnych osób, wspomagających w okresie potrzeby bycia wspieranym. Polega ono z jednej strony na ich budowaniu (czego najlepszym przykładem jest znalezienie stałego partnera i spłodzenie potomstwa), z drugiej strony na ich utrwalaniu poprzez częsty kontakt, zainteresowanie problemami innych i czynne uczestnictwo w wymianie o charakterze odroczonym („daję dziś tobie, abyś jutro ty mi dał”). Z kolei przygotowanie „bytowe” odnosi się zarówno do wątku ekonomicznego (przezorność, przyczyniająca się do wypracowania sobie świadczenia emerytalnego czy rentowego lub do „odłożenia na starość”), jak i do odpowiedniego przekształcenia przestrzeni codziennego funkcjonowania (np. eliminacja niskich foteli i mebli kuchennych, śliskich podłóg czy instalacja uchwytów w łazience, maty antypoślizgowej w wannie).

Inaczej jest w przypadku przygotowania do starości na poziomie społeczeństwa. W konsekwencji mamy do czynienia z powolnym dostosowywaniem się do nowych realiów demograficznych (np. zmiana systemów repartycyjnych na kapitałowe lub mieszane), jak i rozpowszechnianiem się nowego sposobu myślenia, dostrzegającego w starzeniu się ludności nie zagrożenie dla dalszego funkcjonowania państwa i społeczeństwa, ale szansę urzeczywistnienia odwiecznego marzenia ludzkości o życiu długim, w zdrowiu i dostatku.

Problemowi przygotowania do starości przyjrzymy się w kolejnym rozdziale, wyjaśniającym dokładniej intelektualne rudymenty naszego badania, jak i oczekiwania, z jakim rozpoczynaliśmy przygodę badawczą, opisywaną w niniejszym tomie.

9. Podsumowanie – ku promowaniu pomyślnego starzenia się

Zgodnie z utworzonym przez Johna W. Rowe’a i Roberta L. Kahna pojęciem „pomyślnego starzenia się” (*successful aging*) istnieją trzy podstawowe kryteria-wyznaczniki uznania, że z takim właśnie starzeniem ma się do czynie-

nia: niski poziom niepełnosprawności, wysoki poziom samodzielnego funkcjonowania fizycznego i umysłowego oraz aktywne zaangażowanie i zainteresowanie życiem. Jak się wydaje, z punktu widzenia krytyki wspominanej w niniejszym opracowaniu demografii apokaliptycznej, kryteria te mają ważne znaczenie, albowiem to ich zmienność w czasie sprawia, że nie można traktować wzrostu udziału seniorów tylko i wyłącznie w kategoriach zagrożenia proporcjonalnego do zmian liczby osób starszych. Co prawda, znaleźć można głosy krytyczne wobec użyteczności pojęcia „pomyślnego starzenia się”, bazujące na jego nadmiernym ukierunkowaniu na ocenę przebiegu starzenia się na poziomie jednostkowym z punktu widzenia analizy makro. Pomijana jest zatem ocena w skali mikro, co prowadzi do tego, że znaczna część osób starszych, deklarujących wysoką jakość życia i wysokie zadowolenie z obecnej jego fazy, z powodu niespełnienia któregoś z powyższych trzech kryteriów, oceniona może być jako przykład starzenia się niepomyślnego³⁰. Tym samym pomijane jest starzenie się zwyczajne, którego codzienne niedogodności z reguły nie są traktowane jako nazbyt uciążliwe brzemieństwo starości.

Niezależnie od owych głosów, wydaje się jednak, że koncepcja pomyślnego/aktywnego starzenia się nadaje się do szczególnego wykorzystania zwłaszcza w sytuacji, gdy – myśląc o wyzwaniach, wynikających z przemian demograficznych i starając się zapobiec im – przesuwamy swoje zainteresowanie z osób już obecnie leciwych na jednostki na przedpolu starości. Choć w ostatnich dwóch dekadach w badaniach z zakresu stosowanej gerontologii społecznej nastąpiło wyraźne przesunięcie z analizy sytuacji osób starszych na badanie starzenia się z perspektywy cyklu życia, wciąż w rzeczywistości dominują rozważania poświęcone starzeniu się osób starszych, pozostawiając w zasadzie na boku późną dorosłość, czterdziesto- i pięćdziesięciolatków oraz ich obraz własnej starości i przygotowanie się do niej. Tymczasem to właśnie podejście do przygotowania do starości osób, które dzisiaj znajdują się w piątej i szóstej dekadzie życia, decydować będzie o przyszłej jakości i poziomie życia zarówno seniorów, jak i całego społeczeństwa.

Literatura

Binstock R.H., *The oldest old and „intergenerational equity*, [w:] R.M. Suzman, D.P. Willis, K.G. Manton (eds.), *The oldest old*, Oxford University Press, New York 1992, s. 394–417.

Dudek B., Pabich-Zrobek D., *Zmiany w sprawności funkcji psychologicznych spowodowane starzeniem się a niezawodność starszych pracowników*,

³⁰ L.K. George, *Perceived quality of life*, [w:] R.H. Binstock, L.K. George (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*, 6th ed., Academoc Press, Burlington 2006, s. 320–336.

- [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2002, s. 158–169.
- George L.K., *Perceived quality of life*, [w:] R.H. Binstock, L.K. George (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*, 6th ed., Academec Press, Burlington 2006, s. 320–336.
- Gutman G., *Meeting the challenges of global aging: the need for a gerontological approach*, [w:] *Geriatrics 2006, Proceedings of the International Congress of Elderly Health*, Istanbul, Turkey 2006, s. 13–24.
- Kotlikoff L.J., *Generational accounting. Knowing who pays, and when, for what we spend*, The Free Press, New York 1993.
- Krzyszowski J., *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w Polsce i innych krajach UE*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 150–155.
- Ku godnej, aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym, Polska 1999*, United Nations Development Programme, Warszawa 1999.
- Kulbaczevska, M., Kulbaczewski B., *Złamanie osteoporotyczne – problem społeczny starzejącej się populacji Polski*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomysłne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 59–71.
- Lutz W., Scherbov S., *Will population ageing necessarily lead to an increase in the number of persons with disabilities? Alternative scenarios for the European Union*, “European Demographic Research Papers” 2003, nr 3.
- Makowiec-Dąbrowska T., *Wiek jako determinant zdolności do pracy ze szczególnym uwzględnieniem wysiłku fizycznego*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2002, s. 151–157.
- NSP’2002. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe. Część I: Osoby niepełnosprawne*, Główny Urząd Statystyczny Warszawa 2003, s. 227.
- Okólski M. (red.), *Teoria przejścia demograficznego*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1990.
- Palmore E.B., *Benefits of aging*, [w:] E.B. Palmore, L. Branch, D.K. Harris (eds.), *Encyclopedia of ageism*, The Haworth Pastoral Press, New York 2005, s. 47–52.
- Preston S.H., *Children and the elderly: Divergent paths for America’s dependents*, „Demography” 1984, vol. 21, nr 3, s. 435–457.
- Rosset E., *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Warszawa 1959.
- Seniorzy w polskim społeczeństwie*, Główny Urząd Statystyczny GUS, Warszawa 1999.

- Szukalski P., *Rachunkowość generacyjna*, „Polityka Społeczna” 2000, nr 11–12, s. 17–21.
- Szukalski P., *Trwanie życia osób starych w Europie na przełomie XX i XXI wieku*, „Gerontologia Polska” 2003, nr 2, s. 55–62.
- Szukalski P., *Kontrakt międzypokoleniowy a zasada sprawiedliwości międzypokoleniowej*, [w:] L. Frąckiewicz, A. Rączaszek (red.), *Kapitał społeczny*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2004, s. 169–184.
- Szukalski P., *Dyskryminacja ze względu na wiek (ageism) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 2, s. 11–15.
- Szukalski P., *Projekcja liczby niepełnosprawnych seniorów do roku 2030*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s. 106–112.
- Szukalski P., *Proces starzenia się ludności. Przyczyny, etapy, konsekwencje*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrics z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2006, s. 13–18.
- Szukalski P., *Zagrożenie czy wyzwanie – proces starzenia się ludności*, „Polityka Społeczna” 2006, nr 9, s. 6–10.
- Szukalski P., *Starzenie się ludności – ku redefinicji kontraktu międzypokoleniowego?*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomysłne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 248–260.
- Szukalski P., *Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 153–184.
- Thorpe E., *Dyskryminacja ze względu na wiek w Unii Europejskiej*, [w:] *My też – seniorzy w Unii Europejskiej*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa 2004, s. 50–59.
- Uhlenberg P., *Population aging and social policy*, „Annual Review of Sociology” 1992, vol. 18, s. 449–476.
- Vallin J., Meslé F., *Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles et projections pour le XXI siècle*, “Données Statistiques” 2001, nr 4, 102 s. + płyta CD.
- Walker A., *Active ageing: Maintaining health and autonomy across the life course*, [w:] *Geriatrics 2006, Proceedings of the International Congress of Elderly Health*, Istanbul, Turkey 2006, s. 107–113.
- Wojtyniak B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2003.

Piotr Szukalski

Przygotowanie do starości jako zadanie dla jednostek i zbiorowości

1. Wprowadzenie

Jak wspomniano w rozdziale pierwszym, jedynym skutecznym sposobem zapobiegania konsekwencjom procesu starzenia się ludności jest przygotowanie się do starości. Termin „przygotowanie do starości” powinien być rozumiany w dwóch płaszczyznach: jako zadanie dla jednostek i jako zadanie dla zbiorowości. W pierwszym przypadku oznacza to pewne działania, które podejmuje pojedyncza osoba z myślą o poprawie swojej sytuacji życiowej po przekroczeniu cezury wieku oznaczającej starość. W rozumieniu drugim pojęcie to obejmuje działania podejmowane przez organa państwa, samorządy, instytucje społeczne, które są ukierunkowane na zaspokajanie w przyszłości potrzeb społeczeństwa, w którym wzrasta udział osób starszych¹.

Niniejszy rozdział ma na celu scharakteryzowanie najważniejszych płaszczyzn, na których proces przygotowania do starości przebiega na powyżej wymienionych płaszczyznach. Kwestia ta jest ważna dla dalszego wywodu niniejszej pracy, ponieważ jednym z założeń, na którym bazowało przedstawione w drugiej części niniejszego tomu badanie, było przekonanie o konieczności rozpoznania sposobu, w jaki współcześni Polacy na przedpolu starości przygotowują się do własnej starości. Wiedza taka byłaby nieocenionym źródłem wskazówek umożliwiających z jednej strony podejmowanie skutecznego przygotowania się do starości na poziomie zbiorowym, z drugiej – efek-

¹ Zdecydowanie węższego znaczenia tego terminu używa Adam A. Zych, dla którego jest to synonim edukacji przedemerytalnej, tj. programu, którego celem jest przygotowanie osób starzejących się do przejścia na emeryturę. A.A. Zych, *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001, s. 62.

tywne „zarządzanie” przez instytucje państwa indywidualnymi staraniami o lepszą starość.

2. Cechy przygotowania do starości jednostek i populacji

Zarówno w przypadku jednostkowym, jak i zbiorowym, podstawowymi cechami przygotowania do starości są: 1) orientacja na przyszłość; 2) świadomość konsekwencji podejmowanych starań (tj. ich celowość); 3) racjonalność wyboru (choć nie musi to oznaczać, że jest to racjonalność ekonomiczna²); 4) gotowość do odkładania gratyfikacji za swoje obecne działania przez wiele lat.

Powyższe rudymenty nie zawsze jednak współwystępują, albowiem niektóre indywidualne działania, ewidentnie wchodzące w skład przygotowania do starości, wymuszone są przez przepisy prawa (wówczas może nie występować żaden z tych elementów), bądź też przez rozwiązania, które prawnie silnie je determinują (wówczas mamy do czynienia z uchYLENIEM jednej lub więcej pozycji z powyższej listy). Jak zatem łatwo wywnioskować, zbiorowe przygotowanie do starości, w dużej części skodyfikowane, narzuca pewne ramy, w które jednostka musi się wpisać, dokonując wyboru własnych działań.

Różnicą pomiędzy tymi dwoma rodzajami przygotowania jest horyzont czasu, w jakim podejmowana jest kalkulacja relacji koszty–korzyści. W przypadku jednostek z definicji horyzont obejmuje kilka najbliższych dekad, a w przypadku zbiorowości możliwe – choć rzadko występujące w praktyce – jest dokonywanie wyborów z myślą o konsekwencjach pojawiających się za lat 50, 100 czy jeszcze później³. Co więcej, różnica horyzontu czasowego wy-

² W badaniach antropologicznych znaleźć można pojęcie racjonalności kulturowej jako typu racjonalności uzasadniającego niektóre wybory. Oznacza to, że w procesie określania relacji nakład–efekt prymat nad czynnikiem ekonomicznym ma czynnik kulturowy, system wartości obowiązujący w danej społeczności. W rezultacie pewne wybory – racjonalne ekonomicznie – nie występują (jako prosty przykład można przywołać przechodnia, który na widok leżącego na pustej ulicy portfela nie zabiera jego zawartości, lecz odnosi go na posterunek policji, choć inne – oceniane przez pieszego jako nieuczciwe – zachowanie nie pociągnęłoby za sobą żadnych negatywnych dla niego konsekwencji).

³ Należy zdawać sobie jednak sprawę, że w ostatnich latach w obu przypadkach horyzont ten ulega wydłużeniu. W USA w ostatnich latach, świeżo poślubionym małżonkom, wykupującym polisę na życie zaleca się dokonywanie wyboru uwzględniającego, iż jedno z nich dożyje do wieku 95 lat. Jednocześnie w kraju tym federalne przepisy wymagają od *Social Security Administration*, aby wchodzące w skład tej instytucji Biuro Aktuariale przygotowywało prognozy wpływów i wydatków na 75 lat naprzód. W analizach prowadzonych w ramach rachunkowości generacyjnej (*generational accounting*) z kolei analizuje się konsekwencje danego typu polityki redystrybucyjnej na 100–150 lat do przodu, choć – co oczywiste – zdawać sobie należy sprawę z niskiej wiarygodności prowadzonych w tym przypadku szacunków ze względu na zbyt wiele czynników modyfikujących przyszłość.

stępuje na jeszcze jednej płaszczyźnie – odpowiedniej chwili rozpoczęcia przygotowania do starości w życiu jednostki. Z indywidualnego punktu widzenia moment ten to wczesna dorosłość, chwila usamodzielnienia się (jeśli „olśnienie” odnośnie do zadbania o nadchodzące lata nie przychodzi z dużym opóźnieniem). Natomiast z punktu widzenia zbiorowości chwila ta powinna zaczynać się z momentem poczęcia (z uznaniem, że pierwszym działaniem w ramach programu przygotowania do starości jednostki powinno być poddanie jej badaniom prenatalnym, a nawet wcześniej, zgodnie z żartobliwą zasadą sformułowaną przez gerontologów, iż – aby dobrze się starzeć – należy najpierw dobrze sobie wybrać rodziców⁴).

Jednocześnie oba typy przygotowań mają odmienny pryzmat oceny przez osoby postronne – działania indywidualne oceniane są w kategoriach powiązanych z koncepcją cyklu życia, podczas gdy w przypadku działań zbiorowych, choć część z nich, przede wszystkim ta ukierunkowana na oddziaływanie na jednostki, również może być oceniana z perspektywy cyklu życia, dominuje ocena w kategoriach dostosowania do potrzeb ludzi starszych jako grupy docelowej polityki państwa.

Inną odrębną cechą tych dwóch typów jest również ukryta logika rządząca rachunkiem nakładów i korzyści, łącząca racjonalność z celowością – w przypadku jednostek zasadza się ona na podstawach deterministycznych (a zatem na łączeniu ich w kategoriach: przyczyna–skutek), natomiast w przypadku zbiorowości bazuje na dwóch filarach – deterministycznym i probabilistycznym (ponieważ odnosi się do zbiorowości, dlatego ustalając niektóre poczynania można posługiwać się rachunkiem prawdopodobieństwa).

Powyższe dwa typy przygotowań do starości różni również stopień ich dobrowolności i elastyczności. Chociaż prawo, religia i obyczaje narzucają jednostce pewne zasady postępowania, to bez wątpienia jest ona znacznie bardziej swobodna w projektowaniu swojej wizji drogi do osiągnięcia pomyślnej starości niż społeczeństwo. Powyższe trzy systemy regulacyjne (etyka w tym przypadku ewidentnie pozostawia interesujące nas zagadnienia na marginesie) wyznaczają bowiem jedynie ramy dla wyborów jednostek, zdecydowanie bardziej ingerując w wybory zbiorowe.

Oba typy przygotowania do starości mają również i elementy wspólne. Pierwszy z nich to przedmiot oddziaływania, który w obu przypadkach rozpatrywany jest dualnie – jako próba oddziaływania na zmianę stanu/statusu oraz na moment wystąpienia tej zmiany. W pierwszym przypadku chodzi o wpływanie na to, aby pojawiło się pewne szczególne zachowanie uznane za

⁴ Z. Woźniak, *Dziesięć zasad dobrego starzenia się*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80. rocznicę urodzin i 55. rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 153.

korzystne (tj. racjonalne) i celowe, zachowanie prowadzące do zmiany stanu (zasobów indywidualnych, społecznych i publicznych) lub statusu (tj. cechy warunkującej dostęp do powyższych zasobów). W drugim przypadku jest to oddziaływanie na kalendarz przejść warunkujących zmiany stanu/statusu, tj. moment w życiu jednostki, w którym zdecyduje się ona na zmianę stanu bądź też zostanie jej poddana. Zmiany te mogą bowiem znajdować się pod całkowitą bądź ograniczoną kontrolą jednostki i zbiorowości, czego najlepszym przykładem jest różnica pomiędzy momentem przejścia na emeryturę a momentem wystąpienia niepełnosprawności.

Kolejnym podobieństwem jest zgodność dziedzin życia, których dotyczy przygotowanie do starości. Niezależnie bowiem od poziomu analizy, wyróżnić można te same płaszczyzny, na których ono występuje. W literaturze przedmiotu znaleźć można stwierdzenia, że ze względu na to, iż starzenie się jest procesem wielowymiarowym, dlatego i przygotowanie się do niego musi być holistyczne, a zatem wielopłaszczyznowe, dotykające w zasadzie każdej sfery życia. Należy także wyróżnić kilka priorytetowych domen, którym chciałbym poświęcić uwagę w dalszej części. Są to wymiary: ekonomiczny, zdrowotny, relacyjny (społeczny), przestrzenny, technologiczno-edukacyjny i polityczny. Pomijam w tym przypadku wymiar normatywno-duchowy, choć zdaję sobie sprawę, że przyszłość zdeterminowana będzie tylko dwiema kwestiami – etyką i technologią. W przypadku etyki podstawowy problem dotyczyć będzie znalezienia wartości życia na starość – złożoność tej materii, a dokładniej nietrafność dotychczasowych sądów (czy raczej stereotypów) na ten temat przedstawiona została w rozdziale pierwszym.

Wyjaśniając znaczenie działań obejmujących wymienione wyżej dziedziny, omówię je, dzieląc oba typy przygotowania do starości na: indywidualne i populacyjne. Przeważnie bowiem wszelkie „poradniki” dobrego starzenia się ograniczone są do rad odnoszących się do jednostek⁵.

3. Przygotowanie się do starości jednostek – przykłady działań

Przyjrzyjmy się zatem działaniom, które podejmowane są przez jednostki i zbiorowości w różnych sferach życia. Należy jednak uprzednio zaznaczyć, że powyższe wymiary często zachodzą na siebie, współwystępują, stąd też niekiedy – przy analizie pojedynczych, wyróżnionych działań – pojawiają się słuszne wątpliwości, co do zakwalifikowania danego poczynania do jednej, wyraźnie wyselekcjonowanej kategorii.

⁵ Zob. np. Z. Woźniak, *Dziesięć zasad dobrego starzenia się*, op. cit., s. 147–163.

Przedstawione poniżej ilustracje potraktować należy jedynie jako wybór najważniejszych przykładów w sferze przygotowania do starości, nie zaś jako ich wyczerpującą enumerację.

Wymiar ekonomiczny⁶

W przypadku jednostki przygotowanie do starości w sferze ekonomicznej opiera się przede wszystkim na podejmowaniu decyzji odnoszących się do pracy (wysokość dochodu bieżącego i przyszłego), konsumpcji i oszczędzania.

Ze względu na fakt, że dla zdecydowanej większości współczesnych Polaków dochody z pracy są głównym źródłem utrzymania, kwestia pracy – jej długość, intensywność, moment rozpoczęcia i zakończenia kariery zawodowej – ma kluczowe znaczenie. Przygotowanie do starości polega zatem na zaplanowaniu przebiegu swojej kariery zawodowej, w tym na podjęciu w stosownym czasie decyzji o tym, kiedy i jak wycofać się z pracy. Kwestia ta jest o tyle istotna, że w obecnym systemie emerytalnym powyższe decyzje determinują wysokość przyszłego świadczenia za pośrednictwem zarówno wysokości zgromadzonego kapitału w II filarze, jak i długości okresu pobierania emerytury⁷.

Z kolei wybór sposobu alokacji posiadanych zasobów – konsumpcji czy oszczędzania – również ma decydujący wpływ na poziom życia w okresie starości, podobnie jak i na możliwość pojawienia się wymuszonych różnic w stopie życia po przejściu na emeryturę. Ponieważ zgodnie z koncepcją Franco Modiglianiego w trakcie ludzkiego życia mamy do czynienia z przemiennymi okresami nadwyżki/niedoboru konsumpcji w porównaniu do dochodu (z reguły w okresie rozpoczynania dorosłego życia i po zaprzestaniu aktywności zawodowej konsumpcja przewyższa dochody – pojawiają się „ujemne oszczędności”, tj. długi lub konieczność „przejadania” posiadanych zasobów, podczas gdy w średnim wieku dochody umożliwiają oszczędzanie), dlatego też pojawia się konieczność dokonywania wyboru odnośnie do relacji między tymi dwoma sposobami zużytkowania dochodów. W praktyce rzecz wygląda tak, że młodzi ludzie są zadłużeni, mając 40–50 lat spłacają swoje wcześniejsze zobowiązania, a ostatnie 10–15 lat kariery zawodowej przeznaczają na gromadzenie oszczędności z myślą o jesieni życia. W rzeczywistości jest to bardziej skomplikowane, albowiem największy życiowy wydatek – zakup

⁶ Prezentując przygotowanie się do starości w wymiarze ekonomicznym, bazuję głównie na interesującej pracy sprzed kilku lat, wydanej przez amerykańską National Research Council, *Preparing for an aging world. The case for cross-national research*, National Academy Press, Washington D.C. 2001.

⁷ B. Urbaniak, *Ekonomiczne przygotowanie do starości*, „Gerontologia Polska” 1998, t. 6, nr 3–4, s. 55–60.

mieszkania – finansowany jest z reguły z kredytu hipotecznego, spłacanego przez wiele lat, a po jego spłacie mieszkanie staje się głównym składnikiem posiadanego majątku. Skądinąd w opinii ekspertów zakup mieszkania dla siebie, nawet i na kredyt, jest najlepszym sposobem oszczędzania na starość⁸.

Ustalając relację między konsumpcją a oszczędnościami, należy pamiętać o tym, że po przejściu na emeryturę uzyskiwane świadczenie zapewne stanowić będzie mniej niż połowę dotychczasowego dochodu z pracy (z niektórych symulacji wynika, iż w przyszłości w Polsce może być to 35–40%). Brak/niedobór oszczędności może zatem prowadzić do radykalnego ograniczenia wydatków.

Z kolei przygotowanie się do starości w sferze ekonomicznej na poziomie populacji obejmuje dwie podstawowe kwestie: właściwą relację pomiędzy liczbą aktywnych zawodowo i tych nieaktywnych oraz publiczne transfery międzypokoleniowe.

W pierwszym przypadku chodzi o takie oddziaływanie na zachowania jednostek (pracowników i pracodawców) na rynku pracy, aby jak najwięcej osób do jak najpóźniejszego wieku chciało pracować i było poszukiwanymi na rynku pracy oferentami. Z jednej strony są to zatem wszelkie te działania, które oddziałują na pracownika, zachęcając go do dłuższej aktywności: współfinansowane ze środków publicznych szkolenia, bodźce podatkowe, pobudki związane z wysokością świadczenia emerytalnego, łatwość uzyskania świadczenia (przed)emerytalnego i rentowego, skuteczny system rehabilitacji medycznej i zawodowej itp. Z drugiej zaś strony to znoszenie wszelkich barier zawodowych związanych z przekroczeniem przez pracownika „magicznego” wieku 45, 50 czy 55 lat, barier prawnych (skuteczny zakaz dyskryminacji ze względu na wiek, możliwość bardziej elastycznego, w tym również, jeśli idzie o wynagrodzenie, zatrudniania starszych pracowników) czy mentalnych (walka z ageizmem, tj. bazującymi na stereotypach uprzedzeniami pracodawców i współpracowników odnośnie do niekorzystnego wpływu wieku na jednostkę). Te ostatnie działania to element tzw. zarządzania wiekiem, tj. podejmowania zmagających, mających promować zróżnicowanie ze względu na wiek w sferze zatrudnienia i zwalczać bariery stawiane starszym pracownikom⁹.

⁸ Wagę tego sposobu oszczędzania zwiększa pojawiający się ostatnio odwrócony kredyt hipoteczny (*reverse mortgage*), umożliwiający uzyskiwanie na podstawie umowy z bankiem dochodu ze sprzedaży nieruchomości, rozłożony na wiele lat dochód. Po ustalonym okresie, w którym sprzedający uzyskuje dochód, lecz jednocześnie zamieszkuje w swym dotychczasowym lokalu, właścicielem nieruchomości staje się bank. L.J. Kotlikoff, S. Burns, *The coming generational storm. What you need to know about America's economic future*, MIT Press, Cambridge, Mass., London 2004.

⁹ EFILWC (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions), *A guide to good practice in age management*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2006, s. 36.

Bezpośrednio powiązane z poprzednim wątkiem jest ustalenie zasad, na jakich dokonywane są publiczne transfery międzypokoleniowe, tj. redystrybucja zasobów pomiędzy pokoleniami aktywnymi zawodowo i niepracującymi za pośrednictwem władz centralnych i lokalnych. Ten wątek omówię obszerniej nieco dalej, przedstawiając zbiorowe przygotowania do starości w wymiarze politycznym.

Wymiar zdrowotny

W przypadku płaszczyzny zdrowotnej chodzi o oddziaływanie na fizyczne i mentalne własności jednostki, warunkujące jej samodzielność funkcjonalną i stan psychiczny. Niezależnie od poziomu analizy zaznaczyć należy, że dwa główne sposoby tego oddziaływania to prewencja (zapobieganie) przed stratami zdrowotnymi i kompensacja tych powstałych. W przypadku kompensaty można wyróżnić dwa jej rodzaje – medyczną (podejmowanie procedur medycznych, mających przywrócić – przynajmniej częściowo – stan zdrowia przed pojawieniem się problemu) i technologiczną (ukierunkowaną na zastąpienie trwałej/czasowej utraty zdolności samodzielnego funkcjonowania, z wykorzystaniem różnorodnego typu „protez cywilizacyjnych”, tj. utensyliów umożliwiających samodzielność¹⁰).

Jednostka przygotowuje się zatem do starości przez prozdrowotny tryb życia (chodzi o dietę, częsty, ale nie wyczerpujący wysiłek fizyczny, ćwiczenie umysłu, unikanie używek i nadmiaru soli), zachowanie odpowiednich proporcji czasu pracy a wypoczynkiem, badania profilaktyczne właściwe dla płci i wieku (np. co 2–3 lata całościowy „przegląd”), odpowiednią reakcją na pojawiające się problemy zdrowotne (wizyty u lekarzy, w tym i lekarzy specjalistów, wykonywanie ich zaleceń), wykorzystywanie nowinek technologicznych ułatwiających wykonywanie czynności domowych i zawodowych na poziomie zbliżonym do obserwowanego kilka czy kilkanaście lat temu, dbanie o wygląd zewnętrzny (skórę, włosy, uzębienie).

Odmienne są procedury w przypadku przygotowywania się społeczeństwa do starości. Odpowiednikami powyższych starań są: kampanie prozdrowotne i regulacje prawne ograniczające dostęp do niektórych substancji, regulacje prawne z zakresu prawa pracy, określające czas pracy i warunki urlopu, zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej pod względem dostępności (przestrzennej i ekonomicznej), zakresu (stopień objęcia wszystkimi procedurami leczenia otwartego i zamkniętego) i fazy cyklu życia (od badań prenatalnych do opieki geriatrycznej i paliatywnej).

¹⁰ Za taką „protezę cywilizacyjną” uznać można zarówno centralne ogrzewanie (zniesienie konieczności przynoszenia opału i podtrzymywania ognia w piecu), aparat słuchowy, jak i mikrofalówkę.

Wymiar relacyjny (społeczny)

Wymiar ten obejmuje budowanie i podtrzymywanie relacji międzyludzkich, tak w ramach rodziny, sąsiedztwa, przyjaźni, jak i na podstawie innych typów związków.

Na poziomie jednostkowym pierwszoplanowym elementem, bezpośrednio rzutującym na jakość „jesieni życia” jest wybór życiowego partnera i decyzja o posiadaniu potomstwa. W przypadku doboru partnera pamiętać należy o różnicy pomiędzy trwaniem życia kobiet i mężczyzn (stąd też idealnym z punktu widzenia redukcji okresu wdowieństwa rozwiązaniem jest małżeństwo mężczyzny z kobietą o kilka lat od niego starszą) oraz o większej trwałości związków homogamicznych¹¹. W przypadku przedwczesnego owdowienia pamiętać należy o niebezpieczeństwach związanych z niezawieraniem małżeństwa, co może prowadzić do nadumieralności osób stanu wolnego w porównaniu do zamężnych/żonatych¹². Czynnikiem decydującym o wykorzystaniu zasobu społecznego w okresie starości jest również jakość relacji z partnerem życiowym i dbałość o jego potrzeby (w tym i zdrowotne) na wcześniejszych etapach życia. Dzieci wymieniane są zaraz po żonie/mężu jako potencjalne źródło wsparcia w okresie starości, dlatego ich posiadanie (zwłaszcza w liczbie większej niż jedno) samoczynnie przekładać się będzie na jakość życia w ostatnim etapie. W tym przypadku podkreślić należy, że ważne są: zarówno jakość relacji z potomstwem, jak i znaczenie tzw. efektu demonstracji w celu wpojenia swoim dzieciom powinności opieki nad rodzicami¹³.

Dbałość we wcześniejszych fazach życia o relacje z innymi znanymi nam osobami: przyjaciółmi, sąsiadami, współpracownikami, przejawiająca się zrozumieniem ich potrzeb, przydatnością w chwilach, gdy tego potrzebują, tolerancją dla ich odmienności, także procentuje w okresie, gdy częściej będziemy potrzebować wsparcia ze strony innych.

Z kolei na poziomie zbiorowym ten wymiar przygotowań do starości przekłada się na ideę kształtowania relacji międzypokoleniowych, tj. zrozumienia potrzeb osób przynależących do innych grup wieku.

¹¹ Homogamia to cecha doboru związków małżeńskich, która prowadzi do preferowania partnera podobnego do siebie z punktu widzenia kluczowych cech dla określenia statusu społecznego: poziomu wykształcenia, klasy społecznej, klasy miejscowości zamieszkiwania, wyznania i intensywności religijności, stanu cywilnego.

¹² P. Szukalski, *Zróżnicowanie poziomu umieralności a stan cywilny*, „Wiadomości Statystyczne” 2007, nr 5, s. 33–44.

¹³ Efekt demonstracji to efekt obserwowania świata w pierwszych latach życia i budowania na tej podstawie znajomości obowiązujących zasad życia społecznego. W tym przypadku udzielanie przez trzydziestolatków z małymi dziećmi wsparcia rodzicom przekłada się na wpojenie dzieciom zasady pomagania zwłaszcza rodzicom i starszym krewnym.

W tym przypadku chodzi o:

- budowanie pojęcia solidarności międzypokoleniowej, tj. gotowości do wyrażenia zgody na ponoszenie ciężarów – przede wszystkim wyrażonych w postaci pieniężnej, w formie danin publicznych – związanych z zaspokajaniem przez społeczeństwo potrzeb zdrowotnych, bytowych, społecznych i psychologicznych osób starszych;
- zapobieganie konfliktowi międzypokoleniowemu, który we współczesnych społeczeństwach może mieć źródło ekonomiczne (na ten temat więcej przy okazji omawiania wymiaru politycznego przygotowań) lub kulturowe, wynikające z szybko zmieniających się norm, a tym samym z braku prestiżu i duchowego przywództwa seniorów wśród młodzieży i generalnie ludzi młodych.

Wymiar przestrzenny

Wymiar przestrzenny odnosi się do sposobu organizacji przestrzeni fizycznej, w której zamieszkujemy, prowadzimy codzienną aktywność i w której się przemieszczamy.

Z punktu widzenia jednostki najważniejszym elementem tego obszaru jest wykazanie troski o miejsce zamieszkiwania. Kategoria miejsce zamieszkiwania ma dwa aspekty: położenie (rozumiane jako scena, na której rozgrywa się życie codzienne – ang. *site*) i umiejscowienie (*situation*). Położenie związane jest z takimi charakterystykami miejsca zamieszkiwania, jak: wielkość, układ, jakość itp., czyli ze zbiorem cech opisujących fizyczne i społeczne „zaplecze” zajmowanego lokalu (tj. mieszkanie „samo w sobie”). Umiejscowienie opisuje pozycję w stosunku do innych ważnych w życiu jednostki miejsc, zazwyczaj poprzez podanie liczby jednostek, odległości bądź czasu dotarcia do miejsca pracy, pobierania nauki, zakupów, rekreacji czy domostwa osób wchodzących w skład rodziny. Przygotowanie do starości powinno uwzględniać oba te aspekty.

W przypadku wyboru mieszkania i sposobu jego urządzania należy pamiętać o następujących zasadach¹⁴:

- lepiej wybrać mieszkanie jedno- niż dwupoziomowe;
- jeśli nie jest to parter, należy poszukiwać mieszkania z windą;
- należy poszukiwać mieszkania odznaczającego się dobrą lokalizacją, tj. małą odległością do bliskich krewnych i do takich ważnych instytucji, jak gabinet lekarza rodzinnego, poczta, oddział banku czy innych miejsc – sklep spożywczy, apteka, park oraz dogodną komunikacją publiczną, umożliwiającą szybkie i wygodne dotarcie do lokalnych centrów handlowo-usługowych;

¹⁴ N. Coni, W. Davison, S. Webster, *Starzenie się*, tłum J. Lipka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.

- ze względu na to, że po usamodzielnieniu się dzieci dotychczasowe mieszkanie często okazuje się zbyt duże, warto zastanowić się nad jego zamianą na mniejsze, tańsze w utrzymaniu;
- należy unikać takiego urządzenia mieszkania, które z jednej strony skutkowałoby dużymi, pustymi przestrzeniami, z drugiej zaś prowadziłoby do nadmiernego stłoczenia mebli (w obu przypadkach chodzi o łatwość poruszania się w okresie starości i możliwość podparcia się w trakcie przemierzzeń);
- warto dokonać w pewnym momencie życia wymiany mebli, tak, aby fotele i kanapy miały siedziska na tyle wysoko, aby łatwo można było powstać z nich; również i łóżko powinno mieć materac na wysokości umożliwiającej szybkie i samodzielne powstanie; wymiana powinna obejmować meble kuchenne w celu eliminacji wszystkich szafek zmuszających zarówno do nadmiernie niskiego schylania się, jak i podnoszenia się na palcach czy wchodzenia na drabinki (a zatem chodzi o przemeblowanie, umożliwiające ułożenie wszystkich niezbędnych kuchennych sprzętów na wysokości od kolan do barku);
- należy zrezygnować ze śliskich posadzek i nieprzytwierdzonych do podłoga dywaników, wszelkie niebezpieczne miejsca trzeba lepiej oświetlić i zastanowić się nad przytwierdzeniem do ścian poręczy;
- przerobić należy również łazienkę i toaletę, dodając przymocowane do ściany uchwyty i dokupując np. maty antypoślizgowe do wanny;
- ze względu na wyższe zapotrzebowanie starszego organizmu na ciepło założenie stałego bądź dodatkowego źródła ciepła, umożliwiającego uzyskanie temperatury wyższej o około 2°C od temperatury zazwyczaj wystarczającej na wcześniejszych etapach życia;
- w przypadku utraty partnera życiowego należy zastanowić się nad potencjalnym współlokatorem (co oznacza zarówno potanieńczenie kosztów utrzymania, jak i możliwość uzyskania szybkiej pomocy w razie potrzeby) lub zamianą dotychczasowego mieszkania na inne mniejsze.

W przypadku przygotowania zbiorowego do starości chodzi o:

- organizację przestrzeni publicznej (tj. przestrzeni, do której dostęp jest w zasadzie wolny dla każdego), tak, aby wyeliminować bariery architektoniczne, utrudniające poruszanie się (wysokie stopnie, brak podjazdów, brak wind) i odpoczynek (brak ławek, zieleńców, parków, miejsc nieorganizowanych spotkań) seniorom;
- organizację przestrzeni prywatnej za pomocą instrumentów prawnych, tak by spełniała minimum adaptacji do potrzeb osób starszych¹⁵;

¹⁵ O tych dwóch kwestiach pisze szerzej: N. Niezabitowski, *Projektowanie i przystosowywanie środowiska mieszkaniowego do potrzeb ludzi starszych. Wybrane aspekty społeczne, psychologiczne i architektoniczne*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślnie starzenie*

- ułatwienie dostępu do usług społecznych finansowanych ze środków publicznych, poprzez dopasowane do potrzeb starzejącego się społeczeństwa rozmieszczenie punktów świadczących te usługi i poprzez zorganizowanie publicznej komunikacji dostosowanej do potrzeb osób starszych (np. niskopodłogowe autobusy).

Wymiar technologiczno-edukacyjny

W niniejszym podpunkcie łączę technologię i edukację, albowiem są one ściśle ze sobą powiązane. Szybki rozwój technologiczny, odnotowywany w ostatnich latach, z biegiem czasu przyspieszający, dezawuuje kompetencje zawodowe i społeczne osób o bardziej zaawansowanym wieku, wzmagając potrzebę ich nadrobienia poprzez pozyskiwanie nowej wiedzy, kwalifikacji i umiejętności, a zatem poprzez edukację.

Przygotowanie do starości na poziomie jednostkowym oznacza konieczność nadążania za rozwojem technologicznym. Umożliwia on bowiem: a) podtrzymanie komunikacji z bliskimi osobami, niemieszkającymi z daną jednostką, b) kontakt ze światem, c) znajomość różnorodnych, bardziej skutecznych „protez cywilizacyjnych”, d) dostęp do tańszych i bardziej dostępnych procedur medycznych (dziś np. zrobienie EKG bez wizyty u lekarza, czy uzyskanie porady w mniej dotkliwych dolegliwościach, w przyszłości zapewne większość usług medycznych będzie dostępna za pomocą technologii informatycznej bez konieczności zapewnienia jedności miejsca i czasu kontaktu pacjenta z lekarzem). W przypadku wystąpienia niedoborów wiedzy, jak korzystać z dostępnych technicznie i ekonomicznie technologii, starzejąca się osoba musi mieć świadomość konieczności pozyskania niezbędnej wiedzy. Brak takiej gotowości do nadrabiania zaległości prowadzić będzie do kumulacji niedoborów wiedzy, a w konsekwencji do zmniejszania się szansy bycia *au courant* z nowinkami technicznymi, a tym samym pełniejszego i tańszego zaspokajania potrzeb.

Edukacja dojrzałej jednostki nie powinna się ograniczać tylko do pozyskiwania wiedzy technicznej. Wzrastająca złożoność świata społecznego skłaniać powinna do uzupełniania swojej wiedzy i kompetencji w sferze umiejętności kontaktów z innymi. Szczególnym polem edukacyjnym powinny być prawa konsumenckie i pracownicze (jako ochrona przed potencjalnymi nadużyciami ze strony kontrahentów na rynku dóbr i usług, i na rynku pracy) oraz ekologia (wzmaganie świadomości i zachowań wymaganych przez koncepcję zrównoważonego rozwoju).

Na poziomie populacji przygotowanie do starości w interesującej nas sferze odnosi się do kilku powiązanych ze sobą zagadnień:

- organizacji i finansowania różnorodnych szkoleń dla osób znajdujących się na różnych etapach ontogenezy;
- promowania wśród obywateli danego kraju idei permanentnego kształcenia przez zarówno kampanie społeczne, jak i zachęty finansowe;
- zachęcanie pracodawców do organizacji szkoleń podnoszących kwalifikacje swych pracowników i do wysyłania na nie osób w niemobilnym wieku produkcyjnym¹⁶;
- rozbudzanie „ciekawości świata” jako rozrusznika kreatywności i aktywności indywidualnej;
- organizacji i finansowania instytucji edukacyjnych zaspokajających potrzeby poznawczo-społeczne osób najstarszych;
- zarządzanie rozwojem technicznym w sposób wzmagający łatwość korzystania z niego przez osoby starsze (w krajach zachodnioeuropejskich to z reguły administracja publiczna jest rozsądnikiem nowych możliwości używania technologii komunikowania się poprzez wprowadzanie coraz bardziej zaawansowanych metod przesyłania wymaganych przez prawo informacji od obywateli do organów władzy – informacje podatkowe, dane statystyczne, oddawanie głosów w wyborach) – w tym przypadku władze publiczne mają możliwość wpływania na „wygląd” nowo wprowadzanych technologii (np. interfejsów w przypadku usług internetowych), przede wszystkim na łatwość ich obsługi i dostosowanie do potrzeb i możliwości osób w różnym wieku;
- zmniejszanie możliwości wystąpienia nadużyć ze strony organizacji dostarczających nowoczesnych technologii i osób postronnych wobec starszych użytkowników, nie zawsze zdających sobie sprawę ze wszystkich aspektów korzystania z danego rozwiązania technologicznego.

Wymiar polityczny

Przygotowanie do starości w sferze politycznej obecnie dotyczy w zasadzie tylko i wyłącznie działań zbiorowych, których celem jest udoskonalenie procesów decyzyjnych, tak by:

¹⁶ Osoby w wieku produkcyjnym (w polskich realiach prawnych to 18–59 lat w przypadku kobiet i 18–64 lata w przypadku mężczyzn) dzielone są na dwie kategorie – młodszych (tj. jednostki w tzw. mobilnym wieku produkcyjnym) i starszych (w niemobilnym wieku produkcyjnym). Cezurą wieku jest w tym przypadku 45. rok życia, zaś przyczyna takiej dystynkcji przekonanie o mniejszej mobilności starszej grupy wieku na trzech płaszczyznach: przestrzennej (niższa skłonność do zmiany miejsca zamieszkiwania), zawodowej (niższa skłonność do zmiany wykonywanego zawodu) i profesjonalnej (mniejsza chęć do podnoszenia kwalifikacji zawodowych).

- lepiej uwzględniały reprezentację osób starszych;
- lepiej zabezpieczyły interesy innych, mniejszościowych grup docelowych polityki społecznej;
- przyczyniały się do niewypaczania zasady sprawiedliwości międzypokoleniowej w długim okresie.

Użyłem powyżej ograniczenia odnoszącego się do terażniejszości, albowiem w odległej przeszłości w warunkach silnej władzy i surowej kontroli rodzicielskiej rodzajem przygotowania do starości na poziomie indywidualnym było powolne przekazywanie władzy zarządzania majątkiem rodzinnym swoim dzieciom wraz z ich usamodzielnianiem się, tj. zakładaniem własnych rodzin. Dziś, w warunkach demokratyzacji więzi rodzinnej w tej sferze życia codziennego brak jest przesłanek do rozmyślnych działań ukierunkowanych na podwyższenie jakości swojego życia w ostatniej jego fazie. Przyjrzyjmy się zatem pokrótce wymienionym powyżej trzem dezyderatom odnoszącym się do sfery publicznej.

W pierwszym przypadku chodzi o utworzenie mechanizmów w większym stopniu prowadzących do uwzględnienia głosu seniorów przy podejmowaniu różnorodnych decyzji. Większość polityków (niezależnie od szczebla władzy) to ludzie w „sile wieku”, a zatem osoby, które – choćby ze względu na etap życia, na którym się znajdują – mają odmienne spojrzenia na potrzeby seniorów. Z drugiej strony chodzi o zaangażowanie większej liczby osób starszych w proces podejmowania decyzji – nie tylko jako wyborców, lecz również wnioskodawców i opiniodawców.

Z kolei konieczność zabezpieczenia interesów innych grup wynika z tego, że rosnąca liczba osób starszych, charakteryzujących się wyższą od przeciętnej skłonnością do uczestniczenia w wyborach (zwłaszcza władz lokalnych), rzutować może na wyraźne preferowanie niektórych przynajmniej ich problemów przez ugrupowania polityczne kosztem interesu innych zbiorowości. Dlatego też pojawiają się propozycje, aby przykładowo zwiększyć zabezpieczenie praw dzieci i młodzieży poprzez obniżenie wieku czynnego prawa wyborczego do 16 lat, bądź przyznanie rodzicom prawa głosu za wychowywane nieletnie potomstwo¹⁷.

W przypadku utrzymywania zasady sprawiedliwości międzypokoleniowej, nie wnikając w tym miejscu głębiej w rozumienie tej kategorii (zainteresowanych odsyłam do innego opracowania¹⁸), wyjaśnijmy, że pojęcie to rozumiane jest zazwyczaj na dwa sposoby: *sensu largo* i *sensu stricto*. W pier-

¹⁷ R. Antczak, P. Dobrowolski, *Jak zapobiec konfliktowi pokoleń w Polsce?*, [w:] *W poszukiwaniu kompasu dla Polski. Po II Kongresie Obywatelskim*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk 2007, s. 159–174.

¹⁸ P. Szukalski, *Kontrakt międzypokoleniowy a zasada sprawiedliwości międzypokoleniowej*, [w:] L. Frąckiewicz, A. Rączaszek (red.), *Kapitał społeczny*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2004, s. 169–184.

wszym znaczeniu chodzi jedynie o uwzględnianie interesów innych generacji przy podejmowaniu decyzji, w znaczeniu drugim, zawężającym, ale jednocześnie bardziej restrykcyjnym, celem jest zrównoważenie praw i obowiązków poszczególnych generacji, co najczęściej rozumiane jest na kilka sposobów – jako dążenie do uzyskania od każdej kolejnej generacji równego (w ujęciu względnym w stosunku do uzyskanego przez to pokolenie dochodu) wkładu do wspólnego, dzielonego pomiędzy wszystkich, funduszu. Zdecydowanie częściej stosowane jest podejście węższe, *sensu stricto*. Celem państwa jest zatem takie określenie zasad sprawiedliwości międzypokoleniowej (i automatycznie bazującego na niej kontraktu intergeneracyjnego), aby w długim okresie nie zachodziła krzywdząca nierówność. W praktyce to dążenie sprowadza się do ograniczania bieżącej konsumpcji finansowanej ze środków publicznych (w tym przede wszystkim hojności wobec emerytów) w celu uniknięcia nadmiernego długu publicznego, z definicji spłacanego przez następne pokolenia. W tym przypadku przygotowanie do starości może być utożsamione z dążeniem do uniknięcia konfliktu międzypokoleniowego o podłożu ekonomicznym.

4. Cel badania

Jak wspomniano wcześniej, w najbliższych dekadach, w Polsce wystąpi przyspieszony proces starzenia się ludności. Wynikać on będzie z dochodzenia do wieku emerytalnego licznych generacji powojennego wyżu demograficznego. Dlatego już dziś wiadomo, jaka wielka będzie skala różnorodnych problemów społecznych, ekonomicznych, politycznych i obyczajowych związanych z rozrostem populacji osób starszych. Chcąc lepiej przygotować się do czekających nas jako społeczeństwo problemów, większą niż obecnie uwagę powinniśmy skierować na diagnozę o charakterze dynamicznym, tj. na swoiste scenariusze przyszłości, pokazujące kluczowe sfery życia społecznego seniorów z punktu widzenia tych, którzy nimi będą w perspektywie najbliższych lat.

Pierwotnym celem prezentowanego w drugiej części niniejszego tomu badania było prześledzenie przygotowania do starości na poziomie indywidualnym osób przynależących do pokolenia powojennego wyżu demograficznego. W trakcie dyskusji postanowiliśmy nieco rozszerzyć badaną grupę, aby objąć nią wszystkie osoby na przedpolu starości, tj. mające przynajmniej 45 lat, lecz nie przekraczające wieku 65 lat. Jednocześnie zdecydowaliśmy się na ograniczenie naszych eksploracji do kilku najważniejszych z punktu widzenia przyszłości sfer życia:

- stylu życia jako czynnika determinującego przygotowanie w sferze normatywno-obyczajowej, a pośrednio oddziałującego na wszystkie pozostałe;

- rynku pracy, chcąc określić intensywność przygotowania ekonomicznego;
- opieki na starość, próbując opisać wymiar relacyjny, a pośrednio również normatywno-obyczajowy;
- stanu zdrowia jako czynnika zdrowotnego, a pośrednio i ekonomicznego.

Dodatkowo, z powodu uwzględnienia dezyderatów sponsora badania – Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – włączony został dział „niepełnosprawność”, będący w ścisłym związku z przygotowaniem do starości – ekonomicznym i zdrowotnym.

Pytania dotyczące interesujących nas zagadnień formułowane były tak, aby z jednej strony pozyskać jak najwięcej wiedzy o zaistniałych dotąd faktach, z drugiej zaś, aby zgromadzić informacje o deklaracjach odnoszących się do przyszłości i o własnych projekcjach respondentów. Połączenie tych dwóch typów pytań umożliwia, naszym zdaniem, analizę planów odnośnie do własnej starości w kontekście możliwości realizacji tych planów. Oczywiście bazowanie na deklaracjach i własnych planach życiowych jest słabością wszystkich tego typu badań, uzyskujemy bowiem wyidealizowany opis, nadmiernie pobożnożyczeniowy obraz przygotowania badanych jednostek do starości. Podstawowym problemem jest, na ile owe plany i wizje związane są z przygotowaniem do starości, a na ile odzwierciedlają jedynie chęć dostosowania się do inercyjnych wzorców kulturowych.

5. Podsumowanie

Przedstawione w niniejszym rozdziale działania, zmierzające do przygotowania się do „lepszego starości”, nie wyczerpują analizowanego zagadnienia. Ich celem było jedynie wskazanie istoty idei przygotowania się jednostek i zbiorowości do starości.

W skali ogólnospołecznej przygotowanie do starości być może ściśle powiązane z koncepcją aktywnego starzenia się, którego idea zasadza się na umożliwieniu ludziom takich możliwości, aby niezależnie od upływającego czasu mogli wieść produktywne życie w sferze społecznej i gospodarczej, poprzez wspieranie wyborów odnoszących się do zarządzania własnym czasem i jego podziałem na pracę, naukę, odpoczynek i opiekę nad innymi. Zadaniem władz publicznych jest w takim przypadku znoszenie barier, skupionych głównie na sferze niedostosowanej polityki społecznej, nieelastycznych rynków pracy oraz na złym stanie zdrowia, utrudniającym osiągnięcie postulowanego stanu rzeczy¹⁹. Zadanie to realizowane jest przez politykę aktywnego sta-

¹⁹ J. Perek-Białas, B. Worek, *Aktywne starzenie się. Aktywna starość – określenie pojęć*, [w:] J. Perek-Białas (red.), *Aktywne starzenie się. Aktywna starość*, Wydawnictwo Aureus, Kraków 2005, s. 11–24.

rzenia się, a zatem próbę zarządzania przygotowaniem do starości w skali indywidualnej.

Należy raz jeszcze podkreślić, że zbiorowe przygotowanie do starości może oddziaływać także na to samo działanie na poziomie jednostkowym. Chcąc wpływać na wybory indywidualne, należy zdawać sobie sprawę, że osiągnięcie sukcesu zależy tylko i wyłącznie od współwystępowania trzech zbieżnych posunięć władz publicznych: oddziaływania na świadomość jednostek (uwrażliwianie ich na myślenie perspektywiczne i uświadamianie im alternatywnych metod rozwiązania występujących problemów), tworzenia obiektywnych możliwości korzystania z istniejących alternatyw (przede wszystkim rozbudowy infrastruktury instytucjonalnej) i wprowadzania bodźców warunkujących konkretne zachowania (działań w postaci zachęt/nakazów).

Literatura

- Antczak R., Dobrowolski P., *Jak zapobiec konfliktowi pokoleń w Polsce?*, [w:] *W poszukiwaniu kompasu dla Polski. Po II Kongresie Obywatelskim*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk 2007, s. 159–174.
- Coni N., Davison W., Webster S., *Starzenie się*, tłum J. Lipka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
- EFfLWC (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions), *A guide to good practice in age management*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2006.
- Kotlikoff L.J., Burns S., *The coming generational storm. What you need to know about America's economic future*, MIT Press, Cambridge, Mass., London 2004.
- Niezabitowski M., *Projektowanie i przystosowywanie środowiska mieszkaniowego do potrzeb ludzi starszych. Wybrane aspekty społeczne, psychologiczne i architektoniczne*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 126–144.
- NRC (National Research Council), *Preparing for an aging world. The case for cross-national research*, National Academy Press, Washington D.C. 2001.
- Perek-Białas J., Worek B., *Aktywne starzenie się. Aktywna starość – określenie pojęć*, [w:] J. Perek-Białas (red.), *Aktywne starzenie się. Aktywna starość*, Wydawnictwo Aureus, Kraków 2005, s. 11–24.
- Szukalski P., *Kontrakt międzypokoleniowy a zasada sprawiedliwości międzypokoleniowej*, [w:] L. Frąckiewicz, A. Rączaszek (red.), *Kapitał społeczny*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2004, s. 169–184.

- Szukalski P., *Zróżnicowanie poziomu umieralności a stan cywilny*, „Wiadomości Statystyczne” 2007, nr 5, s. 33–44.
- Urbaniak B., *Ekonomiczne przygotowanie do starości*, „Gerontologia Polska” 1998, t. 6, nr 3–4, s. 55–60.
- Woźniak Z., *Dziesięć zasad dobrego starzenia się*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80. rocznicę urodzin i 55. rocznicę pracy naukowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 147–163.
- Zych A.A., *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001.

Alicja Bortkiewicz

Wiek i stan zdrowia a zdolność do pracy

1. Wprowadzenie

Podstawowym problemem współczesnego społeczeństwa zarówno w Polsce, jak i w większości krajów rozwiniętych jest jego starzenie się, a tym samym starzenie się siły roboczej. Wynika to z faktu, że przeciętne trwanie życia znacznie się wydłużyło w okresie ostatnich 50 lat, a przyrost naturalny uległ zahamowaniu. Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO) przewiduje się, że do 2025 roku aż 32% mieszkańców Europy i 30% mieszkańców Ameryki Północnej będzie w wieku 55 lat lub więcej¹. Jednocześnie ciągle obserwuje się tendencję do wcześniejszego odchodzenia z rynku pracy, jeszcze przed osiągnięciem wieku emerytalnego, mimo że teoretycznie poprawa warunków pracy związana z rozwojem technologicznym oraz poprawa ogólnego stanu zdrowia i warunków życia powinny sprzyjać dłuższej aktywności zawodowej. Jakie są przyczyny tego zjawiska? Można ich szukać w sytuacji ekonomicznej, niepewności na rynku pracy, niechęci pracodawców do zatrudniania osób starszych. Jednak poza czynnikami ekonomicznymi i społecznymi należy przede wszystkim brać pod uwagę fakt, że wiek istotnie obniża zdolność do pracy na skutek fizjologicznych konsekwencji procesów starzenia się. Poznanie mechanizmów fizjologicznych związanych ze starzeniem się powinno pozwolić na opracowanie skutecznych metod ograniczania negatywnych skutków upływającego czasu.

Celem tego opracowanie jest wskazanie na wpływ wieku na zdolność do wykonywania pracy zawodowej. Wiek nie jest jedyną determinantą tej zdol-

¹ J. Ilmarinen, *Aging workers*, "Occupational and Environmental Medicine" 2001, vol. 58, s. 546–552.

ności, dlatego będzie on rozpatrywany w połączeniu z innymi czynnikami warunkującymi zdolność do wykonywania pracy.

2. Wpływ wieku na funkcjonowanie organizmu

Proces naturalnego starzenia się jest determinowany przede wszystkim przez czynniki genetyczne, a modyfikowany przez styl życia, wpływy środowiskowe i współistniejące choroby. Rozpoczyna się on w momencie narodzin i trwa przez całe życie. Z tego punktu widzenia można powiedzieć, że każdy pracownik, nawet ten który dopiero rozpoczyna swoją pierwszą pracę, jest pracownikiem starzejącym się². Jednak dopiero w wieku 45–50 lat wpływ wieku na możliwość wykonywania pracy zaczyna odczuwać znaczący odsetek pracowników (około 25%).

Naturalne tempo procesów starzenia się było przedmiotem wielu badań. Z metaanalizy przeprowadzonej na podstawie 469 badań, którymi objęto 54 000 osób w wieku 30–70 lat, wynika, że sprawność poszczególnych układów obniża się z wiekiem w różnym tempie, np. sprawność układu nerwowego, kostno-mięśniowego, moczowego – 0,5%/rok, wydolność fizyczna – 1,6%/rok. Jednak obniżanie się wydolności fizycznej nie przebiega w sposób równomierny w czasie. Wydolność fizyczna w 40. roku życia jest niższa tylko o około 10% w stosunku do wartości maksymalnych dla danej osoby, natomiast spada gwałtownie, o 20–25% w wieku 45–50 lat, a w 60. roku życia jest już niższa o około 40%³. Tę niekorzystną tendencję można częściowo zahamować poprzez regularne ćwiczenia fizyczne⁴.

Podobnie zmniejsza się z wiekiem siła mięśniowa, u mężczyzn w wieku 50–55 lat jest niższa o 22%, a u kobiet o 26% w porównaniu z siłą maksymalną.

Te fizjologiczne zmiany wskazują, że obciążenia fizyczne związane z pracą zawodową powinny być mniejsze dla pracowników starszych.

Inaczej zmieniają się z wiekiem funkcje umysłowe i psychofizyczne. U osób starszych proces przetwarzania informacji przebiega wolniej: pogarsza się zdolność zapamiętywania, koncentracja uwagi, pogarsza się funkcjonowanie narządów zmysłów, zmniejsza się możliwość wykonywania kilku czynności równocześnie i płynnego przejścia z jednego typu aktywności do innego, pojawiają się trudności w pracach koncepcyjnych i wymagających abstrakcyj-

² Ibidem.

³ W.M. Bortz, *Biological basis of determinants of health*, "American Journal of Public Health" 2005, vol. 95, s. 389–392.

⁴ J. Ilmarinen, *Work and Aging*, [w:] J. Snel, R. Cremer (eds.), *A European Perspective*, Taylor& Francis, London 1994, s. 47–63.

nego myślenia. Zmiany w układzie nerwowym prowadzą do tego, że produktywność osób starszych pozostaje niezmienną tylko wówczas, gdy mają oni możliwość indywidualnego regulowania tempa pracy.

Sakari Suvanto i inni autorzy analizowali wpływ pracy na związane z wiekiem zmiany funkcji umysłowych w czteroletnim badaniu prospektywnym. Stwierdzili oni, że pracownicy starsi, którzy wykonują pracę umysłową – w porównaniu z pracownikami fizycznymi – osiągają lepsze wyniki w testach sprawdzających pamięć świeżą, ale trend spadkowy jest w obu grupach podobny (około 6% w okresie czterech lat). Wskazuje to, że praca umysłowa nie odgrywa roli, która zabezpiecza przed wynikającym z wieku pogorszeniem świeżej pamięci. Autorzy tłumaczą to faktem, że jednostronne obciążenie pamięci związane z wykonywaniem określonej pracy (np. u nauczycieli, pielęgniarek) nie jest optymalne dla zachowania funkcji poznawczych. Podobne wyniki uzyskano, badając czas reakcji wzrokowej u kierowców autobusów. Mimo że funkcja ta jest stale wykorzystywana w pracy kierowców, zaobserwowano istotny jej spadek w wieku 51–55 lat⁵.

Oczywiście nie u wszystkich osób i nie wszystkie sprawności pogarszają się z wiekiem w jednakowym stopniu, w związku z tym u różnych osób w innym tempie zmieniają się możliwości wykonywania określonych rodzajów prac charakteryzujących się występowaniem specyficznych obciążeń.

3. Wpływ wieku na stan zdrowia

Zdolność do pracy w pojęciu obiektywnym to brak medycznych przeciwwskazań do wykonywania pracy na danym stanowisku. To podejście jest podstawą kwalifikacji do określonej pracy w ramach badań profilaktycznych (wstępnych i okresowych). Wraz z wiekiem stan zdrowia ulega pogorszeniu, zwiększa się liczba i nasilenie chorób, a w konsekwencji wzrasta absencja chorobowa, częstość wypadków oraz koszty ubezpieczenia i usług medycznych.

W wielu badaniach stwierdzono, że częstość występowania chorób rośnie z wiekiem, około dwie trzecie osób po 50. roku życia przynajmniej ma rozpoznaną jedną chorobę przewlekłą, najczęściej są to choroby układu mięśniowo-szkieletowego i układu krążenia⁶.

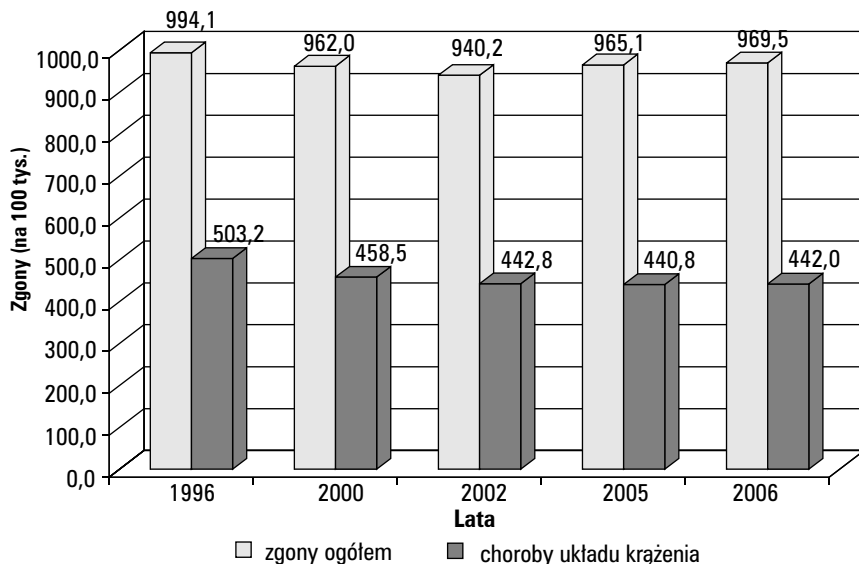
⁵ S. Suvanto, P. Huuhtanen, C.-H. Nygard, J. Ilmarinen, *Performance efficiency and its changes among aging municipal employees*, "Scandinavian Journal of Work and Environmental Health" 1991, vol. 17 (Suppl. 1), s. 118–121.

⁶ J. Ilmarinen, *Work and Aging*, [w:] J. Snel, R. Cremer (eds.), *A European Perspective*, op. cit.; K. Andersen-Ranberg, K. Christensen, B. Jedne, A. Skytthe, L. Vaseegaard, J.W. Vaupel, *Declining physical abilities with age: a cross-sectional study of older twins and centenarians in Denmark*, "Age Ageing" 1999, vol. 28, s. 373–377.

Nasilają się z wiekiem także inne problemy zdrowotne, jak otyłość, cukrzyca, choroby układu oddechowego, układu nerwowego oraz choroby psychiczne. Prowadzą one u osób starszych do niepełnosprawności. Wzrost częstości tych schorzeń obserwuje się zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet.

Poważnym problemem zdrowotnym w Polsce są choroby układu krążenia (CVD), które stanowią przyczynę prawie połowy wszystkich zgonów w Polsce (rysunek 1), co stawia nas na czołowym miejscu w Europie i świecie.

Rysunek 1. Zgony z powodu chorób układu krążenia w Polsce (na 100 tys. mieszkańców)



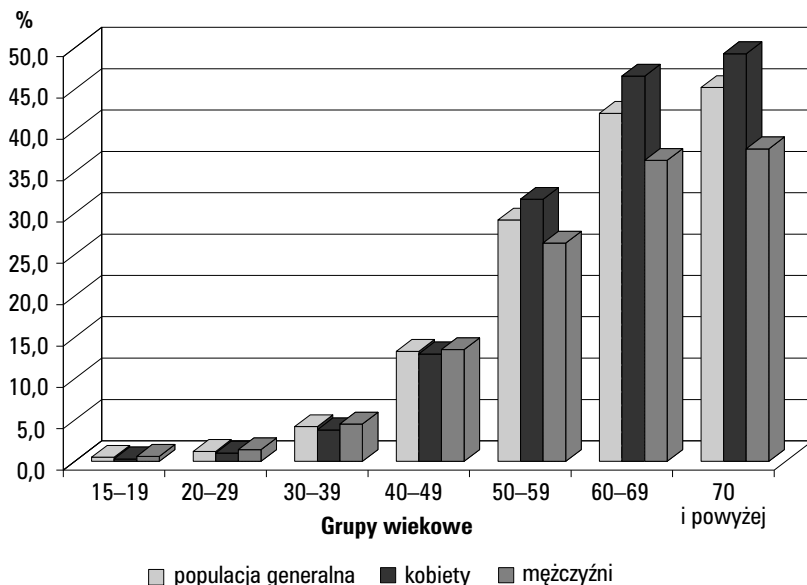
Źródło: *Rocznik Statystyczny GUS*, Warszawa 2008.

Wśród chorób układu krążenia dominuje choroba nadciśnieniowa. Odsetek osób z nadciśnieniem tętniczym jest kilkakrotnie wyższy wśród osób po 50. roku życia w porównaniu z osobami w wieku 20–30 lat (rysunek 2). Wyniki badania NATPOL PLUS wykazały, że w całej populacji Polski odsetek osób z nadciśnieniem wynosi około 29%, w tym wśród osób w wieku 18–39 lat tylko 7%, w wieku 40–59 lat 34%, u osób w wieku ponad 60 lat aż 58%.

Nadciśnienie tętnicze powoduje powikłania innych narządów (przerost lewej komory serca) i zmiany naczyniowe, z których najpoważniejsze to zawał mięśnia sercowego i udar mózgu. Z metaanalizy, przeprowadzonej na podstawie 61 badań prospektywnych dotyczących zależności między ciśnieniem tętniczym a zgonami z powodu chorób układu krążenia, które objęło 958 074 osoby, wynika, że w grupie wiekowej 40–69 lat wzrost wyjściowego ciśnienia skurczowego o 20 mmHg, a rozkurczowego o 10 mmHg był związany z pra-

wie dwukrotnym wzrostem ryzyka zgonu z powodu CVD. Ryzyko to rosło z wiekiem⁷.

Rysunek 2. Występowanie choroby nadciśnieniowej w Polsce w 2004 roku (w odsetkach danej grupy wieku)



Źródło: Dane Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa 2006.

Częstość zawału mięśnia sercowego i związanych z nim zgonów rośnie z wiekiem. Trend taki obserwowany jest we wszystkich populacjach na świecie⁸.

Z badań przeprowadzonych w Finlandii w grupie 1500 osób w wieku 65–74 lata (średnio $69 \pm 2,8$) wynika, że choroby układu krążenia (zawał mięśnia sercowego, niewydolność krążenia, udar mózgu), w porównaniu z innymi chorobami, najczęściej są przyczyną utraty sprawności⁹.

Przyczyną wzrostu ryzyka chorób układu krążenia u osób starszych jest starzenie się układu krążenia. Procesy te we współczesnych społeczeństwach

⁷ Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies, "Lancet" 2002, vol. 360, s. 1903–1913.

⁸ I.T.S. Yu, T.-W. Wong, Effects of age, period and cohort on acute myocardial infarction mortality in Hong-Kong, "International Journal of Cardiology" 2004, vol. 97, s. 63–68.

⁹ A. Kattainen, S. Koskinen, A. Reunanen, T. Martelin, P. Knekt, A. Aromaa, Impact of cardiovascular diseases on activity limitations and need for help among older persons, "Journal of Clinical Epidemiology" 2004, vol. 57, s. 82–88.

nasilają się zwłaszcza u osób po 65. roku życia¹⁰. Obejmują one dysfunkcję nabłonka, uogólnione zmiany miażdżycowe, sztywność naczyń krwionośnych, zmiany w mięśniu sercowym, które prowadzą do zaburzeń funkcjonowania lewej komory (m.in. zmniejszona frakcja wyrzutowa). U osób starszych upośledzone są też funkcje naprawcze komórek nabłonka, których zadaniem jest regeneracja uszkodzonych naczyń krwionośnych. Jednak starzenie się układu krążenia, mimo że dotyczy wszystkich osób, nie zawsze przebiega w tym samym tempie. Jest to cecha indywidualna i dlatego „wiek układu krążenia” nie zawsze jest tożsamy z wiekiem kalendarzowym. Na zróżnicowanie to ma wpływ nie tylko czynnik genetyczny, lecz także czynniki środowiskowe. Wśród czynników pozytywnie działających na układ krążenia jednym z najlepiej udokumentowanych jest dieta niskokaloryczna. Stwierdzono to zarówno na podstawie badań eksperymentalnych na zwierzętach, jak i u ludzi. Obniżenie kaloryczności diety o 30–60% powodowało wydłużenie życia zwierząt. Rezultat nie zależał bezpośrednio od masy ciała, gdyż nie obserwowano go u zwierząt, u których obniżenie masy ciała spowodowane było ćwiczeniami fizycznymi¹¹. Badania przeprowadzane wśród ludzi są nieliczne, gdyż wymagają wieloletniej obserwacji i zachowania dyscypliny przez osoby badane. Pierwsze badanie było prowadzone w Studios of Biosphere, w którym dietę limitowano przez dwa lata, drugie w ramach Caloric Restriction Optimal Nutrition Society prowadzono przez sześć lat. W obu badaniach zauważono istotne obniżenie poziomu czynników ryzyka chorób układu krążenia¹². Badania, które prowadzili: Timothy E. Meyer, Sándor J. Kovács, Ali A. Ehsani, Samuel Klein, John O. Holloszy, Luigi Fontana¹³ przez 3–15 lat (średnio 6,5 roku) u 25 osób, stosujących dietę o wartości 1672 kcal/dobę, wykazały, że osoby te miały istotnie niższy wskaźnik masy ciała (BMI = 19,7) niższe ciśnienie skurczowe (SBP = 102 ± 10 mm Hg) i rozkurczowe (DBP = 61 ± 6 mmHg) oraz lepszą funkcję rozkurczową lewej komory, w porównaniu z osobami, które stosowały dietę o wartości 2445 kcal/dobę (BMI = 27, SBP = 131 ± 11 mm Hg, DBP = 83 ± 6 mm Hg)¹⁴. Wyniki tych badań uzasadniają podejmowanie

¹⁰ G. Gerstenbilth, *Cardiovascular ageing*, “Journal of the American College of Cardiology” 2006, vol. 47, s. 403–404.

¹¹ R. Weindruch, R.S. Sohal, *Caloric intake and ageing*, “New England Journal of Medicine” 1997, vol. 337, s. 986–994.

¹² R.B. Verdery, R.L. Walford, *Changes in plasma lipids and lipoproteins in humans during 2-years dietary restriction in Biosphere 2.*, “Archives of Internal Medicine” 1998, vol. 158, s. 900–906; L. Fontana, T.E. Meyer, S. Klein, J.O. Holloszy, *Long-term calorie restriction is highly effective in reducing the risk for atherosclerosis in human*, “Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America” 2004, vol. 1001, s. 6659–6663.

¹³ T.E. Meyer, S. J. Kovács, A.A. Ehsani, S. Klein, J.O. Holloszy, L. Fontana, *Long-term calorie restriction ameliorates the decline in diastolic function in humans*, “Journal of American College of Cardiology” 2006, vol. 47, s. 398–402.

¹⁴ Ibidem.

działań profilaktycznych, które mogą spowolnić proces starzenia się układu krążenia.

4. Wpływ pracy na zdrowie

Dziedziną medycyny, która zajmuje się oddziaływaniem pracy na zdrowie jest medycyna pracy. Wszyscy pracownicy w Polsce są ustawowo objęci systemem badań profilaktycznych (wstępnych i okresowych), których celem jest kontrola stanu zdrowia populacji pracującej. Badania te są ukierunkowane na czynniki ryzyka występujące w środowisku pracy danego pracownika. Stężenie czynników chemicznych i natężenie czynników fizycznych jest ograniczane odpowiednimi normami. Są to odpowiednio: najwyższe dopuszczalne stężenie (NDS) dla czynników chemicznych i najwyższe dopuszczalne natężenie (NDN) dla czynników fizycznych. Niektóre z tych czynników mogą powodować specyficzne choroby, tzw. choroby zawodowe. W ostatnich latach, dzięki poprawie warunków pracy, obserwuje się systematyczny spadek częstości tych chorób. Jednak nie jest to jednoznaczne z poprawą stanu zdrowia populacji pracującej.

W 1976 roku na forum Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zwrócono uwagę, że skutkiem pracy zawodowej mogą być nie tylko choroby zawodowe, lecz także wiele problemów zdrowotnych, które powinny wzbudzić zainteresowanie medycyny pracy. Należą do nich choroby wieloprzyczynowe, w rozwoju których udział biorą także czynniki związane z pracą. W 1982 roku wprowadzono dla nich termin *choroby związane z pracą* (*work related diseases*). Choroby związane z pracą mają złożoną etiologię, występują w populacji generalnej, a zagrożenia zawodowe i warunki pracy są jednym z możliwych czynników ryzyka wpływających na ujawnienie, przyspieszenie lub pogorszenie jej przebiegu. Choroby są ważnym problemem nie tylko medycznym, lecz także społecznym, gdyż stanowią przyczynę długotrwałej absencji chorobowej, częściowej i trwałej niezdolności do pracy, znacznych strat ekonomicznych. Do chorób związanych z pracą zalicza się:

- choroby układu krążenia:
 - nadciśnienie tętnicze,
 - choroba niedokrwienna serca;
- przewlekłe, nieswoiste choroby układu oddechowego;
- choroby układu mięśniowo-szkieletowego.

Badania przeprowadzone w Finlandii wskazują, że aż 50% mężczyzn i 60% kobiet w wieku ponad 55 lat, wykonujących pracę fizyczną, miało stwierdzoną chorobę układu mięśniowo-szkieletowego. Częstość chorób

układu krążenia była również największa wśród osób pracujących fizycznie, jednak nawet u pracowników umysłowych wynosiła aż 25%¹⁵.

Identyfikacja czynników powodujących choroby związane z pracą ciągle trwa i jest trudniejsza niż w przypadku chorób zawodowych, gdyż istnieje wiele czynników, które mogą wywoływać lub nasilać te choroby, zaś związek ich z pracą nie zawsze jest oczywisty.

Aby sprawdzić, jakie czynniki środowiska pracy mają istotny, negatywny wpływ na zdrowie pracowników, zwłaszcza pracowników starszych, przeprowadzono w Finlandii czteroletnie badanie prospektywne w grupie 6257 pracowników, wykonujących pracę fizyczną, umysłową lub z obciążeniem mieszanym (fizycznym i umysłowym)¹⁶. W wyniku tego badania wyłoniono czynniki, które wpływały negatywnie na zdolność do pracy pracowników starszych. W pracy fizycznej były to:

- wysiłek statyczny;
- podnoszenie/przenoszenie ciężarów;
- konieczność pokonywania nagłych, maksymalnych obciążeń;
- monotopowość pracy;
- wymuszona pozycja ciała (jednoczesne skręcenie i zgięcie tułowia).

Niektóre warunki pracy, takie jak wilgoć, ryzyko wypadku, gorący i zimny mikroklimat, częste zmiany temperatury podczas pracy, wpływały także na pogarszanie zdolności do pracy osób starszych. W badaniu stwierdzono, że poza czynnikami fizycznymi wiele czynników psychospołecznych istotnie wpływało na zdolność do pracy osób starszych. Były to:

- konflikty z przełożonymi i współpracownikami,
- obawa przed popełnieniem błędu,
- brak możliwości wyboru zastosowanych w procesie pracy rozwiązań,
- presja czasu,
- brak możliwości rozwoju zawodowego,
- brak akceptacji i uznania.

Wyniki badań Juhani Ilmarinena i jego współpracowników¹⁷ zostały potwierdzone w wielu badaniach dotyczących stanu zdrowia u pracowników eksponowanych na różne czynniki środowiska pracy.

¹⁵ K. Tuomi, J. Ilmarinen, L. Eskelinen, E. Jarvinen, J. Toikannen, M. Klockars, *Prevalence and incidence rate of diseases and work ability In different work categories of municipal employees*, "Scandinavian Journal of Work and Environmental Health" 1991 (Suppl. 1), s. 67–74.

¹⁶ J. Ilmarinen, K. Tuomi, L. Eskelinen, C.-H. Nygard, P. Huuhtanen, M. Klockars, *Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations...*, op. cit.

¹⁷ Ibidem.

Praca fizyczna

W Finlandii, na podstawie badania prospektywnego, przeprowadzonego w latach 1984–2000, które obejmowało kohortę 1756 mężczyzn w wieku 42–65 lat, wykazano, że ciężka praca fizyczna stanowiła istotne, niezależne ryzyko wcześniejszego zakończenia aktywności zawodowej – uzyskanie renty z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego (OR = 2,21; 95% CI: 1,36–3,61) lub chorób układu krążenia (OR = 1,59; 95% CI: 0,93–2,73), ale również uzyskania wcześniejszej emerytury według zasad stosowanych w Finlandii (OR = 1,68; 95% CI: 1,03–2,73)¹⁸.

Dietrich Redenbacher, Albrecht Hoffmeister i inni autorzy, porównując grupę 312 osób w wieku 40–68 lat, u których stwierdzono w badaniu angiograficznym występowanie choroby niedokrwiennej serca, z grupą kontrolną dobraną pod względem wieku i płci, stwierdzili, że wielkość wskaźnika obciążenia wysiłkiem fizycznym w pracy zawodowej była istotnym, niezależnym czynnikiem ryzyka tej choroby¹⁹.

Estela Kristal-Boneh, Gil Harari, Manfred S. Green i Joseph Ribak na podstawie ośmioletniej obserwacji przeprowadzonej w Izraelu w około 3,5-tysięcznej grupie aktywnych zawodowo mężczyzn także stwierdzili, że częstość zgonów ze wszystkich przyczyn u mężczyzn wykonujących ciężką pracę fizyczną była istotnie wyższa, w porównaniu z częstością stwierdzoną wśród mężczyzn wykonujących pracę mało obciążającą. Iloraz szans w grupie obciążonych wynosił 1,82 (95% CI 1,18 do 2,81). Podobny trend obserwowano w odniesieniu do zgonów z powodu chorób układu krążenia i nowotworów. Autorzy tego badania wnioskują, że duże obciążenie wysiłkiem fizycznym w pracy zawodowej jest związane ze wzrostem współczynników umieralności²⁰.

W badaniach przeprowadzonych w ramach programu MONICA w Kownie, którymi objęto grupę ponad 6 tysięcy losowo wybranych aktywnych zawodowo kobiet i mężczyzn, stwierdzono, że ryzyko zgonów z powodu chorób układu krążenia było wśród pracowników fizycznych 1,5 razy większe w porównaniu z pozostałymi. Natomiast częstość występowania klasycznych

¹⁸ M. Karpansalo, P. Manninen, T.A. Lakka, J. Kauhanen, R. Rauramaa, J.T. Salonen, *Physical workload and risk of early retirement: prospective population-based study among middle-aged men*, "Journal of Occupational and Environmental Medicine" 2002, vol. 44, s. 930–939.

¹⁹ D. Redenbacher, A. Hoffmeister, H. Brenner, W. Koenig, *Physical activity, coronary heart disease, and inflammatory response*, "Archives of Internal Medicine" 2003, vol. 163, s. 1200–1205.

²⁰ E. Kristal-Boneh, G. Harari, M.S. Green, J. Ribak, *Seasonal changes in ambulatory blood pressure in employees under different indoor temperatures*, "Occupational and Environmental Medicine" 1995, vol. 52, s. 715–721.

czynników ryzyka wśród pracowników fizycznych była podobna jak wśród pozostałych²¹.

Dodatkowym czynnikiem pogarszającym tolerancję obciążeń fizycznych są zmienne warunki mikroklimatu, które, w porównaniu z podobnymi obciążeniami w warunkach komfortu cieplnego, częściej powodowały dolegliwości i choroby układu mięśniowo-szkieletowego. W przeglądzie 27 badań epidemiologicznych, w których uwzględniono 2030 pracowników, będących przedstawicielami 24 zawodów, m.in. Vincent H. Hildebrandt i Paulien M. Bongers wykazali, że u 25% badanych osób dolegliwości dolnego i górnego odcinka kręgosłupa związane były z pracą w zmiennych warunkach mikroklimatu²².

Badania przeprowadzone przez Hannu Anttonena i Hannu Virokannasa²³ w grupie 143 młodych pracowników, wykonujących różne rodzaje prac na otwartej przestrzeni, w niskich temperaturach, wykazały, że mimo zastosowania odpowiedniej odzieży ochronnej ich zdolność do pracy w krótkim czasie obniżyła się o 70%²⁴. W przypadku pracowników starszych, których wydolność fizyczna jest niższa o 40–60% w porównaniu z osobami młodymi, a wrażliwość na zimno większa, nawet średnio ciężka praca fizyczna może przekraczać ich możliwości²⁵. Praca w takich warunkach jest szczególnie źle tolerowana przez pracowników starszych, także ze względu na obniżoną odporność układu immunologicznego²⁶.

Hałas

W środowisku pracy czynnikiem, którego negatywne działanie wykazano w wielu badaniach jest hałas. Działa on na cały organizm, a nie tylko na narząd słuchu, natomiast normy dla hałasu zawodowego uwzględniają tylko ochronę słuchu. Pozasłuchowe skutki działania hałasu zaliczyć można do dwóch kategorii: skutków psychologicznych i fizjologicznych. Pierwsza kategoria obej-

²¹ A. Tamosiunas, R. Reklaitiene, S. Domarkiene, M. Baceviciene, D. Virviciute, *Prevalence of risk factors and risk of mortality in relation to occupational group*, "Medicina" (Kaunas) 2005, vol. 41, s. 705–712.

²² V.H. Hildebrandt, P.M. Bongers, F.J. van Dijk, H.C. Kemper, J. Dul, *The influence of climatic factors on non-specific back and neck-shoulder disease*, "Ergonomics" 2002, vol. 45, s. 32–48.

²³ H. Anttonen, H. Virokannas, *Assessment of cold stress in outdoor work*, "Arctic Medical Research" 1994, vol. 53, s. 40–48.

²⁴ Ibidem.

²⁵ A. Dufour, V. Candau, *Ageing and thermal responses during passive heat exposure: sweating and sensory aspects*, "European Journal of Applied Physiology" 2007, vol. 100(1), s. 19–26.

²⁶ R. Zagożdżon, C. Foronczewicz, L. Pączek, *Starzenie się układu odpornościowego*, „Przegląd Lekarski” 2003, nr 60, s. 156–160.

muje zaburzenia procesów poznawczych, pamięciowych oraz trudności skupienia uwagi na wykonywanej pracy. Druga – obejmuje głównie zaburzenia układu sercowo-naczyniowego. Doświadczalnie dowiedziono, że uchwytne zaburzenia funkcji fizjologicznych występują już przy poziomie hałasu 75 dB(A). Hałas wpływa na:

- układ krążenia (powoduje zwężenie drobnych obwodowych naczyń krwionośnych, zmniejszenie objętości wyrzutowej i minutowej serca, a przy częstym narażeniu na hałas – wzrost ciśnienia tętniczego);
- układ pokarmowy (sprzyja rozwojowi choroby wrzodowej);
- układ wewnątrzwydzielniczy (pociąga ilościowe zmiany hormonalne);
- układ nerwowy i psychikę (np. zwrócono uwagę, że zaburzenia psychiczne, w porównaniu z mieszkańcami innych rejonów miasta, występowały częściej u osób mieszkających wzdłuż ruchliwej arterii komunikacyjnej).

W wykazie chorób zawodowych, jako efekt narażenia na hałas, uwzględnione są tylko zaburzenia funkcjonowania narządu słuchu, natomiast pomija się całkowicie pozasłuchowe skutki działania hałasu. Nie podlegają więc one procedurze rozpoznawania, ani badaniom profilaktycznym ukierunkowanym na choroby, które mogą być związane z narażeniem na hałas.

Hałas o poziomie dźwięku nieprzekraczającym 80 dB(A) może mieć istotny wpływ na wydajność pracy i jakość realizowanych zadań, gdyż ogranicza zdolność koncentracji uwagi, obniża sprawność, chęć działania i wydajność pracy; utrudnia wykonywanie prac precyzyjnych i koncepcyjnych, zrozumiałość mowy, percepcję sygnałów ostrzegawczych; obniża sprawność uczenia się, zwiększa ryzyko wypadków, powoduje wcześniejsze starzenie się organizmu. Hałas jest zatem czynnikiem szczególnie szkodliwym dla osób starszych, gdyż wpływa na te same funkcje organizmu, które ulegają zaburzeniom związanym z wiekiem.

Hałas ma też istotny wpływ na występowanie chorób układu krążenia. Można to tłumaczyć jego działaniem stresogennym. Przypuszcza się, że przemijająca odpowiedź ze strony układu współczulnego i hormonalnego na hałas staje się patogenna, gdy jest długotrwała lub powtarzająca się. Zatem okresowy wzrost ciśnienia krwi może doprowadzić do zmian w strukturze regulacji neurowegetatywnej, a w rezultacie do trwałego wzrostu ciśnienia i rozwoju nadciśnienia. Ponadto powtarzające się epizody wzrostu poziomu kortyzolu w odpowiedzi na hałas mogą prowadzić do otyłości typu wisceralnego i insulinooporności²⁷, co zwiększa ryzyko rozwoju chorób układu krążenia. Poza tym hałas wpływa na układ krążenia przez zwężenie drobnych obwodowych

²⁷ B. Folkow, *Sympathetic nervous control of blood pressure. Role in primary hypertension*, "American Journal Hypertension" 1989, vol. 2, s.103–111.

naczyń krwionośnych, zmniejszenie objętości wyrzutowej i minutowej serca, co przy częstej ekspozycji powoduje wzrost ciśnienia tętniczego²⁸.

W badaniach przeprowadzonych na zwierzętach stwierdzono, że hałas zwiększa akumulację wapnia i magnezu w komórkach, powodując przyspieszenie starzenia się serca. Starzenie się jest najsilniejszym czynnikiem ryzyka zawału serca i ten efekt hałasu nie powinien być pomijany²⁹.

Wprawdzie jest bardzo mało danych na temat zależności między ryzykiem chorób układu krążenia u osób ekspozowanych na hałas a wiekiem, jednak wyniki badania przeprowadzonego przez Yvonne de Kluizenaar, RONALDA T. Gansevoorta, Henka M.E. Miedemę i Paula E. de Jonga³⁰ wśród losowo wybranej populacji 40 856 mieszkańców Groningen wskazują, że ryzyko nadciśnienia jest istotnie skorelowane z poziomem hałasu komunalnego. Zależność ta była najbardziej istotna w grupie wieku 45–55 lat, ekspozowanej na hałas o najwyższym natężeniu (> 50 dB).

Dane dotyczące związku między hałasem a występowaniem chorób układu krążenia, w tym choroby niedokrwiennej serca, zawału mięśnia sercowego i nadciśnienia tętniczego, dotyczą zarówno osób ekspozowanych na hałas w środowisku komunalnym, jak i w pracy. Najnowsze dane wskazują na istotnie statystyczną zależność między narażeniem na hałas, zarówno środowiskowy, jak i zawodowy, a zwiększonym ryzykiem rozwoju choroby niedokrwiennej serca i zawału mięśnia sercowego³¹. Zgodnie z aktualną wiedzą ryzyko takie należy uwzględniać, zwłaszcza w grupach narażonych na wysokie poziomy hałasu.

Bardzo ważne z punktu widzenia oceny wpływu hałasu na zdrowie osób starszych było badanie przeprowadzone w Japonii wśród mieszkańców okolic lotniska wojskowego na Okinawie. Objęto nim 29 000 osób w wieku ponad 40 lat. Oceniano ciśnienie tętnicze, gospodarkę lipidową (stężenie cholesterolu całkowitego i jego frakcji LDL i HDL) oraz stężenie kwasu moczowego. Stwierdzono istotną statystycznie korelację między natężeniem hałasu a wzrostem ciśnienia tętniczego. W grupie ekspozowanej na hałas o natężeniu

²⁸ T.Y. Chang, T.C. Su, S.Y. Lin, R.M. Jain, C.C. Chan, *Effects of occupational noise exposure on 24-hour ambulatory vascular properties in male workers*, "Environmental Health Perspectives" 2007, vol. 115, s. 1660–1664.

²⁹ H. Ising, W. Babisch, B. Kruppa, *Noise-Induced Endocrine Effects and Cardiovascular Risk*, "Noise Health" 1999, vol. 1(4), s. 37–48; H. Ising, głos w dyskusji podczas *The Third Meeting on Night Noise Guidelines*, Lisbon, Portugal, 26–28.06.2005.

³⁰ Y. de Kluizenaar, R.T. Gansevoort, H.M. Miedema, P.E. de Jong, *Hypertension and road traffic noise exposure*, "Journal of Occupational and Environmental Medicine" 2007, vol. 49(5), s. 484–492.

³¹ S.N. Willich, K. Wegscheider, M. Stallmann, T. Keil, *Noise burden and the risk of myocardial infarction*, "European Heart Journal" 2006, vol. 27, s. 276–282.

>70 dB(A) ryzyko nadciśnienia było o 50% wyższe w porównaniu z grupą eksponowaną na hałas w granicach 60–65 dB(A) ($OR = 1,5$; $p < 0,0001$)³².

Bardzo istotne są również najnowsze badania, z których wynika, że powstałe z powodu hałasu uszkodzenie słuchu jest skorelowane z występowaniem nadciśnienia. Zależność taką wykazały badania przeprowadzone m.in. przez Udaya W. Narlawara, Bhooshana G. Surjuse, Sushama S. Thakre, Ni Chun-chui³³ (Narlawar wraz z zespołem przeprowadził badania wśród 770 pracowników stalowni). Autorzy stwierdzili, że wśród pracowników z oddziało-
w o wysokim poziomie hałasu istotnie częściej występowało nadciśnienie tętnicze i uszkodzenie słuchu w porównaniu z pracownikami nieeksponowa-
nymi na hałas (odpowiednio 25% vs 14%, $p < 0,001$ oraz 20,5% vs 8,9% $p < 0,001$). Ni Chun-chui i inni przeprowadzili badania u 618 kobiet pracujących w zakładach włókienniczych, eksponowanych na hałas o natężeniu 80–113 dB(A). Stwierdzono, że w tej grupie 24,3% kobiet miało uszkodzenie słuchu w zakresie wysokiej częstotliwości, jednocześnie w tej grupie ciśnienie tętnicze było istotnie wyższe ($p < 0,05$) niż w grupie bez ubytków słuchu. Tak-
że Katia K. Vangelova i Christo E. Deyanov stwierdzili, że u pracowników w średnim wieku (33–45 lat) eksponowanych na hałas o natężeniu 86–92 dB(A) istotnie częściej występowało nadciśnienie tętnicze w porówna-
niu z pracownikami bez ekspozycji w porównywalnym wieku³⁴.

Wolfgang Babisch dokonał wyczerpującego przeglądu przeprowadzonych w latach 1968–2005 badań wśród osób narażonych na hałas komunikacyjny (drogowy i związany z lotnictwem)³⁵. Przeanalizował szczegółowo 61 badań epidemiologicznych. W podsumowaniu stwierdził, że dotychczasowe wyniki dają wystarczające dowody na istnienie związku przyczynowo-skutkowego między narażeniem na hałas komunalny a występowaniem choroby niedo-
krwiennej serca. Wyniki dotyczące nadciśnienia tętniczego u osób ekspono-

³² T. Matsui, T. Uehara, T. Miyakita, K. Hitamatsu, Y. Osada, T. Yamamoto, *The Okinawa study: effects of chronic aircraft noise on blood pressure and some other physiological indices*, "Journal of Sound and Vibration" 2004, vol. 277, s. 469–470.

³³ U.W. Narlawar, B.G. Surjuse, S.S. Thakre, *Hypertension and hearing impairment in workers of iron and steel industry*, "Indiana Journal Physiology and Pharmacology" 2006, vol. 50, s. 60–66; C.H. Ni, Z.Y. Chen, Y. Zhou, J.W. Zhou, J.J. Pan, N. Liu, J. Wang, C.K. Liang, Z.Z. Zhang, Y.J. Zhang, *Associations of blood pressure and arterial compliance with occupational noise exposure in female workers of textile mill*, "Chinese Medical Journal" (Engl.) 2007, vol. 120, s. 1309–1313.

³⁴ K.K. Vangelova, Ch.E. Deyanov, *Blood pressure and serum lipids in industrial workers under intense noise and a hot environment*, "Reviews on Environmental Health" 2007, vol. 22, s. 303–311.

³⁵ W. Babisch, *Transportation noise and cardiovascular risk: updated review and synthesis of epidemiological studies indicate that the evidence has increased*, "Noise Health" 2006, vol. 8, s. 1–29.

wanych na hałas komunalny nie są tak jednoznaczne, jednak większość z nich wskazuje również na zwiększone ryzyko nadciśnienia.

Badanie przeprowadzone w Portugalii w grupie 775 pracowników zatrudnionych przy wydobywaniu ropy naftowej w szybach wiertniczych, wykazało – po wyeliminowaniu innych czynników ryzyka, jak: wiek, masa ciała, praca zmianowa, wykształcenie – istotny wzrost ryzyka nadciśnienia tętniczego u osób pracujących ponad 10 lat w warunkach narażenia na hałas o poziomie równym lub wyższym 85 dB(A) (RR = 1,8 CI: 1,3–2,4)³⁶.

Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że hałas powoduje też wzrost absencji chorobowej. Badania przeprowadzono w grupie pracowników fizycznych 1680 mężczyzn i 688 kobiet. Grupę podzielono w zależności od poziomu hałasu na trzy podgrupy: 1) ekspozycja < 70 dB(A), 2) ekspozycja 75–84 dB(A) i 3) ekspozycja ≥ 84 dB(A). Stwierdzono, że mężczyźni narażeni na średnie i wysokie poziomy hałasu istotnie częściej ulegali wypadkom przy pracy i musieli korzystać ze zwolnień lekarskich³⁷.

W badaniach prowadzonych w ramach *The Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study* wykazano, że ekspozycja na hałas jest też czynnikiem ryzyka przedwczesnego zakończenia aktywności zawodowej z powodu ogólnego stanu zdrowia (nie ze względu na chorobę zawodową). Z badania prospektywnego, które trwało cztery lata i obejmowało 1038 mężczyzn, wynika, że ryzyko to było prawie trzykrotnie wyższe niż u pracowników nieeksponowanych na hałas (OR = 2,83; 95%CI: 1,44–5,56)³⁸.

Na podstawie danych z sześciomiesięcznej obserwacji przeprowadzonej w mieście Botucatu w Brazylii, wykazano, że u pracowników narażonych stale na wysoki poziom hałasu ryzyko wypadku było pięciokrotnie większe (OR = 5,0, 95%CI: 2,8–8,7), a u pracowników eksponowanych czasami prawie czterokrotnie wyższe (OR = 3,7, 95%CI: 1,8–7,4) w porównaniu z osobami nienarażonymi na hałas³⁹.

Samuel Melamed Yitzhak Fried i Paul Froom analizowali również zależność między hałasem, stopniem trudności w pracy a wypadkami. Badaniem objęto 4084 mężczyzn i 1643 kobiet z 21 zakładów przemysłowych. Najwięk-

³⁶ N.S. Souto Souza, F.M. Carvalho, R. de Cassia Pereira Fernandes, *Arterial hypertension among oil-drilling workers exposed to noise*, "Cadernos de Saúde Pública" 2001, vol. 17, nr 6, s. 1481–1488.

³⁷ S. Melamed, J. Luz, M.S. Green, *Noise exposure, noise annoyance and their relation to psychological distress, accident and sickness absence among blue-collar workers-the Cord is Study*, "Israel Journal Medical Sciences" 1992, vol. 28, s. 629–635.

³⁸ N. Krause, J. Lynch, C.A. Kaplan, R.D. Cohen, D.E. GoldBerg, J.T. Salonen, *Predictors of disability retirement*, "Scandinavian Journal of Work and Environmental" 1997, vol. 23, s. 403–413.

³⁹ R. Cordeiro, A.P. Clemente, C.S. Diniz, A. Dias, *Occupational noise as a risk factor for work-related injuries [in Portuguese]*, "Revista de Saude Publica" 2005, vol. 39, s. 461–466.

sze ryzyko wypadku występowało u osób wykonujących skomplikowane czynności i narażonych na hałas o dużym natężeniu (dla kobiet $OR = 2,72$, dla mężczyzn $OR = 1,3$)⁴⁰. Dane dotyczące wypadków śmiertelnych także wskazują, że narażenie na hałas bardzo istotnie zwiększa ryzyko ich wystąpienia⁴¹.

Podsumowując badania dotyczące pozasłuchowych skutków hałasu, można stwierdzić, że jest to czynnik szczególnie niebezpieczny dla osób starszych, gdyż nasila związane z wiekiem problemy zdrowotne. Zarówno badania epidemiologiczne, który obejmowały bardzo duże grupy eksponowane na hałas (łącznie kilkadziesiąt tysięcy badanych osób), jak i badania kliniczne, potwierdziły występowanie istotnego związku między natężeniem hałasu a ryzykiem zawału mięśnia sercowego i nadciśnienia tętniczego. Dotyczyło to zarówno hałasu komunalnego, jak i w miejscu pracy.

Związane z wiekiem pogorszenie słuchu nie tylko nie zabezpiecza przed negatywnymi skutkami hałasu, ale je nasila. To właśnie u osób z ubytkiem słuchu, narażonych na hałas, częściej niż u osób bez zaburzeń słuchu rozwijało się nadciśnienie tętnicze. Fakt, że osoby z ubytkiem słuchu eksponowane na hałas miały takie same problemy związane z ekspozycją, jak osoby słyszące normalnie (problemy z porozumiewaniem się, odbiorem sygnałów ostrzegawczych, zmęczenie, stres, obniżony komfort życia, poczucie zagrożenia itp.) potwierdziły badania Thais C. Moraty, Christy L. Themann, Roberta F. Randolpha, Babetty L. Verbsky, Davida C. Byrne'go, Efrema R. Reevesa⁴².

Praca zmianowa i praca nocna

U podłoża zmian w stanie zdrowia związanych z pracą zmianową leży desynchronizacja różnych funkcji organizmu, czyli rozprzężenie w porównaniu do sytuacji, w której aktywność zgodna jest z naturalną rytmiką światło–ciemność, zaburzenia rytmu sen–czuwanie i zmęczenie przewlekłe.

Trudno wskazać główny czynnik odpowiedzialny za zjawiska chronopatologiczne. Wieloletnia praca zmianowa wpływa w sposób pośredni na występowanie chorób przewlekłych, w tym przede wszystkim:

- chorób układu krążenia (CVD);

⁴⁰ S. Melamed, Y. Fried, P. Froom, *The joint effect of noise exposure and job complexity on distress and injury risk among men and women: the cardiovascular occupational risk factors determination in Israel study*, "Journal of Occupational and Environmental Medicine" 2004, vol. 46, s. 1023–1032.

⁴¹ S.M. Barreto, A.J. Swerdlow, P.G. Smith, C.D. Higgins, *A nested case-control study of fatal work related injuries among Brazilian steel workers*, "Occupational and Environmental Medicine" 1997, vol. 54, s. 599–604.

⁴² T.C. Morata, C.L. Themann, R.F. Randolph, B.L. Verbsky, D.C. Byrne, E.R. Reeves, *Working in noise with a hearing loss: perceptions from workers, supervisors, and hearing conservation program managers*, "Journal Ear Hear" 2005, vol. 26, s. 529–545.

- chorób układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka);
- chorób metabolicznych (cukrzyca, dyslipidemia);
- zaburzeń zdrowia reprodukcyjnego (zaburzenia miesiączkowania, obniżenie płodności, poronienia samoistne, porody przedwczesne, obniżenie masy ciała noworodków, przyspieszona menopauza (+/-);
- nowotworów (m.in. nowotworu sutka);
- nerwic.

Praca zmianowa przez zakłócenia rytmu biologicznego i desynchronizację różnych funkcji organizmu powoduje zaburzenia procesów trawiennych i metabolicznych, które prowadzą do zmian w składzie lipidowym osocza i zaburzeń tolerancji węglowodanów, nasila także intensywność działania czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Wyniki badań epidemiologicznych nie dają jednoznacznej odpowiedzi, czy praca zmianowa powoduje wzrost ryzyka chorób układu krążenia, chociaż większość z nich potwierdza taką zależność.

Wyniki analizy w kohorcie *Nurses' Health Study* (NHS) wskazują, że kobiety, które w związku z pracą zmianową sypiały krócej niż 5 godzin/dobę, miały istotnie podwyższone ryzyko choroby wieńcowej. Po uwzględnieniu wieku iloraz szans wynosił 1,82 (95% CI 1,34–2,41)⁴³. Także Ichiro Kawachi ocenił ryzyko zgonu z powodu CVD wśród pracujących w systemie zmianowym pielęgniarek (46 956 kobiet). Grupę odniesienia stanowiły 32 153 kobiety pracujące na jedną zmianę⁴⁴. Ryzyko zgonu z powodu CVD u pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym było o 31% wyższe w porównaniu z pracującymi na jedną zmianę (CI 1,02–1,67) i wzrastało wraz ze stażem pracy. Torbjörn Akerstedt w jedenastoletniej obserwacji 1059 mężczyzn w wieku 20–64 lata, pracujących w systemie zmianowym, ocenił, że ryzyko zgonu z powodu zawału serca było wyższe o 48% (CI 1,12–1,91), a ryzyko zgonu z powodu choroby niedokrwiennej serca (ChNS) – o 28% (CI 1,03–1,58)⁴⁵. Natomiast Henrik Boggild i inni autorzy, porównując ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia w grupie 1123 mężczyzn, pracowników zmianowych w wieku 40–59 lat oraz w grupie 4084 pracowników jednozmianowych, nie stwierdzili istotnych różnic – OR = 0,9 (CI 0,7–1,1)⁴⁶. Yuko Morikawa i inni

⁴³ E.J.C. Josten, J.E.E. Ng-A-Tham, H. Thierry, *The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing*, *Journal of Advanced Nursing* 2003, vol. 44(6), s. 643–652.

⁴⁴ I. Kawachi, G.A. Colditz, F.E. Speizer, J.E. Manson, M.J. Stampfer, W.C. Willett, C.H. Hennekens, *A prospective study of passive smoking and coronary heart disease*, "Circulation" 1997, vol. 95(10), s. 2374–2379.

⁴⁵ T. Akerstedt, *Sleep/wake disturbances in working life*, "Electroencephalography and Clinical Neurophysiology" (Suppl.) 1987, vol. 39, s. 360–363.

⁴⁶ H. Boggild, A. Knutsson, *Shift work, risk factors and cardiovascular disease*, "Scandinavian Journal of Work Environmental Health" 1999, vol. 25(2), s. 85–99.

autorzy obserwowali w pięcioletnim badaniu prospektywnym grupę 669 mężczyzn w wieku 18–49 lat, pracujących w systemie zmianowym, oraz 1331 mężczyzn w wieku 18–49 lat, pracujących na 1 zmianę⁴⁷. Stwierdzili, że ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego u młodych osób pracujących przez 5 lat w systemie zmianowym czterokrotnie przewyższało odpowiednią wielkość dla osób pracujących na jedną zmianę $OR = -4$ (CI 1,67–9,67).

Bezpośrednie skutki pracy zmianowej, jak: zaburzenia snu i funkcjonowania układu pokarmowego, senność, zmęczenie i związane z tym zakłócenia procesu pracy, nie ulegają złagodzeniu wraz z wydłużaniem stażu pracy, lecz przeciwnie – nasilają się w starszym wieku. Nie można więc mówić o adaptacji organizmu do takiego systemu pracy.

Podobnie choroby przewlekłe związane z pracą zmianową ulegają z wiekiem zaostrzeniu. Z tego względu praca zmianowa nocna została uznana przez Międzynarodową Organizację Pracy (MOP) za jedną z najniebezpieczniejszych dla zdrowia pracownika form organizacji pracy. Stosownie do zalecenia nr 178 z 6 czerwca 1990 roku, dotyczącego pracy nocnej, MOP zaleca, aby pracownicy o odpowiednio dużym stażu pracy w charakterze pracowników nocnych korzystali ze szczególnych względów, gdy chodzi o możliwość dobrowolnego wcześniejszego lub stopniowego przechodzenia na emeryturę, jeśli takie możliwości istnieją.

Stres w środowisku pracy

Stres jest postrzegany obecnie jako najczęściej występujący czynnik ryzyka w środowisku pracy. Coraz powszechniejsza jest świadomość faktu, że pełna charakterystyka środowiska pracy powinna uwzględniać również czynniki zwane psychospołecznymi. Niektóre z nich mogą negatywnie oddziaływać na samopoczucie i zdrowie ludzi. Dostrzeżenie roli czynników organizacyjnych i psychospołecznych jest skutkiem m.in. trwających kilkadziesiąt lat badań nad znaczeniem tych czynników dla zdrowia pracowników oraz upowszechniania wiedzy wynikającej z tych badań.

Ostatnio powstała nowa teoria dotycząca związku długotrwałego stresu z rozwojem różnych chorób, w tym chorób układu krążenia. Zakłada ona, że przyczyną tych chorób jest starzenie się komórek. Proces ten może być przyspieszony przez działanie stresu nawet o 10 lat⁴⁸. Teoria ta została wstępnie

⁴⁷ Y. Morikawa, H. Nakagawa, K. Miura, M. Ishizaki, M. Tabata, M. Nishijo, K. Higashiguchi, K. Yoshita, T. Sagara, T. Kido, Y. Naruse, K. Nogawa, *Relationship between shift work and onset of hypertension in cohort of manual workers*, "Scandinavian Journal of Work Environment Health" 1999, vol. 2(25), s. 100–104.

⁴⁸ E.S. Epel, E.H. Blackburn, J. Lin, F.S. Dhabhar, N.E. Adler, J.D. Morrow, R.M. Cawthon, *Accelerated telomere shortening in response to life stress*, "Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America" 2004, vol. 101, s. 17312–17315.

potwierdzona w badaniach prowadzonych w USA. Przebadano łącznie 58 zdrowych kobiet przed menopauzą w wieku 20–50 lat. Grupę badaną stanowiło 39 kobiet obciążonych długotrwałym stresem, spowodowanym przewlekłą chorobą dzieci, a grupa kontrolna złożona była z 19 kobiet, które miały zdrowe dzieci i w związku z tym przeżywały mniej stresów. Analizie poddano wpływ przewlekłego stresu na starzenie się monocytów. Biologiczny wiek komórek oceniano na podstawie długości telomerów. Stwierdzono, że najkrótsze telomery, a także najmniejsze ilości telomerazy, enzymu służącego do odbudowy telomerów, oraz wysokie stężenie wolnych rodników tlenowych, które przyspieszają procesy starzenia się komórek, były w grupie kobiet z najwyższym poziomem przewlekłego stresu.

Patomechanizm zaburzeń w układzie krążenia wywołanych przez stres związany jest przede wszystkim z aktywacją części współczulnej autonomicznego układu nerwowego, która uruchamia kaskadę zmian fizjologicznych. Następuje wtedy wzrost częstości skurczów serca i ciśnienia tętniczego krwi, skurcz naczyń, zaburzenia funkcji śródbłonna, zaburzenia w układzie krzepnięcia. Konsekwencją tych zmian może być niedokrwienie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, kruchość blaszek miażdżycowych, skłonność do zakrzepów. Zaburzenia w autonomicznym układzie nerwowym uznawane są za jeden z głównych mechanizmów rozwoju chorób układu krążenia (udarów, zawału mięśnia sercowego, choroby niedokrwiennej serca)⁴⁹.

Przewlekłe działanie stresu ma nie tylko bezpośredni wpływ na funkcjonowanie układu krążenia, ale także modyfikuje zachowania, prowadząc do rozwoju niekorzystnych nawyków, jak: palenie tytoniu, picie alkoholu, przyjmowanie leków, zmniejszanie aktywności fizycznej oraz kreowanie postaw społecznych (np. wrogość, agresja). Prowadzi to z jednej strony do pogłębienia fizjologicznych zmian związanych z wywołaną stresem aktywacją układu współczulnego, a z drugiej do rozwoju innych czynników ryzyka chorób układu krążenia, jak otyłość, palenie itp. W odniesieniu do sytuacji pracy, stres doświadczany w pracy wynika nie tylko z obiektywnie istniejących warunków, ale też z tego, że są one przez jednostkę postrzegane i oceniane jako zagrożające, uniemożliwiające realizację potrzeb, naruszające wartości i normy uznawane za ważne. Taka ocena wymagań wywołuje emocje uruchamiające fizjologiczne mechanizmy i procesy, które – jeśli są zbyt intensywne i/lub trwają długo – mogą skutkować niekorzystnymi zmianami w stanie zdrowia.

⁴⁹ N. Hammar, L. Alfredsson, J.V. Johnson, *Job strain, social support at work, and incidence of myocardial infarction*, "Occupational and Environmental Medicine" 1998, vol. 55, s. 548–553; D.S. Krantz, J.F. Quigley, M. O'Callahan, *Mental stress as a tiger of acute cardiac events: the role of laboratory study*, "Italian Heart Journal" 2001, vol. 12, s. 895–899; S.J. McDougall, R.E. Widoop, A.J. Lawrence, *Central autonomic integration of psychological stressors: Focus on cardiovascular modulation*, "Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical" 2005, vol. 123, s. 1–11.

W badaniach epidemiologicznych analizowane są dane dotyczące wpływu czynników psychospołecznych na ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca. Czynniki psychospołeczne, które sprzyjają miażdżycy tętnic i incydentom sercowo-naczyniowym, mogą być podzielone na dwie główne kategorie: czynniki emocjonalne i przewlekłe stresory.

Czynniki emocjonalne to choroby afektywne, jak depresja i stany lękowe oraz wrogość i gniew. Przewlekłe stresory natomiast obejmują czynniki, takie jak: małe wsparcie społeczne, niski status socjoekonomiczny, stres w pracy, stres w małżeństwie i obciążenie psychiczne związane z opieką nad dziećmi lub innymi członkami rodziny.

W badaniu prospektywnym w pięcioletniej obserwacji obejmującej 10 059 mężczyzn w wieku powyżej 40 lat zatrudnionych w administracji, stwierdzono, że ryzyko zachorowania na chorobę niedokrwienną serca wzrastało dwukrotnie u osób, które doświadczyły szczególnie poważnych problemów rodzinnych lub zawodowych⁵⁰.

Aby ocenić związek przyczynowo-skutkowy między chorobami układu krążenia a stresem, konieczna jest ocena poziomu stresu. Powstało wiele metod tej oceny, ale w badaniach epidemiologicznych dotyczących chorób układu krążenia związanych ze stresem najczęściej stosuje się ocenę stresu według Roberta Karaska lub Johannesesa Siegrista lub ich modyfikacje. Metoda Karaska (*job demand-job latitude*) oparta jest na założeniu, że źródłem stresu jest brak możliwości kontroli procesu i wyniku pracy przy jednocześnie wysokich wymaganiach związanych z pracą, w rozumieniu zarówno wymagań fizycznych, jak i psychicznych⁵¹. Osoby z wysokimi wymaganiami pracy, ale z małą swobodą w pracy są określane jako będące w stanie napięcia, obciążenia w pracy (*job strain*), wykonujące rutynową pracę z brakiem twórczych zajęć albo poczuciem sztywnych ograniczeń.

Metoda Siegrista (*effort-reward imbalance model*) zakłada, że źródłem stresu jest brak odpowiedniej rekompensaty (zarówno finansowej, jak i w formie uznania wyrażonej przez przełożonych) związanej z wykonywaną pracą⁵².

Z przeglądu badań epidemiologicznych wynika, że oba te modele mają porównywalną wartość w przewidywaniu ryzyka rozwoju chorób układu krąże-

⁵⁰ J.H. Medalie, U. Goldbourt, *Angina Pectoris among 10 000 men. II. Psychosocial and other risk factors as evidenced by multivariate analysis of five-year incidence study*, "American Journal of Medicine" 1976, vol. 60, s. 910.

⁵¹ R. Karasek, D. Baker, F. Marxer, A. Ahlbom, T. Theorell, *Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men*, "American Journal of Public Health" 1981, vol. 71, s. 694–705.

⁵² J. Siegrist, *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions*, "Journal of Occupational Health Psychology" 1996, s. 694–705.

nia⁵³. Większość badań potwierdza fakt, że niekorzystne czynniki psychospołeczne w miejscu pracy, zwłaszcza wykonywanie pracy, w której wymagania przekraczają możliwości pracownika i towarzyszy temu mała możliwość kontroli nad procesem pracy, powodują wzrost zachorowalności na choroby układu krążenia. Wskaźniki zachorowalności na choroby sercowo-naczyniowe wśród wykonujących taką pracę są kilkakrotnie wyższe niż u osób pracujących w optymalnych warunkach psychospołecznych⁵⁴. Opracowanie przygotowane na bazie dokumentacji szpitalnej i danych z narodowych badań dotyczących warunków pracy w Szwecji, które obejmowało około 40 tysięcy osób, wykazało istotnie więcej zawałów serca wśród osób charakteryzujących się niską możliwością kontroli nad procesem pracy⁵⁵.

Tores Theorell, Akizumi Tsutsumi oraz inni autorzy na podstawie badań pacjentów hospitalizowanych z powodu pierwszego zawału mięśnia sercowego w okresie dwóch lat w regionie Sztokholmu stwierdzili, że poziom stresu zawodowego, po wyeliminowaniu wpływu wieku, palenia, nadciśnienia, poziomu lipidów i statusu społecznego istotnie podwyższał ryzyko zawału mięśnia sercowego $OR = 1,3$ (CI 1,00–1,8)⁵⁶. Także w badaniu prospektywnym trwającym 6,5 roku przeprowadzonym wśród 416 robotników z wysokim poziomem stresu ryzyko zawału serca, po wyeliminowaniu czynników zakłócających, jak: wiek, poziom ciśnienia tętniczego, stężenie cholesterolu i wskaźnik masy ciała (BMI) było wysokie i wynosiło 4,53 (CI 1,15–17,80)⁵⁷.

Richard Peter, Lars Alfredson, Nicolas Hammar, Johannes Siegrist, Tores Theorell i inni w badaniu prospektywnym w grupie 5720 osób oceniali stres zawodowy i ryzyko wystąpienia nadciśnienia⁵⁸. Stres oceniano według mode-

⁵³ R. Peter, J. Siegrist, J. Hallqvist, C. Reuterwall, T. Theorell, S.S. Group, *Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study*, "Journal of Epidemiology and Community Health" 2002, vol. 56, s. 294–300.

⁵⁴ P.L. Schnall, J.E. Schwartz, P.A. Landsbergis, K. Warren, T.G. Pickering, *A longitudinal study of job strain and ambulatory blood pressure: Results from a three- year follow-up*, "Psychosomatic Medicine" 1998, vol. 60, s. 697–700.

⁵⁵ N. Hammar, L. Alfredsson, J.V. Johnson, *Job strain, social support at work, and incidence of myocardial infarction*, op. cit.

⁵⁶ T. Theorell, A. Tsutsumi, J. Hallqvist, J. Reuterwall, Ch. Hogstedt, P. Fredlund, N. Emlund, J.V. Johnson, *SHEEP Study Group: Decision latitude, job strain, and myocardial infarction: a study of working men in Stockholm*, "American Journal of Public Health" 1998, vol. 88, s. 382–388.

⁵⁷ J. Siegrist, R. Peter, A. Junge, P. Cremer, D. Seidel, *Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men*, "Social Science and Medicine" 1990, vol. 31(10), s. 1127–1134.

⁵⁸ R. Peter, L. Alfredson, N. Hammar, J. Siegrist, T. Theorell, P. Westerholm, *High effort, low reward, and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF Study*, "Journal of Epidemiology and Community Health" 1998, vol. 52, s. 540–547.

lu Siegrista. Stwierdzono, że podnosił on ryzyko wystąpienia nadciśnienia u mężczyzn o 62% (CI 1,07–2,43), po wyeliminowaniu wpływu wieku, palenia, BMI, aktywności fizycznej, czynników psychospołecznych i poziomu cholesterolu.

Hans Bosma, Stephen A. Stansfeld, Michael G. Marmot na podstawie badania 6895 mężczyzn i 3413 kobiet w wieku 35–55 lat wykazali również, że stres zawodowy spowodowany dysproporcją między oczekiwaniami pracownika a możliwością ich spełnienia zwiększa ryzyko zachorowania na chorobę niedokrwienną⁵⁹.

Największym z dotychczas przeprowadzonych badań, w którym analizowano m.in. związek stresu zawodowego z zawałem mięśnia sercowego, jest badanie Interheart⁶⁰. Było to badanie typu *case-control* (przypadek–kontrola), obserwacja dotyczyła okresu 1999–2003. Badaniem objęto 24 767 osób z 52 krajów (262 ośrodków z Azji, Europy, Środkowego Wschodu, Afryki, Australii oraz Północnej i Południowej Ameryki), w tym 11 119 pacjentów z pierwszym zawałem mięśnia sercowego i 13 648 osób dobranych ze względu na wiek (± 5 lat) i płeć, hospitalizowanych z przyczyn niezwiązanych z chorobami układu krążenia, które stanowiły grupę kontrolną. Stres psychospołeczny był szacowany na podstawie czterech pytań dotyczących stresu w pracy i w domu oraz stresu finansowego i ważnych wydarzeń życiowych, które istniały w okresie roku poprzedzającego zawał. Poziom stresu oceniany był w czterostopniowej skali odpowiedzi (nigdy, rzadko, często, zawsze). Dodatkowe pytania dotyczyły możliwości kontroli procesu pracy i występowania depresji. Ponadto w obu grupach oceniano poziom klasycznych czynników ryzyka chorób układu krążenia (palenie tytoniu, otyłość, nadciśnienie, cukrzyca, aktywność ruchowa, spożywanie alkoholu, poziom cholesterolu, dieta). Stwierdzono, że ryzyko zawału mięśnia sercowego było istotnie skorelowane z poziomem stresu, po wyeliminowaniu wpływu klasycznych czynników ryzyka. Ogólny poziom stresu okazał się niezależnym czynnikiem ryzyka zawału o wartości predykcyjnej 2,51 (CI 2,15–2,93), tylko nieco niższej niż cukrzyca (OR = 3,08, CI 2,77–3,42), palenie tytoniu (OR = 2,95; CI 2,72–3,20) i równej nadciśnieniu (OR = 2,48; CI 2,30–2,68). Wykazano, że działanie stresu ma takie samo znaczenie dla kobiet i mężczyzn.

Karen Belkic, Paul Landsbergis, Peter Schnall i Dean Baker opublikowali w 2004 roku wyczerpujący, krytyczny przegląd dotychczasowych badań

⁵⁹ H. Bosma, S.A. Stansfeld, M.G. Marmot, *Job control, personal characteristics, and heart disease*, "Journal of Occupational Health Psychology" 1998, vol. 3, s. 402–409.

⁶⁰ A. Rosengren, S. Hawken, S. Ounpuu, K. Sliwa, M. Zubaid, A. Wael, W.A. Almahmeed, K.N. Blackett, C. Sitthi-Amorn, H. Sato, S. Yusuf, *Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*, www.thelancet.com Publisher on line September 3, 2004.

epidemiologicznych dotyczących związku stresu zawodowego z występowaniem chorób układu krążenia (CVD)⁶¹. Do analizy wybrano 35 badań, które obejmowały jednocześnie ocenę stresu przeprowadzoną według wyżej opisanych modeli oraz występowanie chorób układu krążenia, w tym choroby niedokrwiennej serca, zawału mięśnia sercowego i zgonu z powodu CVD. Na tej podstawie można było przeprowadzić analizę przyczynowo-skutkową. Uwzględniono badania typu *case-control* (badanie przypadków), badania przekrojowe i prospektywne badania kohortowe.

Z analizy badań wynikało, że u mężczyzn związek między postrzeganym stresem a chorobami układu krążenia jest bardzo ścisły, natomiast u kobiet wyniki nie są jednoznaczne. Autorzy podejrzewają, że ryzyko CVD związane ze stresem u kobiet jest niedoszacowane, ale wymaga to dalszych badań.

Alan Rozanski i inni autorzy dokonali również przeglądu aktualnego piśmiennictwa dotyczącego związku między czynnikami psychospołecznymi a chorobą niedokrwinną serca⁶². Wyróżnili oni trzy grupy dowodów, które łączą stres w pracy z przypadkami chorób układu krążenia. Pierwsza z nich to wciąż rosnąca liczba badań epidemiologicznych potwierdzających związek między poziomem stresu ocenianego według modelu Siegrista (brak równowagi między wysiłkiem związanym z pracą a otrzymywaną rekompensatą) a częstością chorób układu sercowo-naczyniowego.

Druga grupa dowodów to potwierdzenie istotnego znaczenia, jakie ma brak możliwości kontroli procesu pracy w kształtowaniu ryzyka CVD. Autorzy podkreślali jednocześnie istotną, negatywną rolę niskiego statusu społecznego.

Trzeci rodzaj dowodów to wyniki badań, które łączą stres w pracy z występowaniem subklinicznej postaci miażdżycy. W grupie 467 osób, zarówno kobiet jak i mężczyzn, oceniano poziom stresu zawodowego w okresie 18 miesięcy i określano stopień zaawansowania zmian w obrębie błony wewnętrznej tętnicy szyjnej wspólną metodą ultrasonograficzną. Stwierdzono, że częstość występowania zmian w obrębie ściany tętnicy szyjnej wspólnej w grupie mężczyzn z najwyższym poziomem stresu była wyższa niż w wśród mężczyzn z niskim poziomem stresu (odpowiednio 36% i 21%). Również grubość błony wewnętrznej była większa u mężczyzn z najwyższym poziomem stresu. Takiej zależności nie stwierdzono u kobiet. Autorzy sugerują, że u mężczyzn wysoki poziom stresu występującego w pracy jest związany ze zwiększonym ry-

⁶¹ K.L. Belkic, P.A. Landsbergis, P.L. Schnall, D. Baker, *Is job strain a major source of cardiovascular disease risk?*, "Scandinavian Journal of Work and Environmental Health" 2004, vol. 30, s. 81–83.

⁶² A. Rozanski, J.A. Blumenthal, K.W. Dawidson, P.G. Saab, L. Kubzansky, *The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice*, "Journal of American College of Cardiology" 2005, vol. 45, s. 637–651.

zykiem powstawania miażdżycy. Wniosek ten ma bardzo duże znaczenie w kontekście starzenia się, które wiąże się z rozwojem zmian miażdżycowych. Stres może ten proces przyspieszać i nasilać.

Potwierdzenie wyników cytowanych badań, które dotyczyły wpływu wybranych czynników środowiska pracy na stan zdrowia pracowników, zwłaszcza pracowników starszych, przyniosły badania w ramach *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* przeprowadzone w 2005 roku i najnowsze badania przeprowadzone przez Wolfganga Boedekeera, Heiko Friedela, Michaela Friedrichsa i Chresto Röttgera⁶³.

Wyniki badań opublikowane przez *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* w 2005 roku wskazują, że w Austrii wśród 437 tys. przebadanych osób, korzystających z wcześniejszej emerytury, prawie połowa (200 tys.) to pracownicy ekspozowani w miejscu pracy na kilka czynników:

- zmienne warunki pogodowe,
- zimny lub gorący mikroklimat,
- narażenie na pyły,
- hałas,
- ciężką pracę fizyczną,
- pracę monotonną,
- presję czasu.

W grupie badanej stwierdzono istotną korelację między pogorszeniem stanu zdrowia a czasem trwania ekspozycji, co przemawia za potrzebą skracania okresu pracy w takich warunkach.

W. Boedeker, H. Friedel, M. Friedrichs i Ch. Röttger analizowali zależność między warunkami pracy a umieralnością w grupie 28 tys. pracowników, którzy skorzystali z wcześniejszej możliwości zakończenia aktywności zawodowej⁶⁴. Stwierdzono, że wśród mężczyzn największe ryzyko zgonu związane było z:

- brakiem kontroli nad procesem pracy (OR=2,61, 95% CI 2,34–2,92),
- pracą z dużym obciążeniem fizycznym,
- pracą w gorącym lub zimnym mikroklimacie,
- pracą nocną i zmianową,
- pracą wymagającą dużego wysiłku umysłowego,
- pracą w wymuszonej pozycji.

Wśród kobiet wszystkie wymienione czynniki związane z pracą oddziaływały z podobną siłą, wartości ilorazów szans wahały się w granicach OR = 1,37–1,60 i były istotne statystycznie.

⁶³ W. Boedeker, H. Friedel, M. Friedrichs, Ch. Röttger, *The impact of work on morbidity-related early retirement*, "Journal of Public Health" 2008, vol. 16, s. 97–105.

⁶⁴ Ibidem.

Wiedza na temat czynników obniżających zdolność do pracy powinna być wykorzystana do wprowadzenia takich zmian organizacyjnych, które zapewnią osobom starszym lepsze warunki pracy, dostosowane do ich możliwości. Jest to bardzo istotne z punktu widzenia zapobiegania negatywnym skutkom pracy. Jeżeli jakiś czynnik przyspiesza związane z wiekiem zmiany zdolności do pracy, to powinno się podjąć działania, by czynnik ten nie występował na stanowiskach, na których są zatrudniane osoby starsze.

5. Wiek a subiektywna ocena zdolności do pracy

O możliwości wykonywania pracy zawodowej, oprócz obiektywnie ocenianego stanu zdrowia, decyduje także subiektywna ocena własnych możliwości pracownika. Zdolność do pracy jest to bowiem bardzo złożona cecha, która jest wynikiem interakcji między możliwościami i umiejętnościami pracownika, jego stanem zdrowia i własną oceną funkcjonowania w określonej sytuacji organizacyjnej i społecznej a wymaganiami pracy w zakresie wysiłku fizycznego i umysłowego. Brak choroby w wielu przypadkach nie jest jednoznaczny z możliwościami wykonywania określonej pracy, gdyż związane np. ze starzeniem się organizmu zmiany fizjologiczne, nie będąc chorobą, powodują obniżenie się możliwości sprostania wymaganiom pracy. Zdolność do pracy jest dynamicznym procesem, którego składowe mogą zmieniać się z upływem życia, zależąc również od rodzaju wykonywanej pracy i spotykanych obciążeń. Za krytyczny uznaje się wiek 50–60 lat. Problem ten wcześniej pojawia się u pracowników fizycznych niż umysłowych.

Kompleksowa ocena zdolności do pracy, która uwzględnia zarówno jej obiektywne, jak subiektywne elementy, wymaga zastosowania odpowiedniego narzędzia badawczego. Narzędzie takie nazwane subiektywnym wskaźnikiem zdolności do pracy (*work ability index* – WAI) opracowano w Instytucie Zdrowia Środowiskowego w Helsinkach na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku⁶⁵.

Wskaźnik zdolności do pracy jest sumą ocen siedmiu elementów:

- aktualnej zdolności do pracy w porównaniu z najlepszą w życiu,
- zdolności do pracy w odniesieniu do wymagań zawodu,
- liczby występujących schorzeń rozpoznanych przez lekarza,
- upośledzenia zdolności do pracy z powodu schorzeń,
- absencji w ostatnich 12 miesiącach,
- własnej prognozy zdolności do pracy na dwa lata,
- zasobów psychicznych do pracy.

⁶⁵ J. Ilmarinen, *Work and Aging*, [w:] J. Snel, R. Cremer (eds.), *A European Perspective*, op. cit.

Każdy z elementów oceniany jest w innej skali, dostosowanej do jego wagi w kształtowaniu zdolności do pracy.

Wskaźnik był wykorzystywany w analizach różnic zdolności do pracy w zależności od jej rodzaju oraz wielkości i charakteru obciążeń.

Zhimihg Wang, Mianzhem Wang, Chenglie oraz inni autorzy analizowali czynniki warunkujące obniżenie zdolności do pracy, mierzonej z zastosowaniem indeksu zdolności do pracy (WAI) w grupie osób w średnim wieku (47 lat)⁶⁶. Zbadali 180 pracowników z obniżonym indeksem WAI i 857 osób w tym samym wieku z prawidłowym wynikiem. Stwierdzili, że jednym z czynników, które wpływały na obniżenie zdolności do pracy, był hałas. Inne czynniki to: gorący mikroklimat, ciężka praca fizyczna, obciążenie statyczne, wibracja i pyły.

Wskaźnik WAI był również stosowany w badaniach prospektywnych do śledzenia zależnych od wieku zmian zdolności do pracy. W badaniach tych wykazano dużą przydatność wskaźnika do prognozowania trwania aktywności zawodowej oraz do przygotowywania programów interwencyjnych ukierunkowanych na utrzymanie zdolności do pracy⁶⁷. Wskaźnik WAI był też wykorzystywany w Polsce w projekcie badawczym „Aktywność zawodowa pracowników w aspekcie problematyki starzejącego się społeczeństwa” (PCZ 21–21). Jednym z celów tego projektu, realizowanego w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, było określenie subiektywnie postrzeganej zdolności do pracy osób w różnym wieku, wykonujących różne zawody i w związku z tym ekspozowanych na różne czynniki środowiska pracy⁶⁸.

Badania przeprowadzono w grupie 536 kobiet w wieku 18–63 lata (średnio $37,4 \pm 9,8$ lat) i 669 mężczyzn w wieku 20–65 lat (średnio $39,5 \pm 10,7$ lat). Osoby te rekrutowały się z następujących zakładów: kobiety z hipermarketu (27,8%), chłodni (5,6%), zakładu petrochemicznego (1,9%), poczty (38,2%), banku (6,0%), szpitala (13,4%), fabryki kosmetyków (7,1%); mężczyźni z hipermarketu (18,1%), chłodni (7,9%), zakładu petrochemicznego (3,1%), poczty (14,0%), kopalni węgla brunatnego (13,0%), zakładu przemysłu metalowego (28,5%), zawodowej straży pożarnej (6,4%), miejskiego przedsiębiorstwa komunikacji (9,1%).

Badania wykazały, że obniżanie się zdolności do pracy przebiegało z różną intensywnością wśród kobiet i mężczyzn i modyfikowane było przez wiele

⁶⁶ Z. Wang, Y. Lan, M. Wang, C. Zhan, I. Juhani, K. Matti, T. Kija, S. Ningyan, *Study on the relationship between occupational factors and work ability of middle aged workers*, “Journal of West China University of Medical Sciences” 1998, vol. 29, s. 168–172.

⁶⁷ J. Ilmarinen, *Work and Aging*, [w:] J. Snel, R. Cremer (eds.), *A European Perspective*, op. cit.

⁶⁸ J. Bugajska, T. Makowiec-Dąbrowska, A. Jegier, A. Marszałek, *Physical work capacity (VO2max) and work ability (WAI) of active employees (men and women) in Poland*, International Congress, Series 2005, vol. 1280, s. 156–169.

czynników występujących w środowisku pracy. Czynniki te działały w różny sposób w przypadku kobiet i mężczyzn. Kobiety z wykształceniem wyższym i średnim w starszych grupach wieku oceniały swoją zdolność do pracy niżej niż kobiety z wykształceniem podstawowym i zawodowym, natomiast u mężczyzn stwierdzono zależność odwrotną.

U mężczyzn obserwowano silniejszą zależność zdolności do pracy od wieku. Na tempo tych zmian wpływał zarówno wysiłek umysłowy, jak i fizyczny związany z pracą zawodową, natomiast u kobiet przede wszystkim wysiłek fizyczny, w tym konieczność przenoszenia ciężarów w pracy i narzucone tempo pracy.

Bardzo ważna wydaje się obserwacja, że większe znaczenie miała subiektywna ocena ciężkości pracy niż obiektywna ciężkość mierzona wielkością wydatku energetycznego. Wskazuje to, że indywidualna ocena ciężkości pracy ma bardzo istotny wpływ na jej tolerancję. Duży wpływ na ocenę zdolności do pracy, zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, miał też poziom stresu.

Tempo obniżania się zdolności do pracy z wiekiem było większe u osób z wysokim poziomem stresu. Ponadto poziom zdolności do pracy istotnie szybciej obniżał się u mężczyzn eksponowanych na hałas, pył mineralny lub wibrację miejscową oraz u kobiet narażonych na czynniki chemiczne.

Nie zaobserwowano natomiast zależności między obniżaniem się zdolności do pracy a pracą zmianową i nocną. Można to wytłumaczyć faktem, że w starszych grupach wieku pracowały tylko te osoby, które dobrze tolerowały taki system pracy, a tym samym dobrze oceniały swoją zdolność do pracy (efekt zdrowego pracownika).

Warto zwrócić uwagę, że poza czynnikami związanymi bezpośrednio z pracą zawodową tempo obniżania się zdolności do pracy zwiększały obciążenia pozazawodowe, natomiast rekreacyjna aktywność fizyczna poprawiała zdolność do pracy, zwłaszcza w starszych grupach wieku.

Wyniki tych badań wskazują, że indywidualna ocena zdolności do pracy (WAI), mimo że jest metodą subiektywną, pozwala trafnie wytypować te czynniki w procesie pracy, które również w badaniach obiektywnych były najbardziej istotne w kształtowaniu ryzyka wcześniejszego zakończenia aktywności zawodowej i/lub utraty zdrowia.

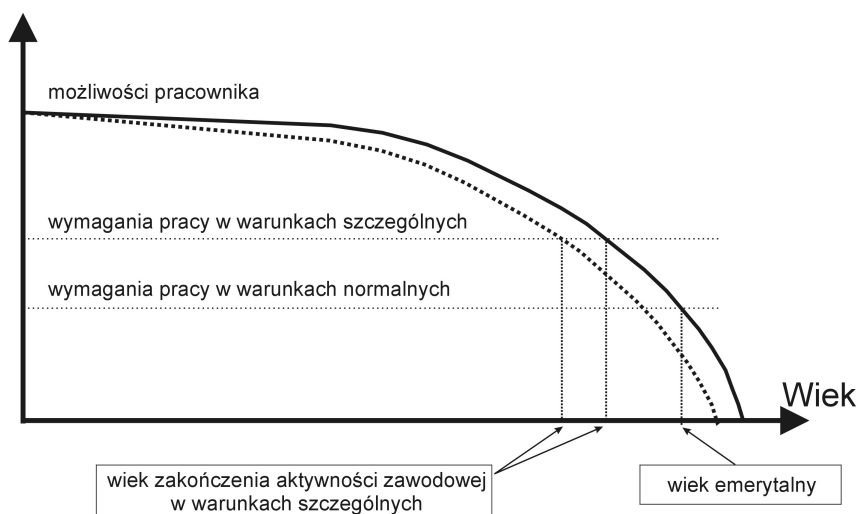
6. Wymagania związane z pracą a możliwości pracownika

Zachowanie równowagi między wymaganiami pracy a możliwościami pracownika jest konieczne dla prawidłowego wykonywania pracy bez szkody dla zdrowia. Podejście to jest bardzo zbliżone do definicji stresu sformułowa-

nych zarówno przez Roberta Karaska, jak i Johannesesa Siegrista, według których źródłem stresu w pracy jest brak równowagi między możliwościami pracownika a wymaganiami pracy.

Można wyróżnić trzy grupy czynników, które składają się na wymagania związane z pracą. Są to wymagania pracy w zakresie wysiłku fizycznego, warunków środowiska i organizacji pracy. Zależność wymagań pracy i możliwości sprostania im przedstawiono schematycznie na rysunku 3.

Rysunek 3. Model ustalania wieku zakończenia aktywności zawodowej w zależności od rodzaju wykonywanej pracy (Sprawozdanie Zespołu Ekspertów – modyfikacja własna)



Na rysunku 3 przedstawione zostały możliwości pracownika, które fizjologicznie obniżają się wraz z wiekiem (linia ciągła) oraz wymagania pracy (linia przerywana, równoległa do osi „x”), które pozostają nie zmienione, a czasem nawet wzrastają dzięki rosnącemu doświadczeniu pracowników, związanemu z tym awansowi itp. Punkt przecięcia to moment, gdy pracownik powinien mieć możliwość zakończenia aktywności zawodowej.

Jednak jest wiele rodzajów prac, które stawiają przed pracownikami zwłaszcza wysokie wymagania. Szczególne wymagania pracy mogą dotyczyć obciążeń fizycznych, umysłowych lub psychospołecznych. Duże obciążenia fizyczne związane są z wykonywaniem bardzo ciężkiej pracy fizycznej i pracy z dużym obciążeniem statycznym, a także pracy w ekstremalnych warunkach środowiska (praca w gorącym lub zimnym mikroklimacie, w narażeniu na hałas, pyły mineralne, niektóre czynniki chemiczne). Wysokie wymagania związane z pracą umysłową dotyczą zwłaszcza konieczności utrzymania

w procesie pracy ciągłej koncentracji uwagi, zaangażowania procesów pamięciowych i decyzyjności. Natomiast szczególne wymagania psychospołeczne związane są z relacjami międzyludzkimi, presją czasu, czynnikami organizacyjnymi (np. nieregularne godziny pracy, praca zmianowa w tym nocna) i szeroko rozumianym stresem.

Biorąc pod uwagę zachodzące z wiekiem zmiany sprawności niezbędnych do wykonywania niektórych prac (konieczność szybkiego reagowania na złożone sytuacje bodźcowe, koordynacja wzrokowo-ruchowa, koncentracja i podzielność uwagi, sprawność narządów zmysłów, odporność emocjonalna, sprawność ruchowa oraz dla niektórych prac także wydolność fizyczna), osoby wykonujące takie prace (np. piloci, kierowcy, maszyniści, operatorzy, kontrolerzy ruchu lotniczego) mogą wcześniej niż inni pracownicy utracić możliwość wykonywania takiej pracy, a kontynuowanie jej wskutek obniżonego w efekcie upływu lat życia poziomu sprawności, może wiązać się z zagrożeniem bezpieczeństwa publicznego, zagrożeniem życia własnego lub innych osób, może też spowodować zakłócenia funkcjonowania pracowników pełniących służbę, taką jak służba ochrony kolei, więzienna, ochrony przeciwpożarowej. Na rysunku 3 widać, że w przypadku takich prac punkt przecięcia możliwości pracownika z wymaganiami pracy przypada na wiek wcześniejszy niż w przypadku prac o przeciętnych wymaganiach⁶⁹.

Ponadto nie można wykluczyć, że praca w warunkach szczególnych wpływa na przyspieszenie fizjologicznego tempa spadku zdolności do pracy. Wówczas przecięcie linii wymagań związanych z pracą i możliwościami pracownika następuje wcześniej (linia kropkowana na rysunku 3), trudno jednak określić o ile wcześniej, ponieważ wymaga to dalszych badań.

Ze względu na to, że proces starzenia się organizmu jest cechą indywidualną, nie można przyjąć granicy wieku, po przekroczeniu której nie należy wykonywać określonej pracy. Dlatego zarówno w przypadku pracy w szczególnych warunkach, jak i o szczególnym charakterze, powinna być stworzona możliwość, a nie przymus skorzystania z wcześniejszego zakończenia aktywności zawodowej.

7. Podsumowanie

Analiza naukowych danych na temat wpływu środowiska pracy na zdrowie i samopoczucie pracowników wskazuje, że niektóre czynniki, jak: bardzo ciężka praca fizyczna, hałas, zmienny lub skrajny (zimny i gorący) mikroklimat, praca zmianowa nocna, szeroko rozumiany stres, mają szczególnie negatywny

⁶⁹ Zespół Ekspertów Medycyny Pracy do Spraw Zweryfikowania Wykazu Rodzajów Prac w Szczególnych Warunkach i Wykazu Prac o Szczególnym Charakterze, Warszawa 2006.

wpływ na zdolność do pracy i stan zdrowia pracowników. Ponadto tolerowanie tych czynników, ze względu na pogarszające się możliwości adaptacyjne organizmu, obniża się z wiekiem, co jeszcze bardziej potęguje ich niekorzystne działanie⁷⁰.

Z tego względu należałoby ograniczać narażanie na takie czynniki osób starszych. Zasadniczym celem powinno być poszukiwanie skutecznych metod przedłużenia okresu aktywności zawodowej, przez kształtowanie właściwego, sprzyjającego osobom starszym środowiska pracy, odpowiedniej organizacji pracy, uświadamianie pracodawcom specjalnych potrzeb pracowników starszych, ale także przez odpowiednie motywowanie samych pracowników do pozostawania na rynku pracy.

Problem możliwości wykonywania przez osoby starsze prac o szczególnych wymaganiach w zakresie obciążeń fizycznych, psychicznych lub psychospołecznych, nazywanych w literaturze pracami wysokiego ryzyka (*high-risk jobs*), jest problemem otwartym. W wielu krajach Unii Europejskiej różne grupy zawodowe korzystają z uprawnień do wcześniejszego zakończenia aktywności zawodowej, np. we Włoszech: górnicy, pracownicy wykonujący prace w tunelach, pomieszczeniach o bardzo ograniczonych wymiarach (znaczne obciążenie statyczne), w wysokiej temperaturze, kierowcy ciężarówek mają prawo do wcześniejszych emerytur⁷¹.

Niedawno w Polsce prowadzona była dyskusja nad warunkami pracy, które powinny uprawniać do wcześniejszych emerytur (tzw. praca w warunkach szczególnych i o szczególnym charakterze). Przeciwno objęciu tymi uprawnieniami zbyt szerokiej grupy pracowników przytaczano argumenty ekonomiczne i demograficzne. Nie podjęto natomiast dyskusji, jak zabezpieczyć pracownikom starszym, którym odebrano uprawnienia do wcześniejszego zakończenia aktywności zawodowej, warunki pracy dostosowane do ich możliwości.

Wydaje się, że w najbliższej przyszłości konieczne jest opracowanie nowych strategii działań na rynku pracy, które pozwolą wydłużyć okres aktywności zawodowej, ale jednocześnie zapewnią możliwość bezpiecznego wykonywanie pracy przez osoby starsze.

Ogólne wytyczne dotyczące warunków pracy sprzyjających osobom starszym są znane, ale z ich zastosowaniem w praktyce są problemy. Wytyczne te obejmują organizację pracy, czynniki ergonomiczne, czynniki fizyczne i psychospołeczne.

⁷⁰ J. Sluiter, *High-demands jobs: Age-related diversity in work ability*, "Applied Ergonomics" 2006, vol. 37, s. 429–440.

⁷¹ Eiroline: New act entitles workers engaged in difficult work to early retirement 2008.

W zakresie organizacji pracy szczególnie ważne dla pracowników starszych są:

- możliwość dowolnego ustalania tempa pracy, nie powinno być ono narzućane przez maszynę lub grupowe wymagania;
- możliwość wprowadzenia ruchomego czasu pracy i dodatkowych przerw wypoczynkowych, nie jest wskazane natomiast wydłużanie czasu pracy;
- ograniczenie pracy w systemie zmianowym ze względu na częstą w starszym wieku nietolerancję wobec takiego systemu pracy;
- urozmaicenie zadań (ograniczenie monotonii) – wskazane są jednak przerwy po każdym rodzaju pracy, gdyż duża zmienność zadań w krótkim czasie przekracza możliwość adaptacji osób starszych.

Czynniki ergonomiczne, które mogą ograniczyć negatywne skutki pracy osób starszych, to:

- zmniejszenie ciężkości pracy ze względu na obniżenie maksymalnych możliwości wysiłkowych – konieczność wykonywania wysiłku o dużej intensywności zwiększa ryzyko zmęczenia i wypadków przy pracy;
- unikanie jednostajnych, powtarzalnych czynności, gdyż mogą one powodować uszkodzenia w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego, zwłaszcza u osób starszych;
- ograniczanie pracy w wymuszonej pozycji ciała – jest to związane z mniejszą wytrzymałością mięśni u starszych pracowników, a ponadto niewygodne i obciążające pozycje przyspieszają pojawianie się zmian zwyrodnieniowych w układzie ruchu;
- ograniczenie podnoszenia/przenoszenia ciężkich przedmiotów, gdyż ze względu na zachodzące z wiekiem zmiany w układzie ruchu jest to szczególnie źle tolerowane przez osoby starsze i wiąże się ze zwiększonym ryzykiem uszkodzenia układu ruchu lub wypadku;
- ograniczenie czynności wymagających dużej szybkości ruchów, gdyż u osób starszych zmniejszona jest liczba szybkich włókien mięśniowych i gorsza koordynacja nerwowo-mięśniowa;
- unikanie prac wymagających dużej precyzji, które wiążą się najczęściej z dużym obciążeniem statycznym i wymagają dobrego wzroku – stanowiska takiej pracy należałoby specjalnie dostosować do takiej pracy (m.in. konieczność bardzo dobrego oświetlenia);
- dostosowanie wymiarów stanowiska pracy do zmieniających się z wiekiem parametrów antropometrycznych.

Czynniki fizyczne, które szczególnie pogarszają tolerancję pracy u osób starszych, to:

- gorący i zimny mikroklimat – pogorszenie tolerancji wobec zarówno wysokiej, jak i niskiej, temperatury związane z obniżeniem poziomu wydol-

ności fizycznej, zaburzeniami procesów termoregulacji i funkcjonowania układu krążenia;

- hałas – pogorszenie słuchu i większa wrażliwość na zakłócenia podczas prac wymagających koncentracji uwagi, utrudniona percepcja i odbiór sygnałów ostrzegawczych, większe ryzyko wypadku;
- wibracja – mniejsza siła mięśniowa u osób starszych, związane z wiekiem pogorszenie krążenia obwodowego, zwiększone ryzyko choroby wibracyjnej;
- oświetlenie – starsi pracownicy wolniej adaptują się do zmian oświetlenia, wymagają znacznie większego natężenia oświetlenia stanowisk pracy.

W zakresie czynników psychospołecznych dla pracowników starszych ważne jest:

- jednoznaczne określenie ich roli w miejscu pracy – brak określenia tej roli stanowi obciążenie dla pracowników starszych i zmniejsza ich pewność siebie;
- określenie perspektyw – obawy związane z przyszłością (dalszym zatrudnieniem) wpływają niekorzystnie na wydajność pracy i mają negatywne konsekwencje zdrowotne;
- możliwość kontroli procesu pracy – brak tej możliwości jest negatywnie postrzegany i stanowi źródło stresu (którego konsekwencje zdrowotne są dla osób starszych bardzo niebezpieczne); szczególnie źle tolerowana jest kontrola prowadzona przez pracowników młodszych, z mniejszym stażem i doświadczeniem.

Omówione zasady, wprowadzane przez pracodawców i akceptowane przez pracowników, mogłyby zahamować niekorzystny trend zbyt wczesnego kończenia aktywności zawodowej. Wymaga to jednak wielokierunkowych zintegrowanych działań, w tym także zmian legislacyjnych, m.in. wprowadzenia innych normatywów higienicznych dla osób starszych. Dotychczasowe uregulowania prawne nie uwzględniają związanych z wiekiem obniżonych możliwości pracowników starszych i stawiają przed nimi takie same wymagania jak przed pracownikami młodymi.

Literatura

- Akerstedt T., *Sleep/wake disturbances in working life*, "Electroencephalography and Clinical Neurophysiology" (Suppl.) 1987, vol. 39, s. 360–363.
- Andersen-Ranberg K., Christensen K., Jedne B., Skytthe A., Vaseegaard L., Vaupel J.W., *Declining physical abilities with age: a cross-sectional*

- study of older twins and centenarians in Denmark*, "Age Ageing" 1999, vol. 28, s. 373–377.
- Anntonen H., Virokannas H., *Assessment of cold stress in outdoor work*, "Arctic Medical Research" 1994, vol. 53, s. 40–48.
- Babisch W., *Transportation noise and cardiovascular risk: updated review and synthesis of epidemiological studies indicate that the evidence has increased*, "Noise Health" 2006, vol. 8, s. 1–29.
- Barreto S.M., Swerdlow A.J., Smith P.G., Higgins C.D., *A nested case-control study of fatal work related injuries among Brazilian steel workers*, "Occupational and Environmental Medicine" 1997, vol. 54, s. 599–604.
- Belkic K.L., Landsbergis P.A., Schnall P.L., Baker D., *Is job strain a major source of cardiovascular disease risk?*, "Scandinavian Journal of Work and Environmental Health" 2004, vol. 30, s. 81–83.
- Bjorntorp P., *Stress and cardiovascular disease*, "Act Physiologica Scandinavica" (Suppl.) 1997, vol. 640, s. 144–148.
- Boedeker W., Friedel H., Friedrichs M., Röttger Ch., *The impact of work on morbidity-related early retirement*, "Journal of Public Health" 2008, vol. 16, s. 97–105.
- Boggild H., Knutsson A., *Shift work, risk factors and cardiovascular disease*, "Scandinavian Journal of Work Environmental Health" 1999, vol. 25(2), s. 85–99.
- Bortz W.M., *Biological basis of determinants of health*, "American Journal of Public Health" 2005, vol. 95, s. 389–392.
- Bosma H., Stansfeld S.A., Marmot M.G., *Job control, personal characteristics, and heart disease*, "Journal of Occupational Health Psychology" 1998, vol. 3, s. 402–409.
- Bugajska J., Makowiec-Dąbrowska T., Jegier A., Marszałek A., *Physical work capacity (VO₂max) and work ability (WAI) of active employees (men and women) in Poland*, International Congress, Series 2005, vol. 1280, s. 156–169.
- Chang T.Y., Su T.C., Lin S.Y., Jain R.M., Chan C.C., *Effects of occupational noise exposure on 24-hour ambulatory vascular properties in male workers*, "Environmental Health Perspectives" 2007, vol. 115, s. 1660–1664.
- Cordeiro R., Clemente A.P., Diniz C.S., Dias A., *Occupational noise as a risk factor for work-related injuries [in Portuguese]*, "Revista de Saude Publica" 2005, vol. 39, s. 461–466.
- de Kluizenaar Y., Gansevoort R.T., Miedema H.M., de Jong P.E., *Hypertension and road traffic noise exposure*, "Journal of Occupational and Environmental Medicine" 2007, vol. 49(5), s. 484–492.

- Dufour A., Candas V., *Ageing and thermal responses during passive heat exposure: sweating and sensory aspects*, "European Journal of Applied Physiology" 2007, vol. 100(1), s. 19–26.
- Eirolinen: New act entitles workers engaged in difficult work to early retirement 2008.
- Epel E.S., Blackburn E.H., Lin J., Dhabhar F.S., Adler N.E., Morrow J.D., Cawthon R.M., *Accelerated telomere shortening in response to life stress*, "Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America" 2004, vol. 101, s. 17312–17315,
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, www.eurofund.eu.int
- Folkow B., *Sympathetic nervous control of blood pressure. Role in primary hypertension*, "American Journal Hypertension" 1989, vol. 2, s. 103–111.
- Fontana L., Meyer T.L., Klein S., Holloszy J.O., *Long-term calorie restriction is highly effective in reducing the risk for atherosclerosis in human*, "Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America" 2004, vol. 101, s. 6659–6663.
- Gerstenblith G., *Cardiovascular ageing*, "Journal of the American College of Cardiology" 2006, vol. 47, s. 403–404.
- Hammar N., Alfredsson L., Johnson J.V., *Job strain, social support at work, and incidence of myocardial infarction*, "Occupational and Environmental Medicine" 1998, vol. 55, s. 548–553.
- Hildebrandt V.H., Bongers P.M., van Dijk F.J., Kemper H.C., Dul J., *The influence of climatic factors on non-specific back and neck-shoulder disease*, "Ergonomics" 2002, vol. 45, s. 32–48.
- Ilmarinen J., *Aging workers*, "Occupational and Environmental Medicine" 2001, vol. 58, s. 546–552.
- Ilmarinen J., *Work and Aging*, [w:] J. Snel, R. Cremer (eds.), *A European Perspective*, Taylor & Francis, London 1994, s. 47–63.
- Ilmarinen J., Tuomi K., Eskelinen L., Nygard C.-H., Huuhtanen P., Klockars M., *Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations*, "Scandinavian Journal of Work and Environmental Health" 1991 (Suppl. 1), s. 7–11.
- Ilmarinen J., Tuomi K., Seitsamo J., *New dimensions in work ability*, International Congress Series 2005, vol. 1280, s. 3–7.
- Ising H., Babisch W., Kruppa B., *Noise-Induced Endocrine Effects and Cardiovascular Risk*, "Noise Health" 1999, vol. 1(4), s. 37–48.
- Ising H. głos w dyskusji podczas *The Third Meeting on Night Noise Guidelines*, Lisbon, Portugal, 26–28.06.2005.

- Josten E.J., Ng-A-Tham J.E., Thierry H., *The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing*, Journal of Advanced Nursing” 2003, vol. 44(6), s. 643–652.
- Karasek R., Baker D., Marxer F., Ahlbom A., Theorell T., *Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men*, “American Journal of Public Health” 1981, vol. 71, s. 694–705.
- Karpansalo M., Manninen P., Lakka T.A., Kauhanen J., Rauramaa R., Salonen J.T., *Physical workload and risk of early retirement: prospective population-based study among middle-aged men*, “Journal of Occupational and Environmental Medicine” 2002, vol. 44, s. 930–939.
- Kattainen A., Koskinen S., Reunanen A., Martelin T., Knekt P., Aromaa A., *Impact of cardiovascular diseases on activity limitations and need for help among older persons*, “Journal of Clinical Epidemiology” 2004, vol. 57, s. 82–88.
- Kawachi I., Colditz G.A., Speizer F.E., Manson J.E., Stampfer M.J., Willett W.C., Hennekens C.H., *A prospective study of passive smoking and coronary heart disease*, “Circulation” 1997, vol. 95(10), s. 2374–2379.
- Krantz D.S., Quigley J.F., O’Callahan M., *Mental stress as a trigger of acute cardiac events: the role of laboratory study*, “Italian Heart Journal” 2001, vol. 12, s. 895–899.
- Krause N., Lynch J., Kaplan G.A., Cohen R.D., Goldberg D.E., Salonen J.T., *Predictors of disability retirement*, “Scandinavian Journal of Work and Environmental” 1997, vol. 23, s. 403–413.
- Kristal-Boneh E., Harari G., Green M.S., Ribak J., *Seasonal changes in ambulatory blood pressure in employees under different indoor temperatures*, “Occupational and Environmental Medicine” 1995, vol. 52, s. 715–721.
- Marciniak G. (red.), *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006
- Matsui T., Uehara T., Miyakita T., Hitamatsu K., Osada Y., Yamamoto T., *The Okinawa study: effects of chronic aircraft noise on blood pressure and some other physiological indices*, “Journal of Sound and Vibration” 2004, vol. 277, s. 469–470.
- McDougall S.J., Widoop R.E., Lawrence A.J., *Central autonomic integration of psychological stressors: Focus on cardiovascular modulation*, “Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical” 2005, vol. 123, s. 1–11.
- Medalie J.H., Goldbourt U., *Angina Pectoris among 10 000 men. II. Psychosocial and other risk factors as evidenced by multivariate analysis of five-year incidence study*, “American Journal of Medicine” 1976, vol. 60, s. 910.

- Melamed S., Fried Y., Froom P., *The joint effect of noise exposure and job complexity on distress and injury risk among men and women: the cardiovascular occupational risk factors determination in Israel study*, "Journal of Occupational and Environmental Medicine" 2004, vol. 46, s. 1023–1032.
- Melamed S., Luz J., Green M.S., *Noise exposure, noise annoyance and their relation to psychological distress, accident and sickness absence among blue-collar workers-the Cordis Study*, "Israel Journal Medical Sciences" 1992, vol. 28, s. 629–635.
- Meyer T.L., Kovács S.J., Ehsani A.A., Klein S., Holloszy J.O., Fontana L., *Long-term calorie restriction ameliorates the decline in diastolic function in humans*, "Journal of American College of Cardiology" 2006, vol. 47, s. 398–402.
- Morata T.C., Themann C.L., Randolph R.F., Verbsky B.L., Byrne D.C., Reeves E.R., *Working in noise with a hearing loss: perceptions from workers, supervisors, and hearing conservation program managers*, "Journal Ear Hear" 2005, vol. 26, s. 529–545.
- Morikawa Y., Nakagawa H., Miura K., Ishizaki M., Tabata M., Nishijo M., Higashiguchi K., Yoshita K., Sagara T., Kido T., Naruse Y., Nogawa K., *Relationship between shift work and onset of hypertension in cohort of manual workers*, "Scandinavian Journal of Work Environment Health" 1999, vol. 2(25), s. 100–104.
- Narlawar U.W., Surjuse B.G., Thakre S.S., *Hypertension and hearing impairment in workers of iron and steel industry*, "Indiana Journal Physiology and Pharmacology" 2006, vol. 50, s. 60–66.
- Ni C.H., Chen Z.Y., Zhou Y., Zhou J.W., Pan J.J., Liu N., Wang J., Liang C.K., Zhang Z.Z., Zhang Y.J., *Associations of blood pressure and arterial compliance with occupational noise exposure in female workers of textile mill*, "Chinese Medical Journal" (Engl.) 2007, vol. 120, s. 1309–1313.
- Peter R., Siegrist J., Hallqvist J., Reuterwall C., Theorell T., Group S.S., *Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study*, "Journal of Epidemiology and Community Health" 2002, vol. 56, s. 294–300.
- Peter R., Alfredson L., Hammar N., Siegrist J., Theorell T., Westerholm P., *High effort, low reward, and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF Study*, "Journal of Epidemiology and Community Health" 1998, vol. 52, s. 540–547.

- Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies*, "Lancet" 2002, vol. 360, s. 1903–1913.
- Redenbacher D., Hoffmeister A., Brenner H., Koenig W., *Physical activity, coronary heart disease, and inflammatory response*, "Archive of Internal Medicine" 2003, vol. 163, s. 1200–1205.
- Rocznik Statystyczny*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2008.
- Rosengren A., Hawken S., Ounpuu S., Sliwa K., Zubaid M., Wael A., Almahmeed WA., Blackett KN., Sitthi-Amorn C., Sato H., Yusuf S., *Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*, case-control study, www.thelancet.com Publisher on line September 3, 2004.
- Rozanski A., Blumenthal J.A., Dawidson K.W., Saab P.G., Kubzansky L., *The epidemiology, path physiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice*, "Journal of American College of Cardiology" 2005, vol. 45, s. 637–651.
- Schnall P.L., Schwartz J.E., Landsbergis P.A., Warren K., Pickering T.G., *A longitudinal study of job strain and ambulatory blood pressure: Results from a three- year follow-up*, "Psychosomatic Medicine" 1998, vol. 60, s. 697–700.
- Siegrist J., Peter R., Junge A., Cremer P., Seidel D., *Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men*, "Social Science and Medicine" 1990, vol. 31(10), s. 1127–1134.
- Siegrist J., *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions*, "Journal of Occupational Health Psychology" 1996, s. 694–705.
- Siegrist J., *Psychosocial work environment and health: new evidence*, "Journal of Epidemiology and Community Health" 2004, vol. 58, s. 931–937.
- Sluiter J., *High-demands jobs: Age-related diversity in work ability*, "Applied Ergonomics" 2006, vol. 37, s. 429–440.
- Souto Souza N.S., Carvalho F.M., Pereira Fernandes R. de Cassia, *Arterial hypertension among oil-drilling workers exposed to noise*, "Cadernos de Saúde Pública" 2001, vol. 17, nr 6, s. 1481–1488.
- Suvanto S., Huuhtanen P., Nygard C.-H., Ilmarinen J., *Performance efficiency and its changes among aging municipal employees*, "Scandinavian Journal of Work and Environmental Health" 1991, vol. 17 (suppl. 1), s. 118–121.

- Tamosiunas A., Reklaitiene R., Domarkiene S., Baceviciene M., Virviciute D., *Prevalence of risk factors and risk of mortality in relation to occupational group*, "Medicina" (Kaunas) 2005, vol. 41, s. 705–712.
- Theorell T., Tsutsumi A., Hallquist J., Reuterwall J., Hogstedt Ch., Fredlund P., Emlund N., Johnson J.V., *SHEEP Study Group: Decision latitude, job strain, and myocardial infarction: a study of working men in Stockholm*, "American Journal of Public Health" 1998, vol. 88, s. 382–388.
- Tsung-Chun Lin, An-Tien Hsieh, *Impact of job stress on early retirement intention*, "International Journal of Stress Management" 2001, vol. 8, s. 243–247.
- Tuomi K., Ilmarinen J., Eskelinen L., Jarvinen E., Toikannen J., Klockars M., *Prevalence and incidence rate of diseases and work ability in different work categories of municipal employees*, "Scandinavian Journal of Work and Environmental Health" 1991 (Suppl. 1), s. 67–74.
- Tuomi K., Ilmarinen J., Jahkola A., Katajarinne L., Tulkki A., *Work ability index*, [w:] S. Rautaoja (ed.), *Occupational Health Care no. 19*, Institute of Occupational Health, Helsinki 1994.
- Vangelova K.K., Deyanov C.E., *Blood pressure and serum lipids in industrial workers under intense noise and a hot environment*, "Reviews on Environmental Health" 2007, vol. 22, s. 303–311.
- Verdery R.B., Walford R.L., *Changes in plasma lipids and lipoproteins in humans during 2-years dietary restriction in Biosphere 2*, "Archives of Internal Medicine" 1998, vol. 158, s. 900–906.
- Wang Z., Lan Y., Wang M., Zhan C., Juhani I., Matti K., Kija T., Ningyan S., *Study on the relationship between occupational factors and work ability of middle aged workers*, "Journal of West China University of Medical Sciences" 1998, vol. 29, s. 168–172.
- Weindruch R., Sohal R.S., *Caloric intake and ageing*, "New England Journal of Medicine" 1997, vol. 337, s. 986–994.
- Yu I.T.S., Wong T.-W., *Effects of age, period and cohort on acute myocardial infarction mortality in Hong-Kong*, "International Journal of Cardiology" 2004, vol. 97, s. 63–68.
- Willich S.N., Wegscheider K., Stallmann M., Keil T., *Noise burden and the risk of myocardial infarction*, "European Heart Journal" 2006, vol. 27, s. 276–282.
- Zagożdżon R., Foronczewicz C., Pączek L., *Starzenie się układu odpornościowego*, „Przegląd Lekarski” 2003, nr 60, s. 156–160.
- Zespół Ekspertów z Zakresu Medycyny Pracy ds. Zweryfikowania Wykazów Rodzajów Prac w Szczególnych Warunkach oraz o Szczególnym Charakterze – sprawozdanie z wykonania zadań, Warszawa 2006.

Danuta Duch-Krzystoszek

Praca płatna w życiu kobiet i mężczyzn

1. Wprowadzenie

Z licznych opracowań i danych empirycznych wynika, że – analizując czynniki różnicujące skłonność do wykonywania pracy – nie powinniśmy abstrahować od wymiaru płci. Można by nawet rzec, że praca ma swoją płeć. Domeną mężczyzn pozostaje wykonywanie pracy płatnej, a domeną kobiet wykonywanie pracy nieodpłatnej, przede wszystkim w obszarze gospodarstw domowych. I choć rzeczywistość społeczna się zmienia, a wiele kobiet, w tym zamężnych, jest zawodowo aktywnych, to społeczny podział pracy między kobiety i mężczyzn nadal jest widoczny we wzorach karier życiowych kobiet i mężczyzn, i wzorach życia rodzinnego.

Celem opracowania jest opisanie elementów społeczno-kulturowego kontraktu płci w zakresie podziału pracy między kobiety i mężczyzn oraz ustalenie jego roli w określeniu przygotowania kobiet i mężczyzn do nadchodzącej starości. Empirycznym wyrazem omawianych zjawisk są różnice między płciami w wykonywaniu pracy płatnej i nieodpłatnej, a podstawą powszechnie w polskim społeczeństwie normy i wzory. Społeczno-kulturowego wymiaru pracy kobiet i mężczyzn nie sposób ignorować, niezależnie od paradygmatów przyjmowanych do opisu rzeczywistości społecznej. W powszechnie stosowanym obecnie paradygmacie indywidualistycznych teorii racjonalnego wyboru jest również miejsce dla wzorów kultury. Już sama „racjonalność” te wzory zawiera: wybór zachowań akceptowanych społecznie jest przecież dla jednostki zyskiem.

Podstawą empiryczną opracowania są wyniki badań reprezentatywnych oraz statystyki Głównego Urzędu Statystycznego i Eurostatu. Wykorzystanie wyników badań międzynarodowych i danych Eurostatu pozwala w wielu wypadkach na usytuowanie Polski na tle innych krajów Europy.

2. Aktywności życiowe kobiet i mężczyzn w cyklu życia

Aktywności życiowe człowieka zmieniają się w cyklu życia i pozostają odmienne dla kobiet i mężczyzn. W ramach przeprowadzonego w Polsce ostatnio Europejskiego Sondażu Społecznego (ESS 2006)¹ badani zostali poproszeni o wskazanie tych wszystkich określeń, które opisują to, czym zajmowali się w ciągu ostatnich siedmiu dni². Kobiety – udzielając odpowiedzi – częściej wskazywały na więcej niż jedną aktywność w ciągu ostatniego tygodnia, a różnice te były szczególnie duże w okresie dorosłości, tj. w kategoriach wieku 25–44 i 45–64 lata (większa niż jedna liczba wskazań odpowiednio: kobiety 39,1% i 38,2%; mężczyźni 13,9% i 18,6%). Jest to ściśle związane ze społeczno-kulturowym kontraktem płci, którego treścią pozostaje wykonywanie przez kobiety pracy odpłatnej i nieodpłatnej (godzenie obowiązków zawodowych z zajmowaniem się domem, opieką nad dziećmi lub innymi osobami), a w przypadku mężczyzn koncentrowanie się na aktywności związanej tylko z pracą zarobkową.

Tabela 1. Aktywności życiowe kobiet i mężczyzn w kategoriach wieku

Kategorie wieku	Formy aktywności w ciągu ostatnich siedmiu dni	Kobiety (w %)	Mężczyźni (w %)	CV
Młodzi 15–24 lata	Nauka w szkole	72,6	66,8	0,063 nieistotny
	Praca odpłatna	29,2	35,3	0,066 nieistotny
	Bezrobotny(a), poszukujący(a) pracy	6,5	4,3	0,049 nieistotny
	Bezrobotny(a) nie poszukujący(a) pracy	0,6	4,9	0,129 p = 0,015
	Zajmowanie się domem, opieka nad dziećmi lub innymi osobami	8,9	1,1	0,183 p = 0,001
	Trwała choroba, niepełnosprawność	1,2	0,5	0,035 nieistotny
	Emerytura/renta	1,2	0	0,079 nieistotny

¹ Europejski Sondaż Społeczny 2006. Trzy rundy badań Europejskiego Sondażu Społecznego (2002, 2004, 2006) zostały zrealizowane na próbach reprezentatywnych. Każdorazowo w badaniach bierze udział kilkanaście krajów Europy. W Polsce badanie jest realizowane przez Ośrodek Realizacji Badań Socjologicznych Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.

² Badani mieli możliwość zakreślenia dowolnej liczby określeń tego co robili w ciągu ostatnich siedmiu dni – określenia te przedstawia tabela 1. Pominęto w niej kategorię „odbywam służbę wojskową lub służbę zastępczą”, ze względu na znikomy odsetek osób, które udzieliły takiej odpowiedzi. Określenia dotyczące wykonywania pracy brzmiały: „wykonuję pracę odpłatną (praca najemna, na własny rachunek, w firmie rodzinnej, we własnym gospodarstwie rolnym), także w przypadku tymczasowej przerwy w pracy” i „zajmuję się domem, opiekuję się dziećmi lub innymi osobami”.

Kategorie wieku	Formy aktywności w ciągu ostatnich siedmiu dni	Kobiety (w %)	Mężczyźni (w %)	CV
W średnim wieku 25–44 lata	Nauka w szkole	3,3	5,4	0,052 nieistotny
	Praca odpłatna	73,3	89,2	0,203 p = 0,000
	Bezrobotny(a), poszukujący(a) pracy	9,5	5,4	0,072 nieistotny
	Bezrobotny(a) nie poszukujący(a) pracy	3,7	2,7	0,027 nieistotny
	Zajmowanie się domem, opieka nad dziećmi lub innymi osobami	46,9	7,3	0,442 p = 0,000
	Trwała choroba, niepełnosprawność	1,1	1,2	0,003 nieistotny
	Emerytura/renta	1,5	1,5	0,003 nieistotny
Starsi 45–64 lata	Nauka w szkole	0	0	–
	Praca odpłatna	41,0	58,0	0,170 p = 0,000
	Bezrobotny(a), poszukujący(a) pracy	3,1	4,9	0,047 nieistotny
	Bezrobotny(a) nie poszukujący(a) pracy	5,8	4,2	0,037 nieistotny
	Zajmowanie się domem, opieka nad dziećmi lub innymi osobami	40,6	9,1	0,360 p = 0,000
	Trwała choroba, niepełnosprawność	3,8	4,5	0,020 nieistotny
	Emerytura/renta	47,1	37,5	0,097 p = 0,02
Starzy 65–74 lata	Nauka w szkole	0	0	–
	Praca odpłatna	2,1	6,8	0,118 nieistotny
	Bezrobotny(a), poszukujący(a) i nie poszukujący(a) pracy	0	0	–
	Zajmowanie się domem, opieka nad dziećmi lub innymi osobami	17,9	5,5	0,186 p = 0,016
	Trwała choroba, niepełnosprawność	1,1	1,4	0,014 nieistotny
	Emerytura/renta	97,9	98,6	0,028 nieistotny
Bardzo starzy powyżej 75 lat	Nauka w szkole	0	0	–
	Praca odpłatna	2,9	0	0,143 nieistotny
	Bezrobotny(a), poszukujący(a) i nie poszukujący(a) pracy	0	0	–
	Zajmowanie się domem, opieka nad dziećmi lub innymi osobami	14,5	5,9	0,123 nieistotny
	Trwała choroba, niepełnosprawność	6,6	2,9	0,074 nieistotny
	Emerytura/renta	96,1	100,0	0,112 nieistotny

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny 2006.

Mężczyźni we wszystkich kategoriach wieku (z wyjątkiem osób powyżej 75 lat, określonych dalej mianem bardzo starych) są częściej aktywni zawodowo od kobiet (tabela 1). Największe różnice (mierzone wysokością współczynnika Cramera – CV) między płciami w podziale pracy występują

w wieku 25–44 lata. Jest to ten etap życia, kiedy większość kobiet pracuje (73,3%), a jednocześnie prawie połowa (46,9%) zajmuje się prowadzeniem domu i opieką nad dziećmi. Mężczyźni w tym okresie życia co prawda pracują częściej niż kobiety (89,2%), ale zdecydowanie rzadziej są obciążeni obowiązkami domowymi (7,3%). W kolejnej grupie wieku (45–64 lata) różnice między płciami są również bardzo duże, ale (na co wskazują wartości CV) już nieco mniejsze.

W skrajnych grupach wieku, wśród osób młodych i starych, maleją różnice między kobietami i mężczyznami. Nauce i pracy zawodowej młodzi obojga płci poświęcają się w podobnym stopniu. Gros starych nie jest aktywnych zawodowo i przebywa na emeryturach. Wśród niewielu z tych, którzy pracują, przeważają mężczyźni, ale różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami nie mają istotnego statystycznie charakteru.

Młodzi i starzy mniej, niż ma to miejsce w wieku dojrzałym, poświęcają się też aktywnościom związanym z prowadzeniem domu i sprawowaniem opieki. Te jednak istotnie częściej (z wyjątkiem bardzo starych) wykonują kobiety. Najmniej kobiet zajmuje się domem i opieką do 24. roku życia. Później wykonywanie nieodpłatnej pracy na rzecz innych staje się codzienną rzeczywistością dużej grupy kobiet i tak zostaje do późnej starości. Prawie co piąta kobieta w wieku 65 lat i więcej wskazuje, że zajmuje się domem i opieką (można się domyślać, że często jest to pomoc młodszemu pokoleniu), wśród kobiet bardzo starych, po 75. roku życia, nieodpłatnej pracy poświęca swój czas co czternasta kobieta.

Mówiąc o aktywnościach życiowych kobiet i mężczyzn, warto też wspomnieć o pracy w organizacjach charytatywnych, zajmujących się dobroczynnością, lub pracy w roli wolontariusza. W tym przypadku im starsi badani, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, tym częściej w ostatnich 12 miesiącach nie wykonywali tego typu prac. W każdej kategorii wieku mężczyźni rzadziej pracują wolontarystycznie lub w organizacjach charytatywnych: wśród młodych nie podjęło żadnej pracy 72,0% kobiet i 82,6% mężczyzn, wśród osób w średnim wieku odpowiednio: 85,3% i 87,9%; wśród starszych: 88,0% i 88,1% i wśród starych: 90,4% i 94,5%.

W miarę systematycznie (a więc raz w tygodniu/miesiącu/kwartale) w działalność charytatywną czy wolontarystyczną wśród osób młodych i starych częściej włączają się kobiety. Wśród najmłodszych badanych często włącza się w prace na rzecz innych 8,3% kobiet i tylko 1,1% mężczyzn, wśród starych (65–74 lata) 6,4% kobiet i 1,4% mężczyzn. W grupach wieku o największej aktywności zawodowej (25–44 lata i 45–64 lata) frakcje te są odmiennie. Mężczyźni w wieku 25–44 lata (a więc w okresie, gdy kobiety szczególnie są obciążone obowiązkami związanymi z domem i dziećmi) częściej podejmują stosunkowo systematyczną działalność charytatywną, czy wolun-

tarystyczną (4,7% i 3,7%). W kolejnej kategorii wieku (45–64 lata) udziały bardziej aktywnych wyrównują się – często angażuje się w prace charytatywne 3,8% mężczyzn i 3,4% kobiet.

Proces naturalnego narastania niepełnosprawności wraz z upływem lat nie znajduje odzwierciedlenia w deklaracjach badanych. Grupą wskazującą na niepełnosprawność są co prawda najczęściej bardzo stare, powyżej 75. roku życia kobiety (6,6%) ale dużą niesprawność deklarują też często mężczyźni w wieku 45–64 lata (4,5%) i w tym samym wieku kobiety (3,8%). Wczesnej starości (65–74 lata) niepełnosprawność towarzyszy już dużo rzadziej, a odsetki ją deklarujących są bardzo niskie i zbliżone do tych, które obserwujemy w grupach wieku 15–24 i 25–44 lata.

Relatywnie duży stopień deklaracji o niepełnosprawności osób w wieku 45–64 lata (w porównaniu z grupą osób 65–74-letnich) może świadczyć o występowaniu powszechnej strategii „przedemerytalnej”, której elementami są: narzekanie na stan zdrowia uzasadniający potrzebę/konieczność stałego wycofania się z rynku pracy oraz odwrotnie wycofanie się z rynku pracy i pobieranie świadczeń rentowych z tytułu niezdolności do pracy, co wymaga uzasadnienia narzekaniem na stan zdrowia (odsetki pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy są najwyższe w grupach wieku 50–60 lat). Pośrednie potwierdzenie tej hipotezy znajdują w danych mówiących, że po przejściu na emeryturę (kategoria wieku 65–74 lata) samopoczucie najwyraźniej ulega poprawie i respondenci rzadko wskazują na niepełnosprawność o stopniu ograniczającym ich aktywności życiowe.

Na komentarz zasługują też dane mówiące, że o ile w wieku 45–64 lata więcej kobiet niż mężczyzn przebywa na rentach/emeryturach (kobiety wcześniej nabywają uprawnienia emerytalne i w wieku 60 lat mogą już opuścić rynek pracy na normalnych zasadach), to wśród starych wyższy odsetek mężczyzn niż kobiet nie posiada własnych dochodów. Różnice między płciami nie są co prawda istotne, ale na uwagę zasługuje fakt, że w grupie osób bardzo starych (powyżej 75. roku życia) wszyscy mężczyźni i 96% kobiet pobiera świadczenia z tytułu rent i emerytur. W praktyce oznacza to, że co dwudziesta piąta bardzo starsza kobieta w Polsce nie posiada własnych (wypracowanych) środków do życia.

Podsumowując, zaprezentowane dane dotyczące aktywności kobiet i mężczyzn pokazują znaczne różnice w wykonywaniu pracy przez kobiety i mężczyzn. Kobiety od młodych lat częściej wykonują prace domowe i opiekuńcze, które w małym stopniu angażują mężczyzn przez całe ich życie – odsetek aktywnych mężczyzn przy tego rodzaju pracach nie przekracza 8% w żadnej z kategorii wieku. Dodatkowym elementem nieodpłatnej pracy kobiet jest ich częstszy udział w pracach organizacji charytatywnych i w roli wolontariuszy, ograniczany w okresie największego obciążenia kobiet pracami w domu.

Trzeba też dodać, że większość kobiet w wieku produkcyjnym jest aktywna zawodowo. Społeczny kontrakt płci w zakresie podziału pracy pozostaje ciągle w obszarze łączenia przez kobiety pracy płatnej i nieodpłatnej i dominacji pracy płatnej w życiu mężczyzny. W okresie starości, po wycofaniu się z życia zawodowego, mężczyźni rzadziej niż kobiety angażują się w prace nieodpłatne tak w domu, jak i życiu publicznym.

Kontrakt płci określający podział pracy między kobietami i mężczyznami najpełniej ujawnia się w związkach małżeńskich. Wyniki badania ESS 2004 wskazują, że wśród osób w wieku 18–65 lat pozostających w związkach małżeńskich³:

- najczęściej głównym zajęciem kobiet i mężczyzn jest praca płatna (54% kobiet i 69% mężczyzn). Niepracujący mężczyźni częściej są na rentach/emeryturach (20% i 15%), a niepracujące kobiety wskazują, że zajmują się domem, dziećmi (20% i 1%);
- pracujący zawodowo mężczyźni poświęcają więcej niż kobiety czasu na pracę (średnio mężczyźni 50 godzin w tygodniu, kobiety 43 godziny);
- kobiety częściej nie posiadają własnych dochodów, a ich wkład w budżety domowe jest niższy (22% kobiet i 5% mężczyzn nie ma żadnych własnych dochodów);
- 17% kobiet podaje, że wykonuje w domu wszystkie prace domowe w typowy dzień powszedni (mężczyźni nie deklarowali, że prace domowe wykonują tylko oni);
- 21% mężczyzn podaje, że w domu nie wykonuje żadnych prac domowych ani w dni powszednie, ani w weekendy.

Podobny układ zależności uzyskano w pozostałych 16 krajach Europy objętych badaniem⁴. We wszystkich krajach, kobiety w porównaniu z mężczyznami: rzadziej pracują zarobkowo, częściej podejmują pracę najemną i rzadziej pracują na własny rachunek, poświęcają pracy zawodowej mniej godzin, poświęcają mniej czasu na dojazdy do pracy, rzadziej pracują w weekendy, wieczorami i w nadgodzinach, rzadziej zajmują kierownicze stanowiska, mają poczucie większej niepewności na rynku pracy, wnoszą też mniejszy wkład w domowe budżety. We wszystkich też krajach udział kobiet w pracach domowych jest nieproporcjonalnie większy niż udział w nich mężczyzn. Generalnie, największy udział w pracach domowych mają mężczyźni z państw skandynawskich, najmniejszy z Grecji, Hiszpanii, Portugalii.

³ D. Duch-Krzystoszek, A. Titkow, *Polka i jej rodzina na tle Europy*, [w:] *W środku Europy?*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2006, s. 127–185.

⁴ W roku 2004 w badaniu ESS poza Polską wzięły udział: Austria, Belgia, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Grecja, Luksemburg, Hiszpania, Niemcy, Norwegia, Portugalia, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja i Wielka Brytania.

Porównania różnych krajów Europy pokazują też specyfikę Polski – najniższy odsetek żonatych mężczyzn w wieku 18–65 lat pracujących odpłatnie – 70% (najwyższy w Szwecji – 89%) i najwyższy pozostających na rentach/emeryturach – 20% (najniższy w Szwecji 3%). Wśród będących w związkach pracujących zawodowo średni czas pracy polskich kobiet i mężczyzn jest w porównaniu z innymi krajami najdłuższy i – na co warto zwrócić uwagę – w przypadku mężczyzn przekracza normy dla tygodniowego czasu pracy najemnej.

3. Rynek pracy

Dane statystyczne o europejskim rynku pracy są kolejnym dowodem na nierówny udział kobiet i mężczyzn w wykonywaniu pracy płatnej i na niskie, w porównaniu z innymi krajami, zaangażowanie Polaków w zawodowe aktywności⁵.

W 2005 roku w Polsce ogólny wskaźnik zatrudnienia mężczyzn oraz wskaźnik zatrudnienia mężczyzn starszych był najniższy w Europie⁶. Nieco lepiej przedstawiały się wskaźniki zatrudnienia kobiet, chociaż i one były niskie⁷. Niskim wskaźnikom zatrudnienia w Polsce towarzyszyły najwyższe w krajach Unii wskaźniki bezrobocia kobiet i mężczyzn. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, że Polacy w porównaniu z innymi społeczeństwami Europy wycofują się z rynku pracy dość wcześnie.

W 2005 roku, we wszystkich 25 krajach Unii odnotowano różnice w udziale kobiet i mężczyzn na rynku pracy. Wskaźniki zatrudnienia kobiet są niższe niż mężczyzn. W zdecydowanej większości kobiety charakteryzuje też wyższy wskaźnik bezrobocia. Różnica między zatrudnieniem kobiet i mężczyzn jest największa w krajach Południa o bardziej tradycyjnej kulturze, takich jak Malta (różnica 40,1 punktów procentowych), Grecja (28,1 pp), Włochy (24,6 pp), czy Hiszpania (24,0 pp). Najmniejsze różnice w aktywności zawodowej odnotowywane są w krajach skandynawskich (Szwecja – 4,0 pp, Finlandia – 3,8 pp, Dania – 7,9 pp) i krajach bałtyckich (Estonia – 4,9 pp, Litwa – 6,7 pp, Łotwa – 8,3 pp). Różnica w Polsce, która wynosi 12,1 punktów procentowych, lokuje nas w krajach o średniej różnicy między płciami w zatrudnieniu.

Kraje skandynawskie wyróżniają się na tle Europy powszechnością i małymi różnicami w zatrudnieniu między płciami. Jest to wynikiem upo-

⁵ M.in. „Europe in figures — Eurostat yearbook 2006–07” ; “The life of women and men in Europe. A Statistical portrait”, Eurostat Statistical Books. European Communities 2008.

⁶ Najwyższy ogólny wskaźnik zatrudnienia mężczyzn ogółem odnotowano w Niemczech – 79,9%, wskaźnik zatrudnienia mężczyzn starszych zaś w Szwecji – 72,0%.

⁷ Najwyższy ogólny wskaźnik zatrudnienia kobiet ogółem odnotowano w Danii – 71,9%, wskaźnik zatrudnienia kobiet starszych w Szwecji – 66,7%.

wszechnienia pracy w niepełnym wymiarze godzin, korzystnym dla kobiet godzących z pracą obowiązki macierzyńskie. W Szwecji blisko co czwarta zatrudniona kobieta (26,6%) pracuje w niepełnym wymiarze godzin, w Norwegii blisko co trzecia (31,5%). W Polsce, gdzie dominującym wymiarem pracy jest praca w pełnym wymiarze czasu pracy, tak dla kobiet, jak i mężczyzn, odsetek kobiet zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy jest relatywnie niski (6,2%). Prawidłowością jest, że mężczyźni częściej pracują w pełnym wymiarze godzin. We wszystkich krajach Europy w przypadku zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy mężczyźni spędzają też przy pracy płatnej więcej godzin niż kobiety.

Tabela 2. Aktywność zawodowa kobiet i mężczyzn – 2005 rok

Wybrane mierniki aktywności zawodowej ludności w 2005 roku, w krajach Unii Europejskiej i w Polsce według płci				
Wybrane wskaźniki	Kobiety		Mężczyźni	
	UE (25)	Polska	UE (25)	Polska
Wskaźnik zatrudnienia (liczba pracujących w wieku produkcyjnym w stosunku do liczby ludności w tym wieku – w %)	56,3	46,8	71,3	58,9
Wskaźnik zatrudnionych w niepełnym wymiarze pracy	17,9	6,2	4,7	4,1
Wskaźnik zatrudnienia osób starszych (liczba pracujących w wieku 55–64 lata w stosunku do liczby osób w tym wieku – w %)	33,7	19,7	51,8	35,9
Wiek definitywnego odchodzenia z rynku pracy (mediana)	59,4	55,2	60,7	57,0
Wiek definitywnego odchodzenia z rynku pracy (średnia)	60,4	57,4	61,4	62,0
<i>Life-long learning</i> (procent dorosłych 25–64 lata uczestniczących w jakiejś formie szkolenia w okresie miesiąca przed badaniem)	11,0	5,4	9,4	4,3
Wskaźnik bezrobocia (osoby w wieku 15–74 lata bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie jej poszukujące – jako % aktywnych zawodowo)	9,8	19,1	7,9	16,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostat: EU Labour Force Survey i „Europe in figures – Eurostat Yearbook 2006–2007”.

W Polsce niższą aktywność zawodową kobiet obserwujemy we wszystkich grupach wieku – największą sięgającą ponad 26 punktów procentowych wśród osób w wieku 55–59 lat (ze względu na różny wiek emerytalny kobiet i mężczyzn) i sięgającą ponad 14 punktów procentowych dla przedziałów wie-

ku 25–29 i 30–34 lata (ze względu na macierzyństwo)⁸. Najwyższym poziomem aktywności zawodowej charakteryzują się kobiety w przedziałach wieku 35–39 i 40–44 lata (81%), mężczyźni zaś w wieku 30–34 i 35–39 lat (odpowiednio: 94% i 93%).

Wykonywaniu pracy płatnej (wskaźnik zatrudnienia) przez kobiety i mężczyzn sprzyja wyższe wykształcenie. W grupie osób z wyższym wykształceniem różnica między kobietami i mężczyznami (zatrudnienie odpowiednio: 73,6% i 76,3%) wynosi zaledwie 2,7%. Wśród pracujących z wyższym wykształceniem kobiety nieco częściej pracują w niepełnym wymiarze godzin (5,1% i 6,9%), ale różnice te też są najmniejsze w porównaniu z występującymi w innych grupach wykształcenia. Brak wykształcenia oznacza trudności na rynku pracy. Osoby z niższym wykształceniem rzadziej pracują zawodowo, a różnice między płciami w zatrudnieniu są dużo większe. Wśród osób legitymujących się podstawowym/gimnazjalnym wykształceniem zatrudniona jest zaledwie co ósma kobieta (12,6%) i co czwarty mężczyzna (25,0%). Wśród pracujących z podstawowym wykształceniem co trzecia kobieta (33,8%) i co piąty mężczyzna (18,6%) mają pracę w niepełnym wymiarze godzin.

Ważną determinantą aktywności zawodowej okazuje się również stan cywilny. Żonaci mężczyźni są kategorią najczęściej zatrudnioną (63,7%), a wśród pracujących – kategorią najczęściej pracującą w pełnym wymiarze czasu pracy (94,4%). Kobiety zamężne są rzadziej aktywne od swoich życiowych partnerów i częściej pracują w niepełnym wymiarze godzin (12,0% i 5,6%). Odwrotne frakcje obserwujemy wśród rozwiedzionych. Kobiety, które zostają same, często z dziećmi na utrzymaniu, są kategorią najczęściej pracującą (50,2%) i pracującą częściej niż rozwiedzeni mężczyźni (odpowiednio 50,2% i 48,7%). Najrzadziej wśród kobiet i rzadziej od rozwiedzionych mężczyzn pracują w niepełnym wymiarze czasu pracy (10,4% i 13,8%)⁹.

⁸ Dane o aktywności zawodowej, bierności i bezrobociu i zatrudnieniu na podstawie danych i obliczeń własnych na podstawie *Aktywność ekonomiczna ludności Polski, III kwartał 2006*, Informacje i opracowania statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2007.

⁹ Odnośnie do związków między wykształceniem, aktywnością zawodową i stanem cywilnym warto nadmienić, że jeśli weźmiemy pod uwagę osoby z wyższym wykształceniem w wieku 18–65 lat pozostające w związkach, to różnice między kobietami i mężczyznami w pracy zawodowej są dużo większe – 73% kobiet i 92% mężczyzn wykonuje pracę odpłatną (ESS 2004). Co piąta zamężna kobieta z wyższym wykształceniem (20%) nie pracuje i zajmuje się domem, dziećmi, co szósta (17%) nie ma dochodów. Wśród żonatych mężczyzn nie ma takich, którzy nie mieliby własnych dochodów. Pozostawanie w związku sprzyja więc tradycyjnemu podziałowi pracy między kobietami i mężczyznami. Małe różnice w ogólnych wskaźnikach zatrudnienia między kobietami i mężczyznami z wyższym wykształceniem mogą wynikać przynajmniej po części z faktu, że wyższe wykształcenie w przypadku mężczyzn sprzyja pozostawaniu w związkach, w przypadku kobiet dzieje się odwrotnie – najwyższy odsetek panien odnotowujemy właśnie w grupie kobiet legitymujących się wykształceniem wyższym. Trzeba też odnotować, że kobiety z wyższym wykształceniem nie są grupą najrzadziej rezygnującą z pracy na rzecz domu i dzieci wśród jednostek zamężnych (podstawowe 25%, wyższe

Istnieją też duże różnice między kobietami i mężczyznami w przyczynach zawodowej bierności. W grupie osób w wieku produkcyjnym brak poszukiwania pracy jako rezultat obowiązków rodzinnych, prowadzenia domu wymienia blisko co trzecia kobieta (29,4%) i tylko 4,2% mężczyzn. Mężczyźni blisko dwa razy częściej niż kobiety (33,0% i 18,6%) za powód bierności zawodowej podają nieśprawność, choroby. Z kolei wśród osób w wieku poprodukcyjnym mężczyźni w wyższym odsetku nie poszukują pracy, gdyż są na emeryturach (88,1% i 74,4%). Kobiety częściej nie szukają pracy z powodu choroby, niepełnosprawności (17,4% i 10,7%), częściej też podają, że nie szukają, gdyż są zniechęcone bezskutecznością podejmowanych w tym kierunku działań (6,9% i 2,7%).

Przedstawione dane są przesłanką wskazującą, że w aktywności zawodowej kobiet w wieku produkcyjnym należy poszukiwać źródeł niedostatku kobiet w wieku poprodukcyjnym. Kobiety rzadziej niż mężczyźni mają zabezpieczenie finansowe na starość w postaci emerytur. Wypracowane przez kobiety emerytury są też średnio niższe z powodu ograniczania przez kobiety pracy zawodowej na rzecz realizacji obowiązków płynących z roli matki i żony. Gorsza materialna sytuacja kobiet niż mężczyzn, znana w literaturze pod nazwą feminizacji biedy¹⁰, dotkliwie dotyka przede wszystkim starych. Możliwości zarabkowania tej grupy kobiet są mocno ograniczone nie tylko z powodu pogarszającego się stanu zdrowia, lecz także postaw społecznych wobec pracy ludzi starych, o czym będzie jeszcze mowa.

4. Kulturowy kontekst kontraktu płci

Nierówny podział pracy między kobiety i mężczyzn jest wspierany kulturowymi wzorami ról kobiecych i męskich oraz odpowiadającymi im wzorami życia i rodziny. Te definiują kobietę przede wszystkim w roli matki, mężczyznę zaś jako osobę aktywną zawodowo i zabezpieczającą materialny byt rodzinie.

Dorosłość i praca

Rzeczywistość zmienia się bardzo szybko: zmieniają się style życia młodych ludzi, ich wartości, zmienia się też tradycyjna rodzina, którą coraz częściej zastępują inne formy „bycia razem”. Sam fakt założenia własnej rodziny, zamieszkania z mężem/żoną, partnerem/partnerką, okazuje się dziś najmniej ważnym kryterium dorosłości młodego człowieka.

20%, średnie 16%). Relatywnie wyższa aktywność kobiet i mężczyzn z wyższym wykształceniem pozostających w związkach spowodowana jest przede wszystkim rzadszym przebywaniem na rentach/emeryturach (korzysta z nich wśród zamężnych kobiet: wyższe 0%, podstawowe 19%, wśród mężczyzn: wyższe 3%, podstawowe 23%).

¹⁰ I. Reszke, *Uwarunkowania feminizacji biedy w Polsce*, „Kultura i Społeczeństwo” 2001, nr 2.

Tabela 3. Dorosłość kobiet i mężczyzn

Wiek badanych	Jak ważne jest, aby można było uznać ... za dorosła(ego)					
	Kobietę (w %)			Mężczyznę (w %)		
	W ogóle nieważne, nieważne	Ani ważne, ani nieważne	Bardzo ważne, ważne	W ogóle nieważne, nieważne	Ani ważne, ani nieważne	Bardzo ważne, ważne
Pracował(a) w pełnym wymiarze godzin						
Ogółem	44,5	14,2	41,3 (2)	27,0	12,8	60,2 (1)
W tym:						
Młodzi 15–24 lata	53,2	16,8	30,1	29,3	20,1	50,6
Średni 25–44 lata	46,0	14,8	39,2	27,9	11,5	60,7
Starsi 45–64 lata	41,6	12,6	45,8	26,5	8,5	65,0
Starzy 65–74 lata	32,6	17,4	50,0	26,4	15,3	58,3
Bardzo starzy powyżej 75 lat	42,6	5,6	51,9	18,0	16,0	66,0
CV	0,112 p = 0,007			0,105 p = 0,02		
Został(a) matką/ojcem						
Ogółem	36,7	13,0	50,3 (1)	35,5	16,4	48,1 (2)
Młodzi 15–24 lata	44,5	12,7	42,8	37,5	22,7	39,8
Średni 25–44 lata	38,0	16,0	46,0	34,9	14,2	51,0
Starsi 45–64 lata	34,0	11,7	54,3	36,1	14,8	49,1
Starzy 65–74 lata	28,7	13,8	57,5	35,1	17,6	47,3
Bardzo starzy powyżej 75 lat	32,1	3,8	64,2	28,6	12,2	59,2
CV	0,103 p = 0,02			0,082 nieistotny		
Mieszkał(a) z mężem/żoną, partnerem(ką)						
Ogółem	44,8	18,1	37,1 (3)	38,8	15,9	45,3 (3)
W tym:						
Młodzi 15–24 lata	50,9	19,7	29,5	40,6	19,4	40,0
Średni 25–44 lata	45,1	21,4	33,5	39,6	15,0	45,4
Starsi 45–64 lata	45,1	16,3	38,6	40,1	13,3	46,6
Starzy 65–74 lata	36,8	12,6	50,6	36,5	17,6	45,9
Bardzo starzy powyżej 75 lat	35,3	13,7	51,0	22,9	20,8	56,3
CV	0,106 p = 0,02			0,076 nieistotny		

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny 2006.

Dla uznania kobiety za dorosłą najważniejsze okazuje się jej macierzyństwo. Dla uznania mężczyzny za dorosłego – jego praca w pełnym wymiarze godzin. Dominacja tych kryteriów spojrzenia na dorosłość kobiet i mężczyzn wskazuje, że tradycyjne spojrzenie Polaków na kwestie płci są w dużej mierze obecne.

Uznanie wskazanych kryteriów za ważne dla określenia dorosłości młodych ludzi, ogólnie rzecz biorąc, jest charakterystyczne bardziej dla osób starszych (każde z nich określa za ważne blisko 50% badanych w wieku ponad 65 lat). Nawet jednak jeśli uznamy, że młodzi wypracowują/wypracowali inne, niż uwzględnione w badaniu, kryteria osiągania dorosłości przez kobiety i mężczyzn, to w obszarze tych „starych” ich wyobrażenia o płci są stereotypowe. Dla 42,8% osób w wieku 15–24 lata wyznacznikiem dorosłości kobiety pozostaje jej macierzyństwo (najczęściej wskazywany wyznacznik), a dla połowy (50,6%) dorosłość mężczyzny jest wiązana z pracą w pełnym wymiarze godzin. Uznawane kryteria dorosłości inne dla kobiet i mężczyzn pozostają w związku ze społecznymi rolami żony i męża oraz kreślonymi dla tych ról priorytetami.

Spółeczna akceptacja pracy zawodowej kobiet

Coraz częściej kobiety, wchodząc w dorosłe życie, widzą się w rolach osób godzących obowiązki domowe i pracę zawodową (w 1979 r. 41%; 1989 r. 62%; w 2003 r. 69%)¹¹. Praca zawodowa kobiet jest szeroko akceptowana w polskim społeczeństwie, ale nie jest to akceptacja bezwzględna. Czynnikaми, które kulturowo ograniczają kobietę w jej aktywności zawodowej, są instytucja małżeństwa i dziecko.

Mimo dużej popularności partnerskiego modelu rodziny, w którym oboje małżonkowie pracują zawodowo i w jednakowym stopniu zajmują się domem i dziećmi (blisko 60% badanych preferuje taki właśnie model rodziny¹²), bardzo duży odsetek Polek (67) i Polaków (77) jest przekonanych, że „jest znacznie lepiej dla rodziny, gdy mężczyzna zarabia pieniądze, a kobieta troszczy się o dom”¹³.

Powszechne w naszym społeczeństwie pozostają przekonania o tradycyjnych powinnościach kobiet i mężczyzn w rodzinie. Pogląd, że mężczyzna bardziej niż kobieta jest odpowiedzialny za materialny byt rodziny, podziela 81%

¹¹ A. Titkow, D. Duch-Krzystoszek, B. Budrowska, *Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2004.

¹² B. Budrowska, D. Duch-Krzystoszek, A. Titkow, *Miedzy pracą zawodową i domem...*, op. cit.

¹³ A. Titkow, D. Duch-Krzystoszek, B. Budrowska, *Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy*, op. cit.

mężatek i 88% żonatych mężczyzn¹⁴. Nieco rzadziej uznanie zyskuje opinia, że prace domowe, takie jak pranie, gotowanie, sprząatanie, są „naturalnym obowiązkiem kobiety” (70% kobiet i mężczyzn). Praca zawodowa mężczyzn często uznana jest także za ważną dla nich samych, bowiem mężczyźni realizuje się w karierze zawodowej. Blisko co trzecia osoba w naszym społeczeństwie (27% kobiet i 33% mężczyzn) jest przekonana, że „dla żony ważniejsze powinno być zapewnienie mężowi warunków sprzyjających jego sukcesom zawodowym, niż to, aby mieć własne sukcesy zawodowe”.

W tym kontekście warto też przytoczyć wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego z 2004 roku, które mówią, że w Polsce 60% zameężnych kobiet i 63% żonatych mężczyzn jest zdania, że „kobieta powinna być gotowa ograniczyć swoją pracę zarobkową dla dobra swojej najbliższej rodziny”, a 39% kobiet i 44% mężczyzn jest zdania, że „kiedy sytuacja na rynku pracy jest trudna, mężczyźni powinni mieć pierwszeństwo w uzyskaniu pracy przed kobietami”¹⁵. Są to jedne z najwyższych odsetków wśród 17 krajów Europy biorących udział w badaniu. Za pierwszeństwem mężczyzn na rynku pracy częściej opowiadali się jedynie mieszkańcy Grecji.

Opinia publiczna formułuje też oczekiwania w stosunku do kobiety-matki. Zdecydowana większość naszego społeczeństwa jest zdania, że gdy w rodzinie pojawia się dziecko, to lepiej jest, gdy kobieta sama sprawuje nad nim opiekę i rezygnuje z wykonywania pracy zawodowej do osiągnięcia przez dziecko 3. roku życia¹⁶. O tym, że lepiej by kobieta nie pracowała zawodowo w tym czasie, przekonanych jest 85,4% badanych. Im starsze dziecko, tym większa akceptacja dla pracy zawodowej kobiet. Jednak ponad połowa społeczeństwa polskiego (62,7%) formułuje w stosunku do kobiety oczekiwania, że ta zrezygnuje z pracy zawodowej, gdy ma dzieci w wieku przedszkolnym, a blisko co trzecia osoba (32,0%) uważa, że lepiej gdy matka jest w domu nawet, gdy dzieci chodzą do szkoły podstawowej.

Kiedy na emeryturę?

Polacy, w porównaniu z innymi społeczeństwami Europy, wcześniej wycofują się trwale z rynku pracy, a aktywność zawodowa osób po 65. roku życia jest niska (tabela 2). Budzi to niepokój polityków społecznych, którzy zain-

¹⁴ D. Duch-Krzystoszek, A. Titkow, *Polka i jej rodzina na tle Europy*, [w:] *W środku Europy?*, op. cit.

¹⁵ A. Titkow, D. Duch-Krzystoszek, B. Budrowska, *Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy*, op. cit.

¹⁶ *O wieku emerytalnym kobiet i mężczyzn raz jeszcze*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2005.

interesowani są jak najdłuższym zatrzymaniem ludzi na rynku pracy, zwłaszcza teraz, w obliczu czekających nas zmian w strukturze wieku ludności.

Zapewne niedobłą dla polityków społecznych informacją jest ta, która wskazuje na ogólnie bardzo niskie zaangażowanie Polaków w aktywności zawodowej. Zwraca uwagę fakt, że według badanych najlepszy wiek zaprzestania na stałe pracy zarobkowej jest niższy, tak w przypadku kobiet, jak i mężczyzn o około 6 lat, niż ustawowy wiek przechodzenia na emeryturę (tabela 4).

Tabela 4. Odpowiedni wiek dla zaprzestania pracy zawodowej przez kobiety i mężczyzn

Wiek badanych	Najlepszy wiek dla kobiety/mężczyzny, aby na stałe przestać pracować zarobkowo? (średnie)		Do jakiego wieku kobieta/mężczyzna jest zbyt młoda(y), aby na stałe przestać pracować zarobkowo? (średnie)		Po osiągnięciu jakiego wieku kobieta/mężczyzna ma zbyt wiele lat, jest za stara(y), aby pracować zarobkowo na pół etatu lub więcej? (średnie)	
	dla kobiety	dla mężczyzny	kobieta	mężczyzna	kobieta	mężczyzna
Ogółem	53,3	59,3	46,2	49,9	57,9	63,2
W tym:						
Młodzi 15–24 lata	52,7	59,0	42,6	46,0	56,2	61,6
Średni 25–44 lata	52,6	58,6	46,5	49,3	57,9	62,2
Starsi 45–64 lata	53,9	59,6	46,8	51,6	58,1	64,3
Starzy 65–74 lata	53,9	60,6	49,7	53,5	59,7	64,6
Bardzo starzy powyżej 75 lat	54,4	60,0	48,2	51,6	59,4	66,3
ETA	0,083 nie-istotny	0,078 nie-istotny	0,231 p = 0,000	0,213 p = 0,000	0,152 p = 0,003	0,210 p = 0,000

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny 2006.

Co więcej, niższy od ustawowego wieku nabywania uprawnień emerytalnych pozostaje też wiek, który Polacy uważają, że kobieta/mężczyzna „ma zbyt wiele lat, jest za stary(a), aby pracować zarobkowo na pół etatu lub więcej”. Słabym „pocieszeniem” w tej sytuacji pozostaje obserwacja, że im starsi badani, tym ich deklaracje wskazują na późniejszy wiek, w którym kobieta/mężczyzna jest za młoda(y) na wycofanie się z rynku pracy i za stara(y), aby na nim przebywać. Nie zmienia to bowiem faktu, że nawet w grupie osób 65–74-letnich za wiek, w którym człowiek jest za starym, aby pracować na pół etatu lub więcej, uznany został wiek nieco niższy od ustawowego w tej chwili wieku emerytalnego.

Emerytura i starość

W przypadku kobiet najlepszy wiek na wycofanie się z rynku pracy i przejście na emeryturę jest dużo niższy w porównaniu z cezurą rozpoczynającą starość (tabela 5). Są one za stare nawet do pracy na pół etatu blisko na cztery lata przed osiągnięciem progu starości. W przypadku mężczyzn wiek będący progiem starości zbiega się z wiekiem, w którym powinni oni zrezygnować z wykonywania pracy zawodowej.

Duże różnice w podejściu do pracy zawodowej kobiet i mężczyzn obserwujemy wśród badanych starszych wiekiem (45–64 lata i 65–74 lata). Ich zdaniem kobieta powinna opuszczać rynek pracy na blisko 10 lat przed osiągnięciem starości i jest za stara na pracę około 5 lat przed osiągnięciem wieku podeszłego. W przypadku mężczyzn najlepiej, gdy opuszcza on rynek pracy około 4 lat przed wejściem w starość, ale dopiero, gdy osiągnie próg wieku podeszłego zostaje uznany za zbyt starego na zawodowe aktywności.

Tabela 5. Progi dorosłości, wieku średniego i starości kobiet i mężczyzn, a wiek badanych

Wiek badanych	Wiek, w którym osiągają dany etap życia					
	Kobiety (średnie)			Mężczyźni (średnie)		
	Stają się dorośle	Osiągają wiek średni	Osiągają wiek podeszły	Stają się dorośli	Osiągają wiek średni	Osiągają wiek podeszły
Ogółem	19,0	39,8	61,8	20,7	40,8	63,3
Młodzi 15–24 lata	19,1	37,2	57,9	20,8	39,6	60,9
Średni 25–44 lata	19,2	40,1	61,8	21,4	41,6	63,2
Starsi 45–64 lata	18,8	40,6	62,8	20,3	40,7	63,9
Starzy 65–74 lata	19,0	40,6	65,0	19,6	40,5	64,7
Bardzo starzy powyżej 75 lat	18,6	41,5	63,9	20,1	41,1	67,4
ETA	0,066 nieistotne	0,202 p = 0,000	0,253 p = 0,000	0,179 p = 0,000	0,110 p = 0,05	0,201 p = 0,000

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny 2006.

Zaprezentowane dane ESS 2006 wskazują na – znane już z innych badań – różnice w stosunku społeczeństwa polskiego do aktywności zawodowej kobiet i mężczyzn. Praca zawodowa pozostaje bardziej „męską” sprawą: kobiety mają społeczne przyzwolenie na wycofywanie się z rynku pracy wcześniej niż mężczyźni, w młodszym wieku uznawane są też za zbyt stare, aby na nim pozostawać.

Powyższe informacje o przekonaniach społeczeństwa polskiego wskazują, że polityka rządów zmierzająca do ograniczenia możliwości wcześniejszego przechodzenia na emeryturę (wiek wcześniejszego przechodzenia na emeryturę wynosi obecnie dla kobiet 55 lat i mężczyzn 60 lat, co *nota bene* i tak pozostaje wiekiem wyższym, niż ten uważany przez osoby w wieku przedemerytalnym za najlepszy do przechodzenia na emeryturę), zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn, a także długofalowo wydłużanie okresu przebywania na rynku pracy kobiet i mężczyzn najprawdopodobniej nie spotykają się ani ze zrozumieniem, ani akceptacją społeczną.

Przekonanie to znajduje potwierdzenie w wynikach badań CBOS-u. Wynika z nich, że w 2005 roku większość Polaków (blisko 70%) była za wcześniejszym niż obecnie wiekiem emerytalnym¹⁷. W zdecydowanej większości (80%) byli oni też przeciwni zrównaniu wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn.

5. Akceptacja społeczna pracy ludzi starych

Postawa społeczeństwa polskiego wobec pracy zawodowej ludzi bardzo starych mówi nam tyle o postawach wobec pracy w ogóle, co może też wyjaśniać niechęć Polaków do pozostawania na rynku pracy dłużej i skłaniać do wcześniejszego wycofywania się z rynku pracy na stałe. Podobnie jak w przypadku innych zachowań związanych z aktywnością zawodową, stosunek do pracy starych kobiet jest inny niż pracy starszych mężczyzn.

Wśród całej palety przedstawionych badanym zachowań, praca zarobkowa starej, powyżej 70-letniej kobiety spotkałaby się najczęściej, ich zdaniem, z otwartym brakiem akceptacji ze strony innych i byłaby bardzo rzadko akceptowana (tabela 6)¹⁸. Okazuje się, że aktywność zawodowa w bardzo zaawansowanym wieku jest zachowaniem częściej piętnowanym społecznie niż kontrowersyjne obyczajowo zachowania, takie jak: macierzyństwo nieletniej, bezdzietność z wyboru, życie w konkubinacie czy posiadanie przez kobietę w takim związku dzieci. Aktywność zawodowa w pełnym wymiarze godzin matek małych (do 3. roku życia) dzieci, znalazła się na drugim biegunie zachowań kobiet, które spotkałyby się z otwartym brakiem akceptacji ze strony większości. Jest to ciekawy i nieoczekiwany wynik, biorąc pod uwagę fakt, że zde-

¹⁷ *O wieku emerytalnym kobiet i mężczyzn raz jeszcze*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2005.

¹⁸ W badaniu ESS 2006 znalazło się również pytanie o stopień osobistej akceptacji określonych zachowań kobiet i mężczyzn jednak wśród wyróżnionych zachowań nie było pracy kobiety/mężczyzny po ukończeniu 70. roku życia. Tym samym nie mamy możliwości stwierdzenia zgodności wyobrażeń badanych o akceptacji większości z faktyczną/deklarowaną akceptacją takiego zachowania.

cydowana większość Polaków jest zdania, że w sytuacji, gdy kobieta ma małe dziecko, lepiej jest, gdy nie pracuje zawodowo.

Tabela 6. Stopień społecznej akceptacji zachowań kobiet i mężczyzn

Proszę powiedzieć jak zareagowałaby większość ludzi, gdyby kobieta/mężczyzna, którą/którego dobrze znają, zrobiła którąś z następujących rzeczy								
	Większość ludzi otwarcie okazałaby brak akceptacji		Większość ludzi nie akceptowałaby tego, ale otwarcie by tego nie mówiła		Większości ludzi byłoby to obojętne		Większość ludzi akceptowałaby to	
	W przypadku zachowania							
	kobie-ty	męż-czyzny	kobie-ty	męż-czyzny	kobie-ty	męż-czyzny	kobie-ty	męż-czyzny
Został(a) matką/ojcem przed ukończeniem 18 lat?	16,5	20,3	45,6	43,1	31,6	30,7	6,4	5,9
Nadal pracował(a) zarobkowo po ukończeniu 70 lat?	24,8	16,9	30,4	27,9	39,4	45,2	5,4	10,0
Zdecydował(a)by się nigdy nie mieć dzieci?	12,8	11,5	33,2	27,2	48,9	53,9	5,1	7,4
Mieszkał(a) z partne-rem/(ką) bez ślubu?	10,3	9,6	37,0	34,9	43,4	44,1	9,3	11,4
Miał(a) dziecko z partnerem(ką), z któ-rym(a) mieszka bez ślubu?	11,4	9,2	38,9	38,4	39,9	41,5	9,8	10,9
Pracował(a) (zarobkowo) w pełnym wymiarze, mając dzieci w wieku poniżej 3 lat?	4,1	1,2	18,8	5,2	58,1	42,7	19,0	51,0
Rozwiódł(a) się, mając dzieci w wieku poniżej 12 lat?	12,6	19,8	38,8	41,2	42,7	33,8	6,0	5,2

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny 2006.

Nieco inaczej w odczuciu badanych odbierane są zachowania mężczyzn. Praca zawodowa starego, ponad 70-letniego mężczyzny jest częściej akceptowana niż praca starej kobiety, rzadziej spotkałaby się z otwartym brakiem akceptacji niż młodociane ojcostwo i opuszczenie rodziny z małymi dziećmi.

Na słowo komentarza, ze względu na temat opracowania, zasługuje postrzeganie pracy zawodowej ludzi starych przez samych zainteresowanych, a więc badanych starszych wiekiem.

Tabela 7. Akceptacja pracy zawodowej starych kobiet i mężczyzn

Wiek	Brak akceptacji dla pracy kobiet w wieku powyżej 70 lat		Brak akceptacji dla pracy mężczyzn w wieku powyżej 70 lat	
	Większość ludzi otwarcie okazałaby brak akceptacji	Większość ludzi nie akceptowałaby tego, ale otwarcie by tego nie mówiła	Większość ludzi otwarcie okazałaby brak akceptacji	Większość ludzi nie akceptowałaby tego, ale otwarcie by tego nie mówiła
Kobiety				
Ogółem	24,0	31,8	13,8	29,5
W tym:				
45–64 lata	24,1	31,0	16,2	31,0
65–74 lata	26,3	33,3	9,4	18,8
Mężczyźni				
Ogółem	25,7	28,9	20,4	26,0
W tym:				
45–64 lata	22,7	32,8	22,1	22,1
65–74 lata	34,4	31,3	22,5	17,5

Źródło: Europejski Sondaż Społeczny 2006.

Jeśli chodzi o pracę zarobkową kobiet po 70. roku życia, to w odczuciu większości osób nie spotkałaby się ona z akceptacją społeczną (tabela 7). Tego zdania jest 55,1% kobiet i 55,5% mężczyzn w wieku 45–64 lata oraz 59,6% kobiet i 65,7% mężczyzn w wieku, który stawiany problem najbardziej mogą odnieść do siebie, a więc 65–74 lata. Co czwarty badany w rozważanych grupach wieku jest zdania, że większość osób na pracę zarobkową dobrze znanej sobie kobiety zareagowałoby otwarcie wyrażonym brakiem akceptacji.

Praca zarobkowa mężczyzn po 70. roku życia jest bardziej akceptowana, a odsetki będących zdania, że spotkałaby się ona z negatywnymi reakcjami ze strony innych, są niższe niż w przypadku kobiet. W tym wypadku mamy też większe różnice w odczuciach kobiet i mężczyzn. Wśród mężczyzn o braku akceptacji ze strony większości jest przekonanych 44,2% w wieku 45–64 lata i 40,0% w wieku 65–74 lata. Wśród kobiet odpowiednie odsetki wynoszą 47,2% i 28,2%. Tak więc o braku akceptacji pracy zarobkowej mężczyzny po 70. roku życia są przekonani bardziej sami mężczyźni, mniej zaś kobiety, szczególnie te w wieku 65–74 lata.

Tak więc starzy badani (65–74 lata), mają świadomość społecznej różnicy płci. Blisko 60% kobiet wyraża przekonanie, że aktywność zawodowa kobiet po siedemdziesiątce spotkałaby się z brakiem akceptacji, podczas gdy połowa mniej (niecałe 30%) uważa, że taka sytuacja miałaby miejsce w przypadku

pracy mężczyzn. Odczucia te są podzielane i przez mężczyzn – ponad 65% mężczyzn jest przekonanych, że praca zarobkowa starszych kobiet nie może liczyć na społeczną akceptację większości, 40% mówi tak o pracy własnej.

Podsumowując, praca zarobkowa starych nie jest akceptowana, zwłaszcza dotyczy to kobiet. Poszukiwania wyjaśnień niskiej społecznej akceptacji pracy zarobkowej starych powinny uwzględniać szerokie spektrum czynników – uwarunkowania płynące z rynku pracy i te o charakterze społeczno-kulturowym. W grę mogą wchodzić swoiste mechanizmy obronne (niechęć do wykonywania pracy zarobkowej w tym wieku), obawy młodych przed konkurencją na rynku pracy (blokowanie miejsc pracy przez ludzi starych) i obawy starych przed dyskryminacją – niską oceną użyteczności ich jako pracowników i wykonywanej przez nich pracy. W przypadku kobiet kulturowe przypisanie do nieodpłatnej pracy, np. na rzecz dorosłych dzieci, wnuków. W końcu też brak akceptacji dla pracy ludzi starych może wynikać z prostego przekonania, że sfera publiczna i praca jest domeną wieku dojrzałego, a wiek podeszły wymaga wycofania się w sferę prywatną. Niezależnie jednak od udzielonej odpowiedzi stwierdzony w badaniu brak akceptacji dla pracy osób starych sam w sobie może stanowić czynnik ograniczający decyzje ludzi starych o podjęciu/kontynuowaniu pracy zarobkowej.

6. Uwagi końcowe

Polacy są względnie słabo ekonomicznie przygotowani do własnej starości – relatywnie rzadziej, niż ma to miejsce w innych krajach Europy, są aktywni zawodowo i wcześniej opuszczają rynek pracy. Lepsze ich przygotowanie jest utrudniane przez społeczne bariery, jakimi są przekonania o właściwym wieku dla zaprzestania zawodowych aktywności – w społecznym przekonaniu kobiety i mężczyźni powinni wycofywać się z rynku pracy w wieku dużo młodszym niż ten obecnie uprawniający do otrzymania świadczeń emerytalnych na normalnych zasadach.

Pomimo pewnych korzystnych zmian w kierunku coraz większej akceptacji dla ustawowego wieku emerytalnego¹⁹, większość polskiego społeczeństwa opowiada się za jego obniżeniem i jednocześnie utrzymaniem różnic płci, jako sprawiedliwych. Na przekonania te może mieć wpływ słaba znajomość zasad obecnego systemu emerytalnego.

¹⁹ *Polacy o wieku emerytalnym*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002. Akceptacja dla obecnego wieku emerytalnego w latach 1999–2002 wzrosła, nadal jednak pozostaje bardzo niska. Obecny wiek przechodzenia na emeryturę kobiet akceptuje 31%, mężczyzn 34% badanych.

Istnieją duże różnice między kobietami i mężczyznami – niższa aktywność zawodowa kobiet i jej konsekwencje, jakimi są feminizacja biedy i gorsze przygotowanie ekonomiczne kobiet do starości ma swoje źródło w społeczno-kulturowych konstruktach płci i opartych na nich stereotypach. Praca odpłatna pozostaje kulturowo domeną mężczyzn – wiązana jest z dorosłością mężczyzny i stanowi podstawowy obowiązek męża, który jest bardziej odpowiedzialny za materialne utrzymanie rodziny. Najważniejszym kryterium dorosłości kobiety pozostaje jej macierzyństwo, a domeną wykonywanie nieodpłatnej pracy – prace domowe i dzieci to odpowiedzialność kobiet. Od kobiet oczekuje się, że będą gotowe poświęcić pracę zawodową na rzecz dzieci, domu, a w dużej mierze i na rzecz męża, a w sytuacji trudnego rynku pracy ustąpią miejsca mężczyznom. Kulturowe normy, które nie zobowiązują kobiet do zawodowych aktywności, pozwalają im na wcześniejsze wycofanie się z życia zawodowego.

Kulturowym normom, różnym dla obu płci, odpowiadają inne kobiet i mężczyzn wzory ścieżek życiowych, które skutkują gorszym ekonomicznym przygotowaniem kobiet do własnej starości. Kobiety z powodu zajmowania się domem, dziećmi nie podejmują aktywności zawodowych (bierność zawodowa, urlopy wychowawcze), te które pracują mniej czasu poświęcają na pracę, łącząc pracę zawodową z obowiązkami domowymi. Postrzeganie kobiet przez pryzmat macierzyństwa, opieki i domu (co też ważne i o czym nie było tutaj mowy) stawiają je też w gorszej sytuacji na rynku pracy – mają mniejsze szanse na zatrudnienie, awanse i pozyskiwanie wysokich dochodów. Zawody sfeminizowane, związane z opieką są niżej opłacane²⁰.

Kulturowe oczekiwania kierowane wobec kobiet do świadczenia przez nie opieki i nieodpłatnej pracy na rzecz innych mogą być też poważną barierą w pozostawianiu kobiet dłużej na rynku pracy. Badań wymaga to, dlaczego kobiety i mężczyźni przechodzą na (wcześniejsze) emerytury i jaką w tym rolę odgrywa zapotrzebowanie młodszego pokolenia na opiekę nad wnukami – na nieodpłatną pomoc w opiece nad dziećmi może w Polsce liczyć blisko co trzecia pełna rodzina z dziećmi do 12. roku życia. Zapotrzebowanie na nią ze strony samotnych rodziców wydaje się szczególnie duże.

Jednym z podstawowych elementów polityki społecznej mającej na celu wydłużenie okresu przebywania na rynku pracy oraz osiągnięcie równości płci w przygotowaniu ekonomicznym do starości są rozwiązania ułatwiające kobietom godzenie pracy zawodowej ze sprawowaniem opieki. Elastyczny czas pracy, praca w domu, czy dzielenie przez państwo odpowiedzialności za opiekę nad osobami jej potrzebującymi, zorganizowanie różnorodnych i powszechnych form opieki instytucjonalnej – to rozwiązania, które ułatwią po-

²⁰ Zob. A. Titkow (red.), *Szklany sufit. Bariery i ograniczenia karier kobiet*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2003.

zostanie na rynku pracy dwóm generacjom kobiet: wchodzącym na rynek pracy młodym matkom i już kończącym swoje zawodowe kariery kobietom mającym małe wnuki. Istnieje potrzeba programów propagujących wzory życia, których trwałym elementem jest praca zawodowa do późnych lat i łączenie w życiu pracy zawodowej i domowej w równym stopniu przez kobiety i mężczyzn.

Aktywność zawodowa kobiet i ochrona prawna osób opiekujących się dziećmi (urlopy dla rodziców, zasiłki, opieka instytucjonalna) nie powinny mieć negatywnego wpływu na dzietność kobiet – w wielu wypadkach gwarancja stałej pracy jest dla kobiet warunkiem podjęcia decyzji o posiadaniu (kolejnego) dziecka.

Niektóre grupy osób z racji macierzyństwa i sprawowania opieki są szczególnie zagrożone ubóstwem na starość. Do nich należą: osoby samotnie wychowujące dziecko/dzieci, wychowujące dużo dzieci lub dziecko/dzieci niepełnosprawne. Należy wypracować programy pozwalające tym grupom osób na odpowiednie ekonomiczne przygotowanie do okresu starości. Do zagrożonych ubóstwem na starość należą też kobiety realizujące tradycyjny model rodziny i pozostające na utrzymaniu męża.

Istnieje potrzeba dalszych badań nad uwarunkowaniami aktywności/bierności zawodowej, motywów przechodzenia na wcześniejsze emerytury czy pozostawania na rynku pracy. Ważną jest też wiedza na temat stylów życia ludzi starych. Badania te powinny uwzględniać płć kulturową i tożsamości płci, które mają wpływ na zachowania kobiet i mężczyzn.

Literatura

Aktywność ekonomiczna ludności Polski, III kwartał 2006, Informacje i opracowania statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2007.

Budrowska B., Duch-Krzystoszek D., Titkow A., *Między pracą zawodową i domem*, [w:] A. Titkow (red.), *Szklany sufit. Bariery i ograniczenia karier kobiet*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2003, s. 249–267.

Duch-Krzystoszek D., Titkow A., *Polka i jej rodzina na tle Europy*, [w:] *W środku Europy?*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2006, s. 127–185.

Europe in figures – Eurostat yearbook 2006–07

Eurostat: EU Labour Force Survey

O wieku emerytalnym kobiet i mężczyzn raz jeszcze, Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2005.

Polacy o wieku emerytalnym, Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2002.

Reszke I., *Uwarunkowania feminizacji biedy w Polsce*, „Kultura i Społeczeństwo” 2001, nr 2.

The life of women and men in Europe. A statistical portrait, Eurostat Statistical Books. European Communities 2008.

Titkow A. (red.), *Szklany sufit. Bariery i ograniczenia karier kobiet*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2003.

Titkow A., Duch-Krzystoszek D., Budrowska B., *Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2004.

Część II

To idzie starość – Polacy wobec starzenia się i starości

Iwona A. Oliwińska

Style życia współczesnych Polaków na przedpolu starości

1. Wprowadzenie

W realizowanych współcześnie badaniach nad stylami życia najczęstsze kryterium podziałów stanowi społeczna lokalizacja ich reprezentantów¹. Typologie odnoszą się także do stylów życia jednostek², określonych grup społecznych³ czy narodowych. O możliwościach innych podziałów pisze Hanna Palska – mogą to być style dominujące, mniejszościowe lub alternatywne⁴ w danej społeczności. Natomiast o zależnościach pomiędzy stratyfikacją społeczną a stylem życia lub jego elementami (zakładając, że rozumiemy to jako zależność pomiędzy strukturą społeczną a kulturą) pisali chociażby: Max Weber, Thorstein Veblen, Florian Znaniecki czy Pierre Bourdieu. O ile problematyka stylów życia podejmowana jest w Polsce od lat siedemdziesiątych

¹ H. Palska, *Bieda i dostatek. O nowych stylach życia w Polsce końca lat dziewięćdziesiątych*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2002; E. Tarkowska, *Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, Wydawnictwo Topografia, Warszawa 2000; P. Gliński, *Orientacja stylu życia na mieć. Z badań miejskich stylów w Polsce*, „Kultura i Społeczeństwo” 1983, nr 3.

² A. Siciński, *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1978; A. Siciński, *Style życia w miastach polskich (u progu kryzysu)*, Ossolineum, Wrocław 1988.

³ B. Fatyga, J. Rogala-Oblękowska, *Style życia młodzieży a narkotyki. Wyniki badań empirycznych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.

⁴ A. Wyka, *Alternatywne style życia jako reakcja na dominujące style życia w Polsce lat siedemdziesiątych*, [w:] A. Siciński (red.), *Badania „rozumiejące” stylu życia: narzędzia*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1988; A. Jawłowska i in., *Style życia a przemiany struktury społecznej: propozycja typologii historyczno-typologicznej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1978.

ubiegłego wieku, o tyle problematyka starości, starzenia się społeczeństwa coraz częściej zaczęła się pojawiać w literaturze od lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Można znaleźć w niej opisy elementów stylów życia ludzi starych, tj. zdrowia⁵, pracy (aktywność zawodowa)⁶, rodziny (rola najstarszego pokolenia i znaczenie dla rodziny)⁷, aktywności społecznej⁸ niż kompleksowych stylów⁹. Starzenie się społeczeństw postrzegane było coraz częściej jako poważny problem. Stąd też badano i analizowano nie tylko miejsce i rolę człowieka w środowisku zamieszkania, lecz także problemy zdrowotne, wynikające z wydłużającego się życia. Można powiedzieć, że w okresie starości zmienia się sytuacja życiowa człowieka¹⁰. Dotyczy ona pracy zawodowej (przejście na emeryturę czy rentę, której wysokość niejednokrotnie nie pozwala na zaspokojenie większości potrzeb), wiąże się z częściowym ograniczaniem kontaktów społecznych (wycofywanie się ze sfery społecznej, kulturalnej na rzecz religijnej), innego rodzaju zagrożeniami zdrowotnymi niż we wcześniejszych fazach życia (większa podatność na zachorowania i urazy, częstsze korzystanie z usług medycznych i pielęgnacyjnych, z pomocy rodziny), ale również ze zmianą w hierarchii odczuwanych potrzeb (tj. np. akceptacji społecznej, użyteczności czy więzi emocjonalnej), czy zmianami społeczno-kulturowymi (nowe wzory konsumpcji, zachowań w sferze obyczajowości, kontekst rodzinny itp.). Można powiedzieć, że te wszystkie zmiany wpływają na modyfikowanie wybranych elementów stylu życia u osób starszych.

Zdecydowanie mniej uwagi poświęcano zmianom stylu życia w ramach koncepcji cyklu życia, w tym zmianom, wynikającym z przygotowania się

⁵ J. Wysokińska-Miszczyk, *Problemy medyczne i społeczne ludzi starych (zagadnienia gerontologiczne)*, [w:] L. Jabłoński (red.), *Sinologia – nauka o zdrowiu społeczeństwa*, Wydawnictwo WSOL, Warszawa 1998.

⁶ B. Skrętowicz, *Ludzie starsi na rynku pracy w Polsce – wybrane zagadnienia*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.

⁷ M. Buchła, *Komunikacja z wnukami – szansą na lepszą starość*, [w:] M. Wawrzak-Chodaczek (red.), *Wybrane aspekty komunikacji społecznej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2007.

⁸ G. Orzechowska, *Spoleczna aktywność ludzi starszych i jej główne uwarunkowania*, [w:] S. Steuden, M. Marczyk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2006.

⁹ O. Czerniawska, *Styl życia w starości*, Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Handlowa, Łódź 1998; B. Szatur-Jaworska i in., *Styl życia seniorów*, [w:] B. Szatur-Jaworska i in., *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006; E. Koprowiak, B. Nowak, *Styl życia ludzi starszych*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Wydawnictwo Neurocentrum, Lublin 2007.

¹⁰ S. Steuden, M. Marczyk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, op. cit.; B. Synak (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000; B. Synak, *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 308–309.

(świadomego bądź nie) do starości. Celem niniejszego opracowania jest określenie, na ile wśród badanych w trakcie projektu *To idzie starość* 45–65-latków następuje zmiana stylu życia oraz opis głównych elementów stylu życia Polaków i Polek na przedpolu starości.

Styl życia – zgodnie z definicją Andrzeja Sicińskiego – oznacza: *zespół codziennych zachowań (sposób »postępowania«, aktywność życiowa), specyficzny dla danej zbiorowości lub jednostki (treść i konfigurację owych zachowań); a inaczej mówiąc: charakterystyczny sposób bycia odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych. Na całość, jaką stanowi styl życia, składają się przy tym: zachowania ludzi zróżnicowane co do zakresu i formy (ciągi tych zachowań nakierowane na określone cele, a więc »czynności«, »działania«); motywacje owych zachowań (przypisywane im znaczenia i wartości); a także pewne funkcje rzeczy będących bądź rezultatami, bądź celami, bądź instrumentami owych zachowań (którym, w związku z tą rolą, również przypisuje się pewne wartości)*¹¹. Dla stylu życia jednostki istotne są elementy (i stosunek do nich), składające się na jej styl życia, tj. budżet czasu (sposoby zagospodarowywania, spędzania czasu itp.), praca (jej charakter, stosunek jednostki do niej itp.), konsumpcja dóbr (jej poziom, wzory konsumpcyjne, w tym wydatki na pożywienie, ubranie, mieszkanie itp.), stosunek do własnego ciała, zdrowia i choroby, uczestnictwo w kulturze (potrzeby intelektualne i estetyczne), uczestnictwo w życiu publicznym, samoidentyfikacja.

Można powiedzieć, że styl życia jest określany przez rodzaje potrzeb i możliwości ich zaspokajania. Wybór sposobu zaspokajania potrzeb jednostki w znacznym stopniu determinuje sytuacja ekonomiczna, co często wiąże się z pozycją danej osoby w strukturze społecznej. Jednostka swoimi zachowaniami manifestuje przynależność do określonej grupy czy klasy. Oczywiście, te zachowania mogą być świadome (dążenie do zmiany siebie, chęć dostosowania się do grupy, do której się aspiruje itp.), ale mogą być także nie w pełni uświadamiane sobie (postępowanie nawykowe albo pożądane w konkretnej sytuacji itp.). Pozwalają one na własną identyfikację jednostki. Codzienne działania, wybory, sposoby zaspokajania potrzeb pozwalają na funkcjonowanie w pewnej przestrzeni kulturowej, którą jednostka, w zależności od swojego położenia społecznego i ekonomicznego, wypełnia istotnymi dla niej elementami.

¹¹ A. Siciński, *Styl życia. Kultura. Wybór*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2002, s. 22–23.

2. Style życia i ich elementy – badania własne

W niniejszym opracowaniu analizie zostały poddane elementy stylów życia czterech jednorodnych z punktu widzenia wieku (tj. pięcioletnich) grup. Są to: praca (subiektywne oceny poziomów: wynagrodzenia w stosunku do wysiłku wkładanego w wykonywaną pracę; satysfakcji z wykonywanej pracy, a także subiektywne oceny relacji z bezpośrednimi przełożonymi i współpracownikami w zakładzie pracy), aktywność społeczna (formy aktywności – czy dominujący jest typ aktywności na rzecz najbliższego otoczenia społecznego, czy typ działania obywatelskiego), czas wolny (przeznaczenie czasu wolnego, w tym uczestnictwo w kulturze, model spędzania czasu wolnego), dbałość o zdrowie i kondycję psychofizyczną (subiektywna samoocena stanu zdrowia, dbałość o kondycję psychofizyczną, rodzaj podejmowanych działań prozdrowotnych), korzystanie z nowoczesnych technologii (jakiego rodzaju udogodnienia są wykorzystywane przez badanych, co pozwala ustalić czy są aktywnymi uczestnikami świata nowoczesnych technologii) oraz myślenie o przyszłości (jak długa jest perspektywa czasowa czy badani obawiają się przyszłości, czego najbardziej się lękają).

Grupa 45–49-latków

Opinie na temat oceny otrzymywanego wynagrodzenia w stosunku do wysiłku włożonego w wykonywaną pracę wśród aktywnych zawodowo osób z tej grupy były podzielone (tabela 1). Ponad 40% respondentów stwierdziło, że są wynagradzani odpowiednio do wysiłku, ale ponad 48%, że zbyt nisko.

Tabela 1. Ocena wynagrodzenia w stosunku do wysiłku włożonego w wykonywaną pracę (w %)

Poziom	Ogółem	45–49	50–54	55–59	60–65
	N* = 864**	N* = 321	N* = 295	N* = 185	N* = 63
Wysoko	6,8	7,8	5,1	7,1	9,6
Odpowiednio do wysiłku	39,9	40,5	38,2	42,2	38,0
Zbyt nisko	48,9	48,3	52,0	47,5	41,4
Nie mam zdania	3,1	3,1	3,8	2,7	1,6
Brak odpowiedzi	1,3	0,3	1,0	0,5	9,5
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* N – liczba respondentów; ** – na pytanie udzielali odpowiedzi respondenci o stażu pracy wynoszącym 10 lat lub więcej, którzy są aktywni zawodowo.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

W najmłodszej grupie wieku, jak pokazują dane w tabeli 1, znajdowało się najwięcej osób usatysfakcjonowanych w stopniu średnim. Tu widoczna była zależność oceny stopnia satysfakcji od wieku badanych. Im młodszy badani, tym częściej wskazywali stopień średni, rzadziej – wysoki.

Blisko połowa aktywnych zawodowo respondentów oceniła relacje z przełożonymi jako dobre, ponad 25% jako bardzo dobre (starsze roczniki aktywnych zawodowo wyżej oceniły te relacje). Również relacje ze współpracownikami zostały ocenione pozytywnie – jako dobre przez ponad 50% badanych i jako bardzo dobre przez ponad 30% (zbliżonej oceny udzieliła grupa 50–54-latków) (por. tabele 2 i 3).

Tabela 2. Relacje z bezpośrednimi przełożonymi w zakładzie pracy (w %)

Ocena relacji	Ogółem	45–49	50–54	55–59	60–65
	N* = 864**	N* = 321	N* = 295	N* = 185	N* = 63
Bardzo dobre	25,2	25,9	23,7	26,5	25,3
Dobre	50,1	48,3	53,3	52,0	38,2
Takie sobie (ani dobre, ani złe)	15,1	16,5	15,6	13,5	11,2
Złe	0,7	0,3	1,4	0,6	0
Bardzo złe	0	0	0	0	0
Nie dotyczy	7,1	7,7	5,0	6,0	19,0
Brak odpowiedzi	1,6	1,0	1,0	1,6	6,3
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* – liczba respondentów; ** – na pytanie udzielali odpowiedzi respondenci o stażu pracy wynoszącym 10 lat lub więcej, którzy są aktywni zawodowo.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

Tabela 3. Relacje ze współpracownikami w zakładzie pracy (w %)

Ocena relacji	Ogółem	45–49	50–54	55–59	60–65
	N* = 864**	N* = 321	N* = 295	N* = 185	N* = 63
Bardzo dobre	29,8	31,2	29,4	29,1	27,0
Dobre	55,2	54,5	56,0	60,0	41,3
Takie sobie (ani dobre, ani złe)	7,1	6,9	9,2	3,8	8,0
Złe	0,9	0,9	1,4	0,6	0
Bardzo złe	0	0	0	0	0
Nie dotyczy	5,4	4,9	3,1	5,9	17,5
Brak odpowiedzi	1,5	1,6	1,0	0,5	6,3
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* – liczba respondentów; ** – na pytanie udzielali odpowiedzi respondenci o stażu pracy wynoszącym 10 lat lub więcej, którzy są aktywni zawodowo.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

Poza aktywnością zawodową, przedstawiciele tej grupy wieku podejmowali indywidualne działania najczęściej na rzecz społeczności lokalnej i/lub sąsiadów, ale też udzielali się we wspólnocie mieszkańców. Zdecydowanie rzadziej wskazywano na działanie w organizacji pozarządowej (ta sfera pozostawała domeną działania najstarszych badanych). Z kolei aktywność w sferze polityki (partie, związki zawodowe), chociaż najrzadziej wskazywana była wyższa niż u najstarszych roczników (tabela 4).

Tabela 4. Aktywność społeczna** (w %)

Rodzaj aktywności	Ogółem	45–49	50–54	55–59	60–65
	N* = 1500	N* = 408	N* = 447	N* = 341	N* = 304
Indywidualne działania na rzecz społeczności lokalnej, sąsiadów	22,2	21,6	21,4	25,9	20,0
We wspólnocie mieszkańców	16,6	15,3	17,7	14,4	19,0
W organizacji pozarządowej	8,2	8,6	8,3	6,5	9,5
W partii, związkach zawodowych	5,6	6,9	4,2	5,9	5,3
Jako wolontariusz	3,9	4,4	4,5	4,7	1,3
Inne	1,3	1,2	2,0	1,2	0,7

* – liczba respondentów; ** – pytanie z opcją wielokrotnego wyboru – odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

Podobnie ta grupa wieku, jak pozostałe, najczęściej deklarowała, że w czasie wolnym ogląda telewizję, ale też znajdowała czas na spotkania ze znajomymi i rodziną. Dzień wolny przeznaczała również na czytanie książek, realizowanie hobby oraz chodzenie do kina, teatru. Ponadto badani wykorzystywali „wolne chwile” na nadrobienie zaległości w pracy domowej i zawodowej (starsze roczniki rzadziej wskazywały te odpowiedzi) (tabela 5). Jak pokazują dane, w budżecie czasu wolnego tej grupy nie było miejsca na czynny wypoczynek po pracy. Praca pochłaniała im zbyt wiele czasu, nawet ten przeznaczony na obowiązki domowe, i dopiero czas wolny wykorzystywali na nadrobienie zaległości. Można powiedzieć, że mamy tu do czynienia ze zjawiskiem nierównej dystrybucji czasu (przeznaczanie czasu wolnego nie na czynny wypoczynek, lecz na pracę)¹².

¹² E. Tarkowska, *Nierówna dystrybucja czasu*, [w:] H. Romański, A. Rychard (red.), *Elementy nowego ładu*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1997, s. 206, 207.

Tabela 5. Przeznaczenie dnia wolnego** (w %)

Czynności	Ogółem	45–49	50–54	55–59	60–65
	N* = 1500	N* = 408	N* = 447	N* = 341	N* = 304
Oglądanie telewizji	66,6	66,2	66,5	65,7	70,2
Spotykanie się ze znajomymi	63,8	64,2	64,6	61,6	66,1
Spotykanie się z rodziną	61,7	61,1	57,4	62,2	68,1
Czytanie książek	43,1	43,9	39,4	46,6	44,0
Nadrabianie zaległości w pracy domowej	42,0	43,9	43,6	39,3	30,8
Realizowanie hobby	32,2	32,6	30,4	32,3	32,7
Chodzenie do kina, teatru	11,3	14,5	11,2	12,3	6,1
Nadrabianie zaległości w pracy zawodowej	5,2	7,4	4,7	6,2	1,6

* – liczba respondentów; ** – pytanie z opcją wielokrotnego wyboru – odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

Najmłodsi z badanych, jak pokazują dane zamieszczone poniżej, najlepiej ocenili swój stan zdrowia (tabela 6). W przypadku tego pytania odpowiedzi różnicowały wiek i poziom wykształcenia – im młodsze osoby i mające wyższy poziom wykształcenia, tym lepsza samoocena stanu zdrowia.

Tabela 6. Samoocena stanu zdrowia (w %)

Ocena	Ogółem	45–49	50–54	55–59	60–65
	N* = 1500	N* = 408	N* = 447	N* = 341	N* = 304
Bardzo dobry	10,4	17,9	10,1	7,9	3,6
Dobry	42,4	50,7	44,8	39,3	31,6
Taki sobie (ani dobry ani zły)	34,6	23,8	33,3	39,4	45,4
Zły	11,2	5,9	11,4	12,0	16,8
Bardzo zły	0,7	0,8	0,2	0,3	2,0
Brak odpowiedzi	0,7	1,0	0,2	1,2	0,7
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* – liczba respondentów.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

Ponadto 62,2% respondentów zadeklarowało, że dba o zdrowie i kondycję psychofizyczną (tabela 7). Ta grupa, jak i pozostałe, najczęściej wskazywała niestosowanie używek jako formy dbałości o nie (tabela 8).

Tabela 7. Dbanie o zdrowie (w %)

Deklaracje	Ogółem	45–49	50–54	55–59	60–65
	N* = 1500	N* = 408	N* = 447	N* = 341	N* = 304
Tak	62,6	62,2	61,1	61,0	67,1
Nie	37,4	37,8	38,9	39,0	32,9
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* – liczba respondentów.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

Tabela 8. Dbalność o zdrowie i kondycję psychofizyczną** (w %)

Podejmowane działania	Ogółem	45–49	50–54	55–59	60–65
	N* = 1500	N* = 408	N* = 447	N* = 341	N* = 304
Niestosowanie używek	56,5	58,9	52,8	55,7	59,8
Wysypianie się	48,1	48,0	49,3	51,2	43,8
Przestrzeganie zaleceń lekarzy	47,2	36,6	45,9	54,1	55,0
Robienie badań profilaktycznych	43,6	42,9	42,5	46,5	43,0
Unikanie stresu	41,5	39,3	42,4	36,6	48,4
Stosowanie diety	37,1	51,5	34,8	31,7	28,1
Uprawianie sportu	27,6	34,7	26,0	24,3	24,2
Udział w bezpłatnych badaniach profilaktycznych	13,5	8,6	16,7	15,4	13,3
Korzystanie z medycyny alternatywnej	9,5	7,2	8,0	12,7	11,5
Inne	0,2	0,0	0,4	0,0	0,5

* – liczba respondentów; ** – pytanie z opcją wielokrotnego wyboru – odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

Na drugim miejscu znalazło się stosowanie diety (w pozostałych grupach dopiero na szóstej pozycji). Na kolejnych: wysypianie się, dokonywanie badań profilaktycznych, unikanie stresu i przestrzeganie zaleceń lekarzy. Wydawałoby się, że jeśli analizujemy najmłodszą grupę, to będzie ją charakteryzować większa aktywność fizyczna, tymczasem według ich deklaracji – uprawianie sportu znalazło się dopiero na siódmym miejscu. Najrzadziej wskazywane były: udział w bezpłatnych badaniach profilaktycznych i korzystanie z medycyny alternatywnej. Jak pokazują dane, pomimo wysokiej oceny stanu zdrowia, badana grupa nie podejmowała działań podtrzymujących potencjał własnego ciała, nie myślała o problemach zdrowotnych, które mogą pojawić się w starszym wieku.

Najmłodsza grupa badanych, częściej od pozostałych, wykorzystywała wszystkie udogodnienia (tabela 9). Na sprawne poruszanie się w świecie nowoczesnych technologii (tj. Internet, poczta mailowa, programy komputerowe-

we) wpływał wiek (im młodszy badani, tym częściej wykorzystywali owe technologie), poziom wykształcenia (częściej były to osoby z wykształceniem wyższym i licencjackim niż średnim ogólnokształcącym) oraz wykonywany zawód (wyższa kadra kierownicza, specjaliści).

Tabela 9. Wykorzystywane udogodnienia w życiu codziennym** (w %)

Udogodnienia	Ogółem	45–49	50–54	55–59	60–65
	N* = 1500	N* = 408	N* = 447	N* = 341	N* = 304
Telefon komórkowy	76,1	90,0	79,7	75,7	53,0
Internet (jako źródło informacji)	33,3	52,7	34,0	26,9	13,8
Poczta mailowa	21,7	34,9	20,3	20,0	8,2
Programy komputerowe	12,0	20,1	11,6	10,9	3,0
Inne nowoczesne udogodnienia	0,3	0,5	0,0	0,6	0,0
Nie korzystam z żadnych technologii	20,5	8,5	17,0	20,1	42,1

* – liczba respondentów; ** – pytanie z opcją wielokrotnego wyboru – odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

Najmłodszy badani nie myśleli o przyszłości w dłuższej perspektywie czasowej – częściej był to jedynie 1 rok niż 2–5 lat (tabela 10). Raczej koncentrowali się na tym, co dzieje się w ich życiu obecnie, nie planowali odległej przyszłości. Zaledwie 1,3% badanych wskazywało perspektywę 10 lat. Wpływ na taką postawę miało zapewne doświadczanie szybkich i częstych zmian dokonujących się w wielu sferach życia po okresie transformacji, a tym samym poczucie nieprzewidywalności i braku możliwości oddziaływania na pojawiające się zmiany.

Tabela 10. Perspektywa czasu w przypadku myślenia o przyszłości (w %)

Przedział czasu	Ogółem	45–49	50–54	55–59	60–65
	N* = 1500	N* = 408	N* = 447	N* = 341	N* = 304
2–5 lat	41,2	38,7	38,3	48,9	40,1
Rok	38,5	41,1	37,5	35,2	39,8
Miesiąc	14,3	12,8	14,8	12,9	17,1
Inne	4,4	6,1	6,7	1,8	1,6
Brak odpowiedzi	1,7	1,2	2,7	1,2	1,3
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* – liczba respondentów.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

Ponad połowa badanych z tej grupy wieku była w sytuacji, która nie pozwalała im mieć poczucia bezpieczeństwa na przyszłość (tabela 11).

Tabela 11. Poczucie bezpieczeństwa na przyszłość (w %)

Deklaracje	Ogółem	45–49	50–54	55–59	60–65
	N* = 1500	N* = 408	N* = 447	N* = 341	N* = 304
Tak	44,5	45,3	4,7	41,9	46,0
Nie	55,2	54,7	54,9	57,5	53,7
Brak odpowiedzi	0,3	0	0,5	0,6	0,3
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* – liczba respondentów.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

Najmłodsza grupa wieku rzadziej wskazywała (niż starsi), że obawia się w przyszłości: choroby, niepełności, utraty pamięci (że ufa zapewne swojemu organizmowi, że pozostanie w takiej kondycji jak obecnie również w przyszłości), ale częściej: utraty samodzielności, bycia ciężarem dla innych, złych warunków życia, trudności z utrzymaniem się, a także samotności, utraty osób bliskich (tabela 12). Obawy o sytuację materialną w przyszłości wynikać mogły, podobnie jak i w dwu starszych grupach wieku, z nieodpowiedniego poziomu wynagrodzenia (blisko połowa aktywnych zawodowo uważała, że jest zbyt nisko wynagradzana).

Tabela 12. Największe obawy dotyczące przyszłości** (w %)

Obawy	Ogółem	45–49	50–54	55–59	60–65
	N* = 1500	N* = 408	N* = 447	N* = 341	N* = 304
Choroba, niepełność, utrata pamięci	51,5	45,6	52,1	53,6	56,0
Utrata samodzielności, bycie ciężarem dla innych	19,0	20,3	18,6	18,5	18,4
Samotność, utrata osób bliskich	9,9	10,8	9,8	9,7	9,2
Złe warunki życia, trudności z utrzymaniem się	8,3	10,6	8,2	8,8	4,9

* – liczba respondentów; ** – odpowiedzi nie sumują się do 100% – wybrane zostały tylko najczęściej wskazywane cztery obawy.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

Różnice w kompozycji elementów stylu życia: w sferze pracy – najczęściej wskazywano średni stopień satysfakcji z wykonywanej pracy; w sferze aktywności – ta grupa najczęściej wskazywała na udzielanie się w partii, związkach

zawodowych; w sferze czasu wolnego – częściej nadrabianie zaległości w pracy zawodowej i domowej; uczestnictwo w kulturze – częstsze bywanie w kinie, teatrze; w sferze zdrowia – ta grupa lepiej niż starsze roczniki, oceniła swój stan zdrowia, wśród działań prozdrowotnych najczęściej wskazywała na stosowanie diety i uprawianie sportu; w sferze nowoczesnych technologii – ta grupa najczęściej wykorzystywała wszystkie wymienione udogodnienia; w myśleniu o przyszłości były częstsze wskazania przedziału 1 roku; obawy dotyczące przyszłości – częściej utrata samodzielności, bycie ciężarem dla innych; złe warunki życia, trudności z utrzymaniem się oraz samotność, utrata osób bliskich.

Grupa 50–54-latków

W tej grupie wiekowej znalazło się najwięcej osób aktywnych zawodowo, niezadowolonych z poziomu wynagrodzenia (zbyt niski).

O osobach 50+ mówi się w mediach, w dyskursie publicznym, że nie chcą pracować, a jedynie uciec na wcześniejszą emeryturę, a o pracodawcach tych osób, że nie chcą ich zatrudniać. Stąd też przygotowywane zostały programy aktywizacji kierowane do tej grupy, m.in.: „Solidarność pokoleń” (dotyczy m.in.: finansowania podnoszenia kwalifikacji, zmniejszenia kosztów pracy dla pracodawcy itp.). W tym zakresie działa także Forum 50+ Seniorzy XXI wieku. Głównymi celami są: szerzenie kampanii przeciw dyskryminacji ze względu na wiek, podejmowanie wspólnych działań zmierzających do poprawy jakości życia, nagłaśnianie problemów i potrzeb tej grupy wieku, promowanie zdrowia i aktywnego stylu życia, a także wzajemne uczenie się i wymiana doświadczeń.

Działania takie są niewątpliwie potrzebne, albowiem 62,4% osób z tej grupy jest usatysfakcjonowana w stopniu średnim z wykonywanej pracy. Jednak relacje panujące w zakładzie pracy zostały ocenione pozytywnie.

Ponad 53% badanych zadeklarowało, że ma dobre relacje z bezpośrednimi przełożonymi, a 56% – dobre relacje ze współpracownikami (tabela 3).

W tej grupie również najczęściej podejmowaną aktywnością społeczną (tabela 4) było indywidualne działanie na rzecz społeczności lokalnej, sąsiadów oraz we wspólnotach mieszkańców. Z dużo mniejszym zaangażowaniem udzielali się badani w organizacjach obywatelskich.

Ta grupa wieku, podobnie jak pozostałe, preferowała spędzanie czasu wolnego w sposób bierny – przed telewizorem (tabela 5). Zamiast na odpoczynek dzień wolny przeznaczali respondenci tej grupy na nadrabianie zaległości w pracy domowej bądź zawodowej. Formą relaksu w wolne dni były spotkania ze znajomymi lub rodziną, rzadziej czytanie książek czy realizowanie hobby. Zdecydowanie najmniej wolnego czasu przeznaczali ci badani na chodzenie

do kin/teatrów, co mogło wynikać z braku czasu lub ograniczonej/mało interesującej oferty, która nie zaspokajała potrzeby uczestnictwa w tego rodzaju wydarzeniach.

Blisko 45% osób z tej grupy oceniała swój stan zdrowia (tabela 6) jako dobry, a ponad 30% jako taki sobie (ani dobry, ani zły). Stan zdrowia oceniony został przez badanych nieco lepiej niż w dwu starszych grupach, ale gorzej niż w młodszej. Podobnie jak w grupie 55–59-latków ponad 60% badanych zadeklarowało, że dba o zdrowie i kondycję psychofizyczną (tabela 7). Na pierwszym miejscu wśród działań wpływających na zdrowie i kondycję (tabela 8), podobnie jak w pozostałych grupach, znalazło się niestosowanie używek. Dla tej grupy, jak i dla starszych badanych, jest charakterystyczne, że wyżej w hierarchii podejmowanych działań znalazły się te promedyczne (przestrzeganie zaleceń lekarzy czy robienie badań profilaktycznych) niż te prozdrowotne (uprawianie sportu, stosowanie diety). Takie podejście z jednej strony wiązało się być może z wysoką samooceną stanu zdrowia, a z drugiej – z niską świadomością na temat zagrożeń wywołanych brakiem ruchu, nieodpowiednią dietą czy stresem.

Wśród wykorzystywanych nowoczesnych technologii w życiu codziennym (tabela 9) podobnie jak we wszystkich grupach, telefon komórkowy był najczęściej wskazywanym udogodnieniem (79,7%). W przypadku pozostałych do wyboru udogodnień widoczne było ich rzadsze wykorzystywanie niż w grupie najmłodszych. W przeciwieństwie do najmłodszych roczników ta grupa ma nieco dłuższą perspektywę czasową – częściej wskazywała przedział 2–5 lat niż 1 roku (tabela 10). Jednak nie opracowała strategii, która pozwoliłaby na bezpieczne patrzenie w przyszłość po zakończeniu aktywności zawodowej, co wiązało się z jej obawami w tym względzie.

W tej grupie wieku ponad połowa osób, podobnie jak w pozostałych, oceniała niekorzystnie aktualną sytuację – patrzyła z lękiem w przyszłość (tabela 11). Do największych obaw dotyczących przyszłości (tabela 12), podobnie jak w pozostałych pięcioletnich grupach wieku, zaliczone zostały: choroba, niepełność, utrata pamięci (z wiekiem wzrastały obawy dotyczące zdrowia), utrata samodzielności, bycie ciężarem dla innych, złe warunki życia, trudności z utrzymaniem się (rozkład danych pokazuje, że im niższa ocena otrzymywanego wynagrodzenia, tym większe obawy dotyczące sfery materialnej przyszłości) oraz samotności, utrata osób bliskich. Pomimo obaw i lęku przed przyszłością i ta grupa badanych nie przygotowywała się aktywnie do starości.

Różnice w kompozycji elementów stylu życia są następujące: tę grupę najtrudniej jest scharakteryzować. Odpowiedzi, jakich udzielała, w kilku przypadkach, były zbliżone bądź do grupy 45–49-latków (np. myślenie o przyszłości przedział 2–5 lat, średni stopień satysfakcji z pracy, poczucie bezpieczeństwa na przyszłość), bądź 50–54-latków (np. dbanie o zdrowie i kondycję psychofizyczną). Dla tej grupy badanych charakterystyczne było to, co wskazy-

wała/deklarowała najrzadziej spośród wszystkich badanych roczników. W sferze aktywności społecznej w tej grupie najrzadziej zaznaczano działanie w partii politycznej czy w związkach zawodowych; w sferze czasu wolnego – najrzadziej wskazywano spotkania z rodziną; uczestnictwo w kulturze – najrzadziej czytanie książek, realizowanie hobby; w sferze zdrowia – najczęściej spośród wszystkich grup deklarowano udział w bezpłatnych badaniach profilaktycznych, a najrzadziej niestosowanie używek. Ta grupa badanych rzadziej niż młodsi wykorzystywała nowoczesne technologie w życiu codziennym, a także gorzej niż oni oceniała swój stan zdrowia. Ponadto badani z tej grupy czuli się zbyt nisko wynagradzani, ale deklarowali najczęściej, że mają dobre relacje z bezpośrednimi przełożonymi.

Grupa 55–59-latków

W tej grupie wieku, również wśród aktywnych zawodowo, znalazły się osoby, które uważały, że są zbyt nisko wynagradzane w stosunku do wkładanego wysiłku w wykonywaną pracę (47,5%), ale też 42,2% wskazało, że są wynagradzani odpowiednio do wysiłku (tabela 1). W tej grupie było ponad 50% usatysfakcjonowanych w stopniu średnim z wykonywanej pracy, a w stopniu wysokim – ponad 30%. W przypadku tej odpowiedzi widoczna była zależność oceny od wieku badanych – im młodsi, tym częstsze wskazania średniego stopnia, a im starsi – wysokiego (tabela 13).

Tabela 13. Ocena odczuwanej satysfakcji z wykonywanej pracy (w %)

Stopień odczuwanej satysfakcji	Ogółem N* = 864**	45–49 N* = 321	50–54 N* = 295	55–59 N* = 185	60–65 N* = 63
Wysoki	28,9	29,6	24,0	33,0	36,5
Średni	59,8	62,6	62,4	54,0	50,8
Niski	9,3	6,9	10,8	11,9	6,5
Wcale	0,8	0,3	1,7	0,5	0,0
Brak odpowiedzi	1,2	0,6	1,0	0,5	6,3
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* – liczba respondentów; ** – na pytanie udzielali odpowiedzi respondenci o stażu pracy wynoszącym 10 lat lub więcej, którzy są aktywni zawodowo.

Źródło: Badania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2007.

Ponad połowa aktywnych zawodowo osób z tej grupy wieku oceniła swoje relacje z bezpośrednimi przełożonymi jako dobre, ale też ponad 25% jako bardzo dobre (tabela 2). Pomimo niezadowolenia z poziomu wynagrodzenia i średniego stopnia usatysfakcjonowania z wykonywanej pracy dla tej grupy

badanych istotne były dobre relacje ze współpracownikami w miejscu pracy. Istniejące relacje jako dobre oceniło 60% aktywnych zawodowo z tej grupy.

Przedstawiciele tej grupy wieku preferowali indywidualne działania na rzecz społeczności lokalnej i/lub sąsiadów. Miejsce w sferze polityki (partia, związki zawodowe) oraz w trzecim sektorze ustępowali młodszemu rocznikom. Natomiast w ograniczonym stopniu, ale również podejmowali działalność w wolontariacie.

Ta grupa badanych nie dba o aktywny wypoczynek w czasie wolnym (tabela 5). Poświęca go na nadrobienie zaległości w pracy zawodowej, stawiając wyżej pracę niż własne zdrowie, co zapewne w niedługim czasie odczują (osłabienie, przemęczenie organizmu, koszty leczenia). Część czasu wolnego badani przeznaczali na spotkania w gronie przyjaciół lub rodziny. Badani z tej grupy nie byli również aktywni kulturalnie – ich uczestnictwo ograniczało się najczęściej do oglądania telewizji, rzadziej do czytania książek czy realizowania hobby oraz sporadycznego kontaktu z „kulturą wyższą” – bywania w teatrze.

Zdania na temat oceny zdrowia w tej grupie były podzielone: 39,3% badanych wskazało dobry stan zdrowia, a 39,4% – taki sobie (tabela 6). Ponad 60% osób z tej grupy deklarowało, że dba o zdrowie i kondycję psychofizyczną (tabela 7). W tej grupie wieku, podobnie jak we wszystkich innych, na pierwszym miejscu znalazło się wśród działań prozdrowotnych (tabela 8) niestosowanie używek. Należy przypuszczać, że osoby, które oceniły lepiej stan zdrowia, mniej wysiłku wkładali w dbałość o nie (wskazywali częściej wysypianie, unikanie stresu). Natomiast osoby oceniające gorzej swój stan zdrowia skłaniały się do wykonywania badań profilaktycznych, przestrzegania zaleceń lekarzy. Na odległych miejscach w hierarchii działań znalazło się uprawianie sportu i stosowanie diety. I ta grupa nie budowała potencjału własnego ciała na przyszłość, chociaż się jej obawiała w tej kwestii.

Ta grupa w jeszcze mniejszym stopniu (tu istotną rolę odgrywał wiek i poziom aktywności zawodowej) wykorzystywała nowoczesne udogodnienia. Na pierwszym miejscu spośród nich znalazł się telefon komórkowy jako nieodłączny atrybut człowieka XXI wieku (tabela 9).

I w przypadku tej grupy widoczna jest zależność długości perspektywy czasowej od wieku. Im starsi badani (poza najstarszą grupą), tym częściej wskazywali przedział 2–5 lat niż 1 roku. Jak pokazują badania¹³, osoby po 50. roku były zorientowane na przyszłość, a wskaźnikami tej orientacji była liczba celów oraz odległość tych celów w czasie. Zazwyczaj dotyczyło to celów, które są możliwe do realizacji w czasie dwóch lat. Takim celem może być wyjście z rynku pracy, przejście na emeryturę.

¹³ C. Nosal, B. Bajcar, *Czas psychologiczny: wymiary, struktura, konsekwencje*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2004.

Przedstawiciele tej grupy, częściej niż młodsze roczniki, wskazywali na brak bezpieczeństwa na przyszłość. Odwołując się do wyników badań¹⁴, ich przyszłościowa perspektywa czasowa zależała od sposobu postrzegania wcześniejszych doświadczeń i posiadanych umiejętności antycypacji. W istotnym „patrzeniu w przyszłość” jest także to, ile ludzie mają kontroli nad tym, do czego zmierzają i czy przewidują jakieś utrudnienia. Orientacja na przyszłość może być także lękowa, zwłaszcza wtedy, gdy przewiduje się zmiany na gorsze¹⁵. Ten typ orientacji charakteryzował wszystkie badane roczniki.

Podobnie jak pozostałe grupy i ta obawia się najbardziej w przyszłości: choroby, niedołężności, utraty pamięci. Natomiast w mniejszym stopniu: utraty samodzielności, bycia ciężarem dla innych. Najmniej badani obawiali się: samotności, utraty osób bliskich oraz złych warunków życia, trudności z utrzymaniem się (tabela 12).

Różnice w kompozycji elementów stylu życia pomiędzy omawianą grupą a pozostałymi były następujące: w sferze pracy, częściej niż pozostałe grupy ta deklarowała, że jest wynagradzana odpowiednio i ma dobre relacje ze współpracownikami; w sferze aktywności społecznej ta grupa częściej wskazywała na udzielanie się w wolontariacie oraz podejmowanie indywidualnych działań na rzecz społeczności lokalnej, sąsiadów; w sferze czasu wolnego – najrzadziej deklarowała spotkania ze znajomymi; uczestnictwo w kulturze – najczęściej czytanie książek; w sferze zdrowia – stan zdrowia został oceniony gorzej niż u młodszych roczników, wśród działań z zakresu dbania o zdrowie najczęściej wymieniano: wysypianie się, robienie badań profilaktycznych oraz medycynę alternatywną; myślenie o przyszłości – najczęściej deklarowano przedział 2–5 lat; ta grupa najczęściej wskazywała, że nie ma poczucia bezpieczeństwa na przyszłość i wskazywała częściej niż młodsze roczniki: chorobę, niedołężność, utratę pamięci, a rzadziej utratę samodzielności, bycia ciężarem dla innych; złe warunki życia, trudności z utrzymaniem się oraz samotność, utratę osób bliskich.

Grupa 60–65-latków

Ponad 41% spośród osób aktywnych zawodowo oceniała, że jest zbyt nisko wynagradzana, a 38% czuje się odpowiednio wynagradzana (tabela 1). Również co do oceny stopnia satysfakcji z wykonywanej pracy zdania są podzielone: 50,8% osób wskazywało stopień średni, a 36,5% – wysoki (tabela 13). W tym przypadku poziom satysfakcji z pracy wiązał się z wiekiem (im starsi badani, tym większa satysfakcja z wykonywanej pracy). Aktywni zawo-

¹⁴ S. Steuden, M. Marczuk, *Starzenie się a satysfakcja z życia*, op. cit.

¹⁵ R. Nawrat, *Orientacja temporalna. Przegląd Techniki pomiaru i wyników badań*, „Przegląd Psychologiczny” 1981, nr 1.

dowo z tej grupy ocenili pozytywnie swoje relacje zarówno z bezpośrednimi przełożonymi (jako dobre – 38,2% i bardzo dobre – 25,3%), jak i ze współpracownikami (jako dobre – 41,3% i bardzo dobre – 27% (tabele 2 i 3).

Rozkład danych wskazuje, że najstarsi badani ograniczali swoją działalność partyjno-związkową oraz w wolontariacie (pozostawiają tę sferę młodszym), ale byli aktywniejsi w działaniach na rzecz najbliższego otoczenia (sąsiadów, wspólnoty mieszkaniowej) oraz w organizacjach pozarządowych (tu młodszy ustępowali im pola do działania). Takie podejście wiązało się być może z negatywnymi doświadczeniami z przeszłości, brakiem zaufania do opcji politycznych, ale również z wycofaniem z życia zawodowego (rezygnacja w działaniu w związkach zawodowych) (tabela 4).

Ta grupa badanych, podobnie jak pozostałe, w niewielkim stopniu uczestniczyła w kulturze (raczej oglądała telewizję niż chodziła do teatru czy kina), w sposób bierny spędzała czas wolny (zajęcia niewymagające ruchu, wysiłku fizycznego). Na przykładzie tej grupy widoczna była zależność ograniczania aktywności w wielu sferach od wieku. Im starsze osoby tym bardziej ograniczały aktywność, zamykając się w domu, ewentualnie w gronie znajomych czy rodziny. Jak wskazują wcześniejsze badania¹⁶, głównym obszarem aktywności osób starych w Polsce są: rodzina, telewizja, Kościół. Starzy ludzie są zamykani/lub sami się zamykają w sferze domowo-rodzinnej, m.in. ze względu na brak konkretnych wzorów aktywnego życia na emeryturze.

Ta grupa najgorzej oceniła swój stan zdrowia – 45,4% jako taki sobie, a 31,6% jako dobry (tabela 6). Odwołując się do wcześniejszych badań¹⁷ można stwierdzić, że na samoocenę zdrowia poza czynnikami zdrowotnymi czy demograficznymi, aktywnym spędzaniem czasu wolnego, wpływało także zadowolenie z obecnego życia i dokonań życiowych.

Z rozkładu danych wynika, że ta grupa najczęściej deklarowała dbałość o zdrowie i kondycję psychofizyczną.

Jednak wśród działań podejmowanych w tym zakresie, jak pokazują dane z tabeli 8, wymieniano najczęściej: niestosowanie używek, przestrzeganie zaleceń lekarzy, unikanie stresu, wysypianie się i robienie badań profilaktycznych. Ta grupa badanych nie prowadziła zdrowego stylu życia, choć deklarowała dbałość o zdrowie i kondycję, unikała aktywności fizycznej (która mogłaby poprawić nieco kondycję lub zahamować jej pogorszenie) oraz odpo-

¹⁶ B. Synak, *Polska starość*, op. cit.; E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2003.

¹⁷ M. Mianowany, W. Drygas, *Ocena zależności między wybranymi cechami społeczno-demograficznymi a samooceną stanu zdrowia starszych mieszkańców Łodzi*, [w:] J. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s. 160; M. Halicka, W. Pędzich, *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, op. cit., s. 224–225; B. Bień, *Stan zdrowia i sprawność ludzi starych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, op. cit., s. 36–41.

wiedniego żywienia. Można powiedzieć, że jest to „odziedziczony” model godzenia się ze swoim wiekiem, biernego trwania, podtrzymywania kondycji zdrowotnej farmakologicznie. Ponadto, jak pokazują również inne badania, starsi ludzie nie przywiązują dużej wagi do sposobu odżywiania się jako działania wpływającego na poprawę stanu zdrowia¹⁸.

Warto dodać, że ta grupa badanych wycofywała się również ze świata nowoczesnych technologii, wykorzystywała jedynie telefon komórkowy jako codzienne udogodnienie (tabela 9).

Przedstawiciele tej grupy badanych myśleli o przyszłości bądź w kategoriach 2–5 lat (40,1%), bądź 1 roku (39,8%) (tabela 10). Dłuższy horyzont czasu wiązać się może z ustabilizowaną sytuacją rodzinną oraz zawodową badanych. Nie musieli lękać się utraty pracy lub dłuższego pozostawania na rynku pracy, mieli zapewnione świadczenia emerytalne wypłacane przez jedną firmę z gwarancjami.

Ponad 53% osób z tej grupy nie miało poczucia bezpieczeństwa na przyszłość (tabela 11). Również i ona obawiała się najbardziej: chorób, niepełności, utraty pamięci, utraty samodzielności, bycia ciężarem dla innych, samotności, utraty osób bliskich, mniej złych warunków życia, trudności z utrzymaniem się (tabela 12).

A oto różnice w kompozycji elementów stylu życia: sfera pracy – w tej grupie znalazło się najmniej osób aktywnych zawodowo, ale tu najczęściej wskazywano wysoki stopień satysfakcji z wykonywanej pracy; sfera aktywności społecznej – najczęściej deklarowano działalność w organizacjach pozarządowych; czas wolny – to najczęściej oglądanie telewizji; uczestnictwo w kulturze – hobby; sfera zdrowia – samooceny gorsze niż u młodszych roczników, natomiast częstsze wskazania dotyczące dbałości o zdrowie, wśród działań prozdrowotnych wymieniano najczęściej: niestosowanie używek, unikanie stresu, przestrzeganie zaleceń lekarzy; sfera nowoczesnych technologii – częściej opcja „nie korzystam”; myślenie o przyszłości – ta grupa rzadziej od pozostałych deklarowała, że nie ma poczucia bezpieczeństwa na przyszłość. Jednak wśród obaw dotyczących przyszłości najczęściej wskazywała – chorobę, niepełność, utratę pamięci.

¹⁸ E. Wierzbicka, W. Roszkowski, *Nieprawidłowości w żywieniu wybranej grupy osób starszych oraz propozycje zmian w kierunku prozdrowotnym*, [w:] J. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, op. cit., s. 149.

3. Podsumowanie

Odwołując się do Margaret Mead i jej koncepcji trzech kultur, biorąc pod uwagę chociażby wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania badanych, można powiedzieć, że im starsze osoby, gorzej wykształcone i mieszkające w mniejszych skupiskach, tym większe prawdopodobieństwo, że tkwią nadal w kulturze postfiguratywnej, w której liczą się wartości przekazywane przez starszych i instytucje, które je reprezentują, tj. rodzinę, szkołę, zakład pracy. Ta grupa badanych, w odróżnieniu od innych, jest bardziej zamknięta na zmiany. Tym osobom jest trudniej odnaleźć się w porządku posttradycyjnym, zglobalizowanym, z informatyzowanym światem, koniecznych codziennych wyborów, a tym, co ich odgranicza w wyborach, jest tradycja¹⁹.

Natomiast im młodsze osoby, lepiej wykształcone, mieszkające w większych miastach, tym większe prawdopodobieństwo, że są reprezentantami kultury typu kofiguratywnego, gdzie znaczącą rolę odgrywają rówieśnicy oraz media. Te osoby chętniej spotykają się ze znajomymi niż z rodziną, wykorzystują w większym stopniu nowoczesne udogodnienia, są też bardziej skłonne do wprowadzania zmian w swoim życiu niż reprezentanci wspomnianego wcześniej typu kultury.

Wybór pracy i środowiska pracy jest istotnym czynnikiem wyboru stylu życia. Jak podkreśla Pierre Bourdieu, zróżnicowanie stylów życia w zależności od grupy społecznej nie jest jedynie efektem różnic klasowych w sferze produkcji, ale kluczowym strukturyzującym czynnikiem stratyfikacji społecznej. Pracujący badani pozytywnie oceniają relacje z bezpośrednimi przełożonymi i współpracownikami w zakładzie pracy. Są w średnim stopniu usatysfakcjonowani z wykonywanej pracy, uważając, że są zbyt nisko wynagradzani w stosunku do wysiłku wkładanego w wykonywaną pracę. Takie oceny sytuacji finansowej i zawodowej rodzą obawy dotyczące przyszłości (złe warunki życia, trudności z utrzymaniem się), także wpływają na stan zdrowia (stres, frustracje). Poziom ocen dokonywanych przez badanych zależał głównie od ich wieku, poziomu wykształcenia, im te zmienne przyjmowały wyższe wartości, tym wyższe oceny i stopnie satysfakcji.

Jak wskazują inne badania²⁰, co trzeci Polak deklaruje, że w ciągu ostatnich pięciu lat zmniejszył się zasób wolnego czasu, którym dysponuje. W tym badaniu z deklaracji ankietowanych wynika, że dominują wzorce biernego spędzania czasu wolnego (przeważają czynności sedencyjne, tj. „osiadłe”, niewymagające ruchu, a zwłaszcza przemieszczeń, m.in. oglądanie telewizji, czyta-

¹⁹ A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

²⁰ *Co Polacy robią w czasie wolnym?*, Komunikat z badań CBOS (BS/124/2006), Warszawa 2006.

nie książek, uprawianie niektórych rodzajów hobby), z naciskiem na ludyczną sferę życia, m.in. na spotkania ze znajomymi lub rodziną. Ten czas wolny jest nierówno dystrybuowany, zamiast na odpoczynek przeznaczany jest na nadrabianie zaległości czy pracę²¹. Współcześnie to media dyktują styl kultury²², określają horyzont aspiracji, pozwalają na tworzenie wyobrażonych tożsamości, wyobrażenia stają się motorem do działania. Jest ona codzienną pracą umysłową, elementem życia codziennego. Marzenia dają sposobność do znalezienia przestrzeni dla realizacji życia, doświadczania emocji, wrażeń. Chętnie oglądane seriale czy filmy przenoszą odbiorców do innego, często lepszego świata ludzi sukcesu, pięknych, młodych, co pozwala niejednokrotnie zapomnieć o swoim życiu i żyć problemami ulubionych postaci, gwiazd podkultury. Tego rodzaju audycje są łatwe w odbiorze i nie wymagają szczególnych kompetencji. Media kreują również konsumpcję, a tym samym zagospodarowanie części czasu wolnego. Czas wolny został „utowarowiony” i stał się wyróżnikiem czy też wskaźnikiem prac, zajęć klas społecznych i posiadanych zasobów pieniężnych.

Można powiedzieć za Andrzejem Tyszką, że: *styl życia wyraża równowagę między aspiracjami, świadomością potrzeb, upodobaniami a możliwością ich zaspokajania. Zależność stylu życia od ekonomicznych czynników jest oczywista, ponieważ chociażby możliwość realizacji zainteresowań estetycznych, upodobań konsumpcyjnych, aspiracji towarzyskich czy określonych wzorów odpoczynku ma swój aspekt ekonomiczny. Na ich realizację trzeba mieć odpowiednie możliwości finansowe. Jednakże owe możliwości nie determinują stylu życia, stanowią jego niezbędny warunek. Jak pokazują liczne badania, można przy jednakowych dochodach bardzo różnorodnie wydatkować swoje zasoby (zwłaszcza ich nadwyżki), by realizować np. w różnorodny sposób uczestnictwo kulturalne. Decyduje o tym przyswojony układ wartości i celów, a także zależny od wyposażenia kulturowego sposób realizacji tych celów*²³.

Dość rzadko badani deklarowali bywanie w teatrze i/lub kinie. Tę opcję wskazywali młodszy, lepiej wykształceni i mieszkający w większych miastach. Uczestnictwo w kulturze ograniczało się raczej do oglądania telewizji i, rzadziej, do czytania książek lub oddawania się hobby. Jak twierdzi Andrzej Siciński: *wysokie kompetencje kulturowe, znajomość „kultury wyższej” nie cieszą się wysokim prestiżem społecznym, aczkolwiek bywają przedmiotem*

²¹ H. Palska, *Czy nowe style życia Polaków? Wybrane wymiary stylu życia „ludzi sukcesu”*, [w:] H. Domański i in., *Jak żyją Polacy*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2000, s. 343.

²² A. Appadurai, *Nowoczesność bez granic. Kulturowe wymiary globalizacji*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2005.

²³ A. Tyska, *Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1972, s. 105–106.

*aspiracji*²⁴. Ponadto duża część społeczeństwa nie odczuwa potrzeby poszerzania kompetencji kulturalnych, możliwości intelektualnych, nie chce rozumieć siebie i świata. Natomiast telewizja (i inne instytucje upowszechniania kultury) w coraz mniejszym stopniu chce i potrafi rozpowszechniać wartości i wytwory kultury wyższej, wymagającej refleksji i pewnych kompetencji, z którą kontakt nie jest łatwy²⁵.

Jak wynika z badań dotyczących posiadania i korzystania z nowoczesnych technologii²⁶, połowa dorosłych Polaków ma w swoim gospodarstwie domowym komputer osobisty, a dostęp do Internetu w domu podaje 40% ankietowanych. Wyposażenie gospodarstw domowych w komputery i dostęp do Internetu uzależnione jest od sytuacji materialnej i związanego z nią wykształcenia badanych oraz od miejsca zamieszkania. Im lepsze (we własnej ocenie) warunki materialne i wyższe wykształcenie respondentów oraz większe miao, tym większe prawdopodobieństwo, że mają w domu komputer i dostęp do Internetu. Wraz z wiekiem maleje prawdopodobieństwo korzystania z Internetu, poczty mailowej, telefonów komórkowych i programów komputerowych. Korzystanie z nowoczesnych technologii jest domeną młodych ludzi (w tym badaniu – młodzi to osoby będące w wieku 45–49 lat).

Wszystkie analizowane podgrupy w mniejszym lub większym stopniu obawiają się przyszłości, a zwłaszcza swojego stanu sprawności czy zdrowia. Stan zdrowia lepiej oceniają młodsze roczniki badanych o wyższym poziomie wykształcenia. Jednak badani nie dbają zbyt o zdrowy styl życia, a zwłaszcza o takie jego elementy, jak: kondycja fizyczna, odpowiednia dieta, badania profilaktyczne, unikanie stresu czy wysypianie się. Badani deklarowali najczęściej, że nie stosują używek. Można powiedzieć, że zachowania prozdrowotne są wyznaczane w znacznej mierze przez kontekst społeczno-kulturowy. Określone praktyki są efektem obiektywnych możliwości realizowania określonych zachowań warunkowanych pozycją społeczną i czynnikami strukturalnymi (im młodszy wiek, wyższe wykształcenie, pozycja zawodowa, sytuacja materialna, tym chętniej podejmowane są takie działania). Na te zachowania i praktyki mają także wpływ wytwórcy określonych dóbr i usług dla konsumentów (liczne promocje zdrowych produktów, ale też kawy, piwa itp.). Impulsem do działania prozdrowotnego jest też świadomość zdrowotna, ocena stanu zdrowia, stopień zaabsorbowania problemami zdrowotnymi. Ważna jest także wiara we własne możliwości i stopień zaufania do medycyny. Przyglądając się działaniom podejmowanym przez badanych, można zaobser-

²⁴ A. Siciński, *Styl życia. Kultura. Wybór*, op. cit., s. 163.

²⁵ Ibidem, s. 164.

²⁶ *Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce*, Komunikat z badań CBOS (BS/138/2007), Warszawa 2007.

wować dwa podejścia²⁷. Pierwsze – charakterystyczne dla starszych roczników – medyczne: niestosowanie używek, przestrzeganie zaleceń lekarzy, badania profilaktyczne, korzystanie z medycyny alternatywnej, udział w badaniach bezpłatnych. Drugie – charakterystyczne dla młodszych roczników – prozdrowotne: większa wiara we własne możliwości zmiany i/lub poprawy stanu zdrowia, stosowanie diety, uprawianie sportu, wysypianie się, unikanie stresu, ale też niestosowanie używek. Jednakże w dużej mierze są to deklaracje, które można zweryfikować, przeglądając statystyki dotyczące chorób (np. układu krążenia). Z badań przeprowadzonych przez CBOS²⁸ wynika, że respondenci deklarują dbałość o zdrowie, wskazują na nie jako na wartość, ale nie podejmują działań prozdrowotnych. Ponadto od kilku lat panuje przekonanie, że zdrowy styl życia jest kosztowny (pochłanianie czasu i pieniądze – na aktywność fizyczną i produkty dietetyczne, ekologiczne itp.). To badanie pokazuje, że ankietowani nie są usatysfakcjonowani z poziomu wynagrodzenia oraz obawiają się kłopotów ze zdrowiem w przyszłości, jednak w niewielkim stopniu dbają o nie teraz, nie budują kapitału własnego ciała (zwłaszcza starsze roczniki).

Perspektywa czasowa²⁹, czyli okres, jaki jednostka bierze pod uwagę w projektowaniu, przewidywaniu i realizowaniu swoich działań³⁰, sięga maksymalnie u badanych do pięciu lat. Stosunek do czasu zależy od czynników: kulturowych, fazy życia człowieka, jego cech osobowościowych, stosunku do wydarzeń zachodzących w czasie, czynników fizjologicznych³¹. Na postawę wobec czasu, jego wartościowania mają także wpływ problemy stabilności życia, ciągłości, poczucie zakorzenienia lub tymczasowości, odczuwanie tempa zmian i stosunek do zmian³². Jak pokazały badania amerykańskie, istnieje zależność długości perspektywy czasowej od przynależności do klasy społecznej (klasy niższe mają najkrótszą perspektywę czasową). Ponadto dążenia do zachowania statusu tworzą długą perspektywę czasową, natomiast zaspokajanie potrzeb ekonomicznych, zwłaszcza konsumpcyjnych, zawęża perspektywę czasową tylko ku teraźniejszości. Jak się okazuje, dominująca perspektywa czasowa jest łączona w kulturze z określoną, dominującą sferą życia. Gdy obserwujemy priorytet sfery ekonomiczno-kulturalnej, mamy do czynienia z dominacją przyszłości, jeśli sfery religijnej i rekreacyjnej – z dominacją teraźniej-

²⁷ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie*, op. cit., s. 41–42.

²⁸ *Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce*, Komunikat z badań CBOS (BS/138/2007), Warszawa 2007.

²⁹ Stosowana jest zamiennie z orientacją temporalną rozumianą jako sposoby postrzegania i stosunek do różnych obszarów czasu.

³⁰ E. Tarkowska, *Czas w społeczeństwie. Problemy, tradycje, kierunki badań*, Ossolineum, Wrocław 1987.

³¹ A. Siciński, *Styl życia. Kultura. Wybór*, op. cit., s. 178.

³² E. Tarkowska, *Czas w społeczeństwie. Problemy, tradycje kierunki badań*, op. cit., s. 139.

szości, a gdy sfery intelektualnej i estetycznej – to z dominacją przeszłości³³. W tym badaniu najdłuższą perspektywą (do 5 lat) charakteryzowały się osoby ze starszych grup wieku, z wyższym wykształceniem, mieszkające w największych miastach.

Zarówno to badanie, jak i inne, pokazało, że respondenci mają określone oczekiwania w stosunku do rodziny i instytucji publicznych³⁴, ale sami nie podejmują działań zapobiegawczych. Można powiedzieć, że samowykluczają się z życia społecznego, a zamykają się w kręgu rodziny, ewentualnie znajomych i telewizji³⁵. Z ich niewielką aktywnością kulturalną i fizyczną wiązać się może, chociażby brakująca lub słabo rozwinięta infrastruktura kulturalno-sportowa, niekorzystna kondycja finansowa, która nie pozwala na korzystanie z istniejącej infrastruktury. Istotny wpływ odgrywają tu także wzory przejęte w młodości od rodziców – bierny odpoczynek, nikłe uczestnictwo w kulturze, niska samoświadomość w kwestii zdrowia (dbałość o zdrowie pozostawia się lekarzom).

W nowym typie kultury postfiguratywnej młodsze pokolenia odgrywają dominującą rolę. Tu tempo zmian jest na tyle szybkie, że stare sprawdzone wzorce zawodzą, a starsze pokolenia nie nadążają z przystosowaniem się do nich, są wręcz marginalizowane. W tym typie kultury to dzieci stają się nauczycielami, przewodnikami swoich rodziców i dziadków w nowym, niezrozumiałym dla nich świecie. Dominuje młodość, wielość wyborów, sukces, odrzucenie tradycji. W sferze wartości też następują zmiany – zdrowie jako wartość autoteliczna zamienia się w wartość instrumentalną – dzięki dobremu stanowi zdrowia będzie można więcej osiągnąć, m.in. wyższą pozycję społeczno-zawodową.

Starsze pokolenia ustępują miejsca młodszym w wielu sferach aktywności. Widać to chociażby na polu aktywności społecznej³⁶. Tu zaczynają działać młodzi ludzie urodzeni tuż przed/lub po 1989 roku. Od 2002 roku zmniejsza się odsetek osób wykazujących gotowość do wspólnych działań społecznikowskich (zwłaszcza wśród osób powyżej 64. roku życia), a także wymiar czasowy tej aktywności. Niechęć do zrzeszania się może wynikać z braku potrzeby działania, braku czasu, ale też krytycznej oceny działalności organizacji. Można przypuszczać, że na osłabienie społeczeństwa obywatelskiego może wpływać emigracja ludzi przedsiębiorczych i aktywnych, wycofywanie się z pracy społecznikowskiej, brak zaufania do niektórych instytucji i organizacji.

³³ Ibidem, s. 143, 155.

³⁴ B. Synak (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, op. cit.; R. Siemieńska, *Płeć a starość – wzory kulturowe i polityka państwa*, [w:] M. Nietyksza i in., *Spółeczeństwo w dobie przemian: wiek XIX i XX*, Wydawnictwo DiG, Warszawa 2004.

³⁵ E. Trafiałek, *Polska starość w dobie przemian*, op. cit.

³⁶ Raporty Stowarzyszenia Klon/Jawor w 2008 roku.

Badanie pokazało, że wraz z wiekiem badanych następuje ograniczanie elementów przestrzeni kulturowej. Badani są zmuszeni sytuacją (np. przejście na emeryturę) lub sami rezygnują z podejmowania działań w różnych sferach życia – wycofują się z nich. Te osoby nie charakteryzują się myśleniem perspektywnym, gotowością na zmiany, optymizmem czy zadowoleniem. Obawiają się zmian, odczuwają lęk przed niedaleką przyszłością, nie dbają o siebie, nie podejmują działań zaradczych – cedują to na młodsze pokolenia, rodzinę i wyspecjalizowane instytucje. Można powiedzieć, że faza życia wpływa (poza poziomem wykształcenia, płcią, miejscem zamieszkania) na sposób konstruowania stylu życia, dobór odpowiednich elementów. Wraz z wiekiem następuje inne rozłożenie akcentów na poszczególne sfery aktywności ludzkiej, wybory i potrzeby. Młodsze pokolenia raczej eksperymentują, układając swoje puzzle z różnych elementów, niż opracowują strategie życiowe. Starsze od nich pokolenia starają się projektować takie strategie, są otwarte na zmiany, są aktywne w wielu sferach życia, by zaspokoić swoje potrzeby, charakteryzują się też wyższym poziomem wykształcenia (w tym badaniu w najmłodszej grupie badanych znalazło się najwięcej osób z wyższym i licencjackim wykształceniem). U średniego pokolenia³⁷ nacisk położony jest raczej na sferę zawodową, pracy, nauki, rodziny, a u młodszego pokolenia bardziej na sferę aktywności towarzyskiej, fizycznej czy nauki. U najstarszego pokolenia widoczne jest wycofywanie się ze sfer aktywności zawodowej, społecznej, kulturalnej na korzyść rodzinnej czy religijnej, a także ograniczanie wyborów i potrzeb. Takie style nazwałabym jako automarginalizujące jednostkę i jej potrzeby.

Jak pokazały te badania, w społeczeństwie polskim nie ma wzoru aktywnego przygotowywania się do emerytury. Mimo że reforma ubezpieczeń społecznych z 1999 roku zwróciła uwagę na myślenie o przyszłej emeryturze (wybór OFE i inwestowanie w III filar ubezpieczeń), wiedza i skuteczność działania (zabezpieczenia finansowego) nie jest duża wśród najbardziej zainteresowanych. Badani pomimo obaw dotyczących sytuacji materialnej w przyszłości, nie są zainteresowani dłuższym pozostawianiem na rynku pracy (zwalnianiem miejsc pracy dla młodszych). Należy spodziewać się, że przyszli świadczeniobiorcy znajdą się w gorszej sytuacji finansowej niż obecni emeryci.

Problemem jest także model biernego spędzania czasu wolnego, niska aktywność fizyczna i brak dbałości o stan zdrowia. Wraz z wiekiem badanych ocena stanu zdrowia jest gorsza, ale nie są podejmowane skuteczne działania, by zadbać o dobrą kondycję. W przeciwieństwie do swoich rówieśników z innych krajów, którzy ćwiczą w parkach *tai-chi*, jogę, uprawiają jogging, Polacy

³⁷ I.A. Oliwińska, *Warszawskie Szmulki. Miejsce, ludzie, style życia*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2008.

w nikłym stopniu są zainteresowani taką formą aktywności. Jeśli osoby będące dzisiaj na przedpolu starości pozostaną biernie w tej sferze, to w niedalekiej przyszłości ich budżety zostaną obciążone znacząco wydatkami na leczenie, rodziny opieką nad nimi, częściej także będą musiały korzystać z usług medycznych i pielęgnacyjnych, a gdyby nawet chciały tak czynić, stan zdrowia i pogarszająca się sprawność fizyczna nie pozwolą na aktywność pozarodzinną.

U osób będących obecnie na przedpolu starości widoczne są „dziedziczne” po starszym pokoleniu postawy w kwestiach ograniczania aktywności. W sferze pracy „ucieczka” na wcześniejszą emeryturę czy rentę przed rosnącymi wymaganiami stawianymi w pracy, koniecznością doksztalcania, podwyższania kwalifikacji. W sferze aktywności społecznej, co pokazały opisywane powyżej wyniki badań, ograniczanie działalności w organizacjach obywatelskich – na rzecz młodszych pokoleń, zwalniając się z podejmowania decyzji, wpływania na kształt szerszego środowiska społecznego niż wspólnoty mieszkańców, sąsiedzi.

Już dzisiaj zarysowuje się bierna postawa w sferach aktywności, poza rodziną i rówieśniczą. I tak w sferze kultury widoczne jest ograniczone uczestnictwo, raczej odbiór treści kultury popularnej niż „wysokiej”. Telewizja konsumuje skutecznie czas wolny, zapewnia towarzystwo znanych i lubianych osób, daje możliwość „biernego uprawiania sportu” (kibicowania ulubionym zespołom lub zawodnikom sportowym), a nie wymusza specjalnych nakładów finansowych czy przygotowań, jakie są niezbędne, gdy wychodzi się do teatru, kina.

Korzystanie z nowoczesnych udogodnień również zmniejsza się wraz z wiekiem badanych. Chociaż korzystanie z Internetu mogłoby rozwiązać wiele problemów (zakupy, nawiązywanie kontaktów, poszerzanie wiedzy itp.). Jednak prawdopodobne jest, że wraz z wyjściem z rynku pracy i w tej dziedzinie przyszli emeryci będą ograniczać swoją aktywność. Jeżeli nie przeprowadzi się skutecznych, długofalowych działań podnoszących świadomość, czym grozi wycofywanie się z życia społecznego, że trzeba być współcześnie człowiekiem produktywnym i otwartym na zmiany, to przybędzie kolejne pokolenie biernych i biednych starych ludzi, oczekujących pomocy od rodziny. Ze względu na wyższy poziom wykształcenia i odmienną biografię, na dokonywane wybory życiowe przyszłych emerytów wydaje się być możliwe wywarcie wpływu, by dokonali zmiany przynajmniej kilku elementów stylu życia.

Konieczne jest w obecnej sytuacji promowanie aktywnego przygotowywania się do starości, ale też wychowywanie do starości, o którym pisał Aleksander Kamiński: *wychowanie do starości polega na pomaganiu ludziom w nabywaniu potrzeb, przyzwyczajęń i umiejętności, które pomogą w wyszukiwaniu*

*i realizowaniu użytecznej pracy oraz wykorzystanie czasu wolnego, by pozwalał zaspokoić zainteresowania*³⁸. Natomiast: *przygotowanie do starości powinno być potraktowane jako zabieg wychowawczy. Istotne jest tworzenie sytuacji sprzyjającym pożądanym zachowaniom społeczeństwa, nawet gdy nie da się z przyczyn obiektywnych wyeliminować przykrych skutków starości (np. chorób)*³⁹.

W sferze zdrowia dotyczyłoby to czynnego sposobu spędzania czasu wolnego, zdrowego stylu życia oraz budowania potencjału własnego ciała. Jak pokazują doświadczenia krajów europejskich (Dania, Szwecja, Niemcy), wprowadzenie treningu, aktywności fizycznej „na receptę” przez lekarzy wpłynęło znacząco na poprawę stanu zdrowia tamtejszych 60-latków. Korzyścią w przyszłości byłyby mniejsze nakłady na leczenie oraz poprawa kondycji zdrowotnej przyszłych seniorów.

W sferze pracy wiązałoby się z tworzeniem odpowiednich warunków do dłuższego pozostawania na rynku pracy, przyjaznego środowiska w zakładzie pracy oraz z uświadamianiem zasad nowego systemu emerytalnego. Korzyścią byłaby lepsza wiedza na temat II i III filaru ubezpieczeń, wydłużenie aktywności zawodowej i tym samym wyższe świadczenia emerytalne.

W sferach: społecznej i kulturalnej – zwiększenie aktywności przyszłych emerytów we współtworzeniu środowiska społecznego, budowania sieci wsparcia, wykorzystywania nowoczesnych technologii w tych działaniach, ale także ze strony instytucji i organizacji powinno nastąpić większe otwarcie na potrzeby i chęć uczestnictwa przyszłych seniorów w oferowanych przez nie programach. Efektem byłaby rozbudowa sieci samopomocy, zaspokojenie potrzeby przydatności, co przeciwdziałałoby chociażby osamotnieniu.

Jednak we wszystkich tych sferach niezbędna jest rozbudowa infrastruktury, a jeśli ona już istnieje, uczynienie jej dostępną dla starszych ludzi (chodzi tu m.in. o bariery architektoniczne, finansowe czy istniejącą, a nie spełniającą oczekiwań ofertę lub jej brak). Efektem tych kompleksowych działań byłoby zaktywizowanie pokolenia, które jeśli nie zmieni się typ kultury, to podobnie jak dzisiejsze najstarsze, będzie marginalizowane, a często też postrzegane stereotypowo.

Literatura

Appadurai A., *Nowoczesność bez granic. Kulturowe wymiary globalizacji*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2005.

³⁸ A. Kamiński, *Wychowanie do starości*, „Zdrowie Psychiczne” 1971, nr 1–2, s. 93.

³⁹ A. Kamiński, *Pedagogiczne zainteresowania gerontologią społeczną jako odzew na potrzeby przyspieszonej zmienności świata*, „Zeszyty Naukowe”, Gdańsk 1977, nr 7, s. 28.

- Bień B., *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 36–41.
- Bourdieu P., *Dystynkcja, Społeczna krytyka władzy sądenia*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.
- Buchła M., *Komunikacja z wnukami – szansą na lepszą starość*, [w:] M. Wawrzak-Chodaczek (red.), *Wybrane aspekty komunikacji społecznej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2007.
- Bugajska B., Timoszyk-Tomczak C., *Człowiek stary wobec przyszłości*, [w:] S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2006.
- Czerniawska O., 1998, *Style życia w starości*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 1998.
- Fatyga B., Rogala-Oblękowska J., *Style życia młodzieży a narkotyk*, *Wyniki badań empirycznych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.
- Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 115.
- Gliński P., *Orientacja stylu życia na mieś. Z badań miejskich stylów w Polsce*, „Kultura i Społeczeństwo” 1983, nr 3.
- Halicka M., Pędich W., *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 224–225.
- Jawłowska A. i in., *Style życia a przemiany struktury społecznej: propozycja typologii historyczno-typologicznej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1978.
- Kamiński A., *Wychowanie do starości*, „Zdrowie Psychiczne” 1971, nr 1–2, s. 93.
- Kamiński A., *Pedagogiczne zainteresowania gerontologią społeczną jako odzew na potrzeby przyspieszonej zmienności świata*, „Zeszyty Naukowe”, Gdańsk, 1977, nr 7, s. 28.
- Koprowiak E., Nowak B., *Style życia ludzi starszych*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Wydawnictwo Neurocentrum, Lublin 2007.
- Mead M., *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1978.
- Mianowany M., Drygas W., *Ocena zależności między wybranymi cechami społeczno-demograficznymi a samooceną stanu zdrowia starszych mieszkańców Łodzi*, [w:] J. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s. 160.

- Nawrat R., *Orientacja temporalna. Przegląd techniki pomiaru i wyników badań*, „Przegląd Psychologiczny” 1981, nr 1.
- Nosal C., Bajcar B., *Czas psychologiczny: wymiary, struktura, konsekwencje*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2004, s. 116–119.
- Orzechowska G., *Miejsce i rola człowieka starszego w środowisku zamieszkania*, [w:] B. Synak (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.
- Orzechowska G., *Spoleczna aktywność ludzi starszych i jej główne uwarunkowania*, [w:] S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2006, s. 273–277.
- Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1999, s. 41–42.
- Oliwińska I.A., *Warszawskie Szmulki. Miejsce, ludzie, style życia*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2008.
- Palska H., *Czy nowe style życia Polaków? Wybrane wymiary stylu życia „ludzi sukcesu”*, [w:] H. Domański i in., *Jak żyją Polacy*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2000, s. 343.
- Palska H., *Bieda i dostatek, O nowych stylach życia w Polsce końca lat dziewięćdziesiątych*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2002.
- Skřętowicz B., *Ludzie starsi na rynku pracy w Polsce – wybrane zagadnienia*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Siciński A., *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1978.
- Siciński A., *Style życia w miastach polskich (u progu kryzysu)*, Ossolineum, Wrocław 1988.
- Siciński A., *Styl życia. Kultura. Wybór*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2002, s. 22–23, 163–164, 178.
- Siemieńska R., *Płeć a starość – wzory kulturowe i polityka państwa*, [w:] M. Nietyksza i in., *Spółczeństwo w dobie przemian: wiek XIX i XX*, Wydawnictwo DiG, Warszawa 2004.
- Synak B., *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 308–309.
- Szatur-Jaworska B. i in., *Style życia seniorów*, [w:] B. Szatur-Jaworska i in., *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 61–64.
- Tarkowska E., *Czas w społeczeństwie. Problemy, tradycje, kierunki badań*, Ossolineum, Wrocław 1987, s. 139, 143, 155.

- Tarkowska E., *Nierówna dystrybucja czasu*, [w:] H. Romański, A. Rychard (red.), *Elementy nowego ładu*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1997, s. 206–207.
- Tarkowska E., *Zrozumieć biednego, O dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, Wydawnictwo Topografia, Warszawa 2000.
- Trafiałek E., *Polska starość w dobie przemian*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2003.
- Tyszk A., *Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1972.
- Veblen T., *Teoria klasy próżniaczej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1971.
- Weber M., *Gospodarka i Społeczeństwo*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- Wierzbicka E., Roszkowski W., *Nieprawidłowości w żywieniu wybranej grupy osób starszych oraz propozycje zmian w kierunku prozdrowotnym*, [w:] J. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s. 149.
- Wyka A., *Alternatywne style życia jako reakcja na dominujące style życia w Polsce lat siedemdziesiątych*, [w:] A. Siciński (red.), *Badania „rozumiejące” stylu życia: narzędzia*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1988.
- Wysokińska-Miszczyk J., *Problemy medyczne i społeczne ludzi starych (zagadnienia gerontologiczne)*, [w:] L. Jabłoński (red.), *Sinologia – nauka o zdrowiu społeczeństwa*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie, Warszawa 1998.
- Znaniecki F., *Ludzie teraźniejsi a cywilizacja przyszłości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.

Raporty z badań

- Co Polacy robią w czasie wolnym?*, Komunikat z badań CBOS (BS/124/2006), Warszawa 2006, s. 1–2.
- Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce*, Komunikat z badań CBOS (BS/138/2007), Warszawa 2007, s. 1–2.
- Falkowska M., *Wartości, praca, zakupy. O stylach życia Polaków*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 1997.

Piotr Szukalski

Zdrowie Polek i Polaków na przedpolu starości

1. Wprowadzenie

Jednym z czynników bezpośrednio determinujących proces wychodzenia z rynku pracy jest stan zdrowia. Zgodnie z najczęściej cytowaną wykładnią tego terminu, zaproponowaną przez Światową Organizację Zdrowia, zdrowie to stan, w którym wszystkie funkcje przebiegające w żywym organizmie mają charakter prawidłowy, w rezultacie czego występuje sprawność i pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. W naszym badaniu w module poświęconym temu zagadnieniu, ograniczyliśmy się do zebrania od respondentów deklaracji odnośnie do występowania różnego typu schorzeń pojmowanych dość tradycyjnie, czyli jako choroby lub inne upośledzenia ograniczające samodzielność wypełniania najważniejszych ról społecznych, przede wszystkim roli zawodowej.

Blok pytań dotyczący stanu zdrowia obejmował trzy pytania zadawane wszystkim respondentom, a kolejnych pięć pytań dotyczyło tych osób, które oceniały swój stan zdrowia niekorzystnie, dodatkowe trzy pytania zostały zadawane tylko osobom mającym orzeczenie o niepełnosprawności. Źródłem wszystkich danych użytych w niniejszym opracowaniu, jeśli nie zaznaczono inaczej, są wyniki raportowanego badania.

Zanim jednak przejdziemy do prezentacji wyników badania „To idzie starość”, chciałbym przedstawić dane o stanie zdrowia Polaków i Polek w interesującym nas w niniejszym opracowaniu wieku, pochodzące z innych źródeł.

2. Stan zdrowia Polaków na przedpolu starości w świetle badań GUS-u

W ostatnim dziesięcioleciu Główny Urząd Statystyczny dwukrotnie prowadził duże przekrojowe badania dotyczące sytuacji zdrowotnej ogółu ludności zamieszkującej terytorium Polski – pierwsze w 1996 roku, a drugie w 2004 roku. Chciałbym tu przywołać wyniki tych nowszych badań odnośnie do samooceny stanu zdrowia. Badani wówczas Polacy oceniali swój stan zdrowia w sposób bardzo zróżnicowany, a najbardziej widoczną zmienną różnicującą ich odpowiedzi był wiek. Niestety, w publikacji podsumowującej owe badania, wiek ów był pogrupowany w sposób inny niż w naszym badaniu, albowiem dziesięcioletnie grupy wieku obejmowały roczniki wchodzące w skład kolejnych „dziesiątek” wieku¹. Odpowiednie dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Samoocena stanu zdrowia Polaków na przedpolu starości według badania GUS-u z 2004 roku (w %)

Wiek	Samoocena stanu zdrowia				
	bardzo dobre	dobre	takie sobie, ani dobre, ani złe	złe	bardzo złe
40–49	7,1	46,8	35,8	8,6	1,3
50–59	3,3	31,0	44,6	17,9	2,7
60–69	1,7	18,7	49,8	23,5	5,7

Źródło: *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006, s. 79.

Wśród osób najmłodszych (do 50. roku życia) dominowały odpowiedzi świadczące o pozytywnej ocenie swojego stanu zdrowia, a wśród osób „po sześćdziesiątce” więcej było natomiast opinii negatywnych niż pozytywnych. Generalnie, w całej badanej zbiorowości osób na przedpolu starości najczęstszą odpowiedzią było określanie swojego statusu zdrowotnego jako „takiego sobie”. Lepiej swoje zdrowie oceniali osoby o wyższym poziomie wykształcenia oraz mężczyźni.

Należy podkreślić, że nawet po sześćdziesiątym roku życia wysoce negatywna opinia na temat swojego stanu zdrowia należała do rzadkości, a ogół osób odczuwających poważne problemy zdrowotne (tak bowiem należy interpretować warianty odpowiedzi „zły” i „bardzo zły”) nieco przekraczał czwartą część ogółu badanych. Można zatem powiedzieć, że stan zdrowia w świetle samooceny nie należał do najgorszych. Ponieważ występuje ścisły związek po-

¹ *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006.

między samooceną a stanem zdrowia ocenionym przez profesjonalistę, uznać można, iż stan zdrowia zdecydowanej większości Polaków i Polek na przedpolu starości nie powinien wzbudzać większych obaw.

Jednocześnie pamiętać należy, że w długim okresie pojawiły się symptomy wskazujące na pogarszanie się stanu zdrowia ogółu ludności Polski, w tym również i osób w interesującym nas wieku. Jeśli bowiem za wskaźnik stanu zdrowia przyjąć deklarację występowania niepełnosprawności, to gromadzone w trakcie ostatnich Narodowych Spisów Powszechnych dane są alarmujące (tabela 2).

Tabela 2. Udział osób niepełnosprawnych w poszczególnych grupach wieku według Narodowych Spisów Powszechnych z lat 1978, 1988, 2002 (w przeliczeniu na tysiąc osób danej płci w danym wieku)

Płeć	Rok	Wiek			
		45–49	50–54	55–59	60–64
Ogółem	1978	98	154	204	227
	1988	129	214	300	317
	2002	158	254	326	358
Mężczyźni	1978	100	161	219	261
	1988	131	215	318	356
	2002	166	258	363	408
Kobiety	1978	95	148	185	202
	1988	127	214	284	288
	2002	151	250	292	308

Źródło: NSP' 1988, *Inwalidzi w Polsce w latach 1978-1988*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1991, s. 34, 37; NSP'2002. *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*. Część I: *Osoby niepełnosprawne*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003, s. 146–147.

W Polsce dopiero od 1978 roku w trakcie Spisów Powszechnych zbierane są dane na temat deklarowanej niepełnosprawności, dlatego nie możemy dokonać porównania danych w dłuższym okresie. Powyższe dane wskazują jednak, że w każdej podgrupie interesującego nas wieku występował wzrost udziału osób odczuwających ograniczenie samodzielnego funkcjonowania. Oczywiście, nie musi to oznaczać, że powyższe zmiany samoczynnie przekładają się na pogarszanie stanu zdrowia (czemu zaprzeczają, choćby pośrednie mierniki stanu zdrowia, jakimi są trwanie życia i prawdopodobieństwa zgonów). Może być to bowiem: a) efekt zaniku selekcji naturalnej (a zatem rezultat dożywiania w coraz późniejszych okresach do zaawansowanego wieku

osób, które w innych warunkach, ze względu na nienajlepszy stan zdrowia sędziwego wieku by nie dożyły); b) efekt kohortowy² (niektóre roczniki przeżywały momenty krytyczne w lepszych i gorszych okresach historycznych, np. wojny, okres odbudowy – owe momenty krytyczne to okresy w życiu, gdy zwiększa się zapotrzebowanie organizmu na dużo wysokiej jakości żywności; w przypadku mężczyzn taki okres krytyczny to czas dojrzewania, w przypadku kobiet – ciąża, zaś dla przedstawicieli obu płci to w okresie życia płodowego 5–7 miesiąc); c) efekt wzrostu świadomości zdrowotnej (sześćdziesięcioletnia osoba uważająca, że późna dorosłość jest okresem występowania wielu poważnych schorzeń i uznająca ograniczenia samodzielnego funkcjonowania za typowy rezultat wieku, nie będzie uważać niektórych ograniczeń za niepełnosprawność; jej rówieśnik przekonany o możliwości życia bez problemów zdrowotnych związanych z wiekiem, tę samą sytuację zdrowotną zdefiniuje odwrotnie).

Wreszcie uznać można, że część przyrostu niepełnosprawności wynika ze złagodzenia procedur przyznawania orzeczeń o ograniczoności samodzielnego, codziennego funkcjonowania. W ten bowiem sposób interpretować chyba należy fakt, że w badanym okresie w bardzo szybkim tempie wzrastała przede wszystkim skala niepełnosprawności prawnej (tabela 3).

Tabela 3. Udział osób niepełnosprawnych prawnie w poszczególnych grupach wieku według Narodowych Spisów Powszechnych z lat 1978, 1988, 2002 (w przeliczeniu na tysiąc osób danej płci w danym wieku)

Płeć	Rok	Wiek			
		45–49	50–54	55–59	60–64
Mężczyźni	1978	88	145	198	233
	1988	125	206	306	336
	2002	150	242	360	362
Kobiety	1978	80	126	154	157
	1988	119	202	265	256
	2002	135	232	276	247

Źródło: NSP 1988, *Inwalidzi w Polsce w latach 1978–1988*, op. cit., s. 37; NSP 2002, *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe. Część I: Osoby niepełnosprawne*, op. cit., s. 146–147.

² Kohorta to w języku demografii grupy osób, które w tym samym okresie doświadczyły tego samego zdarzenia, a zatem szczególnym rodzajem kohorty jest generacja, tj. jednostki, które w tym samym roku kalendarzowym urodziły się.

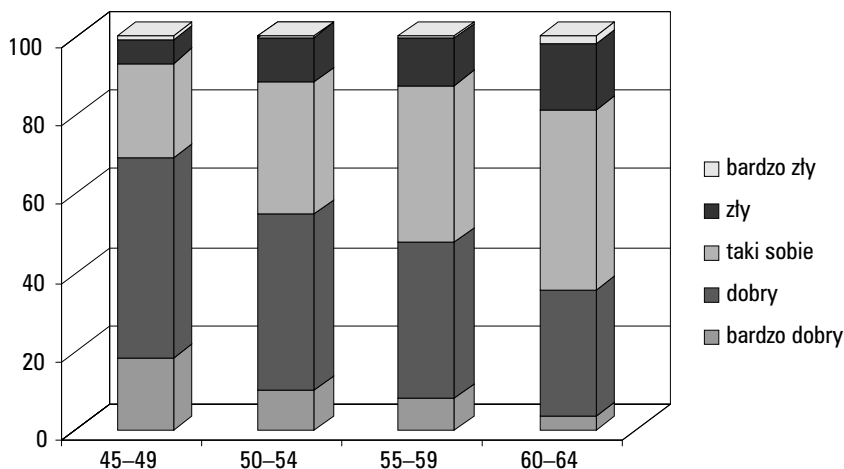
Jednak ta pozornie optymistyczna konstatacja nie jest do końca prawdą, albowiem pomiędzy 1988 a 2002 rokiem, z wyłączeniem osób w wieku 55–59 lat, w każdej innej podgrupie zwiększył się udział niepełnosprawnych tylko biologicznie wśród niepełnosprawnych ogółem. Jest to potwierdzenie tezy o pogarszającym się – przynajmniej subiektywnie – stanie zdrowia osób w interesującym nas wieku.

Przejdźmy teraz do prezentacji wyników naszego badania.

3. Deklaracje odnośnie do stanu zdrowia

Wśród respondentów przeważały opinie pozytywne na temat własnego zdrowia – najczęściej wskazywaną odpowiedzią była ocena dobra, choć już następną była ambiwalentna odpowiedź „taki sobie”. Jednak należy zaznaczyć, że choć odpowiedzi „bardzo zły” stanowiły margines (0,7%), to oceny złe (11,2%) przeważały nad oceną bardzo dobrą (10,4%). Podkreślić także należy bardzo silny wpływ wieku jako czynnika determinującego deklarację. Przykładowo oceny stanu zdrowia „bardzo dobre” wyrażało 17,9% respondentów w wieku 45–49 lat i tylko 3,6% osób po sześćdziesiątym roku życia, podczas gdy deklaracje o złym stanie zdrowia rosły w sposób zbliżony do liniowego – od 5,9% do 16,8% (zob. rysunek 1).

Rysunek 1. Ocena stanu zdrowia według wieku (jako % odpowiedzi w danej grupie wieku)



Wpływ płci jako czynnika różnicującego był zdecydowanie słabszy i niejednorodny, albowiem z jednej strony mężczyźni nieco częściej deklarowali występowanie dobrego stanu zdrowia, a z drugiej – również nieco częściej podawali stan zdrowia jako zły i bardzo zły w porównaniu ze zbiorowością kobiet. Ta dziwna prawidłowość jest dobrze znana badaczom zdrowia publicznego, ponieważ mężczyźni generalnie lepiej oceniają swoją kondycję zdrowotną, a jednocześnie mniej o siebie dbają.

Najbardziej odpowiedzi o stanie zdrowia różnicowało wykształcenie – im było ono wyższe, tym badani mieli bardziej pozytywne oceny swojej kondycji zdrowotnej. Jednak pamiętać należy o silnym związku pomiędzy poziomem wykształcenia a wiekiem, zwłaszcza w przypadku najniższego poziomu wiedzy i umiejętności potwierdzonych świadectwem szkolnym. Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku jednoznacznie bowiem pokazują, że przykładowo udział osób mających wykształcenie wyższe wśród jednostek w wieku 45–49 lat wynosił 11,4%, a w grupie w wieku 60–64 lata – 9,9%, podczas gdy frakcja osób z wykształceniem podstawowym kształtowała się odpowiednio na poziomie 17,7% i 44,3%³.

Jednocześnie badanie potwierdziło związek pomiędzy stanem cywilnym a stanem zdrowia, znanym z innych źródeł odnoszących się do oceny niepełnosprawności⁴ czy analiz umieralności⁵. Generalnie najbardziej pozytywnie swoje zdrowie oceniły osoby pozostające w stałym związku (małżeństwie bądź kohabitacji), następnie kawalerowie i panny, a zbliżony równie negatywny obraz mają wdowcy i rozwiedzeni. Nieco gorsza sytuacja wdów i wdowców wynika z odmiennego od osób rozwiedzionych rozkładu wieku – więcej jest bowiem wśród nich jednostek, które przeżyły śmierć dotychczasowego partnera życiowego, osób relatywnie zaawansowanych wiekiem (a o silnym związku między wiekiem a deklaracjami odnośnie do stanu zdrowia wspomniano wcześniej). Przykładowo, jeśli porównamy tylko zgrupowane odpowiedzi pozytywne (zdrowie oceniane jako bardzo dobre lub dobre) i negatywne (odpowiedzi „zły” i „bardzo zły” stan zdrowia) uzyskujemy we wspomnianych grupach stanu cywilnego następujące wskaźniki: pozostający w stałym związku (66,3% i 9,8%), panny i kawalerowie (52% i 8,4%), rozwiedzeni (33,6% i 20,7%) i owdowiali (32,6% i 23,2%).

³ *Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003.

⁴ A. Abramowska-Kmon, *Indywidualne demograficzno-społeczne determinanty stanu zdrowia osób starszych – próba kwantyfikacji ich wpływu*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomysłne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 206–218.

⁵ P. Szukalski, *Zróżnicowanie poziomu umieralności a stan cywilny*, „Wiadomości Statystyczne” 2007, nr 5, s. 33–44.

4. Ograniczenia zdrowotne w wykonywaniu pracy i czynności codziennych

Osoby deklarujące stan zdrowia jako zły lub bardzo zły – stanowiące ogółem 11,9% badanej zbiorowości – były bardziej szczegółowo wypytywane o schorzenia wpływające na ich samoocenę kondycji zdrowotnej. W przypadku tych właśnie osób wyraźnie dominowały choroby układu krążenia, wymieniane przez 52,4% respondentów – jest to przyczyna najczęściej podawana jako podłoże ograniczenia dobrostanu we wszystkich badaniach stanu zdrowia, jak i najważniejsza przyczyna zgonów w Polsce. Specyfika tej grupy przejawiała się wysoką częstością deklarowania występowania schorzeń układu ruchu (43,2%)⁶. Pozostałe dolegliwości nie dotyczyły już tak dużej grupy osób – trzy schorzenia uzyskały zbliżoną częstość występowania około jednej piątej zbiorowości (schorzenia neurologiczne – 24,1%, schorzenia układu oddechowego – 19,7%, schorzenia narządu wzroku – 18,0%), pozostałe dolegliwości znajdujące się w kategorii warianty zostały wybrane przez niewielką frakcję respondentów, deklarujących zły lub bardzo zły stan zdrowia (schorzenia laryngologiczne – 8,5%, schorzenia psychosomatyczne – 4,5%). Co ciekawe, jedynie 1,7% badanych, którym zadawano niniejsze pytanie, stwierdzało, że mimo złej samooceny stanu zdrowia nie odczuwają żadnych ograniczeń utrudniających codzienne życie, w tym i wykonywanie pracy.

Z kolei, gdy te same osoby pytaliśmy o ograniczenia zdolności do wykonywania pracy z powodu wymienianych schorzeń, jedynie co czwarty badany ocenił, że uniemożliwiają one wykonywanie pracy (26,5%), dominowała zaś ocena, iż dolegliwości utrudniają w dużym stopniu aktywność zawodową (43,7%). Ograniczenie w niewielkim stopniu odczuwało 22%, a opinię, że owe schorzenia nie stanowią bariery, sformułowało 5,6%.

Te same osoby były również sondowane odnośnie do okresu, w którym występujące problemy zdrowotne – prowadzące do negatywnej samooceny zdrowia – ograniczały ich zdolność wykonywania pracy. Rozkład odpowiedzi był w tym przypadku wysoce niekorzystny dla możliwości łatwego włączenia badanych w system rynku pracy, ponieważ zdecydowana większość (59,6%) oceniała, że problemy te oddziaływały na ich możliwość wykonywania pracy przez przynajmniej pół roku, dalsze 14% sądziło, iż dotyczyło to okresu krótszego niż sześć miesięcy, a 23,6% uznało, że – mimo występowania problemów zdrowotnych utrudniających pracę – nie można ich uznać za czynnik uniemożliwiający jej wykonywanie.

Ze względu na fakt, że obiektem szczególnego zainteresowania decydentów i praktyków polityki społecznej osób na przedpolu starości są osoby de-

⁶ Z uwagi na możliwość wyboru więcej niż jednej dolegliwości podawane wskaźniki struktury nie sumują się do 100%.

klarujące występowanie problemów zdrowotnych długotrwałych (tj. przynajmniej przez sześć miesięcy), pytane one były o ograniczenia samodzielności w szerszym znaczeniu, obejmujące oprócz pracy zawodowej również prowadzenie gospodarstwa domowego i dbałość o siebie (higienę, przygotowanie posiłków, ubiór, utrzymanie czystości itp.). 26,2% badanych spełniających powyższy warunek wstępny stwierdziło, że występujące schorzenia całkowicie uniemożliwiają im samodzielne życie, dalszych 62,1% uskarżało się na ograniczenia w dużym stopniu, 9,7% wskazywało na niewielki stopień ograniczeń, a jedynie 2% mówiło o braku jakichkolwiek utrudnień w codziennym funkcjonowaniu. Choć powyższe wielkości brzmią alarmująco, pamiętać musimy, że po przeliczeniu na całą badaną zbiorowość uzyskujemy odpowiednio wskaźniki: 1,8%, 4,3%, 0,7% i 0,1%, co i tak ma znaczny, ponad sześcioprocentowy udział w badanej próbie osób uskarżających się na niemożność samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym.

Tę samą grupę respondentów pytaliśmy o czynniki mające decydujący wpływ na występowanie deklarowanych problemów zdrowotnych ograniczających możliwość wykonywania pracy przynajmniej przez sześć miesięcy. Blisko połowa badanych⁷ stwierdziła, że ich problemy zdrowotne spowodowane zostały przez czynniki niezwiązane z wykonywaniem pracy (47,3%). Pozostali byli odmiennego zdania, wymieniając z reguły więcej niż jedną bezpośrednią przyczynę związaną z aktywnością zawodową negatywnie oddziałującą na ich zdrowie; były to: stres związany z pracą (51,8%), choroba zawodowa (36,7%), praca w szkodliwych warunkach (32,8%) i wreszcie – *last but not least* – wypadek przy pracy (13,0%). Zastanawia na tej liście zarówno wyraźna preponderancja stresu jako niedocenianego zazwyczaj faktora długotrwałych poważnych problemów zdrowotnych, jak i relatywnie wysoka częstość wypadków (choć w tym ostatnim przypadku zaznaczyć należy, że po przeliczeniu na ogół badanych deklaracje takie składało jedynie 1,1% respondentów).

5. Niepełnosprawność

Kolejnym analizowanym zagadnieniem jest niepełnosprawność prawna, rozumiana jako ograniczenie możliwości samodzielnego funkcjonowania potwierdzone orzeczeniem organu mającego odpowiednie uprawnienia do tego – komisji orzekającej bądź lekarza-orzecznika. Oprócz niepełnosprawności prawnej dodatkowo w badaniach nad stanem zdrowia ludności wyróżniana jest niepełnosprawność biologiczna, tj. stan niemożności wykonywania podstawowych czynności determinujących na określonym etapie życia samodzielne funk-

⁷ Ponieważ badani mogli udzielać więcej niż jednej odpowiedzi, podane w niniejszym miejscu wskaźniki struktury nie sumują się do 100%.

cjonowanie. Nie zawsze dwie powyższe kategorie się pokrywają, albowiem oprócz osób rzeczywiście odczuwających ograniczenia codziennego funkcjonowania, mających urzędowe potwierdzenie takiego stanu rzeczy, znaleźć można osoby niepełnosprawne tylko biologicznie, bądź wyłącznie prawnie.

Ogółem 86,1% respondentów nie ma żadnego orzeczenia o niepełnosprawności. Spośród pozostałych 5,6% ma decyzję o całkowitej utracie zdolności do wykonywania pracy, 3,2% o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a 3,6% o lekkim stopniu niesamodzielności (w przypadku pozostałych 1,5% zanotowano brak odpowiedzi).

W populacji osób mających orzeczenie o występowaniu schorzenia uniemożliwiającego/utrudniającego wykonywanie pracy zdecydowanie gorsza jest pozycja mężczyzn, wśród których aż 52,5% deklarowało orzeczenie o całkowitej utracie zdolności do pracy. W zbiorowości kobiet wskaźnik ten przyjął wartość 36,8%. Podejrzewać można, że ta gorsza pozycja mężczyzn jest wynikiem większego szacunku wśród nich do pracy, co przejawia się bagatelizowaniem występujących problemów zdrowotnych i udawaniem się do komisji orzekających o niepełnosprawności dopiero w sytuacji poważnych dolegliwości. Należy bowiem sądzić, że znana z innych badań niechęć mężczyzn do kontaktu z lekarzem i generalne lekceważenie początkowych kłopotów zdrowotnych prowadzić będzie do takiej właśnie selekcji.

Oprócz płci również i poziom wykształcenia różnicował częstość deklaracji odnośnie do posiadania orzeczenia o niepełnosprawności prawnej, albowiem 16,8% osób o wykształceniu nie wyższym niż podstawowe, 16% osób z wykształceniem zawodowym, 10,9% ze średnim zawodowym, 8,6% ze średnim ogólnokształcącym i pomaturalnym oraz 8,3% z dyplomem szkoły wyższej legitymowało się orzeczeniem odpowiedniego organu o niepełnosprawności. Z tego uszeregowania wyłamywały się jednak osoby posiadające dyplom wyższej szkoły zawodowej, spośród których aż 15,1% zadeklarowało powyższy stan rzeczy. Dziwi to, gdyż – choć grupa ta była relatywnie mało liczna – generalnie osoby o tym poziomie wykształcenia były nieco młodsze od średniej dla całej zbiorowości.

Co niezwykle ciekawe, nawet posiadanie orzeczenia o całkowitej utracie zdolności do pracy nie oznaczało, że jednostka nie wykonywała żadnej wynagradzanej pracy. Częstkowe współczynniki zatrudnienia⁸ dla osób o całkowitej niepełnosprawności wynosiły bowiem 2,4%, dla osób o umiarkowanym

⁸ Częstkowy wskaźnik zatrudnienia to iloraz liczby osób pracujących spełniających jakieś dodatkowe kryterium i wszystkich jednostek spełniających dane kryterium. Z kolei częstkowy współczynnik aktywności zawodowej, to iloraz aktywnych zawodowo (tj. pracujących i bezrobotnych) wchodzących w skład pewnej podzbiorowości do ogółu jednostek z tej podzbiorowości. Przykładowo, częstkowy wskaźnik aktywności zawodowej dla mężczyzn w wieku 45–49 lat uzyskujemy, dzieląc liczbę aktywnych zawodowo mężczyzn mających od 45 do 49 lat przez liczbę wszystkich mężczyzn w tym wieku.

stopniu niepełnosprawności 12,5%, z lekkim stopniem niepełnosprawności 18,5%, a wśród osób bez orzeczenia – 65,1%. Jednocześnie – co oczywiste – współczynniki aktywności zawodowej osiągały jeszcze wyższe wartości, odpowiednio: 3,5%, 16,7%, 22,2% i 73,1%. O ile powyższe wielkości dla osób o umiarkowanym i lekkim stopniu ograniczenia zdolności do wykonywania pracy świadczą bądź o chęci do dalszego jej wykonywania, bądź o przymusie ekonomicznym, o tyle niezwykle frapujące są jednostki aktywne zawodowo mimo posiadania orzeczenia o całkowitej utracie zdolności do wykonywania pracy. Choć są to pojedyncze przypadki, wskazują na występowanie nadmiernie pesymistycznego osądu stanu zdrowia, jaki czasami wydawany jest przez organa orzekające o uznaniu za niepełnosprawnego prawnie.

Spośród osób mających orzeczenie o niepełnosprawności (12,4% zbiorowości ogółem) zdecydowanie przeważają jednostki, którym decyzja odpowiedniego organu potrzebna była do podjęcia starań o przyznanie renty (66,1%), następnie były to osoby chcące tylko ustalić stopień niepełnosprawności (29%), a jedynie nieliczni deklarowali, że interesowało ich uzyskanie potwierdzenia długotrwałej utraty zdolności do wykonywania pracy. Dominuje zatem bardzo instrumentalne podejście do tego typu decyzji organów orzekających, ukierunkowane na wykorzystanie posiadanej niepełnosprawności dla uzyskania korzyści materialnych. Otwarte pozostaje pytanie, na ile zachowania naszych respondentów kształtowały się pod wpływem sytuacji na rynku pracy, a zatem na ile antycypacja bycia zagrożonym bezrobociem przekładała się na poszukiwanie werdyktu przyznającego uprawnienia do świadczenia rentowego.

Obiektywnie stwierdzić należy, że niewielka część osób mających orzeczenie o niepełnosprawności kontynuuje pracę zawodową (8,6%), zdecydowana większość natomiast jest bierna zawodowo. Co oczywiste – ze względu na wzmiankowany związek pomiędzy problemami zdrowotnymi a wiekiem – że znaczna część osób z decyzjami orzekającymi o niepełnosprawności to jednostki w dość zaawansowanym wieku, czego przejawem pośrednim jest fakt, że jedna trzecia z nich (33,3%) pobiera świadczenie emerytalne, uzależnione od łącznego kryterium wieku i stażu pracy.

Jednocześnie aż 71,9% badanych przyznaje się do korzystania w jakimś okresie, po uzyskaniu orzeczenia o niepełnosprawności, z różnorodnych poza-pieniężnych form uzyskiwanej pomocy, takich jak rehabilitacja lecznicza, szkolenia, warsztaty terapii zajęciowej, usługi socjalne. Pozostaje pytaniem, na ile odwoływanie się do różnorodnych form rehabilitacji leczniczej i zawodowej było przymusem stosowanym przez ZUS i KRUS, a na ile wynikało z chęci samego zainteresowanego, aby przynajmniej częściowo odzyskać utraconą/ograniczoną samodzielność i poprawić swój status zdrowotny i zawodowy.

Teza o instrumentalnym traktowaniu orzeczenia o niepełnosprawności znajduje potwierdzenie w rozkładzie odpowiedzi na pytanie, czy po uzyskaniu takiego orzeczenia respondent rozważał możliwość przejścia na rentę lub emeryturę. Ponad trzy czwarte badanych (76,4%) stwierdziło, że po uzyskaniu takiego orzeczenia w niedługim czasie podjęło decyzję o dezaktywizacji zawodowej. Dalsze 3,2% respondentów deklaroowało, że obecnie jest w trakcie starań o uzyskanie takiego świadczenia. Jedynie co dziesiąty badany (10,2%) nie brał pod uwagę możliwości zakończenia kariery zawodowej, a 4,8%, choć rozważało takie posunięcie, z różnych względów postanowiło kontynuować pracę.

6. Podsumowanie

W niniejszej części raportu uwaga skoncentrowana została na samoocenie stanu zdrowia i rozpowszechnieniu niepełnosprawności prawnej. Uzyskane wyniki nie odbiegają znacząco od innych badań. Jednak, co jest bezsprzecznym wnioskiem płynącym z niniejszych badań, silne przesłanki potwierdzają trywialną skądinąd tezę, że uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności w polskich realiach jest traktowane przez osoby znajdujące się na przedpolu starości jako swoista „polisa ubezpieczeniowa”, umożliwiająca łatwiejsze dojście do świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych – renty lub wcześniejszej emerytury. Wszak jedynie niewielka część badanych przyznawała się, że uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności nie miało żadnego wpływu na rozważanie możliwości wycofania się z rynku pracy. Jednocześnie świadczy to o słabości praktyk rehabilitacji medycznej, jeśli w tak dużym stopniu następuje przekształcanie się orzeczenia o niepełnosprawności w uprawnienie do uzyskania świadczenia rentowego.

Na zakończenie, stwierdzić należy, że szkoda, iż Polacy na przedpolu starości tak często lekceważą własne problemy zdrowotne, przeceniając swoją kondycję fizyczną i psychiczną (nasze badanie wskazuje skądinąd na bardzo rozpowszechnione występowanie zmęczenia pracą, choć w dyskursie publicznym ten wątek z reguły jest marginalizowany). Dominuje natomiast, wciąż wynikające z niskiego poziomu świadomości własnych możliwości oddziaływania na stan zdrowia, przekonanie, że odpowiedzialność za swoje zdrowie należy scedować na „specjalistów” – lekarzy. Kiedy zaś problemy zdrowotne się pojawiają, a „specjaliści” zawiodą, powszechnie wykorzystuje się zaistniałą sytuację do wyciągnięcia, choć trochę, zysków w postaci wcześniejszego świadczenia społecznego.

Literatura

- Abramowska-Kmon A., *Indywidualne demograficzno-społeczne determinanty stanu zdrowia osób starszych – próba kwantyfikacji ich wpływu*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w świetle nauk o zdrowiu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 206–218.
- NSP'1988, *Inwalidzi w Polsce w latach 1978–1988*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1991.
- NSP'2002. *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*. Część I: *Osoby niepełnosprawne*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003.
- Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006.
- Szukalski P., *Zróżnicowanie poziomu umieralności a stan cywilny*, „Wiomości Statystyczne” 2007, nr 5, s. 33–44.

Zofia Szweda-Lewandowska

Rehabilitacja zawodowa jako przejaw przystosowania osób z problemami zdrowotnymi

1. Wprowadzenie

Starzenie się ludności skutkuje wzrostem liczby osób niepełnosprawnych. Problemy związane z indywidualnym starzeniem się pojawiają się już około 45. roku życia, a proces ten nasila się po 50. roku życia. Starzenie się społeczeństwa i niska aktywność zawodowa osób starszych prowadzić będą do obniżenia zasobów siły roboczej. Sytuacja taka oznacza negatywne skutki dla gospodarki oraz systemu ubezpieczeń społecznych. Strategia Lizbońska zakłada podwyższenie do 2010 roku wskaźnika aktywności zawodowej osób powyżej 50. roku życia do poziomu 50%. Sytuacja ta stwarza nowe wyzwania w dziedzinie rehabilitacji. Coraz więcej osób będzie wymagało pomocy w dostosowaniu się do rynku pracy. Rehabilitacja zawodowa może stać się niezbędnym narzędziem prewencji w zakresie wczesnego opuszczania rynku pracy przez osoby starsze. Odpowiednia rehabilitacja medyczna może opóźniać zatem deficyty zdrowotne związane z postępującym procesem starzenia.

Celem niniejszej części raportu jest przedstawienie sytuacji w zakresie rehabilitacji zawodowej oraz medycznej. Istotna, z punktu widzenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jest ocena przez respondentów skuteczności rehabilitacji.

2. Przygotowanie do starości

Wraz ze wzrastającą liczbą osób w starszej grupie wieku produkcyjnego będzie rosła liczba osób niezdolnych do wykonywania pracy zawodowej. Część z tych osób będzie jednak kontynuowała dotychczasową pracę zawo-

dową po przejściu procesu rehabilitacji, część będzie musiała dokonać przekwalifikowania zawodowego, niektórzy będą mogli podjąć pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy. Jednak bez względu na to, którą opcję wybierze jednostka, ważnym zagadnieniem jest zmiana nastawienia społeczeństwa do wykonywania pracy zawodowej przez osoby w niemobilnym wieku produkcyjnym. Jednym z głównych problemów dotyczących rynku pracy jest nie tylko przekonanie pracodawców do zatrudniania osób starszych, lecz także zmiana nastawienia pracowników i zachęcenie ich do kontynuowania pracy zawodowej w wieku przedemerytalnym. Obecnie w Polsce wskaźnik aktywności ekonomicznej wśród ludności w wieku przedemerytalnym jest jednym z najniższych w Europie. Zgodnie z koncepcją przygotowania do starości istotne jest, aby osoby będące na przedpolu starości przygotowały się do kolejnego etapu życia. To przygotowanie powinno przebiegać równocześnie na kilku płaszczyznach. Odpowiednie zachowania zdrowotne, takie jak umiar w konsumpcji używek (lub jej brak), dieta oraz ćwiczenia fizyczne mają kluczowe znaczenie dla przyszłego stanu zdrowia, który decyduje o możliwości kontynuowania pracy zawodowej. Istotnym elementem przygotowania do starości jest analiza ścieżki kariery zawodowej. Część zawodów wymaga szczególnych predyspozycji psychofizycznych, których występowanie często determinuje wiek, np. policjanci, górnicy, tancerze. W przypadku takich zawodów przygotowanie do starości powinno polegać na przekwalifikowaniu zawodowym. Obecnie najczęściej jedynym rozwiązaniem problemu niemożności wykonywania dotychczasowego zawodu jest przejście na rentę bądź wcześniejszą emeryturę, pracownicy rzadko myślą o zmianie zawodu lub zmianie pracy. Przygotowanie do starości w dziedzinie pracy zawodowej powinno wiązać się z doszkalaniami lub przekwalifikowaniem zawodowym. W aspekcie medycznym powinno ono zapobiegać pojawieniu się choroby zawodowej lub minimalizować jej skutki. Wraz ze wzrastającą liczbą osób w wieku przedemerytalnym i zmniejszającymi się zasobami siły roboczej zwiększać się będzie znaczenie przygotowania się do starości zarówno w aspekcie zbiorowym, jak i indywidualnym. Wzrastać będzie również znaczenie rehabilitacji medycznej, zawodowej oraz społecznej.

3. Pojęcia

Zanim przejdziemy do omówienia wyników badania, należy zdefiniować podstawowe pojęcia związane z obszarem badawczym. Rozważając zagadnienia rehabilitacji, należy zdefiniować następujące pojęcia: inwalidztwo, upośledzenie, niepełnosprawność, rehabilitacja.

Zgodnie z definicją zaproponowaną przez Aleksandra Hulkę, inwalidztwo to defekt fizyczny lub umysłowy o trwałym charakterze. Pod pojęciem upośledzenia rozumie Hulek *łączny rezultat przeszkód, które inwalidztwo sprawia między jednostką dotkniętą nim a osiągnięciem przez nią maksymalnego poziomu funkcjonalnego [...] upośledzenie bardziej związane jest ze stanem somatyczno-psychicznym*¹. Tak więc zasadnicza różnica pomiędzy inwalidztwem a upośledzeniem dotyczy skutków. Inwalidztwo może być szczegółowo zdiagnozowane przez lekarza i dotyczy stanu fizycznego danej jednostki, podczas gdy upośledzenie ma również wymiar psychiczny, często jest więc trudno jednoznacznie określić rozmiary upośledzenia. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) niepełnosprawność to niemożność lub ograniczenie w wykonywaniu codziennych czynności, wynikające z utraty sprawności albo spowodowane wrodzonymi wadami fizycznymi bądź psychicznymi².

Główny Urząd Statystyczny uważa za niepełnosprawną osobę, która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osobę, która takiego orzeczenia nie posiadała, lecz odczuwała ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (zabawa, nauka, praca, samoobsługa).

GUS dzieli osoby niepełnosprawne na dwie grupy:

- osoby niepełnosprawne prawnie – są to osoby, które mają w trakcie ich inwigilowania odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony;
- osoby niepełnosprawne tylko biologicznie – osoby, które nie miały odpowiedniego orzeczenia, ale miały lub odczuwały całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych.

U osób w wieku 16 lat i więcej ustawodawca przyjął trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany, lekki. Zgodnie z *Ustawą o rehabilitacji zawodowej, społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych* z 27 sierpnia 1997 roku znaczny stopień niepełnosprawności uniemożliwia podjęcie pracy, osoba taka może być zatrudniona jedynie w zakładzie pracy chronionej, albo w zakładzie aktywizacji zawodowej. Umiarkowany stopień niepełnosprawności umożliwia wykonywanie pracy na stanowisku odpowiednio przygotowanym do potrzeb i możliwości danej osoby. Lekki stopień niepełnosprawności nie ogranicza możliwości podjęcia pracy oraz nie wpływa na pełnione role społeczne.

¹ A. Hulek, *Teoria i praktyka w rehabilitacji inwalidów*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1969, s. 32.

² *The world health report 2008 r.*, World Health Organization (publikacja dostępna na stronie internetowej pod adresem: www.who.int/whr/2007/en/index.html, dostęp do źródła 10.08.2008).

Podział niepełnosprawności na prawną i biologiczną umożliwił w czasie Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku (*NSP'2002*) wyodrębnienie nie tylko osób odczuwających ograniczenia codziennego funkcjonowania formalnie uznanych za niepełnosprawne, lecz także takich, które – nie mając orzeczenia o niepełnosprawności – odczuwają ograniczenia sprawności fizycznej lub psychicznej, oraz takich, które – mając odpowiednie orzeczenie – nie odczuwały niemożności wykonywania czynności dnia codziennego.

Niepełnosprawność z definicji uniemożliwia lub utrudnia wykonywanie obowiązków zawodowych, prowadzenie gospodarstwa domowego, zdobywanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych, pełnienie ról społecznych. Celem rehabilitacji jest zapewnienie jednostce zdolności do funkcjonowania w danej społeczności. Główne funkcje rehabilitacji to:

- usprawnienie jednostki upośledzonej psychicznie, fizycznie lub społecznie;
- zapewnienie jej możliwości uczenia się, wykonywania pracy, egzystencji w społeczności.

Rehabilitacja ma na celu przywrócenie osobie niepełnosprawnej (dotyczy to osób, które na skutek wypadku lub choroby nie mogą w pełni wykonywać swoich dotychczasowych obowiązków zawodowych, rodzinnych, społecznych) samodzielności w codziennej egzystencji oraz umożliwienie jej wykonywania pracy zawodowej³. W przypadku osób z wrodzonym upośledzeniem rehabilitacja ma na celu integrację tych osób ze środowiskiem społecznym, umożliwienie wykonywania czynności zawodowych oraz zapobieganie postępowaniu upośledzenia⁴. Współczesne teorie dotyczące rehabilitacji wyróżniają rehabilitację: rozwojową, pedagogiczną, medyczną, zawodową, społeczną, psychiczną. Z punktu widzenia przeprowadzonego badania najistotniejsze są cztery ostatnie rodzaje rehabilitacji (rysunek 1).

Rehabilitacja medyczna (lecnicza) jest kompleksowym zespołem działań, zarówno lekarzy, jak i fizjoterapeutów, mających na celu przywrócenie maksymalnej sprawności fizycznej osobie niepełnosprawnej lub chorej⁵. Zazwyczaj jest to pierwszy rodzaj rehabilitacji, od której rozpoczyna się proces powrotu jednostki do życia codziennego. Rehabilitacja zawodowa i społeczna wiąże się z przystosowaniem jednostki do nowych warunków środowiskowych, takich jak konieczność zmiany pracy lub zawodu czy zmiany roli społecznej⁶. Rehabilitacja psychiczna ma na celu przywrócenie sprawności

³ J. Zabłocki, *Wprowadzenie do rewalidacji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1998, s. 40.

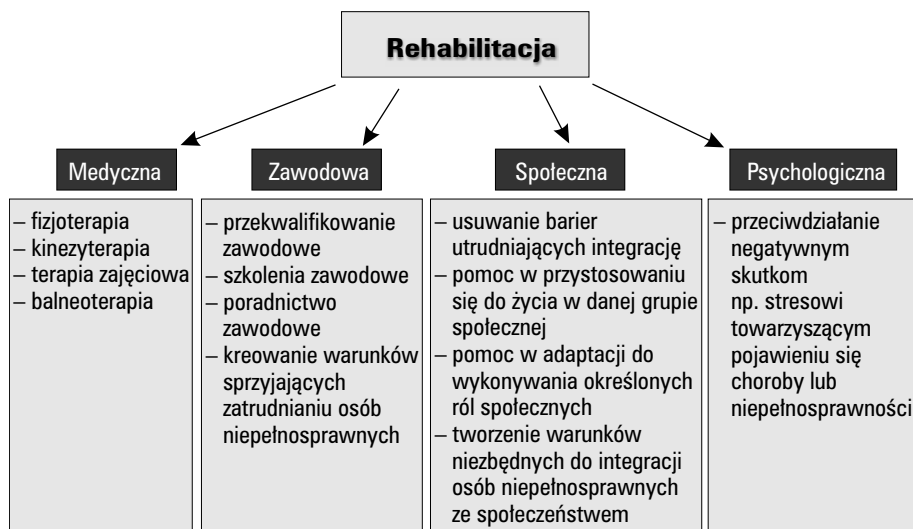
⁴ S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007, s. 66.

⁵ R. Pichalski, *Podstawy rehabilitacji zdrowotnej, zawodowej i społecznej*, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Warszawa 2002, s. 36.

⁶ A. Kwolek, *Perspektywy rehabilitacji u progu XXI wieku*, Centrum Badawczo-Szkoleniowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Zamościu, Zamość 2003, s. 15.

psychicznej zaburzonej stresem, pojawiającym się wraz z nową sytuacją (choroba, niepełnosprawność). W przypadku osób po 45. roku życia rehabilitacja medyczna może zapewnić zdolność do kontynuowania pracy zawodowej. Efektywna rehabilitacja zapobiega niezdolności do pracy, a w konsekwencji pełni rolę narzędzia prewencji rentowej.

Rysunek 1. Rodzaje rehabilitacji



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: J. Zabłocki, *Wprowadzenie do rewalidacji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1998; A. Kwołka (red.), *Rehabilitacja medyczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.

4. Prewencja rentowa

Jednym z podstawowych działań podejmowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), mających na celu zapobieganie przedwczesnemu wychodzeniu z rynku pracy osób starszych, jest tzw. prewencja rentowa. Jest to zespół działań skierowany do osób niemogących – ze względu na swój stan zdrowia – kontynuować dotychczasowej pracy zawodowej lub zagrożonych utratą pracy z powodu problemów zdrowotnych. Głównym celem prewencji rentowej jest umożliwienie kontynuowania pracy zawodowej tym osobom. Podstawowym narzędziem prewencji rentowej jest rehabilitacja lecznicza.

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej skierowana jest do osób: ubezpieczonych w ZUS-ie, zagrożonych długotrwałą niezdolnością do pracy, rokujących możliwość kontynuowania pracy zawodowej po zakończeniu rehabilitacji.

Znaczenie prewencji rentowej będzie wzrastało wraz z postępującym procesem starzenia się siły roboczej. Zgodnie z danymi ZUS-u obecnie co roku około 60 tys. osób korzysta z rehabilitacji leczniczej w ramach programu prewencji rentowej⁷. Należy podkreślić, że program prewencji rentowej obejmuje również rehabilitację psychologiczną oraz edukację zdrowotną (propagowanie zdrowego stylu życia). Program ten może zapobiec obniżaniu się wieku wychodzenia z rynku pracy. W roku 2007 w Polsce wiek przejścia na emeryturę, zarówno dla kobiet jak i mężczyzn, był jednym z najniższych w Europie.

W ramach programu prewencji rentowej prowadzonego przez ZUS w latach 1996–2007 rehabilitację medyczną zakończyło 575 tys. osób. Ponad 60% kończących rehabilitację stanowili mężczyźni. Średni wiek osób kończących rehabilitację wynosił 46,1 lat⁸.

5. Osoby niepełnosprawne w Polsce

Długotrwałe problemy zdrowotne na przedpolu starości z reguły powiązane są z odczuwaniem ograniczeń w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego. Aby nakreślić szersze tło badanego w niniejszym opracowaniu zagadnienia, odwołam się do danych o niepełnosprawności z Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku.

Zgodnie z wynikami ostatniego spisu powszechnego w Polsce w 2002 roku było 5456 tys. osób niepełnosprawnych. Całkowitą niepełnosprawność odczuwało 798 tys. osób (14% ogółu niepełnosprawnych), poważną 3033 tys. osób (56%). Pozostałe osoby nie odczuwały niepełnosprawności. Niepełnosprawność prawną i biologiczną miało 2825 tys. osób (52%), niepełnosprawnych tylko prawnie było 1624 tys. (30%), niepełnosprawność tylko biologiczną deklarowało 1006 tys. osób (18%).

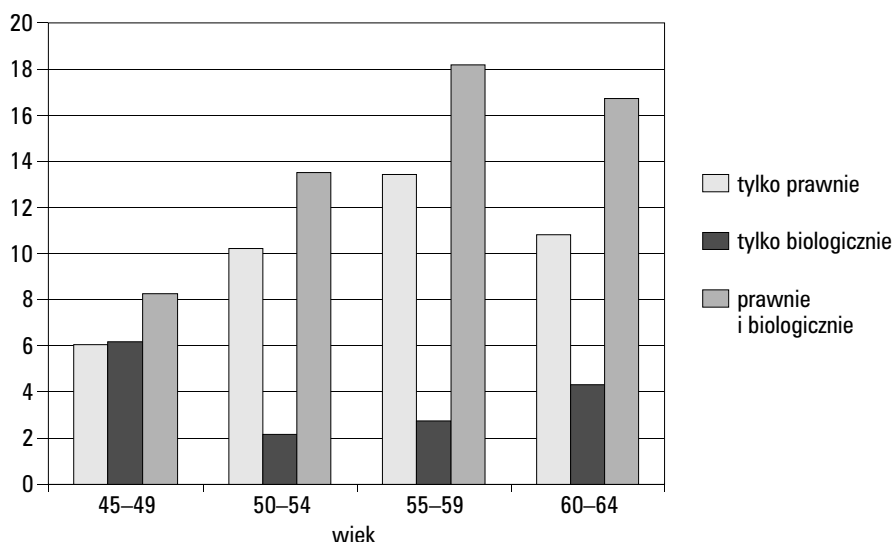
Udział osób niepełnosprawnych tylko biologicznie był najwyższy w grupie wieku 45–49 lat i wynosił 6%, w dwóch następnych grupach wieku frakcja ta maleje (rysunek 2). Można przypuszczać, że osoby w starszych grupach wieku występowały o prawne potwierdzenie niepełnosprawności. Udział osób niepełnosprawnych tylko biologicznie oraz biologicznie i prawnie wzrastał w kolejnych grupach wieku, dopiero w grupie osób w wieku 60–64 lata obserwować można spadek wszystkich rodzajów niepełnosprawności. W grupie wieku 45–49 lat prawie co dwunasta osoba odczuwała niepełnosprawność, podczas gdy w kolejnych grupach jest to odpowiednio co siódma (50–54 lata),

⁷ *Prewencja rentowa*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2008 (publikacja dostępna na stronie internetowej pod adresem: www.zus.pl/default.asp?p=4&id=420, dostęp do źródła 10.08.2008).

⁸ Ibidem.

oraz co piąta osoba. Należy zwrócić uwagę, że wraz z wiekiem następuje naturalna utrata sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Odczuwana niepełnosprawność przez osoby w starszych grupach wieku produkcyjnego jest zapewne związana z procesem starzenia się, a w konsekwencji z naturalną utratą zdolności do wykonywania pewnych czynności.

Rysunek 2. Udział osób niepełnosprawnych w wieku 45–64 lata według rodzaju niepełnosprawności i grup wieku w Polsce w 2002 roku (jako % ogółu ludności w danym wieku)



Źródło: NSP'2002, *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003, s. 24, 59.

6. Stosunek do rehabilitacji

W niniejszej części raportu przedstawione zostaną statystyki opisowe, a w kolejnej części – wyniki pogłębionej analizy zebranego materiału.

W badaniu respondentom przedstawiony został blok 15 pytań dotyczących następujących zagadnień:

- rehabilitacji zawodowej,
- roli instytucji publicznych w zakresie pomocy osobom niezdolnym do pracy,
- przechodzenia na emeryturę.

Pytania były podzielone na dwie grupy:

- pytania o charakterze ogólnym, deklaratywnym („czy się powinno”);
- pytania dotyczące sytuacji danego respondenta.

Pierwsza grupa pytań dotyczyła działań, które osoba mająca długotrwałe poważne problemy ze zdrowiem powinna podjąć. Wśród badanych przeważała opinia, że najpierw należy podjąć próbę leczenia i rehabilitacji, a w przypadku niepowodzenia przejść na rentę (39,1%). Jedna czwarta badanych uważała, że należy podjąć próbę leczenia i rehabilitacji. Prawie 19% badanych odpowiedziało, że osoba z długotrwałymi problemami zdrowotnymi powinna przejść na rentę lub emeryturę. Tylko 11,4% osób wyraziło opinię, że należy podjąć próbę leczenia i rehabilitacji, a w przypadku niepowodzenia skorzystać z przekwalifikowania zawodowego.

Badani mieli również ocenić znaczenie działań instytucji publicznych wspomagających kontynuację kariery zawodowej przez pracowników z problemami zdrowotnymi. Ponad 80% badanych uważała, że działania tych instytucji w zakresie rehabilitacji leczniczej, przywracającej zdolność do pracy, mają bardzo duże znaczenie. Natomiast 7% badanych twierdziła, że działania te nie mają znaczenia lub mają bardzo małe.

W zakresie pomocy w przekwalifikowaniu zawodowym, które umożliwia pracownikowi z problemami zdrowotnymi kontynuację kariery, ponad 50% respondentów uważało, że działania podejmowane przez instytucje publiczne mają bardzo duże znaczenie, tylko niespełna 20% podało, że takie działania są mało istotne.

W zakresie działań dotyczących zmniejszenia wymiaru czasu pracy ponad 60% respondentów uważało, że instytucje publiczne i podejmowane przez nie działania mają duże znaczenie. Natomiast około 13% badanych twierdziło, że działania te nie mają znaczenia.

Kolejne pytanie dotyczyło oczekiwanych działań od instytucji publicznych, gdyby respondentą dotknęła długotrwała niepełnoprawność. Ankietowani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. 81% respondentów oczekiwałoby otrzymywania renty, 76% rehabilitacji leczniczej, która umożliwiłaby w konsekwencji powrót do pracy zawodowej. Niespełna 46% osób oczekiwałoby zmniejszenia czasu pracy. Najmniej badanych oczekiwałoby pomocy przy przekwalifikowaniu zawodowym, umożliwiającym wykonywanie innej pracy (34%).

Na pytanie, czy prawo ubiegania się o rentę powinno zależeć od wcześniejszego podjęcia rehabilitacji medycznej lub innego działania leczniczego służącego poprawie zdrowia przez osobę ubiegającą się o świadczenie rentowe, twierdząco odpowiedziało 88% respondentów. Znacznie niższy, wynoszący bowiem tylko 56%, był odsetek osób, które uważały, że przed otrzymaniem prawa do ubiegania się o rentę dana osoba powinna wcześniej podjąć próbę przekwalifikowania się lub zmienić wykonywany zawód. W tym przypadku prawie 44% respondentów uważało, że próba przekwalifikowania się nie powinna być warunkiem ubiegania się o rentę. Natomiast 64% badanych

zgodziło się ze stwierdzeniem, że osoba, która ma zamiar ubiegać się o rentę, powinna wcześniej podjąć starania o zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy.

Badani zostali również poproszeni o wskazanie czasu rehabilitacji, po jakim, w przypadku niepowodzenia powinno być przyznawane świadczenie rentowe. Wśród badanych dominowała opinia, że okres ten powinien wynosić od 10 do 12 miesięcy (39% wskazań). Tylko 4,5% badanych wskazało odpowiedź od 1 do 3 miesięcy, prawie 27% stwierdziło, że okres ten powinien wynosić od 4 do 6 miesięcy, 10% respondentów podało, że od 7 do 9 miesięcy, a 13 do 15 miesięcy – niecały 1%. 14% respondentów wskazało okres powyżej 15 miesięcy jako okres rehabilitacji zakończony niepowodzeniem za właściwy do przyznania świadczenia rentowego.

Jako osobę, do której respondent zwróciłby się z prośbą o pomoc w uzyskaniu informacji o rehabilitacji medycznej, 84% ankietowanych wskazało lekarza specjalistę, 76% lekarza pierwszego kontaktu (respondent mógł wybrać więcej niż jedną odpowiedź). Prawie 50% badanych wskazało na pracownika ZUS-u, KRUS-u lub zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jako na osobę, do której zwróciłoby się z prośbą o udzielenie informacji na temat rehabilitacji medycznej. Do znajomych, którzy doświadczyli podobnych problemów zdrowotnych, z prośbą o radę zwróciłoby się prawie 40% respondentów.

Na pytanie, czy istnieje wiek, powyżej którego nie powinno się już uzależniać przyznania świadczenia rentowego od poddania się rehabilitacji lub przekwalifikowaniu, twierdząco odpowiedziało 28% badanych, a 38% stwierdziło, że nie ma takiego wieku. Natomiast 33% respondentów nie potrafiło wskazać żadnej odpowiedzi.

Ostatnia seria pytań, w bloku pytań dotyczących rehabilitacji, badała zagadnienie uczestnictwa w rehabilitacji medycznej. Spośród badanych 23% korzystało w ciągu ostatnich pięciu lat z rehabilitacji medycznej. Osoby te zostały zapytane o sposób uzyskania skierowania na rehabilitację. Prawie 82% spośród osób korzystających z rehabilitacji uzyskało skierowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia, 18% z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, 5% z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, niecałe 4% z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Kolejnym badaniem zagadnieniem była efektywność procesu rehabilitacji. 26% spośród osób korzystających z rehabilitacji w ciągu ostatnich pięciu lat twierdziło, że nastąpiła u nich znaczna poprawa stanu zdrowia, 57% uważało, że nastąpiła poprawa zdrowia, ale była ona niewielka, 15% deklarowało, że pomimo rehabilitacji ich stan zdrowia nie uległ poprawie.

Ostatnie pytanie zadane grupie respondentów korzystających z rehabilitacji dotyczyło zgodności ich oczekiwań i rezultatów odnośnie do skutków reha-

bilitacji. Tylko 7,5% respondentów stwierdziło, że rehabilitacja spełniła ich oczekiwania w bardzo dużym stopniu, dalsze 35% wskazało na duży stopień, 43% respondentów stwierdziło, że rehabilitacja spełniła ich oczekiwania tylko w niewielkim stopniu, a prawie 5%, że w bardzo małym stopniu. 8% badanych twierdziło, że rehabilitacja nie przyniosła spodziewanych przez nich efektów.

7. Analiza wyników badania „To idzie starość” w zakresie rehabilitacji

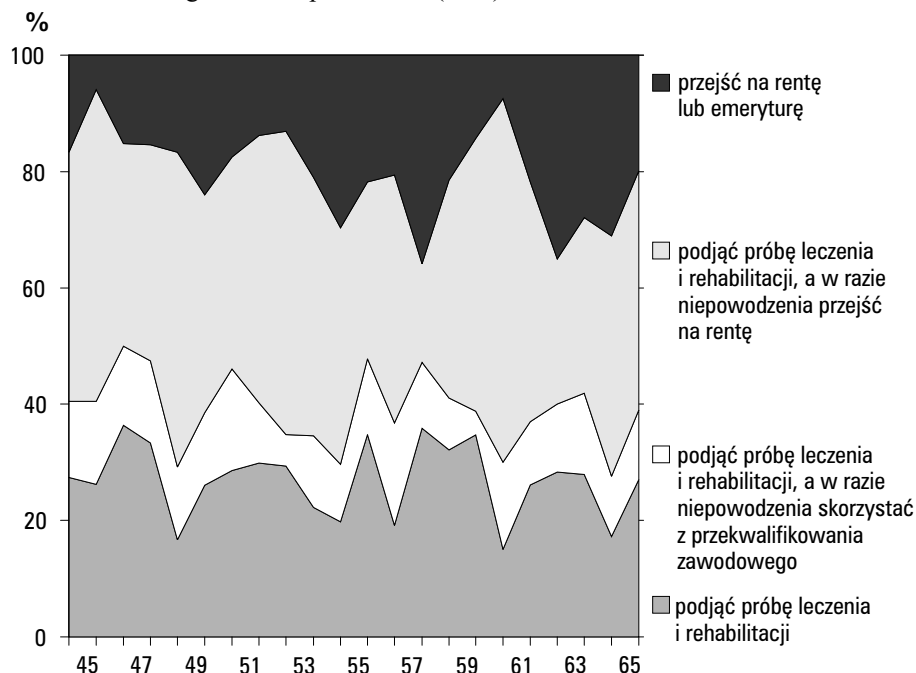
Analiza statystyczna zebranego materiału dokonana w niniejszym punkcie opiera się głównie na analizie zależności pomiędzy zmiennymi. Do badania zależności został użyty test niezależności ² [w poprzednim materiale było chi-kwadrat] oraz poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Istnieje korelacja pomiędzy wiekiem a wyborem działania, jakie powinna podjąć osoba, mająca poważne problemy zdrowotne. Odrzucić można hipotezę zakładającą niezależność wieku respondenta i wybieranego przez niego działania w przypadku długotrwałych problemów zdrowotnych. Osoby w młodszych grupach wieku częściej uważają, że osoba mająca długotrwałe problemy zdrowotne powinna podjąć próbę rehabilitacji i leczenia. Wraz z wiekiem rośnie udział osób twierdzących, że przejście na rentę lub emeryturę jest działaniem, które powinny podjąć osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi. Osoby młodsze częściej wybierały odpowiedź, w której otrzymanie renty lub emerytury było warunkowane podjęciem próby leczenia lub rehabilitacji. Najczęściej wybieraną odpowiedzią na pytanie, jak powinna postąpić osoba z długotrwałymi, poważnymi problemami zdrowotnymi, była odpowiedź „podjąć próbę leczenia i rehabilitacji, a w razie niepowodzenia przejść na rentę”.

Istnieje również zależność między wiekiem a działaniami, które powinna podjąć osoba ubiegająca się o rentę (rysunek 3). Respondenci uważali, że zanim zostanie przyznana renta, powinno się podjąć działania służące poprawie zdrowia lub próbę przekwalifikowania się, zmiany wykonywanego zawodu. Osoby po 55. roku życia częściej wskazywały na przejście na rentę lub emeryturę jako na działanie, które powinna podjąć osoba mająca długotrwałe problemy zdrowotne.

Analiza statystyczna potwierdza zależność pomiędzy wiekiem a źródłem informacji o możliwości rehabilitacji. Jako źródło informacji o możliwości rehabilitacji respondenci wskazywali: lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę, znajomych, którzy doświadczyli podobnych problemów zdrowotnych, rodzinę, pracowników ZUS-u, KRUS-u oraz zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności.

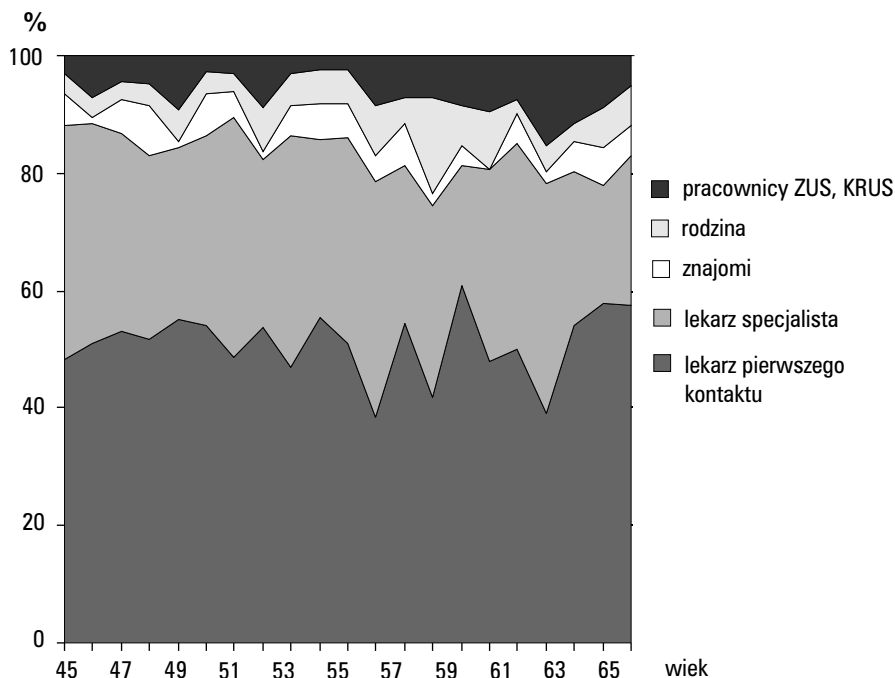
Rysunek 3. Działania, które należy podjąć w przypadku długotrwałych problemów ze zdrowiem według wieku respondentów (w %)



Najczęstszym źródłem informacji o rehabilitacji był lekarz pierwszego kontaktu. Ponad 80% respondentów wiedzę o rehabilitacji otrzymało od lekarza pierwszego kontaktu i od specjalistów. W starszych grupach wieku odsetek osób, które czerpały informacje o rehabilitacji od lekarza nieznacznie wzrasta. Rzadko respondenci korzystali z doświadczeń znajomych lub rodziny. Po 60. roku życia – wraz z wycofywaniem się z rynku pracy i zanikiem kontaktów z instytucjami obsługującymi ten rynek – spadał udział pracowników ZUS-u i KRUS-u jako źródła informacji o rehabilitacji, wzrastał natomiast udział rodziny, znajomych oraz lekarza specjalisty (rysunek 4). Odpowiedzi na pytanie, jakie jest źródło informacji o możliwości rehabilitacji, wskazują na znaczenie lekarza, zarówno pierwszego kontaktu, jak i specjalisty. Niewielkie znaczenie jako źródło informacji o możliwości rehabilitacji mają znajomi, którzy doświadczyli podobnych problemów zdrowotnych, oraz rodzina. Pracownicy ZUS-u i KRUS-u również nie odgrywają istotnej roli jako źródło informacji o możliwości podjęcia rehabilitacji. Nikła rola tych ostatnich może wynikać z faktu, że osoby zgłaszające się do pracowników tych instytucji lub zespołu orzekającego o niepełnosprawności nie chcą podjąć rehabilitacji, lecz oczekują przyznania świadczenia z tytułu niepełnosprawno-

ści lub podjęły już próbę rehabilitacji, o czym poinformował ich lekarz. Wskazanie lekarza jako podstawowego źródła informacji na ten temat jest zrozumiałe, ponieważ najczęściej to on ma pierwszy kontakt z osobą z problemami zdrowotnymi.

Rysunek 4. Źródło informacji o rehabilitacji według wieku respondentów (w %)



Nie potwierdza się natomiast zdawałoby się, że oczywiste oczekiwanie co do korelacji między wiekiem respondenta a wskazywanym przez niego wiekiem, po przekroczeniu którego nie powinno się uzależniać przyznania świadczenia rentowego od podjęcia rehabilitacji, przekwalifikowania zawodowego lub zmiany miejsca pracy. Średni wiek, który w opinii respondentów powinien zwalniać od warunkowego przyznania świadczenia, wynosi 53 lata. Prawdopodobnie osoby starsze uważają, że skoro same były zdolne do pracy, to wiek ten nie powinien być zbyt niski. Należy zwrócić uwagę na stosunkowo niską granicę wieku wskazaną przez respondentów. Biorąc pod uwagę wydłużanie się trwania życia, poprawę stanu zdrowia, a w konsekwencji dłuższe życie na emeryturze, należałoby oczekiwać podniesienia granicy tego wieku.

Dwie kolejne tabele przedstawiają zależność pomiędzy wykształceniem a działaniem, jakie powinna podjąć osoba z długotrwałymi problemami zdrowotnymi oraz wykształceniem a źródłem informacji o możliwości rehabilitacji.

Istnieje zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a wybraną opcją działania, jakie powinna podjąć osoba z długotrwałymi problemami zdrowotnymi (tabela 1). Osoby z wykształceniem ogólnokształcącym i z tytułem licencjata wybierały odpowiedź „podjąć próbę leczenia i rehabilitacji, a w wypadku niepowodzenia przejść na rentę”, odsetek ten wynosił w przypadku osób z wykształceniem ogólnokształcącym 46%, a ponad połowa osób z wykształceniem na poziomie licencjatu wskazała na konieczność podjęcia rehabilitacji przed przejściem na rentę. Wśród osób, które wskazywały na przejście na rentę bądź emeryturę jako na działanie, które powinny podjąć osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, dominowały osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz niepełnym podstawowym lub podstawowym. 27% spośród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym wybrało odpowiedź „przejsć na emeryturę lub rentę”, tę samą odpowiedź wskazało 28% osób z wykształceniem niepełnym podstawowym lub podstawowym.

Tabela 1. Działania, które powinna podjąć osoba z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, zanim uzyska rentę (według wykształcenia respondentów)*

Wykształcenie	A	B	C	D	E	F
Niepełne podstawowe/ podstawowe	37 (29,6)	8 (6,4)	44 (35,2)	35 (28,0)	1 (0,8)	125 (100)
Zasadnicze zawodowe	111 (24,0)	37 (8,0)	170 (36,7)	126 (27,2)	19 (4,1)	463 (100)
Średnie zawodowe	140 (31,9)	52 (11,8)	169 (38,5)	64 (14,6)	14 (3,2)	439 (100)
Średnie ogólnokształcące i pomaturalne	44 (19,0)	31 (13,4)	107 (46,1)	39 (16,8)	11 (4,7)	232 (100)
Licencjat lub trzyletnie studia zawodowe	5 (9,4)	6 (11,3)	30 (56,6)	6 (11,3)	6 (11,3)	53 (100)
Wyższe	45 (25,0)	37 (20,5)	64 (35,5)	11 (6,1)	23 (12,8)	180 (100)
Brak odpowiedzi	3	0	3	2	0	8
Ogółem	385	171	587	283	74	1500

* Dane w liczbach bezwzględnych i w liczbach względnych wyrażone w % podane są w nawiasach.

A – podjąć próbę leczenia i rehabilitacji, B – podjąć próbę leczenia i rehabilitacji, a w przypadku niepowodzenia skorzystać z przekwalifikowania zawodowego, C – podjąć próbę leczenia i rehabilitacji, a w przypadku niepowodzenia przejść na rentę, D – przejść na rentę lub emeryturę, E – brak odpowiedzi, F – ogółem.

Lekarz pierwszego kontaktu był głównym źródłem informacji o możliwości rehabilitacji dla wszystkich respondentów bez względu na wykształcenie (tabela 2). Jednak wśród osób z wykształceniem poniżej wyższego istotnym

źródłem informacji o możliwości rehabilitacji byli znajomi, którzy doświadczyli podobnych problemów zdrowotnych, rodzina oraz pracownicy ZUS-u, KRUS-u lub zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. Dla osób z wykształceniem wyższym lub z tytułem licencjata znajomi, rodzina oraz pracownicy instytucji publicznych nie są istotnym źródłem informacji o możliwości rehabilitacji. Dla tych osób podstawowym źródłem informacji jest lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz specjalista.

Tabela 2. Źródło informacji o rehabilitacji według wykształcenia respondentów*

Wykształcenie	A	B	C	D	E	F	G	H
Niepełne podstawowe/ podstawowe	79 (63,2)	22 (17,6)	10 (8,0)	7 (5,6)	7 (5,6)	0	0	125 (100)
Zasadnicze zawodowe	260 (56,1)	124 (26,8)	15 (3,2)	28 (6,0)	34 (7,3)	0	2	463 (100)
Średnie zawodowe	201 (45,8)	158 (36,0)	19 (4,3)	33 (7,5)	27 (6,1)	1 (0,2)	0	439 (100)
Średnie ogólnokształcące i pomaturalne	125 (53,9)	80 (34,5)	10 (4,3)	7 (3,0)	9 (3,9)	1 (0,4)	0	232 (100)
Licencjat lub trzyletnie studia zawodowe	22 (41,5)	21 (39,6)	4 (7,5)	0	6 (11,3)	0	0	53 (100)
Wyższe	74 (41,1)	80 (44,4)	10 (5,5)	7 (3,9)	9 (5,0)	0	0	180 (100)
Brak odpowiedzi	5	3	0	0	0	0	0	8
Ogółem	766	488	68	82	92	2	2	1500

* Dane w liczbach bezwzględnych i w liczbach względnych wyrażone w % podane są w nawiasach.

A – lekarz pierwszego kontaktu, B – lekarz specjalista, C – znajomi, którzy doświadczyli podobnych problemów zdrowotnych, D – rodzina, E – pracownicy ZUS-u, KRUS-u lub zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, F – inne, G – brak odpowiedzi, H – ogółem.

Należy podkreślić rolę instytucji publicznych w pomocy pracownikom z długotrwałymi problemami zdrowotnymi. Większość respondentów bez względu na wykształcenie podkreślała znaczenie instytucji publicznych we wspomaganiu w zakresie rehabilitacji leczniczej przywracającej zdolność do pracy. Znacznie mniejszą rolę respondenci przypisywali instytucjom publicznym w zakresie przekwalifikowania zawodowego czy zmniejszenia wymiaru czasu pracy jako działań wspomagających kontynuację kariery przez pracowników z problemami zdrowotnymi.

Niepokojące są wyniki badania dotyczące oczekiwanej pomocy przez respondentów w wypadku długotrwałej niepełnosprawności. Głównym działaniem, jakiego oczekują respondenci od instytucji publicznych, jest otrzymanie renty, a dopiero na drugim miejscu jest możliwość rehabilitacji leczniczej przywracającej zdolność do pracy. Pomimo możliwości wybrania w tym pytaniu więcej niż jednej odpowiedzi większość respondentów wskazała jedynie przyznanie renty jako działanie oczekiwane od instytucji publicznych. W kolejnych pytaniach, w których warunkowano wydanie decyzji o przyznaniu renty od podjęcia przez daną osobę rehabilitacji medycznej, większość respondentów zgadzała się ze stwierdzeniem, że przyznanie renty powinno być tak uwarunkowane. Odpowiedzi podawane przez respondentów wskazują, że renta jest postrzegana jako czynnik stabilizujący, zapewniający bezpieczeństwo. Respondenci uważali, że rehabilitacja jest ważnym czynnikiem wspomagającym powrót do pracy zawodowej, ale głównym działaniem, jakiego oczekują od instytucji publicznych, jest przyznanie świadczenia rentowego. Większość respondentów wskazało na czas rehabilitacji od 4 do 6 miesięcy jako na okres, po którym w razie niepowodzenia powinno się przyznać świadczenie rentowe.

Jedno z pytań zadawanych respondentom dotyczyło posiadanego orzeczenia ustalającego niepełnosprawność, niezdolność do wykonywania pracy lub inwalidztwo, wydane przez ZUS lub KRUS. Najczęściej orzeczenie o niepełnosprawności miały osoby w wieku 53–61 lat. Wśród 84 osób mających orzeczenie o całkowitej niezdolności do wykonywania pracy zawodowej 2 pracowały, 69 pobierało rentę, a 10 osób pobierało świadczenia emerytalne. 48 osób zadeklarowało posiadanie orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Wśród tych osób – 6 pracowało, 2 były bezrobotne, 12 pobierało emeryturę, a 27 renty. W badaniu wzięły udział 54 osoby z orzeczoną lekką stopniem niepełnosprawności; 10 z nich wykonywało pracę zawodową, 2 były bezrobotne, 22 otrzymywały emeryturę, a 17 rentę. Analiza udzielonych odpowiedzi pokazuje, że uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności, inwalidztwie lub niezdolności do wykonywania pracy zawodowej powodowało wyjście danej osoby z rynku pracy, a emerytura lub renta była postrzegana jako czynnik stabilizujący i umożliwiający zakończenie kariery zawodowej.

8. Wnioski

Zgodnie z definicją przyjętą przez Międzynarodową Organizację Pracy, rehabilitacja zawodowa jest jedną z części procesu rehabilitacji, na który składają się następujące usługi: poradnictwo i diagnostyka sytuacji osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, szkolenie i przekwalifikowanie zawodowe, pomoc w znalezieniu zatrudnienia. Rehabilitacja medyczna ma na

celu zapewnienie poprawy stanu zdrowia, przywrócenie sprawności psychofizycznej, minimalizację skutków choroby. Rehabilitacja społeczna dąży do umożliwienia osobie niepełnosprawnej lub chorej pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz pełnienia przez nią określonych ról społecznych.

Moduł badania dotyczący rehabilitacji zawodowej pokazał, że respondenci dostrzegają jej wagę i znaczenie. Należy podkreślić, że ponad 80% badanych uznało, że przyznanie renty powinno być uzależnione od podjęcia próby leczenia i rehabilitacji. Niepokojący może się wydawać wiek, po którym ankietowani uznali, że przyznanie świadczenia nie powinno zależeć od podjęcia leczenia lub rehabilitacji (średnia 53 lata). Trzeba jednak zaznaczyć, że ponad 50% respondentów nie potrafiło wskazać tego wieku.

Respondenci podkreślali rolę instytucji publicznych, które według nich powinny ułatwiać rehabilitację, a tym samym pomagać pracownikom długotrwale chorym w powrocie do pracy. Szczególną rolę instytucji publicznych postrzegali respondenci wtedy, gdy pracownik musiał dokonać przekwalifikowania zawodowego. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na działania, których oczekują respondenci od instytucji publicznych, wówczas gdy dotknie ich długotrwałe kalectwo. Większość respondentów podawało na pierwszym miejscu przyznanie renty, a rehabilitację – na miejscu drugim, najmniej respondentów wskazało na pomoc w przekwalifikowaniu zawodowym jako na działanie, którego oczekiwaliby od instytucji publicznych. Wynik ten oznacza, że respondenci nie przewidywali zmiany wykonywanego zawodu. W przypadku zawodów, które mogą być wykonywane tylko do określonego wieku, np. górnicy, policjanci, przekwalifikowanie zawodowe jest alternatywą dla wcześniejszej emerytury. Stanowisko respondentów wskazuje na konieczność szerszej kampanii społecznej, mającej na celu informowanie o przekwalifikowaniu zawodowym i zachęcanie do podejmowania działań w tym kierunku. O ile 88% respondentów uznało, że osoba starająca się o rentę powinna podjąć wcześniej próbę rehabilitacji, o tyle tylko 56% badanych stwierdziło, że prawo ubiegania się o rentę powinno być uzależnione od prób przekwalifikowania się. Badanie wskazuje, że renta lub emerytura jest czynnikiem wprowadzającym stabilizację w życiu pracowników należących do starszej grupy wieku produkcyjnego. Otrzymanie renty jest najbardziej oczekiwanym działaniem ze strony instytucji publicznych. Respondenci podkreślali wagę rehabilitacji medycznej, jednak przyznanie świadczenia pieniężnego było dla nich najistotniejsze w przypadku niepełnosprawności lub poważnych problemów zdrowotnych. Z wyników ankiety można wnioskować, że badani chętnie skorzystaliby z rehabilitacji medycznej, lecz najważniejsze dla większości z nich jest zabezpieczenie materialne, a takie, według nich, może zapewnić renta.

Większość respondentów jako główne źródło wiedzy o możliwości rehabilitacji podawało lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalistę. Szczegół-

nie osoby z wyższym wykształceniem niechętnie korzystały z rad rodziny lub znajomych w dziedzinie rehabilitacji. Wpływ na taką sytuację może mieć niechęć do dzielenia się z innymi swoimi problemami zdrowotnymi, potrzeba uzyskania fachowej, profesjonalnej porady lub brak czasu na wymianę doświadczeń ze znajomymi i rodziną. Osoby z wykształceniem średnim, zawodowym, podstawowym są bardziej skłonne do korzystania z doświadczeń i porad znajomych oraz członków rodziny, co może świadczyć o niedostatecznej wiedzy, gdzie szukać niezbędnych informacji o możliwości rehabilitacji. Respondenci legitymujący się wyższym wykształceniem wiedzą, gdzie uzyskać fachową pomoc, i zapewne częściej niż z porady znajomych i rodziny korzystają z nowoczesnych technologii.

Niespełna jedna czwarta respondentów korzystała z rehabilitacji medycznej w ostatnich pięciu latach. Skutki rehabilitacji oceniali oni jako niewielkie. Prawie 60% spośród osób korzystających z rehabilitacji stwierdziło, że nastąpiła nieznaczna poprawa ich stanu zdrowia. Wynik ten wskazuje na niedostateczną skuteczność rehabilitacji medycznej. Przyczyn takiej sytuacji może być wiele. Rehabilitacja nie jest czynnością jednorazową, a zakończenie formalnego procesu rehabilitacji zazwyczaj nie jest równoznaczne ze stałą poprawą stanu zdrowia. Większość osób korzystających z rehabilitacji powinna zmienić styl życia i dostosować go do wskazówek lekarzy i rehabilitantów.

9. Rekomendacje

Na podstawie przeprowadzonej analizy wyników zgromadzonych w module poświęconym niepełnosprawności, można sformułować kilka wniosków o charakterze rekomendacji.

Ważną kwestią jest jakość procesu rehabilitacji. Z przedstawionych opinii wynika, że respondenci nie są zadowoleni z rezultatów rehabilitacji medycznej. W tej sytuacji konieczny wydaje się program ewaluacji skuteczności rehabilitacji. Zakład Ubezpieczeń Społecznych powinien przeprowadzać badania na temat skuteczności rehabilitacji oraz jej oceny przez rehabilitowanych.

Należy uwzględnić w działaniach rehabilitacyjnych nastawienie stron biorących w nich udział. Jeśli zarówno rehabilitowany, jak i rehabilitant nie oczekują zmian stanu zdrowia rehabilitowanego, to ich wysiłek może być zbyt mały w stosunku do potrzeb. Proces rehabilitacji nie kończy się po wyjściu ze szpitala lub wyjeździe z sanatorium, lecz powinien być kontynuowany przez rehabilitowanego w domu, np. poprzez wykonywanie zaleconych ćwiczeń fizycznych, zaprzestanie palenia papierosów. Odpowiednie badanie ewaluacyjne pomogłoby ustalić, na ile rehabilitowani stosują się do zaleceń lekarzy i rehabilitantów.

Istotną kwestią powinno być zachęcanie do korzystania z edukacji ustawicznej. Powinno dojść do modyfikacji systemów edukacyjnych w taki sposób, aby pracownik w ciągu swojego życia miał dostęp do różnych form, metod i narzędzi, a także zachęcanie do korzystania z nich. Kształcenie ustawiczne poprzez podnoszenie kompetencji pracowników przeciwdziała bezrobociu, zapobiega izolacji społecznej. Należy jednak zaznaczyć odmienną formę kształcenia osób dorosłych w porównaniu z osobami młodszymi. Osoba, która przez cały okres swojej kariery zawodowej dokształcała się, łatwiej przystosowuje się do zmieniających się wymagań rynku pracy.

Kolejnym zagadnieniem jest upowszechnienie świadomości i wiedzy o zachowaniach sprzyjających utrzymywaniu sprawności fizycznej i umysłowej. Efektywna polityka prozdrowotna poprzez zmianę sposobu odżywiania, aktywność fizyczną, higienę psychiczną, a także profilaktykę i prewencję, podnosi poziom zdrowotności społeczeństwa.

Instytucje publiczne powinny działać w kierunku stwarzania odpowiednich warunków pracy dla osób starszych. Wprowadzenie elastycznego czasu pracy czy możliwości pracy w niepełnym wymiarze godzin powinno być zachętą do kontynuowania pracy zawodowej.

Podstawowym działaniem instytucji publicznych może być wdrażanie programów aktywizacji pracowników ze starszej grupy wieku produkcyjnego, zachęcanie ich do pozostania na rynku pracy aż do osiągnięcia ustawowego wieku emerytalnego. Sposobem na przeciwdziałanie sytuacji wczesnego opuszczania rynku pracy jest także zachęcanie starszych pracowników do pozostania na rynku pracy poprzez kampanię społeczną uświadamiającą, że dłuższy staż pracy wpłynie na wysokość przyszłej emerytury. Wydłużenie okresu aktywności zawodowej wiąże się ze zmianą nastawienia pracowników do kontynuowania kariery zawodowej w starszym wieku. Na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku stosowane przez państwo zachęty do przechodzenia na wcześniejszą emeryturę, które miały przeciwdziałać bezrobociu, zmieniły podejście pracowników do emerytur i rent. W przyszłości obserwować będziemy stopniowy niedobór siły roboczej związany z wchodzeniem na rynek pracy niżu demograficznego. Dodatkowe znaczenie kampania społeczna na rzecz kontynuowania pracy zawodowej w starszym wieku miałyby w sytuacji, gdy decydenci, co wydaje się nieuniknione, podwyższą wiek emerytalny lub zrównają wiek emerytalny kobiet i mężczyzn. Należy zaznaczyć, że nowy system emerytalny „wymusi” w przyszłości wydłużenie okresu aktywności ekonomicznej, ponieważ dłuższy staż pracy będzie oznaczał możliwość odłożenia dodatkowych pieniędzy na emeryturę. Działania prawne, zwłaszcza w sferze ubezpieczeń społecznych i kodeksie pracy, mogą wpłynąć na chęć pozostania na rynku pracy.

Ograniczenie dostępu do świadczeń finansowych spowoduje, że część osób będzie musiała pracować aż do osiągnięcia ustawowego wieku emerytalnego. Jednocześnie zadanie instytucji publicznych powinno polegać na przełamywaniu stereotypów, zwłaszcza wśród pracodawców, o mniejszej wydajności starszych pracowników, o złym stanie ich zdrowia czy braku możliwości adaptacji do nowych warunków pracy. Dyskryminacja na rynku pracy i niepewność zatrudnienia wydają się być głównymi przyczynami „ucieczki” osób starszych z rynku pracy. Należałoby rozważyć wprowadzenie ulg dla pracodawców w zakresie wysokości składki ZUS-u, która zachęciłaby do zatrudniania osób będących w niemobilnej grupie wieku produkcyjnego.

Literatura

- Hulek A., *Teoria i praktyka w rehabilitacji inwalidów*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1969.
- Kowalik S., *Psychologia rehabilitacji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
- Kwolek A., *Perspektywy rehabilitacji u progu XXI wieku*, Centrum Badawczo-Szkoleniowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Zamościu, Zamość 2003.
- Kwolek A. (red.), *Rehabilitacja Medyczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.
- Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003.
- Pichalski R., *Podstawy rehabilitacji zdrowotnej, zawodowej i społecznej*, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Warszawa 2002.
- Prewencja rentowa*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2008 (publikacja dostępna na stronie internetowej pod adresem: www.zus.pl/default.asp?p=4&id=420, dostęp do źródła 10.08.2008).
- The world health report*, World Health Organization 2008 (publikacja dostępna na stronie internetowej pod adresem: www.who.int/whr/2007/en/index.html, dostęp do źródła 10.08.2008).
- Zabłocki J., *Wprowadzenie do rewalidacji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1998.

Piotr Szukalski

Plany zawodowe i przewidywania odnośnie do wieku przechodzenia na emeryturę

1. Wprowadzenie

Jednym z kluczowych celów polityki społecznej, o wzrastającym – w ocenie znawców zagadnienia – znaczeniu, jest wspieranie jak najdłuższej aktywności zawodowej osób starszych oraz będących „na przedpolu starości”¹. Ze względu na bardzo niski – w porównaniu z innymi krajami Europy – poziom współczynników aktywności zawodowej po 50. roku życia i wyjątkowo niski wiek w momencie uzyskania pierwszego świadczenia emerytalnego², cel ten jest w polskich realiach szczególnie ważny, choć jednocześnie jego osiągnięcie jest wysoce problematyczne³.

Celem niniejszego opracowania jest wskazanie, jak osoby uczestniczące w omawianym badaniu definiowały czynniki zachęcające/powstrzymujące do

¹ R. Szarfenberg, *Człowiek i polityka społeczna – w perspektywie przyszłości*, [w:] *Europa w perspektywie roku 2050*, Komitet Prognoz PAN, Warszawa 2007, s. 249–281.

² Sytuacja Polski w tym zakresie jest o tyle wyjątkowa, że nie dość, iż w naszym kraju mamy najniższy poziom aktywności zawodowej po 50. roku życia w Unii Europejskiej, to jednocześnie w pierwszych latach XXI wieku byliśmy jedynym społeczeństwem, w którym wskaźnik ten malał – zob. I.E. Kotowska, *Zmiany aktywności zawodowej a proces starzenia się ludności*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomysłne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008. W sytuacji uznania w Strategii Lizbońskiej podnoszenia frakcji osób zatrudnionych po 50. roku życia jako jednego z niewąlgicznych czynników zwiększających konkurencyjność gospodarczą UE, jak i zapewniających stabilny, trwały wzrost, wspomniana tendencja wywoływać musi niepokój.

³ M. Kabaj, *Aktywność zawodowa i samozatrudnienie ludzi starszych*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i zespół działań*, Komitet Prognoz PAN, Warszawa 2008, s. 105–136; I.E. Kotowska, *Zmiany aktywności zawodowej a proces starzenia się ludności*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomysłne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, op. cit., s. 13–33.

dłuższego wykonywania odpłatnej pracy zawodowej oraz jak obecnie pracujący wyobrażają sobie proces swojego definitywnego wyjścia z rynku pracy. W pierwszym przypadku pytania zadano wszystkim osobom uczestniczącym w badaniu, niezależnie od ich obecnego statusu zawodowego, w drugim zaś – jedynie osobom pracującym. Jednak – ze względu na inną optykę badanych zagadnień u jednostek zatrudnionych i będących w innych grupach wieku – w obu przypadkach uwzględniono aktualnie wykonywaną pracę jako czynnik dystynkcyjny.

Zanim jednak przejdziemy do meritum, zapoznajmy się z podstawowymi informacjami o aktywności zawodowej osób w wieku 45–65 lat w Polsce w ostatnich kilkunastu latach i o wieku przechodzenia na emeryturę.

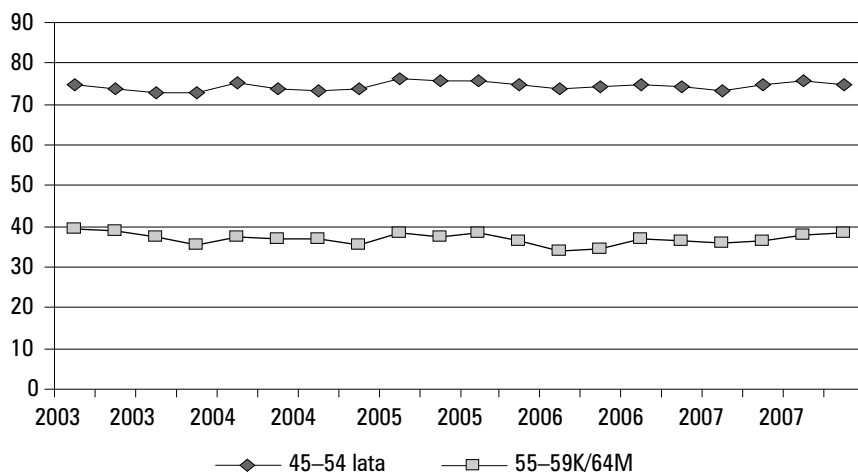
2. Aktywność zawodowa osób na przedpolu starości i wiek przechodzenia na emeryturę w Polsce w ostatnich latach

Niska aktywność zawodowa Polek i Polaków w wieku okołoprodukcyjnym wynika przede wszystkim z uznania przez nich, że w trakcie swojego życia już dosyć się napracowały oraz z uznania swojego stanu zdrowia jako niepozwalającego na dalsze wykonywanie obowiązków zawodowych⁴. Podstawowe informacje o poziomie aktywności zawodowej w interesującej nas grupie wieku przedstawia rysunek 1.

W ostatnich latach nie zanotowano większych zmian w poziomie aktywności zawodowej Polek i Polaków na przedpolu starości. W każdej grupie wieku współczynniki są wyższe wśród mężczyzn niż wśród kobiet, co jest niejako oczywiste w populacji osób mających 55 lat i więcej, a zatem w wieku bezpośrednio poprzedzającym ustawowy wiek przechodzenia na emeryturę kobiet. Przykładowo, według BAEL-u w czwartym kwartale 2007 roku 80,2% mężczyzn w wieku 45–54 lata było aktywnych zawodowo wobec 69,6% kobiet, zaś w grupie wieku 55–59 lat kobiet i 64 lata mężczyzn odpowiednie wielkości przyjęły wartość 44,8% i 26,2%. Przekroczenie 50. roku życia jest momentem, gdy skłonność mieszkańców Polski do dalszego wykonywania pracy zawodowej gwałtownie spada. O ile wpływ wieku oddziaływał zawsze tak samo, choć kilkanaście lat temu spadek aktywności zawodowej zaczynał się nieco później, o tyle poziom aktywności w poszczególnych grupach wieku szybko obniżał się w latach dziewięćdziesiątych XX wieku, a w ostatnim dziesięcioleciu nie podlegał już gwałtownej redukcji.

⁴ T. Borkowska-Kalwas, *Aktywność zawodowa ludzi starych*, [w:] J. Halik (red.), *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002, s. 49–50.

Rysunek 1. Współczynniki aktywności zawodowej w latach 2003–2007 według BAEL-u wśród osób na przedpolu starości



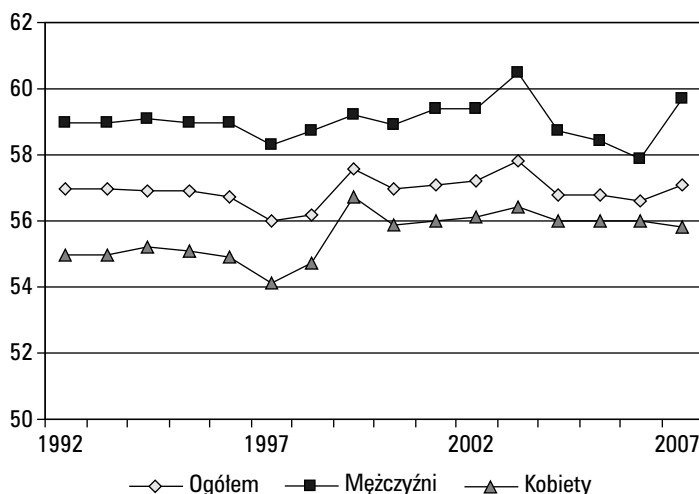
Źródło: BAEL – Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności – dane z różnych lat.

Jak wspomniano we wprowadzeniu do niniejszego rozdziału, drugim głównym analizowanym zagadnieniem były plany odnośnie do trwałej dezaktywacji zawodowej. W dalszej części tego punktu bliżej zaprezentujemy przede wszystkim, jak zmieniał się w trakcie kilkunastu lat rzeczywisty wiek przechodzenia na emeryturę finansowaną z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ze względu na odmienne kryteria, określające możliwość otrzymania świadczenia emerytalnego stosowane wobec mężczyzn i kobiet (minimalny wiek, minimalny staż pracy), za każdym razem badane zagadnienie analizowane będzie w podziale według płci.

Przyjrzyjmy się zatem, jak w ostatnich kilkunastu latach zmieniał się przeciętny wiek osoby otrzymującej po raz pierwszy świadczenie emerytalne z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w rozbiciu na mężczyzn i kobiet (rysunek 2)⁵.

⁵ Jako uzupełnienie prezentowanych danych dodam, że w latach 1990–1992 przeciętny wiek uzyskania pierwszego świadczenia emerytalnego wynosił w przypadku kobiet – 52,4 lat, zaś w przypadku mężczyzn – 57,8 lat. Zob. P. Szukalski, *Zmiany wieku przechodzenia na emeryturę*, „Gospodarka Narodowa” 1999, nr 10, s. 76. Tak niski wiek był wyrazem traktowania przez państwo „wychodzenia z rynku pracy starszych pracowników jako jednego z istotnych programów hamowania wzrostu bezrobocia. Ta polityka okazała się bardzo kosztowna, a odwrót od niej bardzo trudny ze względów politycznych”. Zob. *Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999. Ku godnej, aktywnej starości*, United Nations Development Programme, Warszawa 1999, s. 78.

Rysunek 2. Przeciętny wiek osób pobierających pierwsze świadczenie emerytalne w systemie ZUS-u w latach 1992–2007

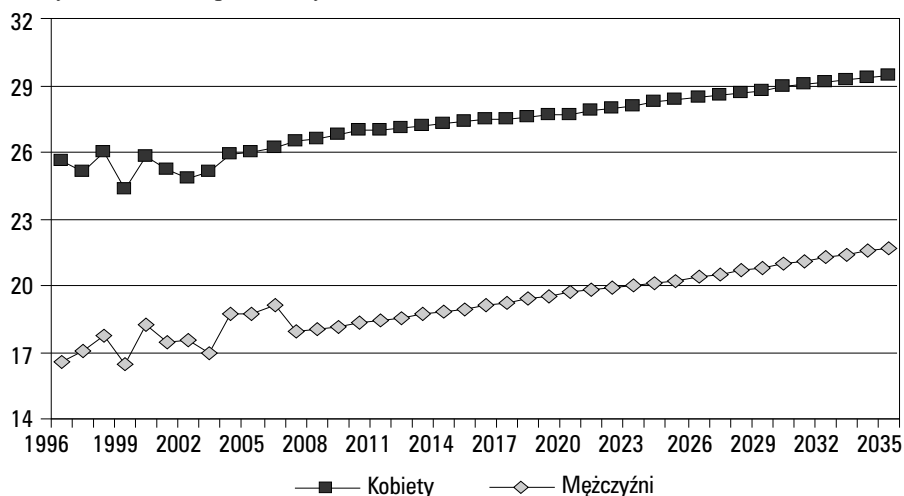


Źródło: BAEL – Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności – dane z różnych lat.

Należy zwrócić uwagę, że pierwszą, zauważalną cechą powyższych danych jest fakt, iż w całym analizowanym okresie – pomimo pewnych zmian wartości – wiek przechodzenia na emeryturę znacznie odbiegał od wielkości ustawowych, tj. 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Działo się tak nie tylko dlatego, że uprzywilejowane przez ustawodawcę grupy charakteryzowały się zdecydowanie niższym niż pozostałe osoby, przeciętnym, rzeczywistym wiekiem emerytalnym, lecz także dlatego, że możliwość przejścia na wczesną emeryturę wciąż w naszym kraju traktowane jest jako cenny przywilej. Choć – co oczywiste – kobiety wcześniej decydowały się na rezygnację z kariery zawodowej na rzecz świadczeń ZUS-u, z reguły występująca różnica pomiędzy rzeczywistym a ustawowym wiekiem wynosiła około sześciu lat w przypadku reprezentantów płci męskiej i czterech–pięciu w przypadku kobiet. Jednocześnie, wyodrębnić można cztery podokresy odnośnie do kształtowania się powyższego wieku. Pierwszy z nich obejmował lata 1992–1996, odznaczające się stabilnością tego momentu w życiu, w którym jednostki decydują się na ostateczne zakończenie swojej kariery zawodowej. W tym podokresie wiek ów oscylował wokół 55. lat wśród kobiet i 59. lat w zbiorowości mężczyzn. Natomiast w latach 1997–1999 wiek emerytalny najpierw nieco się obniżył (w 1997 r.), po czym szybko się podniósł (wśród kobiet o dwa lata, wśród mężczyzn o blisko rok). Wreszcie trzeci podokres (rozpoczynający się w 2000 roku i kończący w 2003 roku), charakteryzuje się – po początkowym obniżeniu wartości w stosunku do 1999 roku – stałym wzrostem wieku w momencie otrzymania pierwszego świadczenia emerytalnego. Ów wzrost był zdecydo-

wanie bardziej wyraźny wśród mężczyzn niż wśród kobiet – o ile w pierwszym przypadku odnotowane wartości są najwyższe w całym analizowanym okresie, o tyle w przypadku kobiet rokiem rekordowo wysokiego wieku przechodzenia na emeryturę był 1999. W ostatnim okresie, którego początkiem jest 2004 rok, można było zaobserwować obniżenie średniego wieku – w porównaniu z 2003 rokiem w 2006 roku wiek przechodzenia na emeryturę ogółem był niższy o 1,2 roku, w przypadku kobiet o 0,4 roku, zaś w przypadku mężczyzn aż o 2,6 roku. Dane z 2007 roku wskazują, że tendencja do obniżania się wieku kobiet jest wciąż obecna, natomiast podniósł się nieco wiek uzyskujących pierwsze świadczenie emerytalne mężczyzn. Ciekawe jest, jak na dalszą ewolucję wieku mężczyzn wpłynie orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego o możliwości przechodzenia przez mężczyzn na emeryturę w wieku 60 lat.

Rysunek 3. Okres pobierania świadczeń emerytalnych przez osoby przechodzące na emeryturę w wieku przeciętnym w Polsce w latach 1996–2035



Kończąc niniejszy punkt, chciałbym jedynie – tytułem swoistej „intelektualnej odskoczni”, przydatnej do zrozumienia konieczności wydłużania kariery zawodowej Polek i Polaków – zaprezentować dane pokazujące, ile lat otrzymywania emerytury mają przed sobą jeszcze osoby pobierające w analizowanym okresie pierwsze świadczenie emerytalne wypłacane przez ZUS. Prezentowane poniżej wielkości dla lat 1992–2007 obliczone zostały na podstawie przekrojowych tablic trwania życia z odpowiednich lat. Natomiast w dalszej części punktem wyjścia dla lat 2008–2035 były założone, w opublikowanej w 2008 roku przez GUS prognozie demograficznej, wartości trwania życia noworodka dla kobiet i mężczyzn, do których dopasowano odpowiednie

tablice trwania życia dla Francji⁶, a następnie obliczono okres pobierania emerytury przy założeniu, że wiek w momencie otrzymania pierwszego świadczenia będzie taki sam, jak odnotowany w 2007 roku.

Zakładając utrzymywanie się wieku emerytalnego odnotowanego wśród osób otrzymujących pierwszą emeryturę w 2007 roku, w wyniku jedynie samych przemian umieralności – przypominę, że we współczesnych społeczeństwach 70–80% przyrostu trwania życia odnosi się do fazy starości – okres pobierania emerytury wydłużyłby się pomiędzy 2007 a 2035 rokiem w przypadku mężczyzn o 4,1 roku, a w przypadku kobiet o 3,7 roku. Przyrost okresu pobierania świadczeń nie brzmi może niepokojąco, lecz świadomość, że przechodzący na emeryturę w opisanych okolicznościach mężczyzna miałby otrzymywać świadczenie przez 21,7 lat, a kobieta przez 29,4 lat, rodzi pytania o wysokość dochodu takiej osoby. Tak znaczny wzrost trwania okresu świadczeniobrania samoczynnie (w warunkach nowego systemu emerytalnego, zakładającego uzyskiwanie z II filaru dochodów uzależnionych od oczekiwanego okresu dalszego życia) obniżyć musi wysokość świadczenia o kilkanaście procent. Przedstawione powyżej wyniki obliczeń stanowią kolejną przesłankę wskazującą na konieczność zachęcania Polek i Polaków na przedpolu starości do dłuższego pozostawania na rynku pracy.

3. Wyniki badania

Pomni powyższych informacji jednoznacznie wskazujących na niską skłonność Polaków na przedpolu starości do angażowania się w pracę zawodową po osiągnięciu wieku uprawniającego do uzyskania świadczenia emerytalnego lub po uzyskaniu prawa do świadczenia rentowego, przyjrzyjmy się, jaka była aktywność zawodowa w badanej grupie oraz jakie respondenci wyrażali opinie odnośnie do oczekiwanego wieku przechodzenia na emeryturę oraz czynników zachęcających lub powstrzymujących do poddawania się wczesnej dezaktywizacji zawodowej.

Zdecydowana większość badanych deklarowała wykonywanie pracy (58,1%). Kolejne pod względem liczebności kategorie to: emeryci (20%), renciści (9,6%), bezrobotni (7,3%) oraz osoby, które nigdy nie pracowały (5,1%). Zastanawia zwłaszcza deklarowany poziom bezrobocia, albowiem przy wysokim współczynniku aktywności zawodowej ludności w badanym wieku (65,4%) uzyskuje się niezwykle wysoką stopę bezrobocia (11,2%), zdecydowanie wyższą od wielkości wynikających z poziomu bezrobocia rejestrowanego i bezrobocia wynikającego z danych BAEL-owskich. Przypominę, że

⁶ J. Vallin, F. Meslé, *Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles et projections pour le XXIe siècle*, INED, Paris 2001, 102 s. + CD.

dane pochodzące z ostatniego kwartału 2007 roku (tj. w okresie przeprowadzania badań terenowych) informują, że w przypadku Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności stopa bezrobocia dla osób w wieku 45–64 lata wynosiła 7,5%, przy współczynniku aktywności zawodowej wynoszącym 55,7%.

Oczywiście, rozkład deklaracji odnośnie do statusu społeczno-zawodowego różnił się w zależności od wieku – generalnie w najmłodszej pięcioletniej grupie wieku zdecydowanie mniej było rencistów i emerytów, więcej natomiast osób pracujących. Wraz z przechodzeniem do coraz starszych grup wieku relacje między nimi zmieniały się na korzyść osób już nieaktywnych zawodowo.

Poniżej prześlę najważniejsze ustalenia omawianych badań. Czyniąc to, będę odwoływał się do zagadnień szczegółowych, analizowanych poprzez pytania o charakterze wskaźnikowym. W pierwszej części uwaga skupiona została na czynnikach związanych z szeroko rozumianymi determinantami zadowolenia z wykonywanej pracy, zgodnie z założeniem, że to one w znacznym stopniu wpływają na skłonność badanych do dalszego wykonywania pracy bądź do wcześniejszego wycofywania się z niej.

Relacje z przełożonymi i współpracownikami

Jednym z czynników warunkujących proces wychodzenia z rynku pracy jest zadowolenie z relacji panujących w miejscu pracy. Badania empiryczne wskazują, że o ile wśród ludzi młodych o stopniu zadowolenia z wykonywanej pracy decydują przede wszystkim bodźce materialne, wysokość wynagrodzenia, premii i innych składników oddziałujących na wysokość dochodu, o tyle w przypadku osób starszych decyduje inny faktor – jakość relacji ze współpracownikami, atmosfera w pracy. Dlatego też w omawianym badaniu uwzględniliśmy ten czynnik w dwóch wymiarach: relacji badanych z przełożonymi i ze współpracownikami. W przypadku oceny jakości relacji z przełożonymi większość pracujących oceniła je jako bardzo dobre (25,2%) lub dobre (50,1%), odpowiedź „takie sobie” wybierano relatywnie rzadko (15,1%), a ocenę negatywną podawano niezwykle rzadko (0,7% uznało je za złe, nikt za bardzo złe). Jeszcze lepiej oceniono relacje ze współpracownikami – odpowiedzi „bardzo dobre” (29,8%) i dobre (55,2%) „przytłoczyły” pozostałe deklaracje (takie sobie – 7,1% i złe – 0,9%). Ciekawe, że wśród bezrobotnych i nieaktywnych ekonomicznie z doświadczeniami zawodowymi ocena jakości relacji z przełożonymi i współpracownikami w ostatnim miejscu pracy była niższa – zdecydowanie niższy był też udział osób deklarujących te stosunki jako „bardzo dobre” (w przypadku kontaktów z przełożonymi 16,4%, a w przypadku ze współpracownikami 22,8%), wyższy zaś przede wszystkim wśród jednostek oceniających je jako „takie sobie” (odpowiednio 20,3% i 12,4%).

Z oceną relacji był ściśle powiązany wiek – w przypadku współpracowników udział respondentów oceniających jakość pracy z kolegami i koleżankami wzrastał od 79% (wśród osób w wieku 45–49 lat) do 90% (w przypadku osób pracujących w wieku 60 lat i więcej). W przypadku oceny relacji z przełożonymi występowała podobna zależność, choć zarówno poziom ocen, jak i przyrost były nieco niższe – wraz z wiekiem frakcja zadowolonych i bardzo zadowolonych wzrastała z 72,7% do 76,6%.

Satysfakcja z pracy

Różnice między osobami pracującymi a bezrobotnymi i nieaktywnymi zawodowo widoczne były również w poziomie satysfakcji z wykonywanej pracy oraz w ocenie relacji – wynagrodzenie za pracę a wysiłek wkładany w wykonywaną pracę (tabela 1). Zmienne te są o tyle istotne, że z jednej strony określały w syntetyczny sposób zadowolenie z pracy w kategoriach emocjonalno-psychicznych, z drugiej zaś – finansowych.

Tabela 1. Stopień odczuwanej satysfakcji z wykonywanej pracy wśród pracujących i niepracujących z doświadczeniami zawodowymi (jako % odpowiedzi danej grupy społecznej)*

Stopień odczuwanej satysfakcji z wykonywanej pracy	Pracujący	Bezrobotni i nieaktywni zawodowo z doświadczeniami zawodowymi
Wysoki	28,9	20,8
Średni	59,8	49,8
Niski	9,3	23,8
Żaden	0,8	2,6

* W tabeli pominięto braki odpowiedzi, w efekcie odpowiedzi nie sumują się do 100.

Źródło: Wszystkie tabele zamieszczone w tym rozdziale zostały opracowane przez ekspertów ISP z wykorzystaniem danych ZUS-u, jeśli nie zostało to podane inaczej.

Otrzymane dane mogą stanowić przesłankę potwierdzającą związek między zadowoleniem z wykonywanej pracy a skłonnością do dezaktywizacji zawodowej. Podobny wniosek wyciągnąć można z porównania danych dotyczących oceny „odpowiedniości” uzyskiwanej płacy w stosunku do wysiłku związanego z jej wykonywaniem (tabela 2).

Tabela 2. Ocena otrzymywanego wynagrodzenia w stosunku do wysiłku włożonego w wykonywaną pracę przez pracujących i niepracujących z doświadczeniami zawodowymi (jako % odpowiedzi danej kategorii społecznej)*

Ocena relacji wynagrodzenie/wysiłek	Pracujący	Bezrobotni i nieaktywni zawodowo z doświadczeniami zawodowymi
Wysoko wynagradzany	6,8	2,2
Wynagradzany odpowiednio do wysiłku	39,9	31,3
Zbyt nisko wynagradzany	48,9	57,5
Nie mam zdania	3,1	5,4

* Odpowiedzi nie sumują się do 100 ze względu na nieuwzględnienie w nich braku odpowiedzi.

Wydaje się, że osoby uważające, że ich praca jest niewłaściwie, tj. zbyt nisko opłacana, są bardziej skłonne do wycofywania się z rynku pracy, zwłaszcza że obowiązujący dotychczas system (podobnie jak i – choć w mniejszym stopniu – system mieszany, repartycyjno-kapitałowy, z którego w przyszłości wypłacane będą świadczenia emerytalne) gwarantuje wyższą stopę zastąpienia⁷ dla osób o dochodach niskich w porównaniu do osób dobrze zarabiających. Założyć można, że większe niezadowolenie z wysokości płac występuje w przypadku osób gorzej uposażonych, logiczny zatem jest wniosek, iż to właśnie te osoby uznają przejście na emeryturę lub rentę za rozwiązanie atrakcyjniejsze pod względem finansowym w porównaniu z lepiej zarabiającymi.

Doświadczenie bycia bezrobotnym

W badaniu pytano respondentów o doświadczenie bezrobocia w ostatnich pięciu latach aktywności zawodowej, przy czym w przypadku osób pobierających renty i emerytury pytanie dotyczyło okresu bezpośrednio poprzedzającego trwałą dezaktywizację zawodową. Ogółem 17,6% osób pracujących przyznało, że miało takie doświadczenie, podczas gdy w przypadku emerytów i rencistów bezrobocie „zasmakowało” jedynie 11,8%. Niższa frakcja wśród osób, które już wyszły z rynku pracy, wynika najprawdopodobniej z wpływu rent, które w znacznym stopniu dotyczą osób zmuszonych niepełnosprawnością do przedwczesnej dezaktywizacji. Osoby te nie dotrwały na rynku pracy do momentu, w którym w ich życiu wystąpić mogłaby utrata pracy. Jednocześnie oczekiwać należy występowania „dezaktywizacji antycy-

⁷ Stopa zastąpienia jest to relacja pomiędzy wysokością świadczenia emerytalnego a ostatnim otrzymanym wynagrodzeniem.

pującej”, są to osoby przewidujące utratę pracy (np. w przypadku zaplanowanych zwolnień grupowych), jednocześnie mające uprawnienia do świadczenia (przed)emerytalnego, bądź osoby z problemami zdrowotnymi, które preferują „ucieczkę” przed bezrobociem o nieznanej długości do systemu zabezpieczenia społecznego.

Osoby, które stykały się z bezrobociem, z reguły w ostatnich pięciu latach pracy długo pracy nie miały (tabela 3).

Tabela 3. Długość okresu pozostawiania osobą bezrobotną a status społeczno-zawodowy (jako % osób mających doświadczenie bycia bezrobotnym w danej kategorii)

Okres bezrobocia	Pracujący	Emeryci i renciści
Poniżej 6 miesięcy	26,5	17,3
6–12 miesięcy	35,1	38,5
12–24 miesiące	29,1	34,7
24–36 miesięcy	4,0	5,8
36–48 miesięcy	5,3	1,9
48–60 miesięcy	0,0	1,9

Jednak i w tym przypadku widoczna jest różnica pomiędzy trwaniem bezrobocia wśród osób jeszcze pracujących oraz wśród osób nieaktywnych zawodowo. Ci pierwsi w większym stopniu doświadczyli krótkotrwałego bezrobocia, podczas gdy w zbiorowości emerytów i rencistów częściej bezrobocie było długotrwałe. Stanowi to kolejną przesłankę co do selekcji osób wychodzących z rynku pracy.

Ageizm w miejscu pracy

Kolejnym zagadnieniem warunkującym jakość pracy i pośrednio wpływającym na skłonność jednostek do jej wykonywania jest dyskryminacja ze względu na wiek, tj. ageizm. Zdaniem Roberta Butlera, ageizm to „proces systematycznego tworzenia stereotypów i dyskryminowania ludzi z powodu tego, iż są starzy”⁸. Inni, późniejsi badacze tego zagadnienia podjęli się doprecyzowania, a jednocześnie rozszerzenia, tego terminu. Przykładowo, według Erdmana Palmore’a, zwolennika najszerzego rozumienia tego pojęcia, ageizm to każde uprzedzenie bądź dyskryminacja na niekorzyść, bądź na korzyść jakiejś grupy wieku. Pamiętać bowiem należy, że uprzedzenie, jak i dyskryminacja mogą być zarówno negatywne (w tym przypadku ich efektem jest ogra-

⁸ E.B. Palmore, *Ageism: negative and positive*, Springer Publishing Company, New York 1990, s. 4.

niczanie możliwości rozwoju danej osoby bądź grupy), jak i pozytywne (ograniczanie w stosunku do danej grupy lub osoby możliwości rozwoju innych grup i osób bądź nadawanie danej grupie czy osobie przywilejów)⁹. Trochę inaczej definiują ageizm psychologowie Becca L. Levy i Mahzarin R. Banaji¹⁰, dla których jest to *zmienianie odczuć, przekonań i zachowań w odpowiedzi na chronologicznie postrzegany wiek jednostki czy grupy*. Natomiast w pracach innych psychologów znaleźć można opinie, że należy odróżniać ageizm i zachowania ageistowskie od odmiennego traktowania jednostek w różnym wieku. Pierwsze są podzbiorem tych drugich, a podstawą dystynkcji jest ich negatywny „podkład” (ujemny ładunek emocjonalny) i wyraźnie szkodliwy wpływ na sytuację osób starszych¹¹.

Dyskryminacja ze względu na wiek w przedsiębiorstwie, przejawia się na cztery sposoby poprzez odmierne traktowanie w zależności od wieku pracowników w sferze: 1) rekrutacji, 2) inwestowania w ucieleśniony w nich kapitał ludzki, 3) awansowania, 4) zwalniania¹².

Oprócz tych czterech elementów odmiennego traktowania pracowników w firmie na bazie wieku, wspomnieć należy o jeszcze jednej – kulturze organizacyjnej, która kształtuje dopuszczalne formy interakcji między zatrudnionymi. W tym przypadku ważne jest stwierdzenie, że zgodnie z artykułem 18 pkt 3a paragrafu 5 *Kodeksu Pracy* przejawem dyskryminacji jest również zachęcanie innych osób do nierównego traktowania w zatrudnianiu, prowadzącego do naruszania godności, poniżania lub molestowania pracownika. Tym samym dopuszczanie przez kierownictwo zakładu pracy do swobodnego kursowania ageistowskich dowcipów, żartów z współpracownikami ze względu na ich wiek, gorszego traktowania starszych współzatrudnionych mimo ich wyraźnego sprzeciwu, takie zachowanie może być traktowane jako dyskryminacja w miejscu pracy. Nieprzychylnie postawy wobec osób starszych są często deklarowane przez pracodawców¹³.

Chcąc ustalić poziom ageizmu, staraliśmy się przedstawić opinie respondentów na temat różnic w traktowaniu pracowników starszych i młodszych oraz doświadczeń z takim traktowaniem – czy są one osobiste, czy znane z sy-

⁹ Łacińskie *discriminare* oznacza odróżniać, rozróżniać, inaczej traktować.

¹⁰ B.R. Levy, M.R. Banaji, *Implicit ageism*, [w:] T.D. Nelson (ed.), *Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons*, MIT Press, Cambridge, Mass., London 2002, s. 50.

¹¹ M. Pasupathi, C.E. Loeckenhoff, *Ageist behavior*, [w:] T.D. Nelson (ed.), *Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons*, op. cit., s. 201–202.

¹² Szerzej P. Szukalski, *Zagrożenia praw osób starszych na rynku pracy w Polsce*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich – Materiały” 2008, nr 65, 19–35.

¹³ *The future of retirement. What people want*, HSCB, London 2006; J. Perek-Białas, A. Ruzik A., *Aktywizacja starszych ludzi na rynku pracy: bariery i możliwości*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s. 431–438.

tuacji odnoszących się do innych znanych sobie osób. W badaniu, zarówno osób pracujących, jak i pobierających świadczenia społeczne, zadano pytanie odnoszące się do porównania traktowania pracowników starszych w stosunku do młodszych. Odpowiedzi przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Ocena traktowania starszych i młodszych pracowników według statusu ekonomicznego (jako % danej kategorii)

Porównanie	Pracujący	Pobierający świadczenia
Starsi są traktowani zdecydowanie gorzej niż młodszy	8,5	16,2
Starsi są traktowani nieco gorzej	23,8	19,6
Starsi i młodszy są traktowani podobnie	59,6	52,0
Starsi są traktowani nieco lepiej	6,6	3,6
Starsi są traktowani zdecydowanie lepiej	0,9	2,6

Zdecydowana większość badanych nie widziała różnicy w traktowaniu pracowników w zależności od ich wieku w przedsiębiorstwach, w których pracują bądź w przypadku emerytów i rencistów, w których pracowali oni bezpośrednio przed dezaktywizacją zawodową, niemniej odpowiedzi wskazujące na dyskryminację starszych pracowników czy ich faworyzowanie nie były rozłożone symetrycznie – zdecydowanie więcej osób opowiedziało się za pierwszą sytuacją (32,3% pracujących i 35,8% już nieaktywnych zawodowo) niż za drugą (odpowiednio 7,5% i 6,2%). Podkreślić należy bardziej optymistyczny w tym względzie osąd jednostek wykonujących pracę w porównaniu z tymi, które wycofały się z rynku pracy, co pośrednio wskazywać może na gorsze traktowanie tych drugich, zapewne dlatego częstsze były wśród nich i odpowiedzi dotyczące bezpośredniego styku z dyskryminacją ze względu na wiek. Zanim to potwierdzimy, przyjrzymy się odpowiedzi respondentów, twierdzących o występowaniu ageizmu w miejscu pracy, na pytanie o to, kto traktuje gorzej starszych wiekiem pracowników (tabela 5).

Tabela 5. Osoba gorzej traktująca starszych pracowników (jako % odpowiedzi twierdzących o występowaniu dyskryminacji)

Osoba	Pracujący	Świadczeniobiorcy
Pracodawca	55,8	86,9
Współpracownicy	54,5	52,7
Klienci firmy	10,8	21,3

Zwracają uwagę częste stwierdzenia, że to współpracownicy byli odpowiedzialni za gorsze traktowanie starszych zatrudnionych oraz wyraźnie wyższą skłonność przypisywania takich predyspozycji pracodawcy i klientom firmy przejawiały osoby, które już opuściły rynek pracy. W przypadku osób pracujących nie występowały różnice w poziomie obwiniania o ageizm między zatrudniającymi a innymi współzatrudnionymi, co – jak się wydaje – jest niezgodne z potocznym odczuciem, kładącym całkowitą odpowiedzialność za wszelkie przejawy gorszego traktowania osób w niemobilnym wieku produkcyjnym na pracodawców.

Jednocześnie badani byli pytani o zetknięcie się z przypadkiem gorszego traktowania starszych wiekiem pracowników (tabela 6).

Tabela 6. Doświadczenie gorszego traktowania starszych pracowników (w %)

Zetknięcie się z gorszym traktowaniem	Pracujący	Świadczeniobiorcy
Tak, dotyczyło to mnie bezpośrednio	10,1	16,6
Tak, dotyczyło to innych znanych mi osób	25,5	21,2
Nigdy nie byłem świadkiem takiej sytuacji	63,8	56,3

Jak wynika z tabeli 6, potwierdziły się wcześniej sformułowane oczekiwania, że respondenci obecnie niewykonujący pracy zawodowej zdecydowanie częściej deklarowali osobiste zetknięcie się z przejawami gorszego traktowania starszego wiekiem pracownika. W badaniu nie zadano pytania o wpływ takiego doświadczenia na decyzje o dezaktywizacji, ale podejrzewać można, że pośrednio takie właśnie „miękkie” czynniki określają owe decyzje.

* * *

Druga część modułu poświęconego aktywności zawodowej dotyczyła wyboru wieku przechodzenia na emeryturę oraz czynników bezpośrednio warunkujących chęć przedłużenia przez respondentów okresu aktywności zawodowej.

Wiek przechodzenia na emeryturę

Ważnym zagadnieniem poruszonym w omawianym badaniu były plany osób aktywnych zawodowo odnośnie do wieku, w którym planują/chcą/będą zmuszone opuścić rynek pracy i przejść na emeryturę. Podkreślić przy tym należy, że w opinii badanych nie mają oni większego wpływu na moment ostatecznej dezaktywizacji zawodowej, ponieważ jedynie 10,3% uznało, że mo-

ment ten jest całkowicie od nich zależny, dalsze 19,1%, iż zależy od nich w znacznym stopniu, podczas gdy odpowiedzi „mam nieznaczny wpływ” lub „nie mam żadnego wpływu” ewidentnie dominowały (odpowiednio 35,3% i 34,6%).

Podobnie niski poziom przekonania o własnym wpływie na moment wyjścia z rynku pracy występował wśród osób już korzystających ze świadczeń otrzymywanych z systemu ubezpieczeń społecznych. Pytani o ocenę zasługości – nie jak poprzednio przewidywać – respondenci w tym przypadku również zdecydowanie stwierdzali swój nikły wpływ (32,5% – nieznaczny wpływ, 29,2% żaden wpływ, 26,0% – decydowałem w znacznym stopniu), aczkolwiek ich oceny były bardziej optymistyczne w tym względzie.

W dalszej części tego podpunktu przyjrzymy się danym odnoszącym się do wieku przechodzenia na emeryturę. Podkreślenia godne jest dualne podejście do tego zagadnienia w naszym badaniu. Rozróżniliśmy bowiem najlepszy i prawdopodobny wiek przejścia na emeryturę. Idea leżąca u podstaw wyodrębnienia tych dwóch kategorii związana była z przekonaniem, że każdy z nas ma własną opinię na temat tego momentu w swoim życiu, który ze względów osobistych, zdrowotnych, rodzinnych bądź kulturowych byłby optymalny do trwałego wycofania się z rynku pracy. Jednocześnie, obiektywne czynniki sprawiają, że w ocenie realistycznej jednostki wiek optymalny nie zawsze, zwłaszcza gdy według tej osoby ma ona nikły wiek na określenie momentu dezaktywizacji zawodowej, pokrywa się z wiekiem, w którym najprawdopodobniej przejdzie ona na emeryturę. Zaznaczyć przy tym należy, że w przypadku pracujących relatywnie niewielka część respondentów potrafiła podać konkretne wartości obu powyższych mierników. Zastanawia to, ponieważ w badaniu przeprowadzonych przez HSBC¹⁴ 26% dorosłych Polaków twierdziło, że istnieje konkretny wiek, gdy powinno się przechodzić na emeryturę. W przywołanym badaniu więcej badanych jednak wybrało inne możliwe warianty odpowiedzi. Przykładowo 30% uznało, że należy pracować, dopóki jest się zdolnym do pracy, a 34%, iż przejście na emeryturę powinno dokonać się we właściwym czasie, bez podawania konkretnego wieku.

Wielkości odnoszące się do wieku przechodzenia na emeryturę zostały zebrane zarówno wśród pracujących, jak i wśród osób pobierających świadczenia, aczkolwiek w tym ostatnim przypadku najbardziej prawdopodobny wiek przejścia na emeryturę utożsamiony był z rzeczywistym wiekiem dezaktywizacji. Oczekiwano, że wiek optymalny nie będzie się pokrywać z wiekiem rzeczywistym, ponieważ w naszych realiach społeczno-kulturowych istnieje silne społeczne przyzwolenie na wczesną dezaktywizację zawodową, widzianą najczęściej jako przywilej zapewniający „zasłużony odpoczynek” (zob. tekst

¹⁴ *The future of retirement. What people want*, op. cit., s. 16.

D. Duch-Krzystoszek w pierwszej części niniejszego tomu). Dlatego wiek najlepszy do przejścia na emeryturę jest zapewne niższy od wieku najbardziej prawdopodobnego, w przypadku którego uwzględniony jest przymus ekonomiczny oraz uwarunkowania prawne.

Zaznaczyć przy tym należy, że odpowiedzi odnośnie do konkretnej wartości wieku, zarówno optymalnego, jak i najbardziej prawdopodobnego, podawane były przez niewielką część badanych wciąż pracujących. W tym przypadku jednoznacznie stwierdzić należy, że badani charakteryzowali się bądź niechęcią do udzielania odpowiedzi na tak sformułowane pytanie, bądź – co bardziej prawdopodobne – nie zastanawiali się dotąd nad tak zdefiniowanym problemem. Potwierdzeniem drugiego przypuszczenia są wyniki innego badania przeprowadzonego przez GUS¹⁵, gdzie konkretne wartości wieku wycofania się z rynku pracy podawało jedynie 21,1% pracujących w wieku 50–69 lat, 13,2% nie potrafiło określić żadnych planów, 32,8% twierdziło, że planuje pracować tak długo, jak będzie to możliwe, a osoby pozostałe wybierały z katalogu odpowiedzi „nie mam konkretnych planów, ale nastąpi to między x. a y. rokiem życia”. Przyjęto w tym badaniu zasadę, że im był niższy wiek respondentów, tym częściej podawany był konkretny wiek, rzadziej zaś wybierana opcja – „planuje pracować tak długo, jak tylko będzie to możliwe”.

Tabela 7. Najlepszy i prawdopodobny wiek przechodzenia na emeryturę w opinii aktywnych zawodowo (w %)

Wiek	Najlepszy	Najbardziej prawdopodobny
30–49 lat	1,5	0,0
50–54 lat	12,1	1,5
55–59 lat	53,0	10,8
60–64 lat	28,8	46,2
65–69 lat	4,5	41,5
70 lat i więcej	0,0	0,0

Porównanie powyższych wielkości jednoznacznie wskazuje, że po uwzględnieniu realiów wiek optymalny przejścia na emeryturę jest zdecydowanie niższy niż oczekiwany. Odpowiednie średnie arytmetyczne wynoszą 58,6 lat i 62,1 lata.

Podkreślenia godne są trzy rzeczy związane z przejściem na emeryturę: po pierwsze, w obu przypadkach kobiety mają wartości niższe niż mężczyźni (odpowiednio w przypadku wieku optymalnego 56,9 i 60 lat, a najprawdopo-

¹⁵ *Przejście z pracy na emeryturę*, „Informacje i Opracowania Statystyczne”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2007, s. 70.

dobniejszego 59,9 i 64 lata). W przypadku mężczyzn nawet wiek najbardziej prawdopodobny jest niższy niż wiek ustawowy (tj. 65 lat), a wielkości optymalne w zasadzie pokrywają się z danymi ZUS-u odnoszącymi się do wieku w momencie otrzymania pierwszego świadczenia emerytalnego. Po drugie, osoby posiadające wykształcenie przynajmniej średnie deklarują w obu przypadkach średni wiek w momencie przechodzenia na emeryturę wyższy niż osoby gorzej wykształcone. Po trzecie, stan zdrowia wyraźnie różnicował opinie respondentów, osoby deklarujące problemy zdrowotne podawały wiek niższy niż jednostki nieuskarżające się na dolegliwości zdrowotne.

Jednocześnie podkreślić należy, że występowanie zbliżonych wartości średniej dla wieku optymalnego do rozkładu rzeczywistego wieku przechodzenia na emeryturę odnotowanego w ostatnich latach przez ZUS. Na ile wynika to z faktu, że w ostatnich latach wielu emerytów to osoby „zachęcone” do trwałej dezaktywizacji zawodowej trudną sytuacją na rynku pracy, obawą przed utratą przywilejów emerytalnych lub działaniami pracodawcy, a na ile jest wskazówką, iż osoby na przedpolu starości są gotowe do dłuższego okresu pracy, jest kwestią dyskusyjną. Jednocześnie uzyskana wartość wieku optymalnego jest niższa o dwa lata od wyników otrzymanych w badaniu HSBC¹⁶, w którym badano ogół dorosłych, bez wyodrębniania interesujących nas grup wieku.

Bodźcem do dyskusji o wieku przechodzenia na emeryturę mogą być informacje o powyższych kategoriach wieku optymalnego i rzeczywistego przechodzenia na emeryturę w przypadku osób pobierających świadczenie z ubezpieczenia społecznego (tabela 8).

Tabela 8. Najlepszy i rzeczywisty wiek przechodzenia na emeryturę w zbiorowości osób pobierających świadczenie z ubezpieczenia społecznego (w %)

Wiek	Najlepszy	Najbardziej prawdopodobny
30–49 lat	2,6	5,8
50–54 lat	14,3	11,2
55–59 lat	36,1	23,6
60–64 lat	34,1	38,7
65–69 lat	5,6	13,1
70 lat i więcej	0,2	0,0
Brak odpowiedzi	7,1	7,6

¹⁶ W badaniu tym uzyskano wielkość 60,5 lat jako najlepszy wiek przechodzenia na emeryturę w opinii jednostek – zob. *The future of retirement. What people want*, op. cit., s. 15.

Choć rozkład wieku rzeczywistego w momencie uzyskania świadczenia emerytalnego zdecydowanie bardziej przypomina rozkład widoczny w statystykach ZUS-u i odznacza się zdecydowanie niższą średnią niż odpowiednia zmienna mówiąca o najbardziej prawdopodobnym wieku trwałego wycofania się z rynku pracy w zbiorowości osób pracujących, to jednocześnie w opinii emerytów i rencistów wiek ten był zbyt wysoki w porównaniu z wiekiem optymalnym! Wnioskować stąd można, że pewna część badanych pobierających już emeryturę uważa, iż i tak zbyt późno zdecydowała się na zakończenie kariery zawodowej. Jest to pośredni dowód potwierdzający – wyłaniającą się z innych prowadzonych w Polsce w ostatnich latach badań – opinię, że wczesna emerytura postrzegana jest jako swoisty przywilej, a w sytuacji generalnie niskich wynagrodzeń przywilej ten jest tym cenniejszy, im wcześniej można z niego korzystać¹⁷. Inną poszlaką potwierdzającą takie przypuszczenie jest brak większych rozbieżności między wartością optymalnego wieku przechodzenia na emeryturę a poszczególnymi kategoriami społecznymi – w opinii pracujących wiek ten wynosi 58,6 lat, według bezrobotnych 56, emerytów 56,3, a rencistów 56,8 lat. Warto zaznaczyć, że w przypadku pytania o wiek najbardziej prawdopodobnego opuszczenia rynku pracy przez pracujących i chwilowo bezrobotnych oraz pytania o rzeczywisty wiek osób pobierających emerytury i renty odpowiedzi były już zróżnicowane. W pierwszej grupie średnia przyjmowała wartości odpowiednio 60,0 i 61,7 lat, w drugiej zaś – 57,7 i 56 lat. A zatem rzeczywiste zachowania i oczekiwania odnośnie do własnej dezaktywizacji są zdecydowanie zróżnicowane bardziej od ukształtowanych kulturowo opinii o wieku najkorzystniejszym do ostatecznego wycofania się z rynku pracy.

Niezwykle ciekawą kwestią jest zróżnicowanie opinii na temat wieku wycofania się z rynku pracy wśród osób uczestniczących lub nieuczestniczących w otwartych funduszach emerytalnych. W metryczce ankiety zawarto pytanie o taką przynależność, wychodząc z założenia, że reforma ubezpieczeń społecznych z 1998 roku zakładała wydłużanie aktywności zawodowej wskutek oddziaływania – za pośrednictwem racjonalnych oczekiwań – zasady neutralności aktuarialnej na wiek opuszczania rynku pracy. Przypomnę, że zasada neutralności aktuarialnej wbudowana jest w drugi filar systemu ubezpieczeń społecznych (tj. filar o charakterze kapitałowym) i zasadza się na uwzględnianiu w wysokości wypłacanego świadczenia liczby miesięcy, która, zgodnie z publikowanymi przez GUS tablicami trwania życia dla obu płci łącznie, pozostaje do przeżycia dla osoby w danym wieku. Późniejsze wycofanie się z rynku pracy podwyższa zatem wysokość emerytury w dwojaki sposób:

¹⁷ B. Szatur-Jaworska, *Czy ludzie starzy są w Polsce zbiorowością zmarginalizowaną?*, [w:] *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski*, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Warszawa 2004, s. 153–168.

1) wydłuża się okres kapitalizowania składek, 2) skraca się okres, w którym będą wypłacane świadczenia, co powoduje ich wyższą wartość.

W świetle naszych badań brak jest większych różnic odnośnie do optymalnego wieku przechodzenia na emeryturę między osobami przynależącymi do starego i nowego systemu emerytalnego. Osoby, należące do OFE wskazywały średni wiek przechodzenia na emeryturę równy 55,8 lat, pozostali podawali wiek niewiele wyższy 57 lat (są to osoby, które nie mogły już się „załapać” na nowy system), a osoby, które preferowały pozostanie w starym systemie wskazywały na wiek 55,7 lat. W przypadku wieku najbardziej prawdopodobnego uzyskane wyniki nie różnią się zbytnio – odpowiednio 58,9 lat, a w przypadku przynależących do starego systemu ubezpieczeń społecznych 58 i 56,7 lat. W powyższym przypadku brak większych różnic jednoznacznie wskazuje na niezrozumienie zasad funkcjonowania obecnego systemu emerytalnego wśród osób pracujących, znajdujących się na przedpolu starości. Są u nich bardzo silnie rozbudowane oczekiwania wobec wczesnego przechodzenia na emeryturę, które traktowane są jako swoisty przywilej należący się w zamian za nie wynagradzaną odpowiednio pracę. Tym samym jest to wyrażona wskazówka mówiąca o konieczności uświadamiania uczestnikom nowego systemu ubezpieczeń społecznych wbudowanych doń związków między momentem wycofania się z rynku pracy a wysokością świadczenia.

Powszechnie uważa się, że oczekiwania co do długości aktywności zawodowej są zdeterminowane poziomem wykształcenia. Dominują opinie, że osoby lepiej wykształcone ze względu na późniejsze wchodzenie na rynek pracy i bardziej korzystne warunki zatrudnienia (obiektywnie – praca umysłowa „pod dachem”; subiektywnie – lepsze traktowanie przez pracodawcę i współpracowników) są skłonne do późniejszego wychodzenia z rynku pracy. Oczekiwanie takie niekiedy wzmacniane jest przez ekonomistów przeświadczeniem, że racjonalnie myślące jednostki zdają sobie sprawę, iż mając wyższe, a zatem bardziej cenione przez rynek pracy i wyżej wynagradzane, kwalifikacje, że także koszty przejścia na emeryturę są wyższe dla jednostek lepiej wykształconych. Potwierdzenie takiego oczekiwania znaleźć można przykładowo na bazujących na danych empirycznych modelach trwania okresu pracy dla Polski początku XXI wieku¹⁸. Okazuje się, iż oceny co do wieku optymalnego i najbardziej prawdopodobnego przejścia na emeryturę są bardzo mało zróżnicowane między grupami o różnym poziomie wykształcenia (tabela 9).

¹⁸ P. Szukalski, *Okres pracy, bezrobocia i bierności zawodowej a poziom wykształcenia we współczesnej Polsce*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Wykluczenie społeczne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2005, s. 231–244.

Tabela 9. Deklarowany wiek przechodzenia na emeryturę a poziom wykształcenia

Poziom wykształcenia	Wiek najlepszy	Wiek najbardziej prawdopodobny
Niepełne podstawowe/podstawowe	56,1	59,2
Zasadnicze zawodowe	56,3	57,6
Średnie zawodowe	56,7	57,2
Średnie ogólnokształcące i pomaturalne	55,9	57,5
Licencjat lub trzyletnie studia zawodowe	58,7	60,0
Wyższe	55,9	57,5

Powstaje oczywiście pytanie, na ile małe zróżnicowanie jest efektem poziomu wykształcenia, a na ile zniekształcającym wpływem odmiennej struktury wieku osób przynależących do grup o różnych poziomach kwalifikacji potwierdzonych dyplomem szkolnym.

Przechodzenie na wcześniejszą emeryturę

Respondentom, którzy deklarowali, że prawdopodobny wiek przejścia na emeryturę będzie niższy od wieku dla nich najlepszego (były to tylko 43 osoby, co jest dobrym miernikiem powszechności sądu o korzyściach wynikających z wczesnej dezaktywacji zawodowej), zadano również pytanie o przyczyny takiego stanu rzeczy. Dominowały w tym przypadku¹⁹ kłopoty zdrowotne (49,1%) i presja pracodawcy (48,8%), inne przyczyny podawane były zdecydowanie rzadziej (chroniczne zmęczenie pracą – 25,6%, lęk przed bezrobociem – 23,1%, konieczność udzielania stałej pomocy członkom rodziny – 16,3%). Co ciekawe, relatywnie niski wiek w momencie przechodzenia na emeryturę sprawiał, że bardzo rzadko podawano możliwość łączenia wynagrodzenia ze świadczeniem emerytalnym, dopuszczalnego w pełnym wymiarze (tj. bez redukcji świadczenia) dopiero po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego.

Jednocześnie wszystkich respondentów pytano o najczęstsze przyczyny przechodzenia na emeryturę przed osiągnięciem wieku emerytalnego. W przeciwieństwie do poprzedniego pytania, odnoszącego się do indywidualnej sytuacji, to pytanie miało ogólny charakter. Generalnie, jeśli uwzględnić wyobrażenia osób na przedpolu starości odnoszące się do najważniejszych czynników zachęcających/przymuszających do wczesnego opuszczania rynku pracy, ich lista jest niezależna od statusu ekonomicznego od tego, czy mamy do czynienia z osobami pracującymi czy też z osobami korzystającymi ze świadczeń systemu emerytalno-rentowego (tabela 10).

¹⁹ Badani mogli wskazać na więcej niż jedną odpowiedź, stąd też suma odpowiedzi jest większa niż 100%.

Tabela 10. Przyczyny wczesnego wychodzenia z rynku pracy (jako % odpowiedzi w danej grupie badanych)*

Przyczyny	Pracujący	Świadczeniobiorcy
Stan zdrowia	75,6	67,8
Niepewność stałego zatrudnienia	39,8	38,8
Chroniczne zmęczenie pracą	30,2	25,8
Wystarczająco wysoki poziom emerytur	16,5	14,6
Presja pracodawcy	14,5	15,1
Niechęć do zajmowania miejsc pracy młodym	8,6	12,7
Obowiązek pomocy członkom rodziny	7,8	8,0

* Wielkości nie sumują się do 100%, albowiem respondenci mogli wskazać na więcej niż jeden wariant odpowiedzi.

Bezsprzecznie dominuje tu stan zdrowia jako determinanta wcześniejszego wychodzenia z rynku pracy, lecz warto też zwrócić uwagę na dwie następne odpowiedzi – niepewność utrzymania zajmowanego miejsca pracy i znalezienia w takim przypadku nowego zatrudnienia oraz przede wszystkim chroniczne zmęczenie pracą. Ten ostatni czynnik relatywnie rzadko jest wymieniany w naukowym dyskursie jako przyczyna zachęcająca współczesnych Polaków na przedpolu starości do wczesnego kończenia kariery zawodowej.

Interesujące są wskazania zarówno na presję pracodawców, jak i na niechęć do zajmowania miejsc pracy osobom młodym. Fakt, że częściej wskazania na te czynniki występowały w zbiorowości już nieaktywnych zawodowo, jest w mojej opinii przesłanką pozwalającą na stwierdzenie, iż zła atmosfera w pracy – definiowana zarówno z punktu widzenia podejścia do badanej jednostki pracodawcy, jak i jego młodszych współpracowników – jest zmienną przyspieszającą decyzję o wycofaniu się z rynku pracy. Podejrzewać bowiem można, że w przeciwieństwie do projekcji występującej w przypadku jednostek jeszcze aktywnych zawodowo, wśród osób już nieaktywnych zawodowo odpowiedź na pytanie o główne przyczyny wcześniejszego przechodzenia na emeryturę w większym stopniu kształtowała się pod wpływem własnych doświadczeń.

W efekcie dochodzimy do potwierdzenia ważności doświadczeń z praktykami dyskryminacji ze względu na wiek, o których wcześniej wspominałem.

Sklonność do wykonywania pracy zawodowej po osiągnięciu wieku uprawniającego do emerytury

Po ustaleniu preferencji dotyczących momentu trwałego opuszczenia rynku pracy z perspektywy cyklu życia badanych, staraliśmy się określić, czy, i pod wpływem czego badani byłiby skłonni do podjęcia zatrudnienia po

osiągnięciu uprawnień emerytalnych. W tym przypadku badaliśmy jedynie osoby obecnie pracujące, starając się określić ich gotowość do dalszej aktywności zawodowej.

Zanim przywołam wyniki naszego badania, chciałbym przybliżyć rezultaty innego badania prowadzonego na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków, z którego wynika, że zdaniem części naszych rodaków (21%) w okresie starości nie powinno się już pracować, jeśli uzyskuje się pewien dochód. Tylko 7% badanych uważała, że pomimo osiągniętego wieku powinno się pracować w pełnym wymiarze czasu, a dominująca część respondentów (70%) proponowała podejmowanie pracy w niepełnym wymiarze czasu pracy²⁰.

Wśród naszych respondentów przeważały w tym przypadku postawy niezdeterminowane: aż 34,8% badanych udzieliło odpowiedzi „nie wiem, trudno powiedzieć”. Wśród pozostałych badanych więcej było odpowiedzi niechętnych kontynuacji kariery zawodowej (37,5%) niż jej przychylnych (27,2%), przy czym należy podkreślić różnicę między odsetkiem osób zdecydowanych – 10,6% badanych deklaruje „twardą” chęć pracy, ale aż 19,1% badanych równie stanowczo stwierdza, iż na pewno nie będzie pracować po otrzymaniu świadczenia (czyni tak 15% mężczyzn i 24% kobiet²¹).

Interesujące jest prześledzenie czynników, które zdaniem respondentów mogłyby wzmocnić ich zainteresowanie kontynuacją pracy zawodowej po osiągnięciu wieku emerytalnego. Spośród siedmiu wymienionych wariantów odpowiedzi wyraźnie dominowały trzy: możliwość łączenia pensji i emerytury przy zachowaniu całej kwoty świadczenia emerytalnego (74,8%), uzyskiwanie wyższego niż dotychczasowe wynagrodzenia (74,1%) oraz możliwość wykonywania pracy w niepełnym wymiarze czasu (60,1%). Jak się okazuje, podstawowe znaczenie mają determinanty o charakterze materialnym oraz – wskazywana przez badaczy zagadnienia i łatwo zrozumiana w świetle często wyrażanej wśród respondentów opinii o zmęczeniu wykonywaną pracą – skłonność do pracy w niepełnym wymiarze czasu. Pozostałe odpowiedzi występowały zdecydowanie rzadziej. Na możliwość wykonywania pracy w domu wskazywało 38,2%, na pozytywny stosunek kierownictwa zakładu pracy do starszych pracowników – 15,7%, a na pozytywny stosunek współpracowników do pracujących seniorów – 10,9%. Ponownie widzimy zatem, że dla kilkunastu procent respondentów ageizm w pracy, choć o nieznanym nasileniu i przejawach, jest realnym problemem, z którym spotykają się badani w miejscu pracy. Można się zastanowić nad faktem, że respondenci „możliwość pracy

²⁰ *The future of retirement. What people want*, op. cit., s. 4.

²¹ Wspomniana różnica, oprócz różnicy we wskazaniach „trudno powiedzieć”, jest jedyną, znaczącą rozbieżnością opinii między przedstawicielami obu płci – kobiety są bardziej zdecydowane na „nie”, podczas gdy mężczyźni częściej deklarują niezdecydowanie (w tym ostatnim przypadku jest to 31,6% versus 37,4%).

we własnej firmie” wybierali bardzo rzadko (jedynie 0,2%), choć przy konstruowaniu narzędzia badawczego oczekiwaliśmy zdecydowanie wyższej części pozytywnych odpowiedzi. Podejrzewać należy, że dla samozatrudniających się ten wariant nie stanowił żadnego dodatkowego bodźca, a dla pracowników najemnych, przyzwyczajonych przez kilka dekad życia do pracy w mniejszej lub większej organizacji zarządzanej przez innych, podjęcie ryzyka założenia własnej firmy nie było postrzegane jako atrakcyjne rozwiązanie.

Powyższe wartości wskazują na odmienne postrzeganie wartości pracy po uzyskaniu uprawnień do emerytury w porównaniu do ogólnych powodów, dla których jednostki chciały pracować w starszym wieku. W międzynarodowym porównawczym projekcie sponsorowanym przez HSBC²² pytani Polacy odpowiadali, że głównie dla: kontaktowania się z innymi (33%), pieniędzy (21%), wartościowego wykorzystania czasu (20%), bycia aktywnym fizycznie (17%), potrzeby umysłowej stymulacji (5%).

Uzyskane wyniki znacząco różnią się od podanych w badaniu przeprowadzonym w 2006 roku przez GUS²³, głównie ze względu na odmienną kafenię odpowiedzi. Przypomnę, że w przywołanym badaniu – w którym całkowicie pominięto wpływ czynników płacowych – najczęściej wymienianym bodźcem była elastyczna organizacja czasu pracy (24,7%), lepsze warunki BHP w miejscu pracy (14,8%), większa dostępność usług opiekuńczych (14,3%) i większe możliwości podnoszenia kwalifikacji (11,4%). Jednak wpływ czynnika materialnego dostrzegalny był także w badaniu GUS-u. Po pierwsze, w pytaniu o najlepszy sposób przechodzenia na emeryturę. W tym przypadku, choć większość (50,9%) respondentów uznała, że optymalne jest całkowite zaprzestanie wykonywania pracy po osiągnięciu odpowiedniego wieku – 38,3% doceniało możliwość łączenia pełnej emerytury z pracą, a kolejne 10,8% opowiadało się za stopniowym zmniejszaniem zaangażowania w pracę zawodową z jednoczesnym pobieraniem emerytury. Po drugie, w odpowiedziach osób pobierających emeryturę i jednocześnie pracujących, o przyczynę takiego zachowania²⁴. W tym przypadku dla prawie 70% badanych były to przyczyny natury finansowej, przy czym wyraźnie dominowały odpowiedzi typu „muszę zapewnić rodzinie niezbędne dochody” (połowa badanych), podczas gdy przykładowo chęć wypracowania wyższego świadczenia emerytalnego wymieniana była jedynie przez 6,5% pracujących emerytów.

Kolejnym analizowanym zagadnieniem było określenie, do jakich działań respondent byłby skłonny w celu przedłużenia okresu wykonywania pracy. W tym przypadku jednak nie chodziło o przekraczanie wieku emerytalnego, ale o wydłużenie aktywności poza wyrażany wcześniej przewidywany mo-

²² *The future of retirement. What people want*, op. cit., s. 5.

²³ *Przejście z pracy na emeryturę*, op. cit., s. 78–79.

²⁴ *Ibidem*, s. 48, 86.

ment wycofania się z rynku pracy. Zdecydowanie najczęstsze wskazania dotyczyły podjęcia pracy w niepełnym wymiarze czasu – taką odpowiedź zadeklarowało aż 74,4% badanych. Pozostałe warianty odpowiedzi były wybierane zdecydowanie rzadziej. Gotowość do uczestnictwa w kursach podnoszących kwalifikacje w wykonywanym zawodzie zgłosiło 41,6% badanych, zmianę miejsca pracy w ramach tej samej miejscowości – 36,5%, przekwalifikowanie się (czyli wyuczenie się nowego zawodu) 22,4%, a zmianę miejsca pracy bezpośrednio związaną ze zmianą miejsca zamieszkiwania jedynie 5,1% respondentów. Z następnych uzyskanych odpowiedzi otrzymuje się interesujący wizerunek, który stanowi empiryczną egzemplifikację stwierdzenia znajdującego się w każdym podręczniku poświęconym analizie rynku pracy. Osoby w niemobilnym wieku produkcyjnym opisywane są tam jako jednostki mało skłonne do mobilności „kwalifikacyjnej” (podnoszenie posiadanych umiejętności i wiedzy zawodowej), profesjonalnej (przycuczenie się do nowego zawodu) i przestrzennej (zmiana miejsca zamieszkiwania, wynikająca ze zmiany miejsca pracy). Swoistym *novum* jest jedynie – logiczne skądinąd – uporządkowanie, wskazujące, że czynności wymagające w mniejszym stopniu przeformułowania dotychczasowego trybu życia preferowane są w stosunku do „wywracających” porządek do góry.

4. Kulturowo-społeczne uwarunkowania wczesnej dezaktywacji zawodowej osób starszych

Zanim przejdę do podsumowania i sformułowania rekomendacji, chciałbym jeszcze zatrzymać się na kwestii o bardziej ogólnym charakterze, która jednak może rzucić nieco inne światło na interesujące nas w niniejszym rozdziale zagadnienie.

Proces dezaktywizacji zawodowej osób starszych rozpatrywany być może z punktu widzenia kilku najpopularniejszych we współczesnej gerontologii społecznej podejść teoretycznych²⁵. Każde z nich bazuje na sobie tylko właściwych, choć nie zawsze uświadamianych, założeniach odnośnie do wizji „naturalnego” porządku społecznego. Założenia te pozwalają na lepsze zrozumienie kulturowo-społecznego tła procesu dezaktywizacji zawodowej.

Pierwszą teoretyczną koncepcją funkcjonującą u powstania gerontologii społecznej była teoria wycofania się. Zgodnie z nią, wraz z osiąganiem coraz wyższego wieku seniorzy powoli, lecz ustawicznie, wycofują się z konfigura-

²⁵ P.M. Passuth, V.L. Bengtson, *Sociological theories of aging: Current perspectives and future directions*, [w:] J.E. Birren, V.L. Bengtson (eds.), *Emergent theories of aging*, Springer Publishing Company, New York 1998, s. 333–355; N.A. Hooyman, H.S. Kiyak, *Social gerontology. A multidisciplinary perspective*, 6th ed., Allyn and Bacon, Boston 2002.

cji dotychczasowych ról społecznych, charakterystycznych dla średniego wieku, aby zwolnić miejsce jednostkom z kolejnej generacji, a jednocześnie przez powolne ograniczanie swojej aktywności, przygotować się na całkowite wycofanie – śmierć. W tym ujęciu ważna jest rola instytucji społecznych, tj. powszechnie aprobowanych nawyków myślenia o danej kwestii i sposobach jej rozwiązywania, jako czynnika determinującego zachowania jednostki. A zatem rozpowszechnione przekonanie, że starszy wiek łączyć się powinien z przejściem na zasłużoną emeryturę, uniemożliwia nawet zdrowym i chętnym do kontynuacji kariery zawodowej osobom zdecydowanie się na spełnienie swoich chęci²⁶.

Z kolei teoria aktywności, choć jej konstytutywne twierdzenie mówi o większej satysfakcji z życia seniorów bardziej zaangażowanych w różne sieci społeczne, zauważa trudności ze znalezieniem substytucji dla utraconych ról społecznych, wskutek np. przejścia na emeryturę czy owdowienia. Jednocześnie koncepcja ta dostrzega różnorodność potrzeb osób starszych, które często nie mają ochoty na podejmowanie nowych form aktywności, skazując się niekiedy na samotność. W tym przypadku nacisk kładziony jest na rolę szeroko pojętego środowiska społecznego jako czynnika często zmuszającego do ograniczania swojego zaangażowania zawodowego.

Inne spojrzenie na interesującą nas kwestię ma teoria wymiany. Jej podstawy bazują na przekonaniu, że wraz z osiąganiem coraz wyższego wieku zmniejsza się wartość posiadanych zasobów (zdrowie, dochód, oszczędności, kapitał ludzki). Tym samym zmniejszają się możliwości dokonywania wymiany z innymi jednostkami, co powoduje spadek uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym i powolne wycofywanie się z interakcji z innymi. Dzieje się tak wskutek odczuwanego przez seniorów lęku przed nieekwiwalentną wymianą, zależnością, korzystaniem z czyjejś „łaski”. Obawa ta może być rozwijana na tle zależności materialnej lub funkcjonalnej (konieczność uzyskiwania pomocy przy wykonywaniu pracy zawodowej). Procesowi temu częściowo mogą zapobiegać posiadane niematerialne zasoby – szacunek otoczenia, jego aprobata, mądrość życiowa czy czas znajdujący się w dyspozycji. Dlatego wycofywanie się z rynku pracy oceniane być powinno jako naturalna konsekwencja samouświadamiania sobie dochodzenia do wieku niskiej wartości/produktywności.

Teoria modernizacji koncentruje się na obniżaniu się statusu osób starszych wskutek przemian cywilizacyjnych uruchomionych przez rozwój technologii ochrony zdrowia, postępu gospodarczego, urbanizacji i masowej edukacji. W przypadku tej koncepcji – uważającej pozycję seniorów w „dobrych,

²⁶ Mówiąc językiem współczesnej socjologii, społeczeństwo definiuje *cultural deadline*, wiek, w którym powinno dokonać się przejście z jednego stanu do drugiego, niezależnie od woli jednostki.

starych czasach” za zdecydowanie korzystniejszą niż obecnie, zmniejszanie się poziomu aktywności zawodowej seniorów związane jest przede wszystkim z utratą przez nich, w szybko współcześnie się zmieniających warunkach funkcjonowania gospodarki, kwalifikacji zawodowych i społecznych wymaganych w pracy. Postęp technologiczny i szybkie wdrażanie coraz bardziej zaawansowanych nowinek technologicznych automatycznie zmniejszają konkurencyjność starszych wiekiem pracowników, którzy z reguły mniej są skłonni do podejmowania szkoleń i podnoszenia swoich profesjonalnych kwalifikacji.

Interesujące nas w tym opracowaniu zagadnienia mogą być również analizowane dzięki odwołaniu się do teorii społecznej kompetencji i wyłamywania się. Zgodnie z tym podejściem niekorzystne z punktu widzenia jakości życia i satysfakcji życiowej zachowania seniorów mogą być opisane za pomocą modelu sprzężenia zwrotnego między społecznymi kompetencjami osób starszych a kryzysami wieku zaawansowanego. Kluczowym pojęciem jest tu samoocena seniora, zwłaszcza podatność osoby starszej na uprzedzenia i etykiety formułowane wobec niej. W przypadku silnego wpływu otoczenia na samoocenę, określenie osoby starszej jako niesamodzielnej prowadzić może do zaniku jej zdolności do podtrzymywania kontaktów z innymi – skutek auto-definiowania siebie jako niezdolnej w rezultacie wmówionej niemożności bycia dla innych interesującym partnerem (z reguły pogarszanie się kompetencji społecznych prowadzi do dalszego etykietowania seniora jako osoby jeszcze bardziej niesamodzielnej i ruch po spirali wmówionej niesamodzielnosci jest dalej podtrzymany). Tym samym ageistowskie podejście i sformułowania obecne w miejscu pracy samoczynnie przekładają się na niższą skłonność osoby starszej do kontynuowania pracy zawodowej ze względu na „wiarę” w prawdziwość opinii otoczenia.

Przedstawione powyżej teoretyczne ramy wskazują na możliwości stosowania różnorodnego podejścia do analizy interesujących nas w niniejszym opracowaniu kwestii. Zaletą jednoczesnej prezentacji kilku konstruktów intelektualnych jest umożliwienie pełniejszego wglądu w przyczyny prowadzące do pojawienia się dezaktywizacji zawodowej wśród seniorów. Zwróćmy uwagę na fakt, że o ile teoria modernizacji dostrzega w występującym obecnie wczesnym i ostatecznym wychodzeniu z rynku pracy przez osoby starsze efekt długookresowych zmian ekonomicznych i społecznych warunków życia ludności, o tyle pozostałe wykorzystane podejścia skupiają się na podkreślaniu efektu wieku.

Każde z powyższych podejść może być wykorzystywane do budowania analitycznych ram przyszłej polityki rynku pracy wobec ludzi starszych, ukierunkowanej na podtrzymywanie jak najdłuższej ich aktywności, a przede wszystkim osób znajdujących się na przedpolu starości.

5. Podsumowanie: wnioski i rekomendacje

Prezentowane w niniejszym rozdziale dane jednoznacznie wskazują na utrzymujące się wśród Polek i Polaków na przedpolu starości oczekiwania co do wczesnej dezaktywizacji zawodowej, przy jednoczesnej negatywnej ocenie własnych możliwości oddziaływania na moment wycofania się z rynku pracy. Pojawiają się bowiem obawy przed zmianą dotychczasowych reguł gry w zakresie prawa emerytalnego i przed wymuszonym czynnikami zewnętrznymi przejściem na emeryturę. Badani pośrednio, przez porównanie najlepszego ich zdaniem i najbardziej prawdopodobnego wieku wypłaty pierwszego świadczenia emerytalnego, wyrażają obawę przed systemowym (tj. wynikającym z rozwiązań prawnych i niskiego poziomu emerytur) zmuszaniem ich do dłuższego okresu pracy, a jednocześnie wykazują ograniczone zainteresowanie pozytywnymi bodźcami, które do tego zachęcają. Badani często wyrażają opinie o chronicznym zmęczeniu pracą zawodową, czemu towarzyszy przekonanie o współwystępowaniu w starszym wieku kłopotów zdrowotnych i presji pracodawców na wychodzenie z rynku pracy. Obraz starości – w tym również powstały z opinii dzisiejszych 45- i 50-latków – jest ewidentnie niekorzystny, co potwierdzają wyniki innych badań, ukazujących np. pełne zrozumienie bezrobotnych pięćdziesięciolatków dla pracodawców, którzy nie chcą ich zatrudnić²⁷.

Badani – jeśli chcieliby dłużej pozostać na rynku pracy – preferują podejmowanie działań wymagających od nich jak najmniej wysiłku, przy jednoczesnym dostarczaniu jak największych korzyści, definiowanych przede wszystkim w kategoriach materialnych. Patrząc z tego punktu widzenia, rozwijanie możliwości zatrudnienia w niepełnym wymiarze pracy wydaje się być rozwiązaniem, które jest optymalne. Z jednej strony umożliwia ono bowiem wykonywanie pracy w mniej męczącym trybie, z drugiej zaś – łączenie pełnego świadczenia z wynagrodzeniem za pracę.

Brak różnic między oczekiwaniami odnoszącymi się do wieku przechodzenia na emeryturę osób ubezpieczonych w starym i nowym systemie emerytalnym wskazuje na nieświadomość większości osób znajdujących się na przedpolu starości (mających obligatoryjne konta w OFE) zasad rządzących mieszanym systemem ubezpieczeń społecznych. Pod koniec lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku musieli oni dokonać wyboru. Niekiedy zachęcano ich

²⁷ E. Niemczal, *Generacja 50 plus przez pryzmat doradztwa zawodowego*, [w:] Z. Olejniczak (red.), *Aktywność zawodowa i społeczna osób z grupy wiekowej 50 plus*, Wyższa Szkoła Zarządzania i Marketingu w Lesznie, Leszno 2006, s. 68–93; B. Szatur-Jaworska, B. Rysz-Kowalczyk, *Raport z badania „Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse”*, [w:] *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa 2007, s. 14–67.

„kokosami”, zarówno w postaci wysokich emerytur, jak i egzotycznych podróży, na które miało ich być stać wzorem zachodnich emerytów. Jednocześnie nikt ich nie uświadomił o wielu konsekwencjach związanych z wiekiem przejścia na emeryturę, przede wszystkim jego wpływu na wysokość świadczenia. Dlatego też jednym z zadań ZUS-u powinno być przeprowadzenie szerokiej kampanii społecznej, zapoznającej osoby należące do nowego systemu ubezpieczeń społecznych z jego podstawowymi zasadami, aby po osiągnięciu pięćdziesięciu kilku lat osoby te nie przeżyły gwałtownego rozczarowania i nie wykonywały pracy tylko i wyłącznie z powodu przymusu ekonomicznego. Pamiętać bowiem trzeba, że racjonalnie postępująca jednostka w sytuacji antycypacji konieczności długiego pozostania na rynku pracy bardziej będzie skłonna do inwestowania we własny kapitał ludzki w porównaniu ze swoim odpowiednikiem, oczekującym na wczesne otrzymanie emerytury. Dlatego też ze względu na generalnie niskie zainteresowanie pracowników na przedpolu starości²⁸ środkami wzmocnienia posiadanego kapitału ludzkiego wymagającymi własnego zaangażowania (szkolenia, treningi), należy uświadamiać już dzisiejszym dwudziesto-, trzydziestolatkom, jak szybko dezaktualizuje się ich wartość jako pracowników i jak niezbędne jest stałe podnoszenie swoich kwalifikacji w sytuacji późnej dezaktywizacji zawodowej. Tylko takie działania zapewni, że gdy te osoby osiągną wiek 45. i więcej lat nadal będą gotowe do szkolenia się i przekwalifikowania. Jednocześnie należy rozbudować system szkoleń dla starszych wiekiem pracowników, aby zapewnić im aktualizację posiadanej wiedzy i kompetencji, których niedostatek, zwłaszcza w przypadku szeroko rozumianej obsługi komputera, często zmniejsza ich szanse na rynku pracy.

Wzmocnienie bodźców zachęcających do wydłużenia kariery zawodowej nie może obejść się jednocześnie bez większego zaangażowania pracodawców na rzecz zatrzymywania starszych pracowników w ich dotychczasowych miejscach pracy. Niezbędna jest akcja społeczna uświadamiająca pracodawcom wartość tych pracowników, co powinno zasadzać się na trzech fundamentach.

Po pierwsze, na podawaniu rzetelnych informacji o związku między wiekiem a produktywnością. Prowadzone w ostatnich latach badania wśród starszych wiekiem osób wskazują, że generalnie brak jest przesłanek do jednoznacznego łączenia faktu przekroczenia 45. roku życia z obniżaniem się psychicznych i somatycznych predyspozycji do wykonywania pracy²⁹. Pogląd taki wciąż funkcjonuje zarówno wśród seniorów, osób na przedpolu starości,

²⁸ B. Urbaniak (red.), *Pracownicy po 45. roku życia wobec barier na rynku pracy*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2007.

²⁹ T. Makowiec-Dąbrowska, *Wiek jako determinant zdolności do pracy ze szczególnym uwzględnieniem wysiłku fizycznego*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2002, s. 151–157.

jak i wśród pracodawców. Jeśli jest zgodny z prawdą, to dotyczy prac fizycznych wymagających dużej siły i wytrzymałości oraz prac umysłowych wymagających szybkiej reakcji na bodźce. W pozostałych przypadkach spadek produktywności jest powolny i nieznaczny, zazwyczaj bywa całkowicie rekompensowany doświadczeniem i rutyną.

Po drugie, na uświadomieniu pracodawcom, którzy działają w sektorze usług rynkowych, że starsi wiekiem klienci wolą być obsługiwani przez starszych pracowników. Ludzie młodzi zbyt szybko okazują zniecierpliwienie, gdy prosi się ich o powtórzenie lub bardziej szczegółowe wyjaśnienie, nie rozumieją także konieczności mówienia głośniejszym i wolniej. Pracownicy bardziej zaawansowani wiekiem lepiej rozumieją specyficzne możliwości komunikacyjne swoich rówieśników lub równolatków własnego starszego rodzeństwa czy rodziców. Wskutek starzenia się ludności wzrastająca liczba seniorów-klientów oraz rosnąca ważność usług przekładają się na wzrost wartości pracowników, w przypadku których nie następuje z reguły – o czym była mowa wcześniej – spadek produktywności.

Po trzecie, w warunkach niedoborów na rynku pracy w niektórych przynajmniej zawodach, pracodawcy powinni pamiętać o mniejszej mobilności starszych pracowników, co przekłada się na ich niższą skłonność do zmiany miejsca pracy, a tym samym na większą stabilność zatrudnienia. Koszt naboru i przeszkolenia często zmieniających pracę młodszych pracowników niejednokrotnie prowadzi do utraty iluzorycznych zysków związanych z ich zatrudnieniem.

Odchodzić należy przede wszystkim od rozpowszechnionego myślenia o rzeczywistości w kategoriach binarnych – coś jest lub nie jest. Tymczasem rzeczywistość jest o wiele bardziej skomplikowana, zarówno gdy mówimy o stanach, jak i – tym bardziej – o procesach. Przechodzenie na emeryturę również należy rozpatrywać jako proces charakteryzujący się w sytuacji poszczególnych jednostek zróżnicowaniem wynikającym zarówno z odmiennego kalendarza, jak i przebiegu. Sukces nakłaniania osób, mających już wypracowane uprawnienia do świadczenia emerytalnego, do kontynuowania kariery zawodowej w dużym stopniu zależeć będzie zapewne od umiejętności zorganizowania elastycznego i stopniowego wychodzenia z rynku pracy, tj. pracy w niepełnym wymiarze czasu, połączonej z otrzymywaniem niepełnej (zredukowanej w odpowiednim stopniu) emerytury.

Literatura

- Borkowska-Kalwas T., *Aktywność zawodowa ludzi starych*, [w:] J. Halik (red.), *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002, s. 49–52.
- Dudek B., Pabich-Zrobek D., *Zmiany w sprawności funkcji psychologicznych spowodowane starzeniem się a niezawodność starszych pracowników*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2002, s. 158–169.
- Hooyman N.A., Kiyak H.S., *Social gerontology. A multidisciplinary perspective*, 6th ed., Allyn and Bacon, Boston 2002.
- Informacja statystyczna o systemie ubezpieczeń społecznych. System pozarolniczy, 1996–1998*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2002.
- Kabaj M., *Aktywność zawodowa i samozatrudnienie ludzi starszych*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i zespół działań*, Komitet Prognoz PAN, Warszawa 2008, s. 105–136.
- Kostrubiec S., *Aktywność ekonomiczna osób starszych*, [w:] *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1999, s. 155–174.
- Kotowska I.E., *Zmiany aktywności zawodowej a proces starzenia się ludności*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 13–33.
- Levy B.R., Banaji M.R., *Implicit ageism*, [w:] T.D. Nelson (ed.), *Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons*, MIT Press, Cambridge, Mass., London 2002, s. 49–75.
- Makowiec-Dąbrowska T., *Wiek jako determinant zdolności do pracy ze szczególnym uwzględnieniem wysiłku fizycznego*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności. Potrzeby i wyzwania*, Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2002, s. 151–157.
- Niemczal E., *Generacja 50 plus przez pryzmat doradztwa zawodowego*, [w:] Z. Olejniczak (red.), *Aktywność zawodowa i społeczna osób z grupy wiekowej 50 plus*, Wyższa Szkoła Marketingu i Zarządzania w Lesznie, Leszno 2006, s. 68–93.
- Palmore E.B., *Ageism: negative and positive*, Springer Publishing Company, New York 1990.
- Passuth P.M., Bengtson V.L., *Sociological theories of aging: Current perspectives and future directions*, [w:] J.E. Birren, V.L. Bengtson (eds.), *Emergent theories of aging*, Springer Publishing Company, New York 1988, s. 333–355.

- Pasupathi M., Loeckenhoff C.E., *Ageist behavior*, [w:] T.D. Nelson (ed.), *Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons*, The MIT Press, Cambridge, Mass. 2002, s. 201–246.
- Perek-Białas J., Ruzik A., *Aktywizacja starszych ludzi na rynku pracy: bariery i możliwości*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s. 431–438.
- Przejście z pracy na emeryturę*, „Informacje i Opracowania Statystyczne”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2007.
- Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych. System pozarolniczy, 1990–1995*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 1997.
- Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych. System pozarolniczy, 1999–2002*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2004.
- Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999. Ku godnej, aktywnej starości*, United Nations Development Programme, Warszawa 1999.
- Szarfenberg R., *Człowiek i polityka społeczna – w perspektywie przyszłości*, [w:] *Europa w perspektywie roku 2050*, Komitet Prognoz PAN, Warszawa 2007, s. 249–281.
- Szatur-Jaworska B., *Czy ludzie starzy są w Polsce zbiorowością zmarginalizowaną?*, [w:] *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski*, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Warszawa 2004, s. 153–168.
- Szatur-Jaworska B., Rysz-Kowalczyk B., *Raport z badania „Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse”*, [w:] *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa 2007, s. 14–67.
- Szukalski P., *Zmiany wieku przechodzenia na emeryturę*, „Gospodarka Narodowa” 1999, nr 10, s. 69–78.
- Szukalski P., *Okres pracy, bezrobocie i bierności zawodowej a poziom wykształcenia we współczesnej Polsce*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Wykluczenie społeczne*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2005, s. 231–244.
- Szukalski P., *Zagrożenia praw osób starszych na rynku pracy w Polsce*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich – Materiały” 2008, nr 65, 19–35.
- The future of retirement. What people want*, HSCB, London 2006.
- Urbaniak B. (red.), *Pracownicy po 45. roku życia wobec barier na rynku pracy*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2007.

Vallin J., Meslé F., *Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles et projections pour le XXIe siècle*, INED, Paris 2001, 102 s. + CD.

Ważniejsze informacje statystyczne z zakresu ubezpieczeń społecznych (Fundusz Ubezpieczeń Społecznych), 2003 r., Departament Statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2004.

Ważniejsze informacje statystyczne z zakresu ubezpieczeń społecznych (Fundusz Ubezpieczeń Społecznych), 2004 r., Departament Statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2005 (publikacja dostępna na stronie internetowej pod adresem: www.zus.pl – dostęp do źródła 13.09.2005).

Ważniejsze informacje statystyczne z zakresu ubezpieczeń społecznych (Fundusz Ubezpieczeń Społecznych), 2005 r., Departament Statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2006 (publikacja dostępna na stronie internetowej pod adresem: www.zus.pl – dostęp do źródła 10.05.2008).

Ważniejsze informacje statystyczne z zakresu ubezpieczeń społecznych (Fundusz Ubezpieczeń Społecznych), 2006 r., Departament Statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2007 (publikacja dostępna na stronie internetowej pod adresem: www.zus.pl – dostęp do źródła 10.05.2008).

Elżbieta Bojanowska

Opieka nad ludźmi starszymi

1. Wprowadzenie

Starość to szczególny okres w życiu każdego człowieka. Okres, w którym pojawiające się problemy są nie tylko problemem jednostki, lecz także społeczeństwa. Nie chodzi bowiem o to, by żyć, ale o to, by żyć godnie, mieć możliwość zaspokajania potrzeb, zwłaszcza w środowisku zamieszkania. Sytuacja życiowa – społeczna, zdrowotna i ekonomiczna – w znacznym stopniu wpływa na proces starzenia się, może go przyspieszyć lub spowolnić. Zależy to przede wszystkim od środowiska, w jakim przebywa człowiek stary, a także od jego stosunku do własnej starości¹. Dlatego tak ważne jest zabezpieczenie społeczne, tj. system świadczeń i uprawnień gwarantujących bezpieczeństwo socjalne jednostce. System obejmuje ubezpieczenia społeczne, ochronę zdrowia, pomoc społeczną oraz pomoc rodzinie w wypełnianiu jej funkcji. W odniesieniu do ludzi starych system zabezpieczenia społecznego powinien gwarantować: stałe i systematyczne dochody w wysokości potrzebnej do zaspokojenia potrzeb życiowych, dostęp do usług niezbędnych ze względu na indywidualne potrzeby oraz odpowiednią sieć kontaktów społecznych.

Zmiany wprowadzone po 1999 roku, których celem było odejście od scentralizowanej polityki społecznej na rzecz kształtowania jej przez społeczności lokalne i samorządy, objęły m.in.: decentralizację funkcji społecznej państwa oraz komercjalizację i prywatyzację usług i instytucji zabezpieczenia społecznego. Proces decentralizacji miał na celu trafniejsze i skuteczniejsze rozpoznanie potrzeb lokalnego środowiska, przy jednoczesnym maksymalnym wyko-

¹ D.B. Bromley, *Psychologia starzenia się*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1969.

rzystaniu możliwości tkwiących w tym środowisku. Komercjalizacja i prywatyzacja usług objęła m.in.:

- ubezpieczenia społeczne – przez stworzenie *quasi*-rynkowego sektora w ubezpieczeniach emerytalnych;
- ochronę zdrowia – gdzie nastąpiło przeniesienie znacznej części kosztów usług ochrony zdrowia na indywidualnych użytkowników tych usług;
- pomoc społeczną – przez obciążenie kosztami utrzymania mieszkańców domów pomocy społecznej (DPS) lub ich rodzinę, a dopiero później samorządy gminne.

Świadczenia w ramach systemu pomocy społecznej mieszczą się w następujących zakresach:

- pomocy środowiskowej w miejscu zamieszkania, sprawowanej przez pracowników ośrodków pomocy społecznej (OPS), zapewniającej podopiecznym wszystkie świadczenia przysługujące im na podstawie *Ustawy o pomocy społecznej*, oraz
- pomocy instytucjonalnej – w domach pomocy społecznej, będących placówkami stałego bądź czasowego pobytu dla osób starszych, które ze względu na stan zdrowia, wiek, są zmuszone z niej skorzystać.

Celem tej części opracowania jest rozpoznanie skali i rodzaju sieci wsparcia krewniczego i instytucjonalnego, na które będą mogli liczyć przyszli seniorzy, pokazanie zakresu obowiązków publicznych w tym zakresie, wskazanie podmiotów, które według respondentów będą odpowiedzialne za opiekę nad osobami starszymi, oraz sposoby i formy jej realizowania. Osiągnięcie powyższych celów cząstkowych umożliwi wskazanie kierunków działań zapewniających osobom starszym bezpieczeństwo społeczne. Należy jednak pamiętać, że przeprowadzone badania dotyczyły percepcji starości, wyobrażeń i planów związanych z opieką na starość oraz z jej rodzajami. Większość dotychczasowych badań na temat opieki osób starszych dotyczyła czasu teraźniejszego bądź przeszłego. Celem zaś tej analizy było poznanie oczekiwań osób znajdujących się na przedpolu starości. W związku z tym wnioski wynikające z niej stanowią przyczynek do zmian w systemie zabezpieczenia społecznego. W projektowaniu polityki społecznej, w tym zmian w organizowaniu i finansowaniu zabezpieczenia społecznego, ważne jest również przygotowanie się do starości generacji powojennego wyżu demograficznego.

Jak podkreśla Piotr Błędowski, *polityka społeczna wobec ludzi starych nie może być wyłącznie polityką organizowania pomocy ludziom starym, ale powinna być polityką pomocy w organizowaniu ich życia*². W polityce społecznej państwa potrzebne są wielokierunkowe działania, wspierające rodzinę w wypełnianiu jej funkcji, zarówno ekonomicznych, jak i opiekuńczych czy pielęgnacyjnych.

² P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2002, s. 231.

nacyjnych. Pomoc rodzinie w wypełnianiu jej funkcji wiąże się z koniecznością rozwoju w środowisku zamieszkania wielu specjalistycznych usług społecznych w zakresie ochrony zdrowia czy rehabilitacji oraz stworzenia otoczenia przyjaznego osobom starszym, tzw. małej architektury. Zmiany, jakie nastąpiły w obszarze zabezpieczenia społecznego, niestety, nie wzmocniły, czy nie ułatwiły rodzinie realizacji jej zadań. Wręcz przeciwnie, w zakresie opieki i pielęgnacji osób starszych większość obowiązków została złożona na barki rodziny, bez jakiegokolwiek wsparcia. A przecież należy pamiętać, na co zwraca uwagę Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny, *osiągnięcie zaawansowanego wieku w jak najlepszej kondycji jest wartościowym celem. [...] Tendencja ta pociągnie za sobą wzrost wydatków na cele zdrowotne i pielęgnacyjne oraz będzie wymagać utworzenia nowych towarów i usług przeznaczonych dla osób w starszym wieku*³. Według Barbary Bień, która potwierdza opinię Jarosława Derejczyka, nie istnieje w Polsce system opieki geriatrycznej, a funkcjonująca opieka zdrowotna (w tym rehabilitacyjna) jest nie-spójna, zdeintegrowana, zróżnicowana i nie spełnia standardów jakości, dostępności i pełnego zaspokojenia potrzeb pacjentów, w tym świadczeń pielęgniarek środowiskowych⁴.

2. Rodzina i środowisko zamieszkania jako miejsce życia człowieka starszego

Rodzina od wieków jest uznawana za podstawę istnienia i funkcjonowania społeczeństwa. *Wskazanie na podstawowe funkcje rodziny uświadamia nam, że nie ma w społeczeństwie innej, o wielu złożonych funkcjach „instytucji”, która mogłaby zastąpić rodzinę, zaspokoić wszechstronnie potrzeby jednostki i wypełnić – podobnie jak rodzina – te wszystkie ważne funkcje, które wypełnia rodzina*⁵. To w rodzinie odbywa się transfer międzypokoleniowy pomiędzy generacjami. Możemy oczywiście mówić jeszcze o transferze publicznym, ale ze względu na wyniki badań skupię się na transferach prywatnych, mających postać pomocy materialnej (rzeczowej i finansowej), oraz na transferach czasu (w postaci świadczonych usług), a także na pomocy emocjonalnej. Międzypokoleniowy transfer w postaci usług bytowych jest chyba jedynym, którego bi-

³ Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie: „Rodzina a zmiany demograficzne”, Bruksela 2007, s. 6.

⁴ B. Bień, Z.B. Wojszel, J. Wilmańska, J. Sienkiewicz, *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*, Wydawnictwo Akademii Medycznej, Białystok–Kraków 2001.

⁵ J. Hryniewicz, *Rodzina jako naturalny sprzymierzeniec rozwoju społecznego i ekonomicznego*, referat wygłoszony na Forum Międzyparlamentarnym towarzyszącemu IV Światowemu Kongresowi Rodzin, Warszawa 12 maja 2007 r., s. 11 (maszynopis).

*lans jest korzystny dla starszego pokolenia. [...] Transfer zaś w postaci rzeczowej bądź pieniężnej płynie przede wszystkim od rodziców do dzieci, od starszych do młodszych*⁶. Potwierdzają to również badania przeprowadzone pod kierunkiem Janusza Halika⁷. Wskazuje na to także Leon Dyczewski pisząc, że: *pomoc finansowa i rzeczowa ma wyraźnie kaskadowy kierunek, tzn. płynie ona głównie od pokoleń starszych ku młodszy*⁸. Badania GUS-u natomiast podają, że w zakresie wsparcia finansowego istnieją niezaspokojone potrzeby osób starszych. Jednocześnie duża część emerytów i rencistów deklaruowała, że świadczy wsparcie na rzecz innych osób⁹. Talcott Parsons, czołowy przedstawiciel funkcjonalizmu, definiuje integrację społeczną jako *rodzaj stosunku między jednostkami w systemie, na mocy którego działają one w ten sposób, aby wspólnie zapobiec rozpadowi systemu i utrzymać jego trwałość, a jednocześnie „współpracować” nad utrzymaniem jego funkcjonowania jako całości*¹⁰. Dlatego istniejące wśród członków grup więzi, relacje, potrzeby czy różnego rodzaju zobowiązania i zależności świadczą nie tylko o tożsamości grupy, lecz także o jej zintegrowaniu jako struktury społecznej. Współczesne podejście do rodziny traktuje ją jako strukturę, czy też system wzajemnych interakcji, w którym wyróżnić można określone podsystemy. To, co dzieje się wewnątrz podsystemu, wpływa nie tylko na osoby tworzące go, ale także oddziałuje na innych członków rodziny i relacje między nimi¹¹. Jak pisze Brunon Synak, *mimo że coraz więcej osób starszych mieszka samodzielnie, najważniejszą instytucją zaspokajania potrzeb, podstawową grupą oparcia i poczucia bezpieczeństwa, terenem aktywności i źródłem satysfakcji życiowej jest nadal rodzina*¹². Potwierdzają to badania Zofii Szaroty, która wskazuje, że optymalne warunki rozwoju starzejącej się osoby istnieją w środowisku rodzinnym¹³.

⁶ S. Golinowska (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, United Nations Development Programme, Warszawa 1999, s. 81.

⁷ Por. J. Halik (red.), *Starzy ludzie w Polsce*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002, s. 39–44, 62.

⁸ L. Dyczewski, *Więź między pokoleniami w rodzinie*, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2002, s. 82.

⁹ M. Daszyńska, *Zróżnicowanie warunków życia w Polsce 1997 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1998.

¹⁰ T. Parsons, *Szkice z teorii socjologicznej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1972, s. 77.

¹¹ M. Braun-Gałkowska, *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1992, s. 8.

¹² B. Synak (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000, s. 14.

¹³ Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Kraków 2004, s. 95.

Komisja Europejska zwraca uwagę na jeszcze jeden aspekt, a mianowicie, że rodziny nie będą mogły same rozwiązać problemu opieki nad osobami starszymi, bez względu na to czy będą one zależne czy samodzielne. Natomiast poprawa stanu zdrowia dzisiejszych młodych pokoleń pozwala przewidywać, że osoby w podeszłym wieku w przyszłości będą pozostawać dłużej samodzielne i mieszkać we własnym domu. Dlatego opieka „intensywna” będzie coraz bardziej koncentrowała się na końcowym okresie ich życia¹⁴.

Wzajemna pomoc i współzależność pokoleń w rodzinie jest najlepszym rozwiązaniem, zarówno dla osób starszych, jak i dla dzieci. Aby człowiek stary był nie tylko przedmiotem troski i opieki, ale cennym źródłem doświadczenia i mądrości życiowej. Jan Paweł II pisał, że: *człowiek stary nie jest tylko „przedmiotem” troski, opieki i służby. On sam może wnieść cenny wkład w Ewangelię życia. Może i powinien wykorzystywać bogate doświadczenie, jakie zdobył w ciągu lat swojego życia, aby przekazywać mądrość, świadczyć o nadziei i miłości*¹⁵.

Wśród naszych respondentów dominowało tradycyjne podejście w zakresie preferowanych form opieki nad osobami starszymi oraz wciąż wysoka ranga rodziny w systemie wartości społeczeństwa polskiego. Jednak, jak wskazuje Jolanta Grotowska-Leder, zabezpieczająca rola rodziny zmienia się współcześnie wskutek oddziaływania procesów globalnych, takich jak: instytucjonalizacja i indywidualizacja życia. Z jednej strony bowiem rozwój instytucji wspierających rodzinę, takich jak domy pomocy społecznej (dps) czy usługi opiekuńcze, ogranicza odpowiedzialność rodzin za ich najstarszych członków. Z drugiej zaś – wzrost liczby obywateli niesamodzielnych finansowo, z racji wieku czy niepełnosprawności, skutkuje wzrostem wydatków z budżetu państwa na cele socjalne¹⁶.

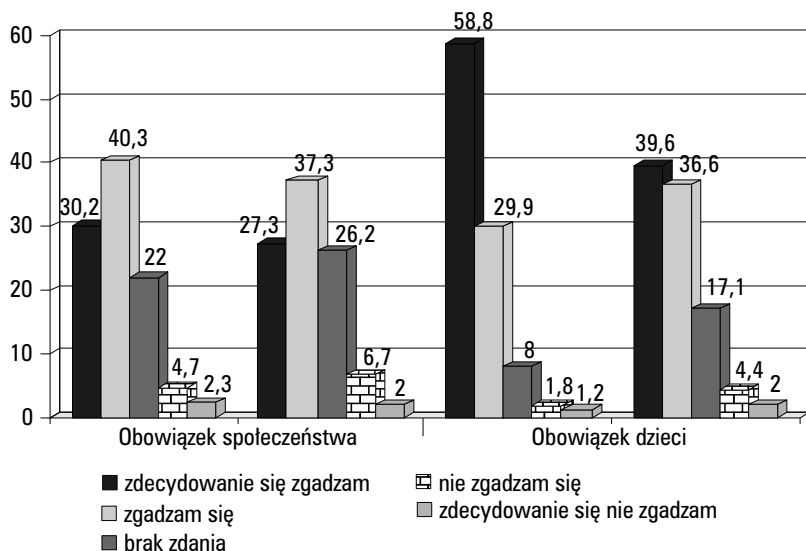
3. Odpowiedzialność za opiekę nad osobami starszymi

Potwierdzeniem powyższej analizy są wyniki badań na temat najbardziej odpowiedniego systemu opieki nad osobami starszymi oraz jego sposobu realizacji (rysunek 1). Respondenci mieli możliwość wyboru następujących stwierdzeń: odpowiedzialność za opiekę nad osobami starszymi ponosi całe społeczeństwo, państwo, instytucje samorządowe, potomstwo oraz rodzina.

¹⁴ Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich, Zielona Księga: *Wobec zmian demograficznych: nowa solidarność między pokoleniami*, Bruksela 2005, s. 10.

¹⁵ A. Sujka (oprac.), *Jan Paweł II naucza. Ku małżeństwu i rodzinie*, Wydawnictwo Apostolicum, Kraków–Ząbki 1997, s. 221.

¹⁶ J. Grotowska-Leder, *Osoby w wieku sędziwym a materialne wsparcie rodzinne*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 157.

Rysunek 1. Podmioty odpowiedzialne za opiekę nad osobami starszymi (w %) ¹⁷

Większość respondentów, niezależnie od płci i wieku, uważała, że opieka nad rodzicami w starszym wieku należy zdecydowanie do obowiązków dzieci (58,8%). Najczęściej wskazywały na to osoby mieszkające na wsi (65,2%), w miastach liczących 200 tys. i więcej mieszkańców (62,9%) oraz w miastach od 20 do 49 tys. mieszkańców (62,5%). Przeważnie były to osoby z wykształceniem średnim zawodowym (63,4%) i zasadniczym zawodowym (60,5%).

Nieco mniej zwolenników znalazł pogląd, że opieka nad osobami starszymi jest zdecydowanie obowiązkiem całej rodziny (39,6%). Również i w tej grupie zmienne, takie jak płeć i wiek nie różnicowały respondentów. Wpływ na udzielane odpowiedzi miały miejsce zamieszkania i wykształcenie. Podobnie jak we wcześniejszym przypadku częściej z tym stwierdzeniem zgadzały się osoby mieszkające na wsi (47,8%), w miastach od 20 do 49 tys. mieszkańców (40,9%) i miastach liczących 200 tys. mieszkańców i więcej (39,7%), z wykształceniem zasadniczym zawodowym (42,2%) i średnim zawodowym (42,1%). Zdecydowanie najmniejszym poparciem pogląd ten cieszył się wśród osób z wykształceniem wyższym (31,7%), a biorąc pod uwagę stan cywilny – panien i kawalerów (29,3%).

Opinię, że opieka nad osobami starszymi jest obowiązkiem całego społeczeństwa i powinna być sprawowana za pośrednictwem instytucji społecznych w sposób zdecydowany wyraża 30,2% respondentów, a 22% ba-

¹⁷ Wszystkie prezentowane w niniejszym rozdziale wyniki – jeśli nie wskazano inaczej – pochodzą z badania Instytutu Spraw Publicznych.

danych nie ma w tej kwestii zdania. Najczęściej pogląd ten wyrażają osoby z wykształceniem podstawowym (36,7%), mieszkające w miastach liczących od 20 do 49 tys. mieszkańców (43%), osoby należące do grupy biernych zawodowo (40,8%) lub pracownicy wykonujący proste prace (38%), kawalerowie bądź panny (56,1%).

Przekonanie, że opieka nad osobami starszymi jest obowiązkiem gminy, wyrażało w sposób zdecydowany 27,3% badanych. Częstość takiego poglądu wzrastała z wiekiem respondentów (22,1% respondentów w wieku 45–49 lat, 32,5% w wieku 55–59 lat). Wiązało się to z wykształceniem podstawowym (36,7%) i byciem pracownikiem wykonującym proste prace (39,1%), oraz z osobami stanu wolnego – kawalerami i pannami (58,3%).

Deklaracje respondentów były zgodne z wynikami m.in. badań przeprowadzonych pod kierownictwem Ireny E. Kotowskiej. Wynika z nich, że odpowiedzialność za opiekę nad osobami starszymi ponoszą przede wszystkim dzieci, choć jest to także obowiązkiem całej rodziny. Pogląd o odpowiedzialności całego społeczeństwa i pośrednictwa instytucji społecznych miał mniejsze poparcie¹⁸.

Według opinii respondentów, odpowiedzialność za opiekę nad osobami starszymi powinny ponosić przede wszystkim dzieci, później pozostała rodzina. Wiąże się to ze szczególnym rodzajem więzi społecznej, jaką jest więź między pokoleniami w rodzinie oraz z relacją rodzice – dzieci. Opinia o odpowiedzialności całego społeczeństwa, instytucji społecznych i samorządowych za opiekę nad osobami starszymi znajdowała znacznie mniejszą akceptację respondentów. Opieka instytucjonalna była traktowana w dużym stopniu jako reakcja na brak pomocy rodzinnej w sytuacji różnych potrzeb. Rodzina jest więc tą instytucją, która ma dla człowieka podstawowe znaczenie. Jest tym środowiskiem, w którym szuka się z jednej strony oparcia i pomocy, z drugiej zaś – bezpieczeństwa, szacunku i zrozumienia. Dlatego, jak mówi Barbara Szacka¹⁹, mimo zmian zachodzących w strukturze i funkcjach rodziny, w społeczeństwie polskim znaczna część jego członków traktuje rodzinę jako instytucję bardzo ważną. Rodzina odgrywa bowiem szczególną rolę we wszystkich fazach ludzkiego życia. Dla ludzi starszych jest naturalnym środowiskiem, od którego oczekują wsparcia duchowego, fizycznego bądź materialnego. I nie chodzi tu tylko o przestrzeń, w której te osoby żyją, ale o cały zespół relacji, jaki powstaje w rodzinie. Rodzina jest bowiem tym podmiotem, który integruje jej członków²⁰.

¹⁸ I.E. Kotowska (red.), *Polityka ludnościowa – cele, rozwiązania, opinie*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2003, s. 108 (maszynopis).

¹⁹ B. Szacka, *Wprowadzenie do socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2003, s. 388.

²⁰ B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziągiewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 88.

Brak pomocy najbliższych zwiększa się pod wpływem czynnika demograficznego, związanego z postępującą zmianą proporcji między liczebnością starszego i młodszego pokolenia Polaków. Rodziny w przyszłości będą mniej liczne, dlatego problemem stanie się zapewnienie opieki osobom starszym.

Tabela 1. Stopień zgodności z opinią, że osoby starsze powinny mieszkać w domach pomocy społecznej tylko w sytuacji, gdy nikt z rodziny nie może się o nie zatroszczyć

Osoby starsze powinny mieszkać w domach pomocy społecznej tylko w sytuacji, gdy nikt z rodziny nie może się o nie zatroszczyć	Częstotliwość (w %) N* = 1500
Zdecydowanie się zgadzam	33,4
Zgadzam się	37,3
Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	20,3
Nie zgadzam się	5,3
Zdecydowanie się nie zgadzam	3,4
Brak odpowiedzi	0,3
Razem	100,0

* N – liczba respondentów.

Tabela 2. Stopień zgadzania się z opinią, że domy pomocy społecznej są dobrym rozwiązaniem dla osób starszych

Domy pomocy społecznej są dobrym rozwiązaniem dla osób starszych	Częstotliwość (w %) N* = 1500
Zdecydowanie się zgadzam	12,3
Zgadzam się	24,6
Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	35,3
Nie zgadzam się	17,8
Zdecydowanie się nie zgadzam	9,6
Brak odpowiedzi	0,5
Razem	100,0

* N – liczba respondentów.

Rodzina jest podstawową komórką, która decyduje o przyzwoleniu na zamieszkanie osoby starszej w domu pomocy społecznej (tabela 1). Istnieje bowiem powszechne przekonanie, że możliwość zamieszkania w domach pomocy społecznej zależy od okoliczności, w jakich mogą znaleźć się osoby starsze, tzn. czy rodzina może (czy też nie), zapewnić im opiekę. Rozkład odpowiedzi dotyczących stwierdzenia, że „domy pomocy społecznej są dobrym rozwiązaniem dla osób starszych”, wskazuje, iż ta forma pomocy instytucjonalnej nie znalazła większego uznania naszych rodaków na przedpolu starości (tabela 2). Zdecydowanie więcej osób dopuszczało tę formę opieki nad osobami starszymi w sytuacji, gdy rodzina nie mogła się nimi zająć.

Rozkład opinii na temat zamieszkiwania w domach pomocy społecznej, gdy rodzina nie mogła się zatroszczyć o osobę starszą, nie miała związku z płcią, wiekiem, stanem cywilnym czy miejscem zamieszkania respondentów. Osoby z wykształceniem podstawowym, mieszkające w miastach liczących od 20 do 49 tys. mieszkańców wyrażały częściej opinię na temat zamieszkania osoby starszej w domu pomocy społecznej w sposób bardziej zdecydowany.

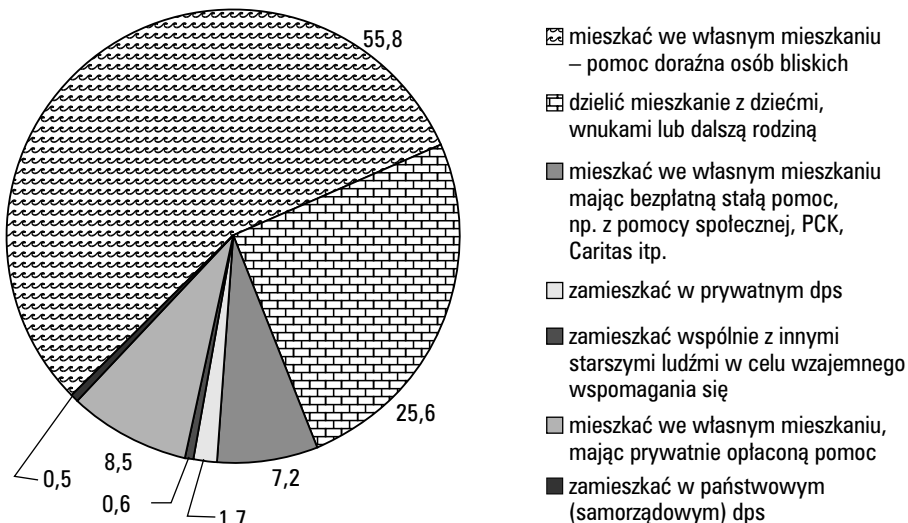
Dominująca część respondentów (35,3%) nie uważała DPS-u jako dobrego rozwiązania dla osób starszych. Częściej akceptowały tę formę pomocy osoby powyżej 50. roku życia, mieszkające w miastach do 200 tys. mieszkańców z wykształceniem podstawowym i zawodowym, niebędące nigdy aktywne zawodowo, bądź wykonujące proste prace, kawalerowie i panny.

W przywoływanych badaniach przeprowadzonych przez zespół pod kierunkiem Ireny E. Kotowskiej również wskazano, że domy pomocy społecznej jako forma instytucjonalnej opieki nad osobami starszymi nie są najlepszym rozwiązaniem. Aprobuje się to rozwiązanie jedynie w sytuacji przymusowej²¹.

4. Formy i rodzaje pomocy na starość oraz podmioty ją świadczące

Potwierdzeniem opinii na temat najodpowiedniejszego sposobu opieki nad osobami starszymi były odpowiedzi na pytanie dotyczące wyobrażeń respondentów o własnej starości i preferowanych dla siebie form opieki (rysunek 2).

Rysunek 2. Preferowane przez respondentów formy pomocy na starość (w %)



²¹ I.E. Kotowska (red.), op. cit., s. 118.

Zdecydowana większość badanych, niezależnie od płci (kobiety – 55,4%, mężczyźni – 55,6%), chciałaby mieszkać nadal we własnym mieszkaniu, a jednocześnie korzystać z doraźnej pomocy osób bliskich: rodziny, przyjaciół, sąsiadów. Za wyborem tym kryje się z jednej strony potrzeba niezależności, samodzielności, z drugiej zaś oczekiwanie, że w razie potrzeby znajdą się osoby bliskie, które udzielą wsparcia. Ta forma pomocy cieszyła się największym poparciem wśród osób w wieku 45–49 lat (61,8%), z wykształceniem średnim ogólnokształcącym i pomaturalnym (69,8%) oraz wyższym (68,3%), mających współmałżonków (58%), mieszkających w miastach powyżej 200 tys., należących do takich grup zawodowych, jak parlamentarzyści, wyżsi urzędnicy i kierownicy (70,3%). Najniższego poparcia tej formie pomocy udzielili respondenci w wieku 60–65 lat (47,1%), z wykształceniem niepełnym podstawowym i podstawowym (32,1%), mieszkający w miastach od 20 tys. do 49 tys. mieszkańców (43,2%), wykonujący zawody: rolnika, ogrodnika, leśnika i rybaka (30%). Widać więc, że niezależność od osób bliskich najbardziej ceniły sobie osoby znajdujące się w najlepszym położeniu społecznym, biorąc pod uwagę wiek, wykształcenie i przynależność do grupy zawodowej.

O całkowitym związaniu swojego losu z rodziną myślał co czwarty respondent, deklarując chęć wspólnego zamieszkania z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną. Preferencje są zbliżone: kobiet (24,4%) i mężczyzn (26,7%) oraz stanu cywilnego respondentów. Częściej niż inne grupy, zamieszkanie z dziećmi lub rodziną preferowały osoby w wieku 60–65 lat (34,6%), z wykształceniem podstawowym (37,6%), rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy (52,7%).

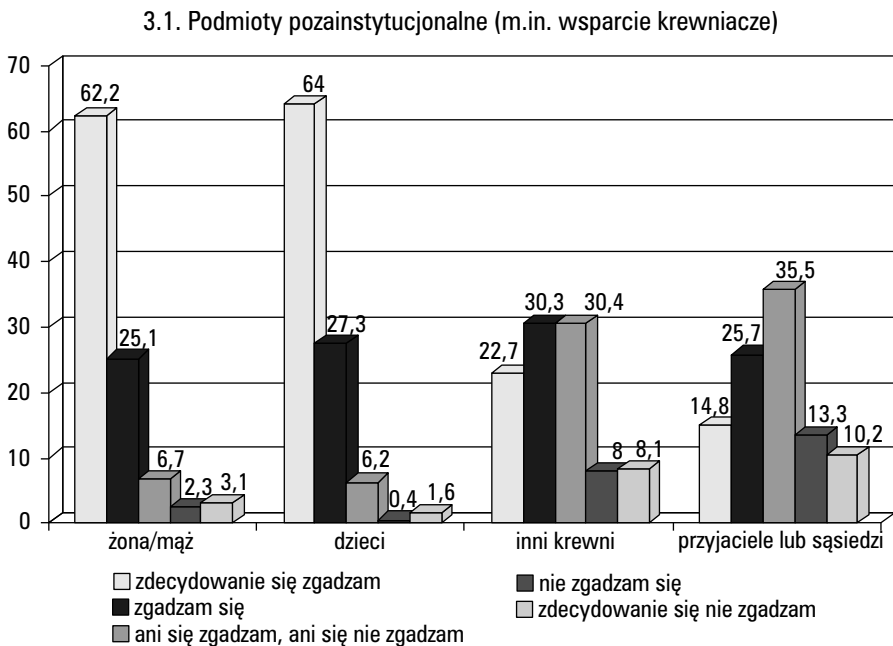
Opiekę we własnym domu niezależnie czy będzie ona zapewniona przez prywatnie opłacaną stałą pomoc, czy bezpłatne wspomaganie ze strony np. pomocy społecznej, PCK, Caritas, czy innych organizacji społecznych lub kościelnych – wybierali respondenci o zbliżonych cechach demograficzno-społecznych. Częściej były to kobiety (niż mężczyźni) mające 50–54 lata, z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, mieszkające w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców, które w większości nigdy nie były aktywne zawodowo. Należy jednak podkreślić, że ankietowani, chcący być niezależni od rodziny, częściej woleliby pozostać we własnym mieszkaniu, mając zapewnioną profesjonalną, opłaconą przez siebie opiekę, rzadziej zaś bezpłatną pomoc instytucji powołanych do tego typu działalności. Badani sporadycznie wybierali ewentualne zamieszkanie w domu pomocy społecznej, niezależnie od tego, czy byłby on prywatny czy państwowy. Praktycznie nie interesowała ich także możliwość zamieszkania wspólnie z innymi starszymi ludźmi w celu wzajemnego wspierania się.

Badani wskazywali, że niezależność i samodzielność stanowią dla nich istotne wartości. Warto przy tym podkreślić, że uznaniem cieszyły się wyłącznie te rozwiązania, które stwarzałyby osobom starszym możliwość pozostania

w ich naturalnym środowisku. Potwierdzają to wyniki badań zawarte w *Raporcie o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*. Zgodnie z nimi respondenci deklarowali, że najbardziej pożądanym przez nich modelem zamieszkania byłoby mieszkanie blisko dzieci, ale nie razem z nimi. Jednocześnie od dzieci oczekiwali pomocy na wypadek choroby czy w innych trudnych sytuacjach życiowych. Wynika z tego, że bardzo ważne jest, aby więzi rodzinne były trwałe i mocne, a jednocześnie by ludzie starsi cieszyli się dużą niezależnością²².

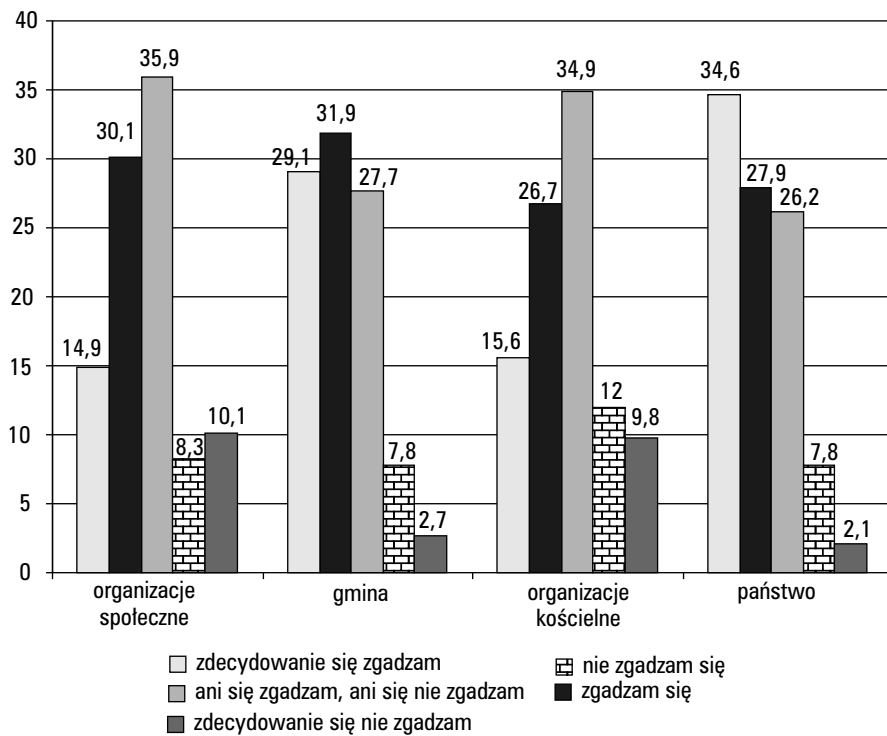
Kolejnym ważnym problemem podjętym w badaniu była pomoc w sytuacji, gdyby osoba starsza wymagała jej stale w życiu codziennym. Respondentów poproszono o wskazanie, kto (lub jaka instytucja) mógłby w najlepszy sposób tę pomoc zapewnić. Katalog odpowiedzi uwzględniał następujące możliwości: żona/mąż (partnerka/partner), dzieci, inni krewni, przyjaciele lub sąsiedzi, organizacje społeczne (np. PCK lub inne stowarzyszenia i fundacje), gmina (ośrodki pomocy społecznej), organizacje kościelne (np. Caritas), osoby lub organizacje, które otrzymują za taką pomoc pieniądze, państwo.

Rysunek 3. Preferowany opiekun w sytuacji potrzeby stałej pomocy w życiu codziennym (w %)

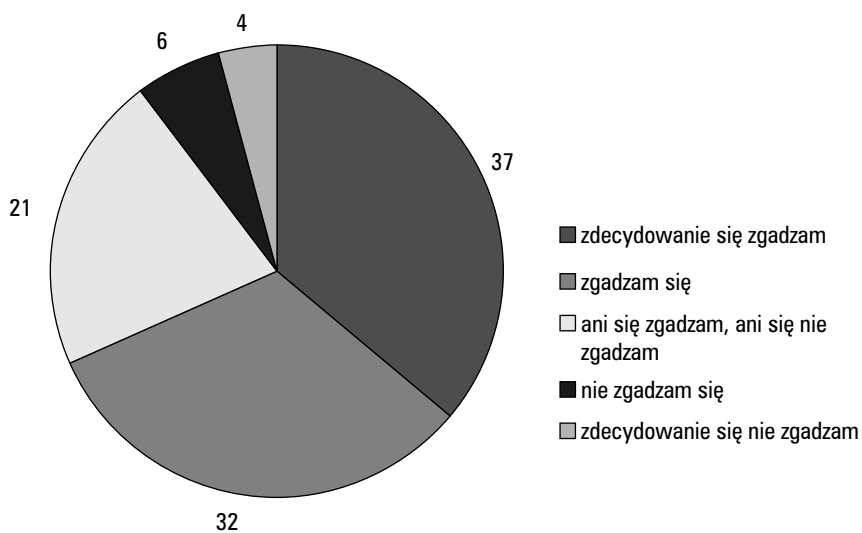


²² S. Golinowska (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, op. cit., s. 33.

3.2. Podmioty instytucjonalne



3.3. Inne – osoby lub organizacje, które otrzymują za to pieniądze



W odpowiedziach dotyczących podmiotów, które mogłyby zapewnić najlepszą pomoc w życiu osobom starszym, najwyższe miejsce zajęły dzieci (rysunek 3.1). 64% respondentów „zdecydowanie zgodziło” się z tą odpowiedzią, 27,3% „zgodziło się”, co daje 91,3% pozytywnych odpowiedzi. Równie często (87,3%), respondenci wskazali żonę/męża (partnera/partnerkę) jako te osoby, które mogłyby okazać pomoc. Pozostałych krewnych jako te osoby, które mogłyby pomóc wskazało 53% respondentów, ale aż 30,4% respondentów nie miało na ten temat zdania. Przyjaciele lub sąsiedzi zostali uwzględnieni przez 40,5% badanych, przy 35,5% respondentów, którzy nie mieli na ten temat własnego zdania.

Przekonanie, że dzieci mogą być najlepszym źródłem pomocy w życiu codziennym, dominowało niezależnie od wieku i płci respondentów. Różnica między mieszkańcami wsi i miast dotyczyła głównie podziału między „zdecydowanych zwolenników” a „zwolenników”. Na wsi spotykało się częściej „zdecydowanych zwolenników” opieki nad osobami starszymi przez dzieci (69,8%). W przypadku wykształcenia ta różnica była podobna, z tym, że osoby z wykształceniem licencyjnym rzadziej niż osoby o innym poziomie wykształcenia „zdecydowanie” popierały tę formę opieki (52,7%). Panny i kawalerowie również zdecydowanie rzadziej zgadzały się z tym poglądem (37,6%).

Na opinię wyrażaną najczęściej, że żona/mąż (partner/partnerka) mogą zapewnić najlepszą pomoc, nie miał wpływu wiek i wykształcenie respondentów. Zdecydowanych zwolenników tego poglądu było więcej wśród mężczyzn (64,7%) niż wśród kobiet (59,9%). Podobnie jak w poprzednim przypadku, różnica między mieszkańcami miast i wsi dotyczyła podziału między „zdecydowanych zwolenników” i „zwolenników” – w miastach tak samo często występowały osoby obu kategorii, a na wsi częściej się spotykało „zdecydowanych zwolenników” (65,9%). „Zdecydowanymi zwolennikami” pomocy ze strony męża/żony (partnera/partnerki) byli technicy i personel średniego szczebla (72,2%).

Akceptacja poglądu, dotyczącego świadczenia pomocy w życiu codziennym przez krewnych, zwiększała się wraz z wiekiem badanych. Dlatego osoby w wieku 45–54 lata najmniej akceptowały tę formę pomocy. Ten pogląd cieszył się zdecydowanym poparciem wyższych urzędników i kierowników (48%). Na taki wybór odpowiedzi nie miały wpływu płeć, miejsce zamieszkania i wykształcenie respondentów.

Przekonanie, że przyjaciele lub sąsiedzi będą mogli zapewnić najlepszą pomoc osobom starszym w życiu codziennym, akceptowało 40,5% respondentów, 35,5% nie miało na ten temat własnego zdania, a 23,5% respondentów nie zgadzało się z tym poglądem. Podobnie jak wyżej, osoby młodsze najmniej akceptowały tę formę pomocy. Najmniej „zdecydowanych zwolenników” miała ona wśród mieszkańców miast liczących powyżej 200 tys. mieszkańców

– tylko 4,7% (na 14,8% ogółem). Tę formę pomocy zdecydowanie popierali wyżsi urzędnicy i kierownicy (44,3%), zgadzało się z tym źródłem pomocy aż 37,6% specjalistów. Na taki wybór odpowiedzi nie miały również wpływu płeć i wykształcenie.

Respondenci mogli także wybierać jako źródło pomocy codziennej różne instytucje (rysunek 3.2). Najwyższą akceptację uzyskały osoby lub organizacje, które otrzymują za pomoc pieniądze (67,9%), państwo (62,5%), instytucje samorządowe – gminne ośrodki pomocy społecznej (61%). Organizacje społeczne (np. PCK oraz inne stowarzyszenia i fundacje), uzyskały 45% poparcia, przy czym 35,9% respondentów nie miało swojego zdania, a organizacje kościelne (np. Caritas) 42,3%, przy 34,9% respondentach, którzy nie mieli własnego zdania.

Odpłatne usługi osób prywatnych lub instytucji, które je świadczą, miały „zdecydowanych zwolenników” wśród osób między 50. a 54. rokiem życia (42%), z wykształceniem licencjackim (43,3%), wyższych urzędników i kierowników (55,6%), mieszkających w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców (41%), rozwiedzionych lub pozostających w separacji (47,5%).

Wskazanie na instytucje publiczne finansowane przez państwo jako na najlepsze źródło pomocy nie było zróżnicowane w zależności od wieku i płci. To źródło pomocy znajdowało zdecydowane poparcie respondentów z wykształceniem podstawowym (51,9%), nieaktywnych zawodowo (44,8%), mieszkających w miastach liczących od 20 tys. do 49 tys. mieszkańców (46,3%), panien i kawalerów (52,2%).

Gmina i jej ośrodek pomocy społecznej jako najlepsza forma pomocy społecznej zdecydowanie została uznana przede wszystkim przez osoby z wykształceniem podstawowym (41,6%), przy 22,3% osób z wykształceniem wyższym oraz przez pracowników sektora usług (39,6%). Pozostałe cechy nie różnicowały poglądów respondentów w tej sprawie.

Poparcie dla pomocy świadczonej przez organizacje społeczne, takie jak np. PCK, PKPS lub inne stowarzyszenia i fundacje, było wyrażane niezależnie od płci. Cieszyło się najwyższym poparciem badanych z miast liczących od 20 tys. do 49 tys. mieszkańców. Spośród nich 20,2% respondentów „zdecydowanie się zgadzało” i 34,8% „zgadzało się” z tym poglądem. W grupie respondentów, którzy „zdecydowanie zgadzali” się z tą opinią, najwięcej osób legitymowało się wykształceniem podstawowym (24%). Natomiast w grupie, która zgadzała się z tą opinią, zmienne wykształcenie nie różnicowało respondentów. Wśród osób powyżej 55. roku życia zmniejszał się odsetek osób nie akceptujących tej opinii.

Pomoc organizacji kościelnych (np. Caritas) częściej znajdowała poparcie respondentów w miastach liczących od 20 tys. do 50 tys. mieszkańców oraz panien i kawalerów. Wykształcenie różnicowało odpowiedzi respondentów: „zde-

cydowanie się zgadzam” odpowiedziało najwięcej osób z wykształceniem podstawowym (21,6%) i zasadniczym zawodowym (18,3%), a „zgadzam się” z wykształceniem średnim zawodowym (30,1%) i licencjackim (28,2%). W tej grupie było też najwięcej badanych, którzy nie mieli własnego zdania na ten temat. Zmienne takie jak płeć i wiek nie różnicowały respondentów.

Uzyskane wyniki mają odzwierciedlenie w badaniach rodzin przeprowadzonych w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku; pokazują one, że ludzie starsi mogli wówczas w sytuacjach trudnych życiowo polegać przede wszystkim na własnych dzieciach (65,3%) oraz na współmałżonku (63,5%). Przy czym mężczyźni częściej liczyli na żony, a kobiety częściej na dzieci²³. Żadna instytucja – mówił Kardynał Alfonso Lopez Trujillo – *choćby dysponowała nie wiem, jaką siłą, władzą i środkami, nie może zastąpić osobom w podeszłym wieku całego zakresu relacji rodzinnych*²⁴.

Preferencje badanych znalazły również potwierdzenie w odpowiedzi na pytanie o ich wyobrażeniach, na czyją pomoc będą mogli liczyć za 15–20 lat (tabela 3). Badani mogli wybrać maksymalnie trzy odpowiedzi z następujących możliwości: pomoc żony/męża (partnerki/partnera), dzieci, innych krewnych, przyjaciół lub sąsiadów, organizacji społecznych (PCK i innych stowarzyszeń i fundacji), gminy (ośrodków pomocy społecznej), organizacji kościelnych (np. Caritas), osób lub organizacji, które otrzymują za to pieniądze, oraz państwa.

Tabela 3. Podmioty, na których wsparcie będzie mógł liczyć respondent za 15–20 lat*

Na czyje wsparcie respondent będzie mógł liczyć za 10–15 lat	Ogółem (w %) N** = 1500
Dzieci	89,3
Żona/mąż (partnerka/partner)	71,0
Innych krewnych	32,6
Osób lub organizacji, które otrzymują za to pieniądze	23,2
Przyjaciół lub sąsiadów	20,5
Państwa	18,9
Gminy (ośrodków pomocy społecznej)	18,9
Organizacji społecznych	10,3
Organizacji kościelnych	7,5

* Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wskazywać więcej niż jedną odpowiedź; ** N – liczba respondentów.

²³ B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, op. cit., s. 93.

²⁴ A. Lopez Trujillo, *La persona anziana nella famiglia*, Warszawa, 10 grudnia 1999 r., referat wygłoszony na Konferencji zorganizowanej przez Pełnomocnika Rządu do Spraw Rodziny z okazji Międzynarodowego Roku Seniora, s. 10 (maszynopis).

Respondentów, którzy wskazali, że w przyszłości będą mogli liczyć na opiekę dzieci, nie różnicowały takie cechy, jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania. Na to źródło opieki częściej wskazywały osoby z wykształceniem średnim (92,7%), licencjackim (92,5%) i wyższym (92,3%), niż z wykształceniem podstawowym (78,4%), należące do grupy zawodowej, jaką są rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy, a także pracownicy biurowi i specjaliści. Z oczywistych względów wybór ten cieszył się najmniejszym poparciem panien i kawalerów (33,4%).

Na „pomoc ze strony żony/męża (partnerki/partnera) jako źródła pomocy na starość” częściej wskazywali mężczyźni (75,1%) niż kobiety (66,9%), młodszy respondenci, tzn. w wieku 45–49 lat (78%), niż jednostki w wieku 60–65 lat (60,4%), z wykształceniem wyższym (76,7%), parlamentarzyści, wyżsi urzędnicy i kierownicy (81,3%).

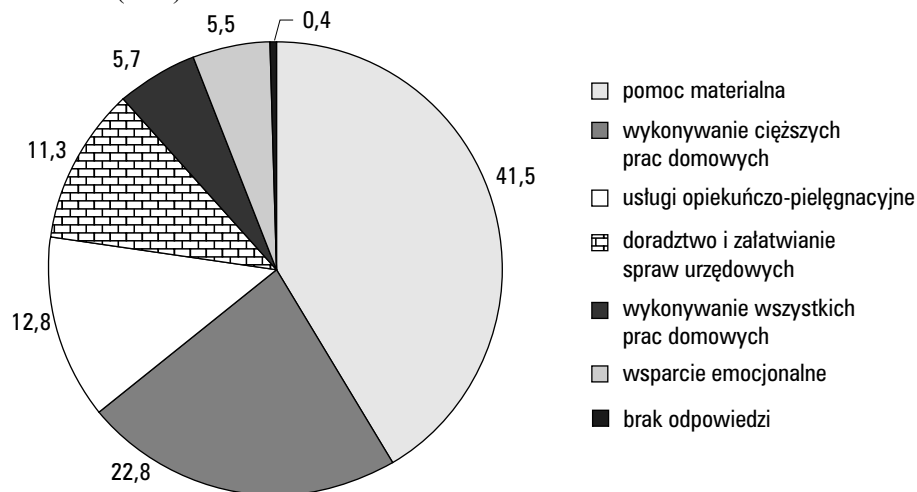
Uzyskane odpowiedzi znajdują potwierdzenie wielu innych prowadzonych w Polsce badań, stwierdzających, że przede wszystkim najbliższa rodzina – dzieci i współmałżonek, są najlepszymi źródłami opieki²⁵.

Na pytanie o rodzaj wsparcia, jakie najbardziej będzie im potrzebne za 15–20 lat, respondenci wskazywali pomoc materialną. Należy zaznaczyć, że odpowiadając na to pytanie respondenci mieli możliwość wyboru spośród: pomocy materialnej, pomocy w postaci doradztwa i załatwienia spraw urzędowych, pomocy w wykonywaniu cięższych prac domowych, pomocy w wykonywaniu wszystkich prac domowych, usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz wsparcia emocjonalnego (rysunek 4).

Powyższy wybór pomocy materialnej związany był z wiekiem respondentów – im młodszy respondenci, tym częściej wskazywali, że taka pomoc będzie im potrzebna. Wraz z wiekiem malało poparcie tej formy wsparcia na rzecz usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Kolejną cechą, jaka różnicowała badanych, było wykształcenie. Osoby z wykształceniem wyższym znacznie rzadziej oczekiwały pomocy materialnej (20%) niż osoby z wykształceniem podstawowym (53,6%). Osoby te znacznie częściej (13,3%) niż osoby z wykształceniem podstawowym (1,6%) oczekiwały wsparcia emocjonalnego, pomocy w wykonywaniu cięższych prac domowych (30,2%) oraz usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych (18,4%). Zmienna, jaką jest miejsce zamieszkania, również różnicowała ankietowanych. Badani z miast liczących od 50 tys. do 199 tys. mieszkańców, w odróżnieniu od pozostałych grup, nie oczekiwali pomocy materialnej, ale wsparcia w wykonywaniu cięższych prac domowych (30,5%) oraz w doradztwie i załatwianiu spraw urzędowych (16,8%).

²⁵ Por. J. Halik (red.), *Starzy ludzie w Polsce*, op. cit., s. 62; A. Gębska-Kuczerowska, M. Miller, A. Zbonikowski, *Problemy starości i starzenia się spostrzegane współcześnie*, „Zdrowie Publiczne” 1999, t. CIX, nr 5, s. 189–192; A. Sidorczuk, *Relacje rodzinne a zadowolenie z życia ludzi starych na Podlasiu. Na przykładzie badań w środowisku miejskim i wiejskim*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008, s. 186–197.

Rysunek 4. Najważniejsze rodzaje wsparcia, które będą potrzebne respondentowi za 15–20 lat (w %)



Przedmiotem największej troski respondentów odnośnie do pomocy, jakiej będą na starość potrzebować, była pomoc materialna i związana z usługami opiekuńczo-pielęgnacyjnymi. Podstawowego źródła pomocy w przypadku ewentualnej powyżej wskazanej potrzeby 49,7% badanych oczekiwało od żony/męża (partnerki/partnera), 38% od dzieci, 3,9% od osób lub organizacji, które otrzymują za to pieniądze. Inne źródła pomocy były mało istotne dla respondentów. Rozkład dwóch pierwszych odpowiedzi nie miał związku z wiekiem. Mężczyźni częściej wskazywali, że żona (partnerka) będzie mogła pomóc finansowo (53%), natomiast kobiety częściej liczyły na dzieci (40,7%) jako na źródło pomocy. Takie zmienne jak wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania nie różnicowały pod tym względem ankietowanych.

Tabela 4. Sposoby wspierania rodziny, aby mogła lepiej opiekować się najstarszymi członkami*

Sposoby wspierania rodziny	Ogółem (w %) N** = 1500
Umożliwić szkolenie z zakresu usług pielęgnacyjno-opiekuńczych	45,8
Ułatwić pracę w niepełnym wymiarze czasu	42,8
Wynagradzać osoby opiekujące się swymi starszymi krewnymi	55,9
Zapewnić publiczne usługi wspomagające	54,8
Prowadzić akcje promujące więzi rodzinne, uświadamiać obowiązki wobec rodziców i dziadków	36,2
Inne	0,1

* Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wskazywać więcej niż jedną odpowiedź; ** N – liczba respondentów.

W kolejnym pytaniu odwołano się do kręgu starszych osób z otoczenia respondenta (np. rodziców, teściów lub innych bliskich osób), które wymagały stałego wsparcia. Zapytano o sposoby wspierania rodziny, aby mogła ona najlepiej opiekować się tymi osobami. Uzyskane odpowiedzi (tabela 4), jak można stwierdzić, były konsekwencją wcześniejszych wyborów badanych, wśród których znacząca większość wskazała, że opieka nad rodzicami należy do obowiązków dzieci bądź rodziny. Wypełnianie jednak przez rodzinę funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych wymaga stworzenia odpowiednich warunków, które umożliwią rodzinie realizację tych funkcji. Muszą być one skutecznie wspierane przez służby socjalne oraz przez różnego rodzaju rozwiązania prawne. Istnieje duże zapotrzebowanie ze strony rodziny na różne rodzaje i formy jej wsparcia. Brakuje bowiem rozwiązań systemowych, które służyłyby wypracowaniu sprawnego mechanizmu dającego poczucie bezpieczeństwa rodzinie. Wskazuje to też na niekomplementarność opieki rodzinnej i instytucjonalnej oraz na deficyt różnego rodzaju sieci wsparcia dla rodzin z osobami starszymi. Dlatego tak ważne jest zbudowanie funkcjonalnego, sprawnego i czytelnego systemu wsparcia.

Na szczególną rolę usług wspomagających, tj. np. na zapewnienie opiekunek na czas wyjścia do pracy czy wyjazdu na urlop, częściej zwracały uwagę kobiety, mieszkające w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców. Mieszkańcy wsi podkreślali z kolei ważność wynagradzania osób opiekujących się swoimi starszymi krewnymi oraz prowadzenia akcji promujących więzi rodzinne i uświadamiających obowiązki wobec rodziców czy dziadków. Kawalerowie i panny również wskazywały na wynagradzanie osób opiekujących się swymi starszymi krewnymi jako najbardziej właściwą formę wsparcia.

Przy założeniu, że osoba starsza wymagająca stałej opieki ma bliską rodzinę (małżonek, dzieci), 40,4% badanych wskazało na instytucje publiczne jako uzupełniające źródło opieki, ale z zastrzeżeniem, że głównymi wspomagającymi powinni być członkowie rodziny. Niewiele mniej (39,5%) respondentów uważało, że instytucje publiczne jako źródło opieki są równie ważne jak rodzina, a 10,3% – że można z ich pomocy korzystać w ostateczności. Tylko 8% respondentów stwierdziło, że instytucje publiczne są ważniejszym niż rodzina podmiotem sprawującym opiekę nad osobami starszymi.

Respondenci poproszeni o wskazanie najlepszych rozwiązań zmierzających do poprawy trudnej sytuacji osób starszych (tabela 5), dokonując pierwszego wyboru, najczęściej wskazywali na możliwość kontynuowania pracy zawodowej po przejściu na emeryturę, wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych, stworzenie takich rozwiązań prawnych, które umożliwiłyby członkom rodziny opiekę nad osobami starszymi, np. poprzez urlopy na wzór urlopów wychowawczych, a także rozbudowanie systemu opieki domowej. Najmniej zwolenników miały rozwiązania polegające na podwyższeniu wieku

emerytalnego, zrównaniu wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn oraz podniesieniu składek na ubezpieczenie społeczne czy zniesieniu możliwości wcześniejszego przejścia na emeryturę.

Tabela 5. Najlepsze rozwiązania zmierzające do poprawy trudnej sytuacji osób starszych

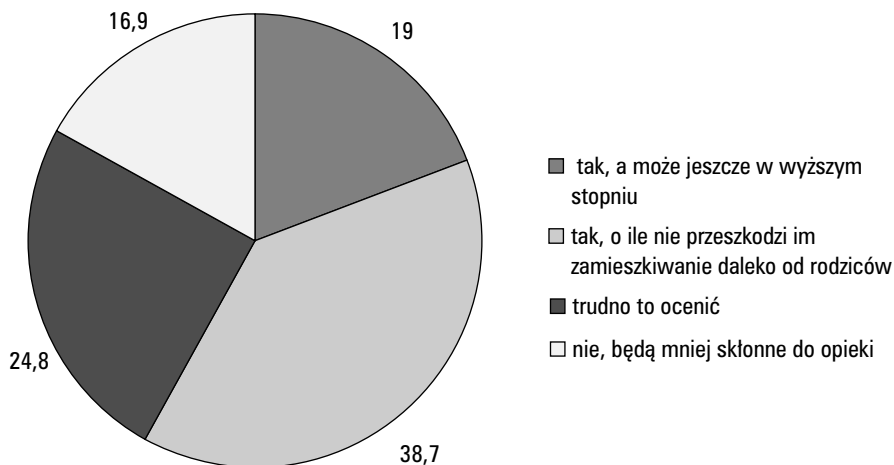
Rozwiązania zmierzające do poprawy trudnej sytuacji osób starszych	Częstotliwość (w %) N* = 1500 Pierwsze wskazane rozwiązanie
Stworzenie osobom starszym możliwości kontynuowania pracy zawodowej po przejściu na emeryturę	24,6
Wprowadzenie nowego rodzaju ubezpieczeń – ubezpieczeń pielęgnacyjnych	17,1
Stworzenie takich regulacji prawnych, które umożliwiłyby członkom rodziny opiekę (np. czasową) nad osobami starszymi (np. urlopy, na wzór urlopów wychowawczych)	15,8
Rozbudowanie systemu opieki domowej	14,8
Rozbudowanie systemu instytucji opiekuńczo-pielęgnacyjnych dla osób starszych	9,1
Podwyższenie wieku emerytalnego	6,9
Zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn	5,8
Podniesienie składek na ubezpieczenie społeczne	3,5
Zniesienie możliwości wcześniejszego przejścia na emeryturę	1,9
Brak odpowiedzi	0,5
Razem	100,0

* N – liczba respondentów.

Jak więc widać, zmiany w rozwiązaniach mających zapewnić bezpieczeństwo socjalne na starość, jakimi mogłoby być podwyższenie wieku emerytalnego czy zniesienie możliwości wcześniejszego przejścia na emeryturę, nie znalazły akceptacji społecznej. Co gorsze, wynika z tego, że badani nie znają zasad obowiązującego systemu emerytalnego. Nie wiedzą więc, że osoby, które będą uzyskiwały świadczenie tylko z ubezpieczeń społecznych lub będą miały stosunkowo krótki staż pracy, otrzymają stosunkowo niskie emerytury, kompensujące w dużo niższy sposób niż obecnie, utracone dochody. Dlatego ważnym zadaniem jest przekonanie naszego społeczeństwa do dłuższej

aktywności zawodowej i uświadomienie, że jakość życia w starszym wieku zależy od nich samych.

Rysunek 5. Porównanie skłonności dzieci i dzieci rówieśników respondentów do podjęcia się opieki nad swoimi rodzicami do skłonności pokolenia respondentów (w %)



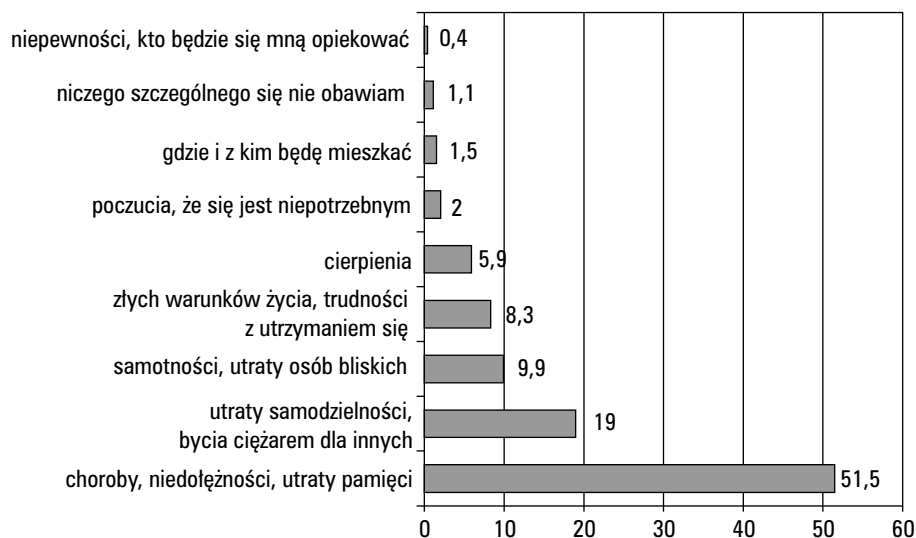
Rysunek 5 przedstawia porównanie skłonności dzieci i dzieci rówieśników respondentów do podjęcia się opieki nad swoimi rodzicami do skłonności pokolenia respondentów. Większość badanych (38,7%) uważała, że ich dzieci lub dzieci ich rówieśników będą w takim samym stopniu jak oni skłonne do podjęcia się opieki nad swoimi rodzicami, jeśli nie przeszkodzi im zamieszkiwanie daleko od rodziców. Na taką ewentualność częściej wskazywały kobiety (42,1%), osoby po 60. roku życia (44,1%), osoby mieszkające w miastach od 50 tys. do 200 tys. mieszkańców (46,4%), z wykształceniem licencjackim (58,4%), należące do grupy wyższych urzędników i kierowników (51,9%) oraz pracownicy sektora usług osobistych i sprzedawcy (47,9%). Trudność w ocenie poziomu skłonności dzieci do udzielania pomocy rodzicom w porównaniu z pokoleniem respondentów częściej mieli mężczyźni (28,2%) niż kobiety (21,8%), mieszkańcy miast liczących od 20 tys. do 49 tys. osób (31,3%), wykonujący proste prace (33,1%) i robotnicy (32%) oraz kawalerowie bądź panny (54,1%). Respondenci, którzy uważali, że ich dzieci lub dzieci ich rówieśników będą w jeszcze wyższym stopniu niż oni zajmować się swymi rodzicami, nie byli różnicowani pod względem cech demograficznych i społecznych. Najmniejsza grupa badanych uważała, że będą one w mniejszym stopniu skłonne do pomocy. Najczęściej uważali tak rolnicy (26%), osoby w wieku 50–54 lata (19%), z wykształceniem podstawowym (23,3%).

5. Obawy i niepokoje osób starszych

Większości respondentów ich własna przyszłość kojarzyła się z niepokojem o swój los. Ponad połowa badanych (55,2%) wskazała, że dzisiejsza sytuacja nie pozwala im mieć poczucia bezpieczeństwa w przyszłości. Na prośbę, aby wymienili, co w sposób szczególnie wpływa na taką ich postawę, 14,9% respondentów wskazało na trudną sytuację finansową, a właściwie brak stabilizacji materialnej. Ponad 5% respondentów podało prawdopodobne otrzymanie w przyszłości niskiej emerytury. Około 12% badanych stwierdziło, że są takie czasy, w których brak jest pewności jutra, a przyszłość jest niepewna. Tyle samo respondentów wskazało na kłopoty ze zdrowiem i możliwość wystąpienia chorób. Ponad 5% badanych uskarżało się na samotność oraz brak wsparcia od osób bliskich. Najczęściej, lęk o przyszłość dotyczył osób z wykształceniem podstawowym (65,8%), wykonujących proste prace (71,2%) oraz pracowników usług osobistych i sprzedawców (67,5), rozwiedzionych lub pozostających w separacji (67,3%)

Respondenci, którzy uważali, że dzisiejsza sytuacja pozwala im mieć poczucie bezpieczeństwa na przyszłość (44,5% ogółu), wskazywali, że źródłem tego odczucia jest ich stabilna sytuacja finansowa lub posiadanie zabezpieczenia finansowego (17,1%), oraz to, że mogą liczyć na pomoc bliskich (14,3%). Prawie 6% respondentów nie odczuwała jeszcze presji myślenia o przyszłości, ale była pewna, że da sobie radę.

Rysunek 6. Największe obawy dotyczące przyszłości (w %)



Należy jednak dodać, że myślenie o własnej starości wiąże się z niepewnością i lękiem – respondenci zapytani czy nie obawiają się starości, powszechnie przyznawali się do różnych niepokojów (rysunek 6). Jedynie 1,1% z nich odpowiedziało, że nie obawia się niczego szczególnego.

Zdecydowana większość ankietowanych przyznawała się do lęku przed chorobami, niedołążnością i utratą pamięci. Miało to ścisły związek z ich wiekiem – im starsi respondenci, tym częściej wskazywali na tego rodzaju niepokoje, a także ze stanem cywilnym – osoby stanu wolnego (panny, kawalerowie) najrzadziej je wskazywali. Co czwarty respondent obawiał się przede wszystkim utraty samodzielności i sytuacji, w której byłby ciężarem dla innych. Wśród około 10% badanych niepokój budziła wizja samotnego życia i utraty rodziny. Niewiele mniej respondentów wskazywało na dominujący niepokój przed zagrożeniami bytu materialnego, tzn. przed trudnościami z utrzymaniem się lub złymi warunkami życia. Ten lęk był tym silniejszy, im osoby były młodsze, zmniejszał się natomiast z wiekiem ankietowanych. U nieco mniejszej liczby badanych pojawiał się lęk egzystencjalny przed cierpieniem czy poczuciem, że będzie się nikomu niepotrzebnym. Stosunkowo niewielu badanych odczuwało natomiast niepokój wynikający z niepewności, kto będzie się nimi opiekował na stare lata oraz gdzie i z kim będą mieszkać. Wiąże się to zazwyczaj z faktem, że sfera ta nie stanowi wielkiej niewiadomej dla ankietowanych, na ogół wiedzą oni bowiem, jak chcieliby zorganizować swoje życie, gdy nadejdzie starość. To, że myślenie o własnej starości ma silny ładunek lękowy, pokazały również badania CBOS-u. Tylko 4% respondentów odpowiedziało, że niczego szczególnego się nie boi²⁶.

6. Podsumowanie: wnioski i rekomendacje

Podsumowując, należy stwierdzić, że istotną sprawą jest poszukiwanie takich rozwiązań systemowych, które gwarantowałyby ludziom starszym należyte miejsce w społeczeństwie oraz tworzyłyby warunki do godnego życia. Życia w bezpiecznym i przyjaznym otoczeniu, przystosowanego do osobistych preferencji i zmieniających się możliwości. Jak wynika z badań, rodzina jest tym podmiotem, który integruje wszystkich jej członków. Jest miejscem spotkania pokoleń. W związku z tym opieka rodzinna nad osobami starszymi powinna być obudowana wsparciem środowiskowym świadczonym przez organizacje pozarządowe i służby publiczne. Opieka zaś instytucjonalna (np. domy pomocy społecznej) powinna jedynie „domykać” system. Należy jednak pamiętać, że wsparcie ze strony najbliższych, nie zawsze – jak oczekiwali

²⁶ *Polacy wobec ludzi starych i własnej starości*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000, s. 13.

tego badani – będzie możliwe z powodu wystrzajającego się problemu demograficznego związanego z postępującą zmianą proporcji między pokoleniami. Biorąc zatem pod uwagę z jednej strony sytuację demograficzną, z drugiej zaś – oczekiwania społeczne, należałoby położyć większy nacisk na budowanie sieci wsparcia środowiskowego, w którym aktywną rolę powinny odgrywać zarówno organizacje pozarządowe, jak i sami seniorzy. Współczesne rozwiązania światowe kładą nacisk na pozostawienie osób starszych w ich miejscu zamieszkania do końca życia. Jest to bowiem optymalne rozwiązanie, zarówno z jednostkowego, jak i społecznego punktu widzenia. Ten „zrównoważony system opieki”, w którym obowiązki opiekuńcze są podzielone pomiędzy rodzinę, służby socjalne w miejscu zamieszkania i instytucje, tj. podmioty, które w sposób komplementarny wypełniają swoje zadania, wydaje się najbardziej właściwy. Realizacja jednak tego modelu w naszym społeczeństwie wymagałaby zarówno zmian w funkcjonowaniu systemu zabezpieczenia społecznego, jak i zmian socjokulturowych, polegających m.in. na dostosowaniu naszego otoczenia do potrzeb osób starszych. Istnieje zatem potrzeba zarówno rozbudowy infrastruktury społecznej, tj. wszelkich usług socjalno-zdrowotnych dla osób starszych w ich najbliższym otoczeniu, jak i pobudzanie świadomości społecznej. W naszym starzejącym się społeczeństwie wyzwaniem jest bowiem stworzenie takich społeczności lokalnych, w których ludzie starzy będą stanowić ich integralny element.

Literatura

- Bień B., Wojszel Z.B., Wilmańska J., Sienkiewicz J., *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*, Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok–Kraków 2001.
- Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2002.
- Braun-Gałkowska M., *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1992.
- Bromley D.B., *Psychologia starzenia się*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1969.
- Daszyńska M., *Zróżnicowanie warunków życia w Polsce 1997 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1998.
- Dyczewski L., *Więź między pokoleniami w rodzinie*, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2002.

- Gębska-Kuczerowska A., Miller M., Zbonikowski A., *Problemy starości i starzenia się spostrzegane współcześnie*, „Zdrowie Publiczne” 1999, t. CIX, nr 5.
- Golinowska S. (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*, United Nations Development Programme, Warszawa 1999.
- Halik J. (red.), *Starzy ludzie w Polsce*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002.
- Hryniewicz J., *Rodzina jako naturalny sprzymierzeniec rozwoju społecznego i ekonomicznego*, referat wygłoszony na Forum Międzyparlamentarnym towarzyszącemu IV Światowemu Kongresowi Rodzin, Warszawa 12 maja 2007 roku (maszynopis).
- Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich, Zielona Księga: Wobec zmian demograficznych: nowa solidarność między pokoleniami, Bruksela 2005.
- Kotowska E. (red.), *Polityka ludnościowa – cele, rozwiązania, opinie*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2003 (maszynopis).
- Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.), *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2008.
- Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- Lopez Trujillo A., *La persona anziana nella famiglia*, Warszawa, 10 grudnia 1999 roku – referat wygłoszony na Konferencji zorganizowanej przez Pełnomocnika Rządu do Spraw Rodziny z okazji Międzynarodowego Roku Seniora (maszynopis).
- Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie: „Rodzina a zmiany demograficzne”, Bruksela 2007.
- Parsons T., *Szkice z teorii socjologicznej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1972.
- Polacy wobec ludzi starych i własnej starości*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2000.
- Sujka A. (oprac.), *Jan Paweł II naucza. Ku małżeństwu i rodzinie*, Wydawnictwo Apostolicum, Kraków–Ząbki 1997.
- Synak B. (red.), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2000.
- Szacka B., *Wprowadzenie do socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2003.
- Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Kraków 2004.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006.

Piotr Szukalski

Podsumowanie: wnioski i rekomendacje

Badanie osób, które zbliżają się do okresu emerytury i starości (45–65 lat), wskazuje na spójność tej grupy i brak pokoleniowego rozłamu między najstarszymi i najmłodszymi respondentami. Wiek bądź nie jest czynnikiem różniącym poglądy, bądź też słabo je różnicuje. Wskazuje to na brak większych zaburzeń transmisji kulturowej w okresie, gdy te roczniki się wychowywały, internalizując pewną wizję idealnej rzeczywistości. W przypadku wyobrażeń o własnej starości i przygotowań się do niej obserwujemy prymat sfery kulturowej nad ekonomiczną. Starość jest postrzegana wśród naszych badanych jako okres dezaktywizacji i bierności, w którym środki do życia powinny być zapewnione przez państwo. Zastanawia natomiast, z jednej strony niechęć do wychodzenia poza tradycyjne stereotypy, niekiedy uformowane nie tak dawno temu, a z drugiej głęboka wiara w niezmiennosć dotychczasowych praktyk. Przejawia się ona oczekiwaniami związanymi z wiekiem uzyskania pierwszej emerytury czy nikłymi wymaganiami stawianymi osobom starającym się o rentę.

Nasze studium pokazuje też słabą odpowiedzialność za swoją przyszłość osób znajdujących się na przedpolu starości. Wynika ona generalnie z nikłej orientacji badanych na przyszłość, z utożsamiania starości z biernością oraz z oczekiwania do zapewnienia środków na godne życie przez instytucje publiczne, głównie przez system emerytalno-rentowy. Oczekiwania te w dużym stopniu wynikają z niewiedzy o tym, jak w rzeczywistości funkcjonować będzie nowy system emerytalny i jaka realnie będzie wysokość uzyskiwanych z niego świadczeń.

Na podstawie dokonanej w niniejszym tomie prezentacji wyników badania oraz przeglądu literatury sformułować można pewne zalecenia, mające na celu z jednej strony zapewnienie wysokiej jakości życia przyszłym seniorom, a z drugiej przyczynienia się do ustabilizowania polskiej gospodarki w długim okresie.

- Proces starzenia się ludności, ze względu na nieuniknioność i skalę, musi stać się przedmiotem zainteresowań decydentów, niechętnie z reguły podejmujących działania obecnie zwiększające koszty, a przynoszące rezultaty w perspektywie kilkunastu–kilkudziesięciu lat. Tymczasem specyfika myślenia o procesach demograficznych wyraża się w długofalowości podejmowanych działań. Ponadto jej istota zasadza się na świadomości, że „demografia nie jest przeznaczeniem”. Mamy tu bowiem do czynienia z materią, która wiąże się z przewidywaniami typu *foresight* (prognozy, na wynik których możemy oddziaływać w trakcie okresu ich realizacji), a nie *forecast* (przewidywanie przebiegu zdarzeń, na które nie ma się żadnego wpływu). Ważne jest również uświadamianie decydentom konsekwencji wzrostu udziału osób starszych w populacji, dotyczącego w zasadzie każdej sfery życia. Istotna jest także świadomość tego, że zachodzące w Polsce zmiany są typowe dla krajów wysoko rozwiniętych (choć na tle UE odznaczać się będziemy w najbliższych dekadach jednym z szybszych temp procesu starzenia się ludności).
- Należy przygotować – wzorem innych wysoko rozwiniętych krajów – prognozy ludnościowe sięgające 50–70 lat naprzód. Powinno się je uzupełnić prognozą dotyczącą ewolucji stanu zdrowia populacji, zwłaszcza podzbiorowości seniorów. Ułatwi to przedstawienie symulacji ekonomicznych i społecznych, pozwalających na lepsze przygotowanie się do procesu starzenia się ludności. Dotychczasowe opracowania tego typu bazowały na ekstrapolacjach długookresowych trendów, prowadząc do mało wiarygodnych wniosków (np. *Prognoza wpływów i wydatków funduszu emerytalnego do roku 2050* opracowana w grudniu 2006 r. przez ZUS).
- Konieczne jest propagowanie idei zwiększonej odpowiedzialności za siebie w okresie starości. Odpowiedzialność ta powinna mieć nie tylko charakter czysto materialny, ale powinna dotyczyć także zachowań zdrowotnych czy więzi społecznych. Polskie społeczeństwo w coraz większym stopniu – wzorem trendów obserwowanych dwie–trzy dekady temu w krajach zachodnioeuropejskich – ceduje odpowiedzialność za szeroko rozumiane warunki życia w okresie starości z jednostki i grona jej krewnych, przyjaciół, sąsiadów na instytucje publiczne. Jedynie zmiana świadomości może w dłuższej perspektywie przyczynić się do zmniejszenia zaangażowania sektora publicznego w ekonomiczne i socjalne wsparcie seniorów.
- Większa odpowiedzialność za siebie oznacza również uświadamianie przyszłym seniorom tego, że ich stan zdrowia jest konsekwencją wcześniejszego stylu życia i dbałości o własne ciało i psychikę. Niezbędne jest zatem propagowanie kampanii społecznych ukierunkowanych na zapobieganie lub przynajmniej opóźnianie występowania chorób cywilizacyjnych (przede wszystkim chorób układu krążenia i układu oddechowego).

- Przerzucanie większej odpowiedzialności za siebie na jednostkę oznacza także konieczność uwzględniania w rachunkach społecznych jej status rodzinny, a przynajmniej status rodzicielski. Oznacza to, że przy ustalaniu wysokości emerytury powinno się w przypadku kobiet uwzględniać liczbę urodzonych i wychowanych przez nią dzieci, co powinno skutkować wydłużeniem im okresu składkowego. Jednocześnie należy uświadamiać osobom bezdzietnym oraz nieposiadającym stałego partnera konieczność dodatkowego ubezpieczenia się, a także zapewnienia sobie oszczędności indywidualnych.
- Należy proponowane działania skierować nie tylko do dzisiejszych czterdziesto- i pięćdziesięciolatków. Idee większej odpowiedzialności za siebie trzeba propagować wśród osób „w kwiecie wieku” oraz wśród rozpoczynających dopiero dorosłe życie, zgodnie z zasadą, że im wcześniej będą podejmowane odpowiednie działania, tym będą wymagać niższych kosztów.
- Konieczne jest ponowne zdefiniowanie starości. Dotychczas oceniano starość jako okres powolnego wycofywania się z różnych typów działalności dnia codziennego. Tym samym samoczynnie pojawia się pytanie o zdefiniowanie tej fazy cyklu życia, określenie jej celów i zadań, w sytuacji, gdy jej tradycyjne postrzeganie jako okresu „przygotowania do śmierci” ma coraz mniej wspólnego z rzeczywistością demograficzną. Po pierwsze, konieczne jest zdefiniowanie na nowo społecznego wieku, od którego starość się rozpoczyna. Po drugie, należy rozdzielić pojęcia „początek starości” i „przejście na emeryturę”. Sytuacji tej sprzyjać powinno coraz elastyczniejsze i stopniowe wychodzenie z rynku pracy osób zdecydowanych na zaprzestanie aktywności zawodowej. Po trzecie, starość powinna być określana jako czas zasłużonej konsumpcji nie tylko wartości materialnych, lecz także intelektualnych i kulturalnych (czemu w nadchodzących dekadach sprzyjać będzie wzrost poziomu wykształcenia seniorów). Głównym problemem, z którym borykać się będą w przyszłości seniorzy, stanie się nadmiar wolnego czasu i problem z jego wykorzystywaniem – wartościowym z punktu widzenia indywidualnego, rodzinnego i społecznego.
- Należy przygotować sektor rynkowy do postrzegania wzrostu liczby seniorów jako szansy rozwojowej. Choć w przyszłości stopa zastąpienia wynagrodzeń emeryturą będzie bez wątpienia niższa niż obecnie, to wartość zasobów znajdujących się w dyspozycji seniorów w ujęciu bezwzględny będzie wzrastać. Tym samym rosnąć będzie rola osób starszych jako konsumentów i jako ważnego segmentu nabywców dóbr i usług rynkowych. Zaspokojenie specyficznych potrzeb tego segmentu polegać będzie nie tylko na dostarczeniu dostosowanego dobra/usługi, lecz również odpowiednio dopasowanych usług okołosprzedażnych.
- Istotne jest też rozwijanie orientacji na przyszłość wśród dorosłych Polaków. Jak wykazują choćby i nasze badania polskie społeczeństwo jest

w większym stopniu nastawione na teraźniejszość i przeszłość niż na przyszłość. Brak orientacji na przyszłość przekształca się automatycznie na brak dalekosiężnego myślenia perspektywicznego, a tym samym na nieświadome preferowanie taktyki względem strategii życiowej. Tymczasem sukces współczesnych społeczeństw zasadza się głównie na maksymalnym podporządkowywaniu teraźniejszości, i kształtowaniu pożądanej przyszłości (Giddensowska „kolonizacja przyszłości”).

- Dlatego należy promować „dobre praktyki” starzenia się i wykorzystywania wolnego czasu. Duża część biernych zachowań wynika z braku dobrych przykładów innego postępowania.
- Warto upowszechniać informacje o logice nowego systemu emerytalnego. Wiele osób w średnim wieku, które przystąpiły do nowego systemu emerytalnego, nie zna w rzeczywistości jego założeń i oczekuje świadczeń na poziomie obecnie występującym. Nie zdają one sobie sprawy ze znacznie niższej niż obecnie przyszłej stopy zastępowania dochodów z pracy świadczeniami emerytalnymi. Uświadomienie tego faktu powinno zwiększyć skłonność przyszłych emerytów do gromadzenia dobrowolnych oszczędności na starość, czy to w postaci przystąpienia do III filaru ubezpieczeń społecznych, czy w innej formie.
- Ważną sprawą jest promowanie zarządzania wiekiem. Większa odpowiedzialność za siebie – w połączeniu z zasadą neutralności aktuarialnej, na której zasadza się II filar obecnego systemu emerytalnego – oznacza również dłuższy okres aktywności zawodowej. W tym przypadku należy prowadzić wielostronne działania. Jednym z przykładów jest przygotowanie pracowników do dłuższej niż wcześniej kariery zawodowej. Innym – propagowanie idei zarządzania wiekiem (*age management*) czy upowszechnianie „IV filara”, tj. pracy w niepełnym wymiarze godzin już po uzyskaniu świadczenia emerytalnego, jako narzędzia wzbogacającego budżet domowy osób starszych.
- Konieczna jest walka z ageizmem. Ten typ dyskryminacji często prowadzi do dobrowolnego wycofywania się osób starszych z różnych sfer życia (przede wszystkim zawodowego, lecz również społecznego). Ageizm bazuje na przekonaniu o nieuchronnym i znaczącym spadku zdolności fizycznych i mentalnych wraz z wiekiem i o jednorodności zbiorowości osób starszych, tj. założeniach, które przy konfrontacji z rzeczywistością okazują się nieprawdziwe. Walka z niekorzystnymi dla seniorów stereotypami i działaniami wobec nich może przynieść korzyści społeczne, poprzez lepszą społeczną i ekonomiczną integrację seniorów. Walka z ageizmem na rynku pracy powinna być skierowana zarówno do pracodawców, jak i pracowników. Chodzi także o działania wśród osób starszych wiekiem, którzy praktyki dyskryminacyjne przyjmują zazwyczaj z dużym zrozumieniem.

- Warto promować elastyczne formy pracy. Chodzi tu o możliwość łączenia wynagrodzenia w ramach pracy w niepełnym wymiarze z pobieraniem części świadczenia emerytalnego. Narzędzia odwołujące się do uzyskiwania dodatkowych dochodów w momencie wykonywania pracy wydają się w większym stopniu zachęcać ludzi do przedłużania aktywności zawodowej, zwłaszcza że w praktyce w najbliższych 10–15 latach z rynku pracy wychodzić będą przede wszystkim osoby przynależące do starego systemu emerytalnego.
- Powinno się podejmować działania mające na celu zapobieganie występowaniu dużych różnic w traktowaniu przez fiskus przedstawicieli poszczególnych generacji. Wiele wskazuje na to, że dzisiejsi 20-, 30-latkowie obciążeni będą nadmiernie wysokimi obciążeniami fiskalnymi w stosunku do uzyskanej na starość rekompensaty. Wynika to z konieczności finansowania przez młodsze pokolenia świadczeń emerytalno-rentowych obecnych seniorów korzystających z systemu repartycyjnego oraz „odkładania” na własne emerytury z systemu mieszanego repartycyjno-kapitałowego.
- Konieczne jest wprowadzanie zmian prawnych w zakresie zabezpieczenia społecznego w sposób umożliwiający jednostkom przygotowanie się do nich. Tylko przewidywalność polityki socjalnej, zwłaszcza w zakresie prawa emerytalnego, może zapobiec okresowemu „pospolitemu ruszeniu” na organy przyznające świadczenia emerytalne i rentowe. Może to zostać osiągnięte poprzez podawanie w przejrzysty sposób i z dużym wyprzedzeniem informacji o skutkach wprowadzanych zmian dla jednostek.
- Kluczową sprawą jest rozwijanie usług społecznych (opieka nad dziećmi, osobami niepełnosprawnymi i bardzo starymi) umożliwiających godzenie pracy zawodowej i obowiązków wobec rodziny (opieka nad wnukami, pomoc zniedołężniałym rodzicom) osobom „po pięćdziesiątce”, zwłaszcza kobietom.
- Dobrym rozwiązaniem jest rozwój instytucji zajmujących się kształceniem przez całe życie. Pozwoli to z jednej strony przynajmniej dla części pracowników przedłużyć karierę zawodową. Z drugiej natomiast zmniejszy dyskomfort psychiczny osób starszych, zmuszonych ze względów ekonomicznych do korzystania z nowo wprowadzanych udogodnień w sferze komunikacji i łączności. Ze względu na rozwój gospodarki opartej na wiedzy oczekiwać można, że w przyszłości osoba, która nie podejmie trudu nadążania za rozwojem technologicznym, przynależeć będzie do coraz bardziej uciążliwej kategorii e-wykluczonych.
- Należy także wprowadzić ubezpieczenia pielęgnacyjne. Pozwoli to na zapewnienie – bez nakładania dodatkowych obciążeń finansowych na dotychczasowy system opieki zdrowotnej – osobom niepełnosprawnym w zaawansowanym wieku podstawowych usług dnia codziennego. Niestety,

w tym kontekście niekorzystne było obniżenie w 2007 roku składki rentowej bez jednoczesnego wprowadzenia powyższych ubezpieczeń.

- Istotne jest kształtowanie relacji międzypokoleniowych. Celem takich działań powinno być budowanie poczucia więzi między jednostkami w różnym wieku, poczucia zrozumienia, współodpowiedzialności i współzależności. W konsekwencji działania te sprowadzają się do zminimalizowania ostrego konfliktu międzypokoleniowego, jaki w przyszłości może wystąpić – bardziej na tle odmiennych interesów ekonomicznych niż ze względu na różnice kulturowe i hierarchii wartości.
- Konieczna jest zmiana logiki systemu rehabilitacji przez silniejsze uzależnienie przyznania stałego świadczenia rentowego od podejmowania prób przywrócenia swojej sprawności. Oczekiwania społeczne w stosunku do uzyskania renty jako prostego następstwa wystąpienia problemów hamują często zaangażowanie osób niepełnosprawnych w podejmowane działania, prowadząc np. do uznania, że w warunkach domowych nie wykonuje się zadawanych ćwiczeń.
- Należy wprowadzić stałą ewaluację prowadzonych działań rehabilitacyjnych. Obecnie zastępuje ją analiza o charakterze deskryptywnym. Tymczasem potrzebna jest całościowa ocena skuteczności, dostępności oraz stopnia dopasowania do potrzeb wszystkich zainteresowanych (rehabilitowani, rehabilitujący, pracodawcy). Z oczywistych względów – ze względu na trudność znalezienia twardych mierników powyższych kategorii – podstawą ewaluacji powinny być powtarzane badania ankietowe prowadzone wśród beneficjentów rehabilitacji.
- W procesie projektowania polityki wobec cyklu życia należy uwzględnić instytucje lokalnej polityki społecznej. Do tej pory rola tych instytucji ogranicza się jedynie do dwóch etapów życia – zapewnienia odpowiedniej jakości szkolnictwa w okresie dzieciństwa oraz zapewnienia usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych osobom najstarszym. Osoby znajdujące się w pozostałych fazach życia znajdują się w zainteresowaniu instytucji lokalnych sporadycznie. Tymczasem to właśnie niektóre przynajmniej organa podległe administracji samorządowej mogą stanowić zaczątek nowych praktyk i nowego sposobu myślenia o sobie za 10, 20, 30 lat wśród dzisiejszych czterdziesto-, pięćdziesięciolatków.

Przede wszystkim zaś trzeba się starać, aby problematyka starzenia się ludności i konieczność przygotowania się do konsekwencji indywidualnych i zbiorowych tego procesu zaczęła wreszcie docierać do decydentów. Pamiętać bowiem należy, iż małe kroczki podjęte natychmiast prowadzą do osiągnięć porównywalnych z tymi podejmowanymi później wymagającymi znacznie większych nakładów.

Noty o Autorach

Elżbieta Bojanowska – socjolog, polityk społeczny, asystent w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Członek Rady Konsultacyjnej Osób Niepełnosprawnych. Jej zainteresowania badawcze dotyczą polityki społecznej, a zwłaszcza problemów osób starszych i kwestii związanych z niepełnosprawnością.

Alicja Bortkiewicz – dr hab. nauk medycznych w zakresie fizjologii pracy i medycyny pracy, docent Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, kierownik Zakładu Fizjologii Pracy i Ergonomii. Członek m.in. Zespołu Ekspertów Medycyny Pracy do Spraw Zweryfikowania Wykazu Rodzajów Prac w Szczególnych Warunkach i Wykazu Prac o Szczególnym Charakterze powołanego przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Komitetu Fizyki Medycznej, Radiobiologii i Diagnostyki Obrazowej PAN. Głównym przedmiotem jej zainteresowań jest ocena obciążenia pracą, kosztu fizjologicznego pracy i wpływu różnych czynników środowiska pracy (fizycznych, chemicznych, psychofizycznych i organizacyjnych) na stan zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem układu krążenia.

Danuta Duch-Krzystoszek – dr hab., adiunkt w Zespole Badań nad Kobiętami i Rodziną Instytutu Filozofii i Socjologii PAN. Jej zainteresowania badawcze dotyczą społeczno-kulturowego uwarunkowania płci i funkcjonowania kobiet w obszarach życia rodzinnego i publicznego. Zajmuje się barierami i ograniczeniami karier zawodowych kobiet, nieodpłatną pracą kobiet, statusem kobiet w rodzinie i przemocą wobec kobiet.

Iwona Anna Oliwińska – dr, socjolog, adiunkt w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Jej zainteresowania badawcze koncentrują się wokół problematyki stylów życia, percepcji i waloryzacji oraz wytwarzania przestrzeni miejskiej.

Piotr Szukalski – dr nauk ekonomicznych, adiunkt w Zakładzie Demografii i Gerontologii Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego. Członek Komitetu Prognoz PAN i Komitetu Nauk Demograficznych PAN. Współzałożyciel i dyrektor Instytutu Inicjatyw Społecznych w Łodzi. Ekspert Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. Interesuje się problematyką procesu starzenia się ludności, relacjami międzypokoleniowymi i nietradycyjnymi formami życia rodzinnego.

Zofia Szweda-Lewandowska – demograf, asystent w Zakładzie Demografii i Gerontologii Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego, doktorantka w Szkole Nauk Społecznych IFiS PAN. Jej główne zainteresowania badawcze to problematyka domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, niepełnosprawność osób starszych oraz pomoc środowiskowa kierowana do tych osób.

Instytut Spraw Publicznych

Lista publikacji z lat 2000–2009

W przygotowaniu:

- ❑ Praca zbiorowa, *Demokracja w Polsce 2009*

Publikacje książkowe

- ❑ Melchior Szczepanik, Elżbieta Kaca, Agnieszka Łada, *The work of Poland's Members of the European Parliament. Goals, achievements, and conclusions for the future*, Warsaw 2009
- ❑ Melchior Szczepanik, Elżbieta Kaca, Agnieszka Łada, *Bilans aktywności polskich posłów do Parlamentu Europejskiego. Cele, osiągnięcia, wnioski na przyszłość*, Warszawa 2009
- ❑ Ewa Bogacz-Wojtanowska, Marek Rymsza (red.), *Nie tylko społecznie. Za-trudnienie i wolontariat w organizacjach pozarządowych*, Warszawa 2009
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska (red.), *Nowe metody zarządzania w państwach Unii Europejskiej*, Warszawa 2009
- ❑ Tomasz Schimanek, *Dialog obywatelski Polska 2008*, Warszawa 2008
- ❑ Jarosław Zbieranek (red.), *Subwencje z budżetu państwa dla partii politycz-nych. Jawność i kontrola*, Warszawa 2008
- ❑ Grzegorz Makowski, Tomasz Schimanek (red.), *Organizacje pozarządowe i władza publiczna. Drogi do partnerstwa*, Warszawa 2008
- ❑ Marek Rymsza (red.), *Organizacje pozarządowe. Dialog Obywatelski. Po-lityka państwa*, Warszawa 2008
- ❑ Tomasz G. Grosse, *Europa na rozdrożu*, Warszawa 2008
- ❑ Tomasz Kaźmierczak, Kamila Hernik (red.), *Społeczność lokalna w dzia-łaniu. Kapitał społeczny. Potencjał społeczny. Lokalne governance*, War-szawa 2008
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska, Mateusz Fałkowski (red.), *Polska-Niemcy-Fran-cja. Wzajemne postrzeganie po rozszerzeniu UE*, Warszawa 2008
- ❑ Praca zbiorowa: *Aktywizowanie wyborców*, Warszawa 2008
- ❑ Justyna Frelak, Witold Klaus, Jakub Wiśniewski, *Przystanek Polska. Anali-za programów integracyjnych dla cudzoziemców w Polsce*, Warszawa 2007
- ❑ Marek Rymsza, Grzegorz Makowski, Magdalena Dudkiewicz (red.), *Pań-stwo a trzeci sektor. Prawo i instytucje w działaniu*, Warszawa 2007
- ❑ Tomasz G. Grosse, *Innowacyjna gospodarka na peryferiach?* Warszawa 2007
- ❑ Tomasz Kaźmierczak (red.), *Zmiana w społeczności lokalnej*, Warszawa 2007
- ❑ Jacek Kochanowicz, Sławomir Mandes, Mirosława Marody (red.), *Kulturo-we aspekty transformacji ekonomicznej*, Warszawa 2007

- ❑ Ewa Giermanowska (red.), *Młodzi niepełnosprawni o sobie. Rodzina, edukacja, praca*, Warszawa 2007
- ❑ Ewa Giermanowska (red.), *Młodzi niepełnosprawni. Aktywizacja zawodowa i nietypowe formy zatrudnienia*, Warszawa 2007
- ❑ Tomasz Kaźmierczak, Marek Rymśa, *Kapitał społeczny. Ekonomia społeczna*, Warszawa 2007
- ❑ Józefina Hrynkiewicz, *Odrzuceni. Analiza procesu umieszczania dzieci w domach dziecka*, Warszawa 2006
- ❑ Anna Kwak (red.), *Z opieki zastępczej w dorosłe życie*, Warszawa 2006
- ❑ Piotr Kaźmierkiewicz (red.), *EU Accesion Prospects for Turkey and Ukraine. Debates in New Member States*, Warszawa 2006
- ❑ Mateusz Błaszczak, Jacek Sroka (red.), *Sieci czy struktury? Dialog społeczny na poziomie regionalnym*, Warszawa 2006
- ❑ Marek Rymśa (red.), *Elastyczny rynek pracy i bezpieczeństwo socjalne*, Warszawa 2005
- ❑ Magdalena Arczewska, *Nie tylko jedna ustawa. Prawo o organizacjach pozarządowych*, Warszawa 2005
- ❑ Elżbieta Putkiewicz, *Korepetycje – szara strefa edukacji*, Warszawa 2005
- ❑ Piotr Kaźmierkiewicz (red.), *The Visegrad States between Schengen and Neighbourhood*, Warszawa 2005
- ❑ Marcin Walecki, *Money and Politics in Poland*, Warszawa 2005
- ❑ Dominik Antonowicz, *Uniwersytet przyszłości. Wyzwania i modele polityki*, Warszawa 2005
- ❑ Mariola Raclaw-Markowska (red.), *Pomoc dzieciom i rodzinie w środowisku lokalnym*, Warszawa 2005
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska, Jacek Kucharczyk, Piotr Maciej Kaczyński (red.), *Mosty przez Atlantyk? Postawy Polaków, Czechów, Słowaków wobec Stanów Zjednoczonych*, Warszawa 2005
- ❑ Mateusz Fałkowski, Jacek Kucharczyk (red.), *Obywatele Europy. Integracja europejska w polskim życiu publicznym*, Warszawa 2005
- ❑ Tomasz Grzegorz Grosse, *Polityka regionalna Unii Europejskiej. Przykład Grecji, Włoch, Irlandii i Polski*. Wydanie II, uzupełnione i rozszerzone, Warszawa 2004
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska (red.), *Świadomość ekonomiczna społeczeństwa i wizerunek biznesu*, Warszawa 2004
- ❑ Krzysztof Konarzewski, *Reforma oświaty. Podstawa programowa i warunki kształcenia*, Warszawa 2004
- ❑ Marek Rymśa (red.), *Reformy społeczne. Bilans dekady*, Warszawa 2004
- ❑ Eleonora Zielińska (red.), *Międzynarodowy Trybunał Karny. USA i UE: dwa różne podejścia*, Warszawa 2004

- ❑ András Sajó, *Freedom of Expression* (angielska i rosyjska wersja językowa), Warszawa 2004
- ❑ Piotr Kaźmierkiewicz (red.), *Neighbourhood across a Divide?*, Warszawa 2004
- ❑ Tomasz Grzegorz Grosse (red.), *Polska wobec nowej polityki spójności Unii Europejskiej*, Warszawa 2004
- ❑ Elżbieta Putkiewicz, Anna Wiłkomirska, *Szkoły publiczne i niepubliczne: porównanie środowisk edukacyjnych*, Warszawa 2004
- ❑ Teodor Bulenda, Ryszard Musidlowski (red.), *System penitencjarny i post-penitencjarny w Polsce*, Warszawa 2003
- ❑ Piotr Mazurkiewicz (red.), *Kościół katolicki w przededniu wejścia Polski do Unii Europejskiej*, Warszawa 2003
- ❑ Anna Titkow (red.), *Szklany sufit: bariery i ograniczenia karier kobiet*, Warszawa 2003
- ❑ Krystyna Iglicka (red.), *Integracja czy dyskryminacja? Polskie wyzwania i dylematy u progu wielokulturowości*, Warszawa 2003
- ❑ Krystyna Iglicka (red.), *Migration and Its Impact on Labour Markets in Poland and Ukraine*, Warszawa 2003 (angielska i ukraińska wersja językowa)
- ❑ Tomasz Kaźmierczak, Marek Rymsza (red.), *W stronę aktywnej polityki społecznej*, Warszawa 2003
- ❑ Marek Zubik (red.), *Zapobieganie konfliktowi interesów w III RP*, Warszawa 2003
- ❑ Mariusz Jan Radło, *Wyzwanie konkurencyjności. Strategia Lizbońska w poszerzonej Unii Europejskiej*, Warszawa 2003
- ❑ Beata Łaciak (red.), *Dziecko we współczesnej kulturze medialnej*, Warszawa 2003
- ❑ Ewa Giermanowska, Mariola Raclaw-Markowska, *Społeczności lokalne wobec problemu bezrobocia młodzieży*, Warszawa 2003
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska (red.), *Obraz Polski i Polaków w Europie*, Warszawa 2003
- ❑ Tomasz Grzegorz Grosse, *Zmierzch decentralizacji w Polsce? Polityka rozwoju w województwach w kontekście integracji europejskiej*, Warszawa 2003
- ❑ Urszula Kurczewska, Małgorzata Mołęda-Zdziech, *Lobbing w Unii Europejskiej*, Warszawa 2002
- ❑ Janusz Halik (red.), *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Warszawa 2002
- ❑ Józefina Hryniewicz (red.), *Przeciw ubóstwu i bezrobociu: lokalne inicjatywy obywatelskie*, Warszawa 2002
- ❑ Henryk Domański, *Ubóstwo w społeczeństwach postkomunistycznych*, Warszawa 2002
- ❑ Adam Zieliński, Marek Zubik (red.), *Przyszłość polskiego wymiaru sprawiedliwości*, Warszawa 2002

- ❑ Krystyna Iglicka (red.), *Migracje powrotne Polaków – powroty sukcesu czy rozczarowania?*, Warszawa 2002
- ❑ Barbara Fatyga, Jolanta Rogala-Oblękowska, *Style życia młodzieży a narkotyki. Wyniki badań empirycznych*, Warszawa 2002
- ❑ Małgorzata Fuszara (red.), *Kobiety w Polsce na przełomie wieków. Nowy kontrakt płci?*, Warszawa 2002
- ❑ Jacek Kucharczyk (red.), *Europa – Ameryka. Transatlantycki wymiar reform Unii Europejskiej*, Warszawa 2002
- ❑ Marcin Walecki (red.), *Kulis finansowania polityki*, Warszawa 2002
- ❑ *Ochrona uchodźców w Polsce* (wspólnie z MSZ i UNHCR), Warszawa 2002
- ❑ Jan Barcz (red.), *Czy zmieniać konstytucję? Ustrojowo-konstytucyjne aspekty przystąpienia Polski do UE*, Warszawa 2002
- ❑ *Zmiany w systemie oświaty. Wyniki badań empirycznych*, Warszawa 2002
- ❑ Janusz Borkowski, *Jednostka a administracja publiczna po reformie ustrojowej*, Warszawa 2001
- ❑ Władysław Czapliński, Anna Wyrozumska, *Sędzia krajowy wobec prawa międzynarodowego*, Warszawa 2001
- ❑ Ryszard Chruściak, Wiktor Osiatyński, *Tworzenie konstytucji w Polsce w latach 1989–1997*, Warszawa 2001
- ❑ Juliusz Gardawski, *Związki zawodowe na rozdrożu*, Warszawa 2001
- ❑ Barbara Gąciarz, Włodzimierz Pańków, *Dialog społeczny po polsku – fikcja czy szansa?*, Warszawa 2001
- ❑ Józefina Hryniewicz (red.), *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2001
- ❑ Józefina Hryniewicz (red.), *Decentralizacja zadań społecznych państwa*, Warszawa 2001
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska, Andrzej Rosner, Jerzy Wilkin (red.), *Przyszłość wsi polskiej. Wizje, strategie, koncepcje*, Warszawa 2001
- ❑ Krzysztof Konarzewski (red.), *Szkolnictwo w pierwszym roku reformy systemu oświaty*, Warszawa 2001
- ❑ Antonina Ostrowska, *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*, Warszawa 2001
- ❑ Ewa Popławska (red.), *Konstytucja dla rozszerzającej się Europy*, Warszawa 2001
- ❑ Marek Rymsza (red.), *Samotne macierzyństwo i polityka społeczna*, Warszawa 2001
- ❑ Jan Widacki, Marek Mączyński, Janina Czapska, *Local Community, Public Security. Central and Eastern Countries under Transformation*, Warszawa 2001
- ❑ Mirosław Wyrzykowski (red.), *Konstytucyjne podstawy systemu prawa*, Warszawa 2001
- ❑ Andrzej Zoll (red.), *Racjonalna reforma prawa karnego*, Warszawa 2001

- ❑ *Polska droga do Schengen. Opinie ekspertów*, Warszawa 2001
- ❑ Kate Hansen Bundt, *Norwegia mówi „nie”*, Warszawa 2000
- ❑ *Chłop, rolnik, farmer? Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej – nadzieje i obawy polskiej wsi*, Warszawa 2000
- ❑ Janina Czapska, *Bezpieczeństwo lokalne. Społeczny kontekst prewencji kryminalnej*, Warszawa 2000
- ❑ Henryk Domański, *Hierarchie i bariery społeczne w latach dziewięćdziesiątych*, Warszawa 2000
- ❑ Mirosław Granat (red.), *Organizacje pozarządowe w Polsce. Podstawy prawno-finansowe*, Warszawa 2000
- ❑ Mirosław Wyrzykowski (red.), *Constitutional Cultures*, Warszawa 2000
- ❑ Tomasz Grzegorz Grosse, *Polityka regionalna Unii Europejskiej i jej wpływ na rozwój gospodarczy. Przykład Grecji, Włoch, Irlandii i wnioski dla Polski*, Warszawa 2000
- ❑ Jacek Klich (red.), *Nadzieja rynku pracy. Małe i średnie przedsiębiorstwa w gospodarce*, Warszawa 2000
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska (red.), *Cztery reformy – od koncepcji do realizacji*, Warszawa 2000
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska (red.), *The Second Wave of Polish Reforms*, Warszawa 2000
- ❑ Mark Leonard, *Sposób na Europę. Pomiędzy federalizmem a Europą narodów*, Warszawa 2000
- ❑ Beata Łaciak, Jacek Kurczewski (red.), *Korupcja w życiu społecznym*, Warszawa 2000
- ❑ Marcin Walecki (red.), *Finansowanie polityki. Wybory, pieniądze, partie polityczne*, Warszawa 2000

Ekspertyzy, raporty z badań, rekomendacje

- ❑ Tomasz G. Grosse, *Nowa polityka spójności: Wybrane nurty debaty europejskiej*, Warszawa 2008
- ❑ Piotr Szukalski (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badań*, Warszawa 2008
- ❑ Ewa K. Siellawa-Kolbowska (red.), Agnieszka Łada Jarosław Ćwiek-Karpowicz, *Edukacja obywatelska w Niemczech i Polsce. Raport z badań*, Warszawa 2008
- ❑ Beata Ocieпка, Agnieszka Łada, Jarosław Ćwiek-Karpowicz, *Polityka europejska Warszawy i Berlina w prasie niemieckiej i polskiej*, Warszawa 2008
- ❑ Grzegorz Makowski (red.), *U progu zmian. Pięć lat ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, Warszawa 2008
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska, Jacek Kucharczyk, Jarosław Zbieranek (red.), *Demokracja w Polsce 2005–2007*, Warszawa 2007

- ❑ Jacek Kucharczyk, Piotr Kaźmierkiewicz, *Learning from experience of West European think tanks: a study in think tank management*, Warszawa 2007
- ❑ Tomasz Grzegorz Grosse (red.), *Zapobieganie korupcji w wykorzystaniu funduszy unijnych*, Warszawa 2007
- ❑ Piotr Kaźmierkiewicz, *The Polish Experience in Controlling Illegal Migration. Lessons for EU Candidates and Neighbours*, Warszawa 2007
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska (red.), *Emigrować i wracać. Migracje zarobkowe Polaków a polityka państwa*, Warszawa 2007
- ❑ Jennifer Elrick, Justyna Frelak, Paweł Hut, *Polska i Niemcy wobec rodaków na Wschodzie. Polen und Deutschland gegenüber ihren Diasporas im Osten*, Warszawa 2006
- ❑ Mateusz Fałkowski, Agnieszka Popko, *Polacy i Niemcy. Wzajemny wizerunek po rozszerzeniu Unii Europejskiej*, Warszawa 2006
- ❑ Michał Warchał, *Les Polonais et les Français. Leur image reciproque apres l'adhesion a UE*, Warszawa 2006
- ❑ Michał Warchał, *Polacy i Francuzi. Wzajemny wizerunek po rozszerzeniu Unii Europejskiej*, Warszawa 2006.
- ❑ Jarosław Ćwiek-Karpowicz, Piotr Maciej Kaczyński, *Assisting Negotiated Transition to Democracy. Lessons from Poland 1980–1999*, Warszawa 2006
- ❑ *Konstytucja RP a członkostwo Polski w Unii Europejskiej*, Warszawa 2006
- ❑ Mateusz Fałkowski, Agnieszka Popko (red.), *Polen und Deutsche Gegenseitige Wahrnehmungen nach der Osterweiterung der Europäischen Union*, Warszawa 2006
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska, Jacek Kucharczyk, Jarosław Zbieranek (red.), *Aktywny obywatel, nowoczesny system wyborczy*, Warszawa 2006
- ❑ Ewa Bartnik, Krzysztof Konarzewski, Alina Kowalczykova, Zbigniew Marciniak, Tomasz Merta, *Podstawa programowa kształcenia ogólnego. Projekt*, Warszawa 2005
- ❑ *Od pola do stołu. Europejskie doświadczenia we wdrażaniu unijnych wymogów weterynaryjnych i bezpieczeństwa żywności*, Warszawa 2005
- ❑ Barbara Fedyszak-Radziejowska, *Proces demarginalizacji polskiej wsi*, Warszawa 2005
- ❑ Joanna Korczyńska, współpraca Maciej Duszczyk, *Zapotrzebowanie na pracę cudzoziemców w Polsce*, Warszawa 2005
- ❑ Tomasz Grzegorz Grosse (red.), *Analiza możliwości wprowadzenia regionalnego systemu zarządzania funduszami regionalnymi UE w Polsce w latach 2007–2013*, Warszawa 2005
- ❑ Anna Wiłkomirska, *Ocena kształcenia nauczycieli w Polsce*, Warszawa 2005

- ❑ Roman Dolata, Barbara Murawska, Elżbieta Putkiewicz, *Wsparcie rozwoju zawodowego a potrzeby nauczycieli w tym zakresie*, Warszawa 2005
- ❑ Andrzej Olechowski, *Polska agenda w Europie*, Warszawa 2005
- ❑ *Polska polityka europejska: cele i możliwości*, Warszawa 2005
- ❑ Mateusz Fałkowski, Kai-Olaf Lang, *Wspólne zadanie. Polska, Niemcy i Ukraina w przeobrażającej się Europie. Gemeinsame Aufgabe. Deutschland, Polen und die Ukraine im sich wandelnden Europa*, Warszawa 2004
- ❑ *Polska scena polityczna w 2004 r. kontynuacja czy zmiana?*, Warszawa 2004
- ❑ Mateusz Fałkowski (red.), *Pierwsze kroki w Unii. Polityka Polski w prasie europejskiej*, Warszawa 2004
- ❑ Ewa Giermanowska, Mariola Raclaw-Markowska (red.), *Absencja chorobowa w Polsce*, Warszawa 2004
- ❑ Piotr Kaźmierkiewicz (red.), *Securing America and Europe*, Warszawa 2004
- ❑ Tomasz Grzegorz Grosse (red.), *Poland and the New EU Cohesion Policy*, Warszawa 2004
- ❑ Małgorzata Żyto (red.), *Małe dziecko w systemie opieki społecznej i edukacji*, Warszawa 2004
- ❑ Roman Dolata, Elżbieta Putkiewicz, Anna Wiłkomirska, *Reforma egzaminu maturalnego – oceny i rekomendacje*, Warszawa 2004
- ❑ Marek Rymśa (red.), *Współpraca sektora obywatelskiego z administracją publiczną*, Warszawa 2004
- ❑ Krzysztof Konarzewski, *Kształcenie i wychowanie w szkołach podstawowych i gimnazjum w roku szkolnym 2002/2003*, Warszawa 2004
- ❑ Ryszard Herbut, Jacek Sroka, Piotr Sula, *Dialog społeczny na poziomie regionalnym*, Warszawa 2004
- ❑ Mariola Raclaw-Markowska, Sławomir Legat (red.), *Opieka zastępcza nad dzieckiem*, Warszawa 2004
- ❑ Barbara Murawska, *Segregacje na progu szkoły podstawowej*, Warszawa 2004
- ❑ Krystyna Kamińska, *Samorządy lokalne wobec obowiązku wdrażania edukacyjnego sześciolatków*, Warszawa 2004
- ❑ Artur Nowak-Far, Arkadiusz Michoński, *Krajowa administracja w unijnym procesie podejmowania decyzji*, Warszawa 2004
- ❑ Jan Barcz (red.), *Ustrojowe aspekty członkostwa Polski w Unii Europejskiej*, Warszawa 2004
- ❑ Teodor Bulenda, Ryszard Musidłowski (red.), *Postępowanie z więźniami w latach 1989–2002*, Warszawa 2003
- ❑ Krzysztof Pankowski, *Parlament Europejski* (polska i angielska wersja językowa), Warszawa 2003

- ❑ Jan Barcz, Cezary Mik, Artur Nowak-Far, *Ocena traktatu konstytucyjnego: wyzwania dla Polski*, Warszawa 2003
- ❑ Piotr Kaźmierkiewicz (red.), *Turning Threats into Opportunities*, Warszawa 2003
- ❑ Tomasz Szlendak, *Zaniedbana piaskownica. Style wychowania małych dzieci a problem nierówności i szans edukacyjnych*, Warszawa 2003
- ❑ Krystyna Iglicka, Piotr Kaźmierkiewicz, Monika Mazur-Rafał, *Zarządzanie migracją. Przypadek i doświadczenia Polski w odniesieniu do dyrektyw Komisji Europejskiej* (publikacja wydana wspólnie z Centrum Stosunków Międzynarodowych), Warszawa 2003
- ❑ Mirosław Grewiński, *Europejski Fundusz Społeczny w Saksonii. Wnioski dla Polski*, Warszawa 2003
- ❑ *Przed referendum europejskim – absencja, sprzeciw, poparcie*, Warszawa 2003
- ❑ Zbigniew Drag, Krzysztof Gorlach, Zygmunt Seręga, *Młode pokolenie wsi III RP. Aspiracje w przeddzień integracji z Unią Europejską*, Warszawa 2003
- ❑ Tomasz Schimanek, *Wybrane aspekty bezzwrotnej pomocy zagranicznej dla Polski*, Warszawa 2003
- ❑ Marta Zahorska (red.), *Edukacja przedszkolna w Polsce – zagrożenia i szanse*, Warszawa 2003
- ❑ Jakub Biernat, Katarzyna Gmaj, Małgorzata Wokacz, *Nie tylko wizy. Obwód Kaliningradzki a rozszerzenie UE*, Warszawa 2003
- ❑ Marzenna Guz-Vetter, *Szanse i zagrożenia polsko-niemieckiego pogranicza w perspektywie przystąpienia Polski do Unii Europejskiej*, Warszawa 2003
- ❑ Hanna Bojar, Joanna Kurczewska, *Konsekwencje wprowadzenia układu z Schengen – wyniki badań społeczności pogranicza wschodniego*, Warszawa 2002
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska (red.), *Mieszkańcy wsi o integracji europejskiej: opinie, wiedza, poinformowanie*, Warszawa 2002
- ❑ Mariusz Jan Radło, *Strategia Lizbońska Unii Europejskiej. Konkluzje dla Polski*, Warszawa 2002
- ❑ Beata Roguska, Michał Strzeszewski, *Zainteresowanie społeczne, wiedza i poinformowanie o integracji Polski z Unią Europejską*, Warszawa 2002
- ❑ Elżbieta Tarkowska, Katarzyna Korzeniewska, *Młodzież z dawnych PGR-ów*, Warszawa 2002
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska (red.), *Przyszłość polskiej sceny politycznej po wyborach parlamentarnych 2001*, Warszawa 2002
- ❑ Michał Warchał (red.), *Wizerunek Polski w prasie krajów Unii Europejskiej*, Warszawa 2002

- ❑ Irena Boruta, *Strategie zatrudnienia organizacji międzynarodowych: UE, MOP, OECD*, Warszawa 2002
- ❑ Xymena Dolińska, Mateusz Fałkowski, *Polska – Niemcy. Wzajemny wizerunek w okresie rozszerzania Unii Europejskiej*, Warszawa 2001
- ❑ Marzenna Guz-Vetter, *Phare 2000 dla Polski Wschodniej i Śląska. Ocena przygotowania administracji*, Warszawa 2001
- ❑ Lena Kolarska-Bobińska (red.), *Polacy wobec wielkiej zmiany. Integracja z Unią Europejską*, Warszawa 2001
- ❑ Joanna Konieczna, *Polska–Ukraina. Wzajemny wizerunek*, Warszawa 2001
- ❑ Elżbieta Putkiewicz, Marta Zahorska, *Společne nierówności edukacyjne. Studium sześciu gmin*, Warszawa 2001
- ❑ Beata Roguska, Jacek Kucharczyk, *Wybory parlamentarne 2001 a integracja Polski z Unią Europejską*, Warszawa 2001
- ❑ Mirosław Stec (red.), *Reforma administracji publicznej 1999 – dokonania i dylematy*, Warszawa 2001
- ❑ Michał Warchał, *Polska – Francja. Wzajemny wizerunek w okresie rozszerzania Unii Europejskiej*, Warszawa 2001
- ❑ Marek Zubik (red.), *Niedostatki wymiaru sprawiedliwości*, Warszawa 2001
- ❑ *Wspólna Europa. Głos polskich pozarządowych ośrodków analitycznych*, Warszawa 2001
- ❑ Xymena Dolińska, Michał Warchał (red.), *Obraz Polski w prasie krajów członkowskich Unii Europejskiej (raporty kwartalne)*, Warszawa 2000
- ❑ Maciej Duszczyk, Dorota Poprzącki, *Rozszerzenie Unii Europejskiej w opinii związków zawodowych oraz organizacji pracodawców*, Warszawa 2000
- ❑ Janusz Grzelak, Dominika Maison, Grażyna Wąsowicz-Kiryło, *Kultura negocjacyjna Polaków w kontekście integracji z Unią Europejską*, Warszawa 2000
- ❑ Dariusz Ryszard Kijowski (red.), *Dwuinstancyjne sądownictwo administracyjne*, Warszawa 2000
- ❑ Adam Mielczarek, Małgorzata Sikorska, *Polska – Hiszpania, Polska – Szwecja. Wzajemne wizerunki w okresie rozszerzania Unii Europejskiej*, Warszawa 2000
- ❑ Przemysław Mielczarek, *Przedsiębiorcy o szansach i zagrożeniach dla sektora małych i średnich przedsiębiorstw*, Warszawa 2000
- ❑ Małgorzata Sikorska, *Polska – Austria. Wzajemny wizerunek w okresie rozszerzania Unii Europejskiej*, Warszawa 2000
- ❑ Jadwiga Staniszkis, *Postkomunistyczne państwo: w poszukiwaniu tożsamości*, Warszawa 2000
- ❑ Mirosław Wyrzykowski (red.), *Odpowiedzialność władzy publicznej za wyrządzoną szkodę w świetle artykułu 77 ustęp 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2000

- ❑ Mirosław Wyrzykowski (red.), *Model ustrojowy prokuratury. Dyskusja nad projektem Ministerstwa Sprawiedliwości z dnia 15 marca 1999 roku*, Warszawa 2000
- ❑ Janusz Zaleski (red.), *Efektywne metody zarządzania w administracji publicznej*, Warszawa 2000

„Trzeci Sektor”

Kwartalnik o problematyce społeczeństwa obywatelskiego

- ❑ „Trzeci Sektor” nr 16 – wiosna 2009. *Integracja i aktywizacja. Organizacje pozarządowe wobec osób niepełnosprawnych*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 15 – zima 2008. *Sektor obywatelski a Kościół*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 14 – jesień 2008. *Media a organizacje pozarządowe*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 13 – lato 2008. *Politycznie i obywatelsko. Polityka a organizacje pozarządowe*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 12 – zima 2007/wiosna 2008, *Dochodowo i użytecznie. Biznes a organizacje pozarządowe*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 11 – jesień/zima 2007. *Doświadczenie i przyszłość organizacji pozarządowych w Polsce*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 10 – lato 2007. *Partnerstwo organizacji pozarządowych. Niemcy i Polska*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 9 – wiosna 2007. *Ekonomia społeczna*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 8 – zima 2006. *Debata o organizacjach pozarządowych*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 7 – jesień 2006. *Finanse organizacji pozarządowych*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 6 – lato 2006. *Rzecznictwo i lobbing organizacji pozarządowych*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 5 – wiosna 2006. *Wizerunek organizacji pozarządowych*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 4 – jesień 2005/zima 2006. *Zatrudnienie i wolontariat w organizacjach pozarządowych*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 3 – lato 2005. *Partnerstwo czy konkurencja?*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 2 – wiosna 2005. *Ekonomia społeczna*
- ❑ „Trzeci Sektor” nr 1 – jesień/zima 2004. *Podatki*

Kwartalnik dostępny również w prenumeracie półrocznej i rocznej.

Zamówienia na wydawnictwa

Instytutu Spraw Publicznych przyjmuje:

Fundacja Instytut Spraw Publicznych
tel. 022 55 64 299, faks 022 55 64 262
e-mail: publikacje@isp.org.pl
www.isp.org.pl/ksiegarnia