

*Małgorzata Kalbarczyk-Stęclik*

*Anna Nicińska*

Uniwersytet Warszawski (University of Warsaw)

mkalbarczyk@wne.uw.edu.pl

anicinska@wne.uw.edu.pl

## OSTATNI ROK ŻYCIA POLAKÓW W ŚWIETLE DANYCH SHARE: ANALIZA PORÓWNAWCZA<sup>1</sup>

### WSTĘP

Umieralność to obok płodności i ruchu wędrownego kluczowe zagadnienie demografii, która z natury rozważa je w ujęciu interdyscyplinarnym. Po przejściu od wzorca reprodukcji ludności rozrzutnej ku reprodukcji oszczędnej, starzenie się populacji stało się jednym z częściej badanych procesów demograficznych. Wraz z pytaniem o granice wydłużania się przeciętnego dalszego trwania życia należy postawić pytanie o granice trwania życia w zdrowiu. Dotyczy ono nie tylko względnie dobrze rozpoznanego problemu czasu życia w chorobie czy niesprawności (Wróblewska 2008), ale też kieruje uwagę na czas trwania umierania (np. Covinsky i in. 2003). W tym drugim nurcie badań poszukuje się oznak występowania określonych fizycznych elementów umierania u pacjenta (Sporken 1989), który znajduje

---

<sup>1</sup> Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2011/01/B/HS4/04815. Autorki pragną podziękować uczestnikom konferencji „Demografia stosowana – o nowych metodach analiz i potrzebach badawczych”.

This paper uses data from SHARE wave 4 release 1, as of November 30th 2012 or SHARE wave 1 and 2 release 2.5.0, as of May 24th 2011 or SHARELIFE release 1, as of November 24th 2010. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th Framework Programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life), through the 6th Framework Programme (projects SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, and SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) and through the 7th Framework Programme (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 and SHARE M4, N° 261982). Additional funding from the U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 and OGHA 04-064) and the German Ministry of Education and Research as well as from various national sources is gratefully acknowledged (see [www.share-project.org](http://www.share-project.org) for a full list of funding institutions).

się „na pograniczu procesu chorobowego ostatniego okresu życia” (Brusiło 2004: 60). Tematykę procesu umierania (Young 2007) i leczenia bólu, który jest najczęstszą konsekwencją wydłużania życia (Gembicki 1985), podejmują nie tylko nauki medyczne. Ważne poznawczo są też rozważania nad wyznaczeniem momentu, w którym zaznacza się zmiana w dynamice starzenia się jednostek prowadząca do zgonu. Zwykle szuka się jej w ostatnim roku życia (Hank i Jürges 2010). Niniejszy artykuł wpisuje się w ten nurt badań empirycznych.

Cechy ostatniego roku życia i ich rozpoznanie są bardzo ważne. Z medycznego punktu widzenia wiedza taka ma kluczowe znaczenie przy podejmowaniu decyzji o wyborze między leczeniem a terapią paliatywną. Wiąże się to bezpośrednio z kosztami opieki medycznej, co z kolei przekłada się na problem prywatnych i publicznych ubezpieczeń zdrowotnych, a także innych polis ubezpieczeniowych. Pominięcie ostatniego roku życia w badaniach przekrojowych skutkuje istotnym niedoszacowaniem kosztów opieki nad osobami starszymi (Hurd i Rohwedder 2009). Zagadnienia te nabierają coraz większej wagi w rozwiązaniach instytucjonalnych wprowadzanych w państwach opiekuńczych. Ponadto sprzeciw wobec medykalizacji umierania został zinstytucjonalizowany w ruchach społecznych zabiegających o prawo do tzw. godnej śmierci (Brusiło 2004). Prawo to zostało zaakceptowane w dokumentach międzynarodowych i jest realizowane między innymi w hospicjach. Dlatego problem końca życia dotyczy równocześnie przestrzeni prywatnej (umierających i ich rodzin), instytucji publicznych (opieki zdrowotnej) i w coraz większym stopniu organizacji pozarządowych (m.in. hospicjów) niekiedy o charakterze religijnym oraz organizacji międzynarodowych. Już sam fakt łączenia tak wielu płaszczyzn życia społecznego świadczy o złożoności zagadnienia i potrzebie interdyscyplinarnej analizy zjawiska.

Celem badania, którego wyniki przedstawiono w artykule, było poznanie sytuacji zdrowotnej w ostatnim roku życia dorosłych Polaków oraz porównanie jej z sytuacją respondentów we wcześniejszych latach ich życia na tle wybranych krajów europejskich. Polskojęzyczna literatura podejmująca zagadnienie końca życia mieści się w obrębie nauk medycznych (Obara 1985) i skupia się przede wszystkim na osobach z chorobą nowotworową (Pawlicki 1996) oraz na dzieciach (Kacperczyk 2006). Literatura ta nie podejmuje w systematyczny sposób problemu zmian, jakie następują w końcu życia. Postawiono hipotezę, że ostatni rok życia istotnie różni się od wcześniejszego roku życia pod względem stanu zdrowia. Weryfikacja powyższej hipotezy pozwoli odpowiedzieć na pytanie o czas trwania umierania. Jednostką analizy są osoby dorosłe w wieku co najmniej 50 lat, ponieważ zgony w młodszym wieku mają inny charakter, tj. obejmują najczęściej zgony okołoporodowe oraz spowodowane wadami wrodzonymi, zatruciami i urazami (GUS 2012a). Z uwagi na zróżnicowanie umieralności ze względu na płeć, przeprowadzono analizę oddzielnie dla kobiet i mężczyzn.

W niniejszym artykule wykorzystano unikalne dane z badania panelowego *Survey on Health, Retirement and Ageing in Europe* (SHARE) obejmującego populację osób

w wieku co najmniej 50 lat w 13 krajach Europy<sup>2</sup>. Wykorzystano wszystkie aktualnie dostępne dane z czterech rund badania przeprowadzanych co dwa lata w okresie 2004–2011. Informacje o charakterystykach ostatniego roku życia zaczerpnięto z tzw. „wywiadów końca życia”, które miały na celu zebranie informacji o ostatnich 12 miesiącach życia poprzedzających zgon respondentów, którzy wzięli udział w co najmniej jednej rundzie badania i wiadomo o nich, że zmarli przed zakończeniem czwartej rundy badania w 2011 roku. Ponieważ zgony dorosłych następują w zdecydowanej większości w wieku co najmniej 50 lat, badanie SHARE stanowi źródło danych odpowiednie do realizacji wyznaczonego celu badawczego i weryfikacji postawionej powyżej hipotezy.

## DANE BADANIA SHARE

Pierwszą rundę badania SHARE przeprowadzono w latach 2004–2005 w 11 krajach europejskich (Austria, Belgia, Dania, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Niemcy, Szwajcaria, Szwecja, Włochy). W drugiej rundzie (2006–2007) do badania dołączyły Czechy, Irlandia oraz Polska i pozostały w nim w kolejnych dwóch rundach (2008–2009, 2010–2011). Wymienione powyżej cztery rundy uwzględniono w analizie. Poza wywiadem podstawowym, we wszystkich rundach badania (za wyjątkiem pierwszej) przeprowadzono „wywiady końca życia” zbierające informacje o ostatnich 12 miesiącach życia tych, którzy wzięli udział we wcześniejszych rundach badania i zmarli przed ukończeniem aktualnej rundy badania. „Wywiad końca życia” przeprowadzono z osobą bliską zmarłemu (tzw. pełnomocnikiem). W Polsce był to zazwyczaj małżonek w przypadku osób będących przed śmiercią w związku małżeńskim (52% wszystkich osób udzielających „wywiadu końca życia” w Polsce) lub dziecko (21%). Dysponujemy 249 „wywiadami końca życia” dla Polski z czego 93 dotyczą zmarłych między drugą a trzecią rundą i 156 zmarłych między trzecią a czwartą rundą badania SHARE. Łącznie, europejska próba obejmuje 2495 „wywiadów końca życia”.

W Polsce w 2007 roku 97% zgonów kobiet miało miejsce w wieku co najmniej 50 lat i ten sam odsetek wystąpił również w 2010 roku (GUS 2012b). Podobne udziały (97–98%) zgonów kobiet w wieku 50 lat i więcej zaobserwowano w pozostałych krajach objętych badaniem SHARE (Eurostat 2012a). W przypadku mężczyzn dobór próby osób w wieku co najmniej 50 lat jest również odpowiedni, aczkolwiek w Polsce 90% zgonów mężczyzn w 2007 roku a 92% w 2010 roku dotyczyło mężczyzn w wieku co najmniej 50 lat (GUS 2012b). W przypadku pozostałych krajów badania SHARE 94–97% zgonów mężczyzn w 2007 roku miało miejsce

---

<sup>2</sup> Austria, Belgia, Czechy, Dania, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Niemcy, Polska, Szwecja, Szwajcaria i Włochy. Szczegółowe informacje o metodologii badania SHARE są dostępne w opracowaniu pod redakcją Börsch-Supana i Jürgesa (2005) oraz w dokumentacji na stronie internetowej projektu: <http://www.share-project.org>.

w wieku co najmniej 50 lat (Eurostat 2012a). Wzrost odsetka zgonów mężczyzn w wieku 50 lat i więcej w Polsce o dwa punkty procentowe na przestrzeni trzech lat wskazuje na silniejszą dynamikę zmian w umieralności mężczyzn w Polsce niż w innych badanych krajach, gdzie zmiana sięga co najwyżej jednego punktu procentowego. Zjawisko to odzwierciedlają również dane z badania SHARE, gdyż w polskiej próbie liczba obserwowanych zgonów mężczyzn była stosunkowo wysoka (149) w porównaniu z liczbą zgonów kobiet (100). Dysproporcja między zgonami według płci jest szczególnie znaczna w przypadku Polski (60% „wywiadów końca życia” dotyczy mężczyzn) w porównaniu do całej badanej grupy krajów (odpowiednio 43%) ze względu na nadumieralność dorosłych mężczyzn w Polsce (Wróblewska 2006).

Jak wspomniano wyżej, próba Polaków objętych „wywiadem końca życia” w badaniu SHARE obejmuje 249 osób, przy czym zmarli między trzecią a czwartą rundą stanowią w niej 63%. Dla całej próby międzynarodowej jest to 55%. Zmarli między drugą a trzecią rundą stanowią 34% całej próby, a zmarli między drugą a trzecią rundą – 21%. Nie wiemy dokładnie, ile osób zmarłych pominięto w „wywiadach końca życia”. Z dostępnych informacji wiadomo, że między pierwszą a trzecią rundą badania dla 13 krajów Europy zmarło 1751 respondentów i z 1385 pełnomocnikami przeprowadzono „wywiad końca życia”. W Polsce ten problem między drugą a trzecią rundą badania był marginalny, gdyż w „wywiadach końca życia” pominięto tylko jednego respondenta, co do którego była pewność, że nie żyje. Dostępne dane nie pozwalają oszacować, czy w kolejnej rundzie było podobnie. Zjawisko nieprzeprowadzenia „wywiadu końca życia” ze wszystkimi pełnomocnikami osób zmarłych jest niepożądane, lecz prawdopodobnie nie prowadzi ono do obciążenia próby. Badania wskazują na brak istotnych różnic między charakterystykami zebranymi we wcześniejszych rundach dla zmarłych, o których w ostatnich 12. miesiącach życia nie zebrano żadnych danych a tymi, dla których przeprowadzono „wywiady końca życia” (Hank i Jürges 2010). Większy problem stanowią respondenci, którzy w kolejnych rundach badania nie zostali objęci ani „wywiadem końca życia”, ani podstawowym kwestionariuszem i nie wiadomo o nich, czy żyją, gdyż nie wiemy czy i jaki wpływ na uzyskane wyniki ma ich pominięcie.

Dzięki panelowemu charakterowi danych możliwe jest prześledzenie zmian, które nastąpiły między jedną rundą badania a ostatnim rokiem życia respondentów, o których zebrano informacje w „wywiadzie końca życia” zrealizowanym w ramach kolejnej rundy. Z uwagi na wyjątkowy charakter trzeciej rundy badania (SHARELIFE), w której przeprowadzono retrospekcyjny wywiad biograficzny, nie dysponujemy danymi z podstawowego kwestionariusza dla tej rundy. Ponieważ nie mamy informacji o bieżącej sytuacji zmarłych objętych badaniem w rundzie trzeciej, najbardziej aktualne dane o ich zdrowiu między rundą trzecią a czwartą pochodzą z rundy drugiej i te zostały wykorzystane w analizie porównawczej.

Z rundy pierwszej i drugiej zaczerpnięto m.in. informacje o wieku, chorobach i dolegliwościach, na które kiedykolwiek cierpieli badani, ograniczeniach w codzien-

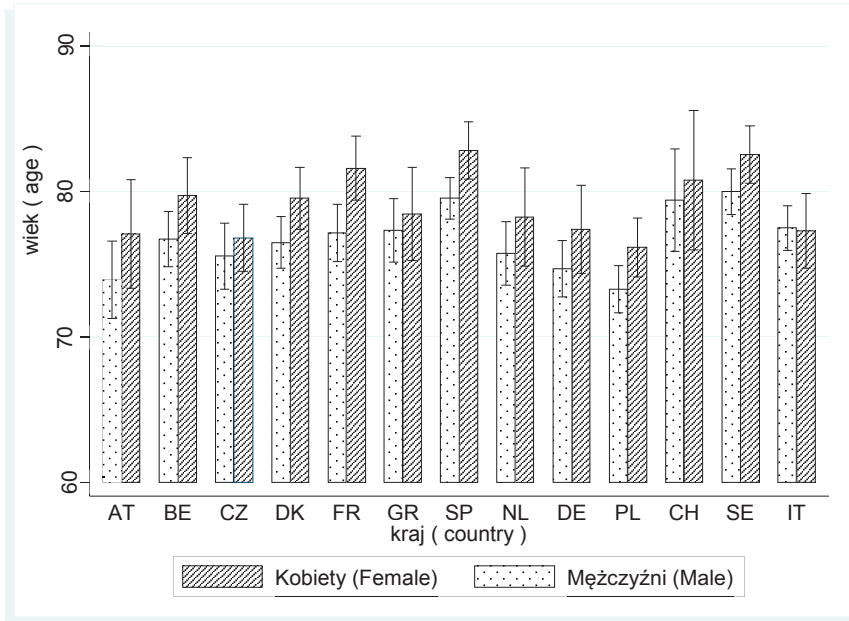
nych czynnościach IADL (z ang. *Activities of Daily Living i Instrumental Activities of Daily Living*), a także o ich pobytach w szpitalu i korzystaniu z usług medycznych. „Wywiady końca życia” mówią o przyczynie zgonu i długości trwania choroby poprzedzającej zgon oraz o wszystkich pobytach w szpitalu, czasie ich trwania i leczeniu w ostatnim roku życia. Ponadto wykorzystane są informacje o otrzymanej opiece osobistej i pomocy w wykonywaniu codziennych czynności.

## JAK WYGLĄDA OSTATNI ROK ŻYCIA?

Przeciętny wiek w momencie zgonu w badanej próbie wynosi 77,8 lat. W Polsce, jak i w innych badanych krajach, obserwujemy starszy wiek w momencie zgonu u kobiet niż u mężczyzn, przy czym średni wiek zgonu zarówno mężczyzn (73,3), jak i kobiet (76,2) w Polsce jest najniższy spośród krajów objętych badaniem SHARE (rys. 1). Ostatni rok życia przypada na najstarsze lata życia w Szwecji i Hiszpanii, gdzie kobiety umierały mając niemal 83 lata a mężczyźni umierali ukończywszy 79 lat. Różnica w obserwowanych średnich wartościach wieku w momencie zgonu kobiet i mężczyzn nie odbiega znacznie od różnicy w oczekiwanej długości dalszego trwania życia dla osób w wieku 50 lat (Eurostat 2012b) za wyjątkiem Włoch, gdzie przeciętny obserwowany wiek kobiet w momencie zgonu jest według danych SHARE nieznacznie (o 0,6 roku) wyższy niż mężczyzn.

Z uwagi na sondażowy charakter danych badania SHARE, informacje o przyczynach zgonów w nich zawarte obarczone są błędem pomiaru w przeciwieństwie do danych rejestrowych pochodzących z aktów zgonów. W badaniu SHARE pytano o główną przyczynę zgonu, pozwalając na wybór dokładnie jednej z następujących dziewięciu możliwości: „rak (nowotwór złośliwy)”, „zawał serca”, „udar (mózgu)”, „inne schorzenia układu krążenia, takie jak niewydolność serca lub arytmia serca”, „choroby układu oddechowego”, „choroby układu pokarmowego, takie jak wrzód żołądka lub jelit, choroba zapalna jelit”, „poważne choroby zakaźne, takie jak zapalenie płuc, posocznica lub grypa”, „wypadek” i „inne”. Kategorie te można z pewnym błędem przypisać pięciu agregatowym grupom przyczyn zgonu wedle Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów, tj.: choroby zakaźne i pasożytnicze, grypa, zapalenie płuc i oskrzeli poniżej piątego roku życia; nowotwór; choroby układu krążenia i układu oddechowego powyżej piątego roku życia; przemoc; inne przyczyny.

Rysunek 1. Przeciętny wiek w momencie zgonu w wybranych krajach\* według płci  
Figure 1. Average age at death by sex in selected countries\*



\* AT – Austria (*Austria*), BE – Belgia (*Belgium*), CZ – Czechy (*Czechia*), DK – Dania (*Denmark*), FR – Francja (*France*), GR – Grecja (*Greece*), SP – Hiszpania (*Spain*), NL – Holandia (*Netherlands*), DE – Niemcy (*Germany*), PL – Polska (*Poland*), CH – Szwajcaria (*Switzerland*), IT – Włochy (*Italy*). Przedziały ufności na poziomie 5%. *Confidence intervals at 5% significance level.*

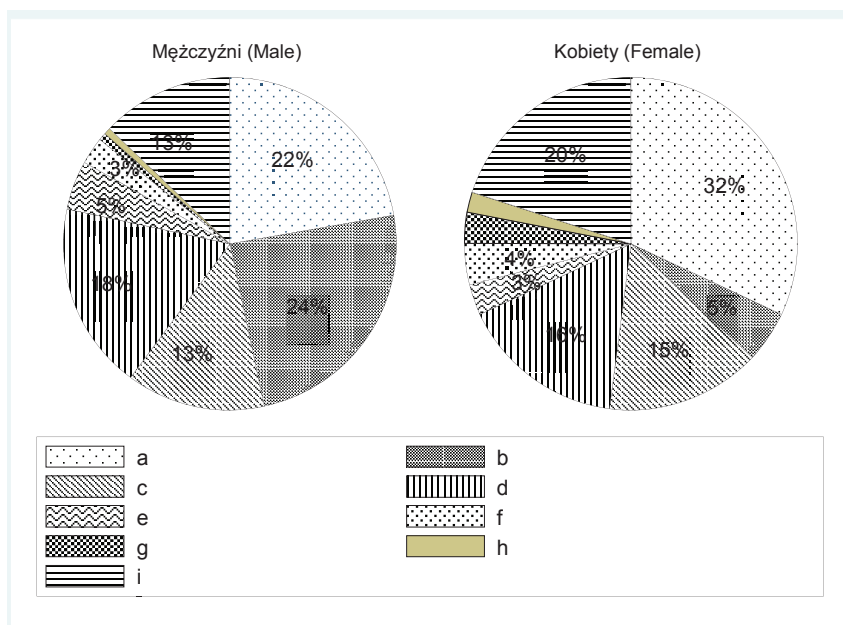
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z wywiadów końca życia SHARE 2012, rundy 2–4.

Source: Own calculations based on end-of-life interviews from SHARE 2012, waves 2–4.

Dane z „wywiadów końca życia” zebranych w badaniu SHARE obrazują wyraźne różnice w przyczynach zgonów kobiet i mężczyzn w Polsce. Najczęściej deklarowaną przyczyną zgonów mężczyzn w polskich „wywiadach końca życia” badania SHARE jest zawał serca (24%), podczas gdy u kobiet są to choroby nowotworowe (32%), a zawały serca są odpowiedzialne jedynie za 5% zgonów kobiet (rys. 2). W przypadku mężczyzn ujętych w „wywiadach końca życia” w Polsce, drugą i trzecią najczęstszą przyczyną zgonów były odpowiednio nowotwory (22%) i inne niż zawał serca choroby układu krążenia (18%). Wymienione powyżej najważniejsze przyczyny zgonów są, według Omrana (1979), charakterystyczne dla populacji w ostatniej fazie przejścia demograficznego. Biorąc pod uwagę tendencje śmiertelności kobiet i mężczyzn w Polsce od lat 70. minionego stulecia, wyraźnie zaznaczał się

wzrost znaczenia nowotworów kosztem chorób układu krążenia (Wróblewska 2009). Dane z „wywiadów końca życia” badania SHARE sugerują, że za ową zmianę odpowiedzialne są w większym stopniu zgony mężczyzn niż kobiet, a umieralność tych ostatnich zgodnie z teorią przejścia zdrowotnego weszła w pierwszą fazę charakteryzującą się skutecznym leczeniem chorób układu krążenia (Caselli i in. 2002, Vallin i Meslé 2002, Rządowa Rada Ludnościowa 2011).

Rysunek 2. Przyczyny zgonów\* według płci w polskiej próbie, w %  
 Figure 2. Causes of death\* by sex in Poland, in %



\* a – nowotwór (*cancer*), b – zawał serca (*heart attack*), c – udar mózgu (*stroke*), d – inna choroba układu krążenia (*other cardiovascular disease*), e – choroba układu oddechowego (*respiratory disease*), f – choroba układu pokarmowego (*digestive disease*), g – choroba zakaźna (*infectious disease*), h – wypadek (*accident*), i – inne (*other*).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z wywiadów końca życia SHARE 2012, rundy 2–4.

Source: Own calculations based on end-of-life interviews from SHARE 2012, waves 2–4.

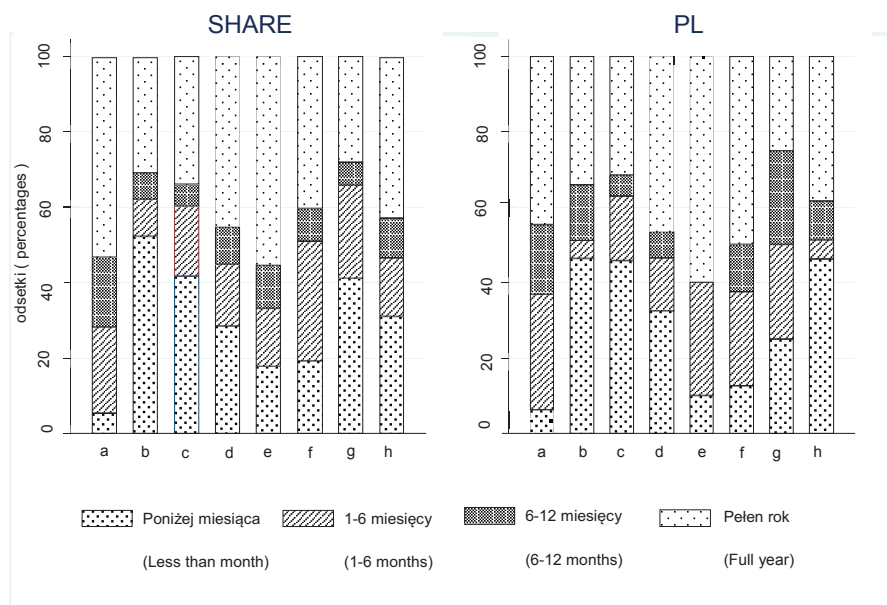
Zróznicowanie umieralności kobiet i mężczyzn jest szczególnie istotne ze względu na fakt, że trudności zdrowotne związane z zawałem serca pojawiają się najczęściej w ostatnim miesiącu życia (46% obserwowanych przypadków dla Polski), podczas gdy czas trwania chorób nowotworowych prowadzących do zgonu jest znacznie dłuższy (co najmniej pół roku w 61% przypadków dla Polski; rys. 3). Należy jednak pamiętać, że choroba, która stanowi główną przyczynę zgonu jest wprawdzie jedna,



ale często wynika lub też wiąże się z innymi, które mogą towarzyszyć jej równolegle lub, co częstsze w świetle danych o chorobach zdiagnozowanych przed ostatnim rokiem życia, ją poprzedzać.

Rysunek 3. Czas trwania choroby będącej przyczyną zgonu w wybranych krajach\* według przyczyn zgonu\*\*, w %

Figure 3. Amount of time being ill before death by cause of death\*\* in selected countries\*



\* SHARE obejmuje wszystkie kraje badania w tym Polskę (*SHARE contains all participating countries including Poland*). \*\* a – nowotwór (*cancer*), b – zawał serca (*heart attack*), c – udar mózgu (*stroke*), d – inna choroba układu krążenia (*other cardiovascular disease*), e – choroba układu oddechowego (*respiratory disease*), f – choroba układu pokarmowego (*digestive disease*), g – choroba zakaźna (*infectious disease*), h – inne (*other*). Dla Polski brak danych o liczbie chorób u zmarłych z powodu chorób układu oddechowego i chorób zakaźnych. *No data available on deaths caused by respiratory or infectious diseases for Poland.*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z wywiadów końca życia SHARE 2012, rundy 2–4.

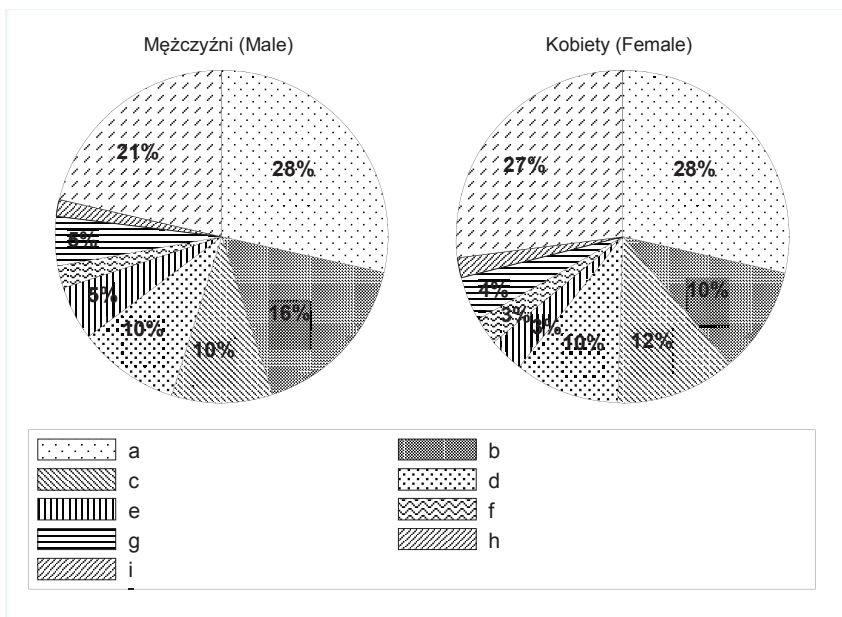
Source: Own calculations based on end-of-life interviews from SHARE 2012, waves 2–4.

Rozkład przyczyn zgonów, w szczególności dla mężczyzn, różni się w wynikach SHARE dla Polski i innych krajów objętych tym badaniem. Jeśli spojrzeć na „wywiady końca życia” ze wszystkich analizowanych krajów, trudno zauważyć analogiczne do Polski zróżnicowanie śmiertelności według płci. Ogólnie w całej próbie (rys. 4) najczęściej deklarowaną przyczyną zgonu kobiet jak i mężczyzn jest nowotwór złośliwy (28%). Jest to zgodne również z danymi Eurostatu (2012c),



wedle których nowotwór złośliwy był przyczyną 22% zgonów kobiet w wieku 50 lat i więcej i 31% zgonów mężczyzn w tym wieku w krajach objętych badaniem SHARE w 2007 roku. W przypadku zgonów z powodu nowotworu złośliwego, choroba trwała w 53% przypadków przez przynajmniej cały rok przed zgonem. W przypadku zgonów z pozostałych powodów, za wyjątkiem chorób układu oddechowego w ponad połowie przypadków choroba będąca przyczyną zgonu pojawiła się w ostatnim roku życia (rys. 3). W grupie osób, u których nie zdiagnozowano żadnych chorób przed ostatnim rokiem życia (7% badanej populacji, dla której dysponujemy „wywiadem końca życia”), najwięcej zgonów było z powodu nowotworu (34%), a w drugiej kolejności z powodu zawału serca (21%). Powyższe dane sugerują, że u ponad połowy obserwowanych osób problemy zdrowotne nasiliły się w ostatnich sześciu miesiącach życia, ale często choroby będące przyczyną zgonu trwały przez cały ostatni rok życia.

Rysunek 4. Przyczyny zgonów\* według płci w wybranych krajach, w %  
 Figure 4. Causes of death\* by sex in selected countries, in %



\* a – nowotwór (*cancer*), b – zawał serca (*heart attack*), c – udar mózgu (*stroke*), d – inna choroba układu krążenia (*other cardiovascular disease*), e – choroba układu oddechowego (*respiratory disease*), f – choroba układu pokarmowego (*digestive disease*), g – choroba zakaźna (*infectious disease*), h – wypadek (*accident*) i – inne (*other*).

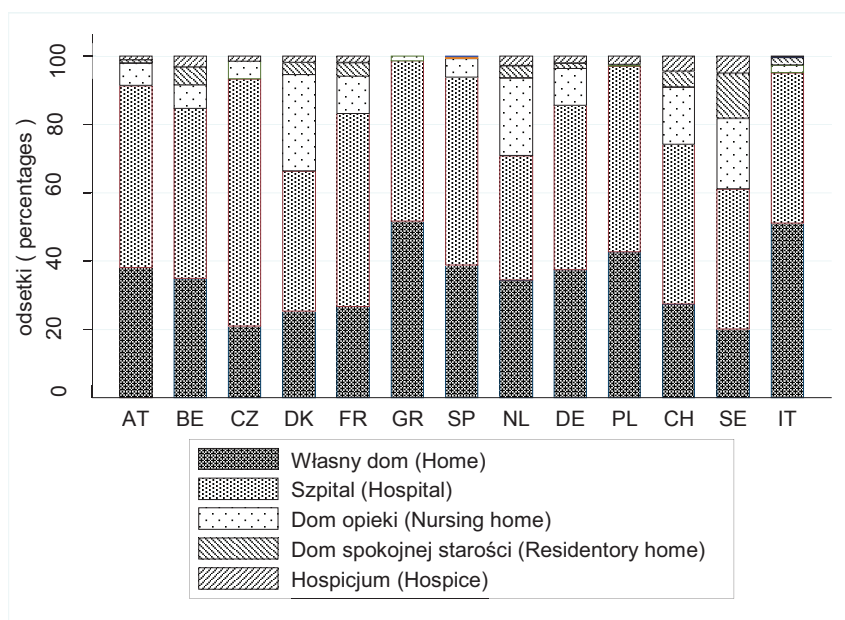
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z wywiadów końca życia SHARE 2012, rundy 2–4.

Source: Own calculations based on end-of-life interviews from SHARE 2012, waves 2–4.

Ostatni rok życia bywa naznaczony ograniczeniem sprawności, chorobami lub osłabieniem. Znaczną część tego okresu badani spędzili w szpitalu. We wszystkich analizowanych krajach własny dom i szpital są najczęstszymi miejscami zgonu. Polska lokuje się w grupie krajów, w których w znacznej części (40%) obserwowanych przypadków miejscem zgonu jest dom (rys. 5). W pozostałych krajach odsetek ten nie przekracza 36%. Pod tym względem Polska jest bliska Grecji i Włochom, jako że w tych krajach niemal połowa osób, z których pełnomocnikami przeprowadzono „wywiad końca życia”, umarła w domu. 98% polskich respondentów zmarłych w domu spędziło przynajmniej jedną noc w szpitalu w ostatnich 12. miesiącach życia, ale nie wiemy kiedy dokładnie. Informacja taka pozwoliłaby ocenić, jak często Polacy w stanie terminalnym wychodzą ze szpitala, żeby spędzić ostatnie chwile życia w domu.

Rysunek 5. Miejsce zgonu w wybranych krajach\*, w %

Figure 5. Place of death in selected countries\*, in %



\* AT – Austria (*Austria*), BE – Belgia (*Belgium*), CZ – Czechy (*Czechia*), DK – Dania (*Denmark*), FR – Francja (*France*), GR – Grecja (*Greece*), SP – Hiszpania (*Spain*), NL – Holandia (*Netherlands*), DE – Niemcy (*Germany*), PL – Polska (*Poland*), CH – Szwajcaria (*Switzerland*), IT – Włochy (*Italy*).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z wywiadów końca życia SHARE 2012, rundy 2–4.

Source: Own calculations based on end-of-life interviews from SHARE 2012, waves 2–4.

Kolejną grupę krajów stanowią te, gdzie większość osób, o których w ostatnim roku życia dowiadujemy się w „wywiadach końca życia”, zmarła w szpitalu. Największy odsetek zmarłych w szpitalu zaobserwowano w Czechach (68%). W Polsce ponad połowa (51%) zmarłych, z których pełnomocnikami przeprowadzono „wywiad końca życia”, zmarła w szpitalu, podobnie jak w Hiszpanii (52%) i Francji (50%). W Polsce można zauważyć statystycznie istotny wzrost odsetka zmarłych w szpitalu względem odsetka zmarłych we własnym domu w badanym okresie. W grupie rozpatrywanych krajów odsetek zmarłych we własnym domu również zmalał istotnie.

Należy również zauważyć trzecią grupę krajów, w których zaznacza się wyraźnie dom opieki jako miejsce zgonu, co w przypadku Holandii i Szwecji wiąże się z odsetkiem zmarłych w szpitalu niższym niż 40%. W Danii około 27% zgonów nastąpiło w domach opieki, a w Holandii i Szwecji – 20%. W Polsce nie zaobserwowano żadnego takiego przypadku, ale może to wynikać z faktu, że dobór próby w badaniu SHARE pomija osoby zamieszkałe na stałe w placówkach opieki. Inne niż omówione powyżej miejsca zgonu właściwie nie są spotykane w Polsce; aczkolwiek nie należy pomijać znaczenia hospicjów, które jest niewiele tylko mniejsze (2%) niż w Holandii i Niemczech, gdzie zaobserwowano największy odsetek zgonów w hospicjach (3%).

Podsumowując, dane badania SHARE potwierdzają wyniki z danych rejestrowanych o głównych przyczynach zgonu i o starszym od mężczyzn wieku, w którym umierają kobiety. Dostarczają także informacji na temat miejsca zgonu w analizowanych krajach europejskich. Wyraźnie widoczne są różnice między krajami o silnych tradycjach rodzinnych, w których stosowany jest śródziemnomorski system polityki społecznej, a krajami odpowiadającymi skandynawskiemu bądź kontynentalnemu modelowi.

## CO WYRÓŻNIA OSTATNI ROK ŻYCIA?

W tej części analizy skupiono się na porównaniu informacji zebranych w „wywiadach końca życia” w drugiej, trzeciej i czwartej rundzie z informacjami, których zmarły udzielił w poprzedniej rundzie badania w podstawowym kwestionariuszu. Należy przy tym pamiętać, że Polska i Czechy przystąpiły do badania w drugiej rundzie, zatem „wywiady końca życia” dla Polski oraz Czech obserwujemy dopiero od rundy trzeciej. Dlatego analiza porównawcza dla Polski i Czech obejmuje mniej rund niż dla pozostałych rozpatrywanych krajów.

Porównanie liczby chorób zdiagnozowanych wcześniej niż w ostatnim roku życia w podziale według przyczyn zgonu pokazało, że stosunkowo najlepszym stanem zdrowia przed ostatnim rokiem życia (wyrażonym liczbą zdiagnozowanych chorób) w Polsce cieszyły się osoby, które zmarły z powodu nowotworu (średnio 2,2 chorób; rys. 6). Przeciętnie większą liczbę chorób deklarowali respondenci, którzy później

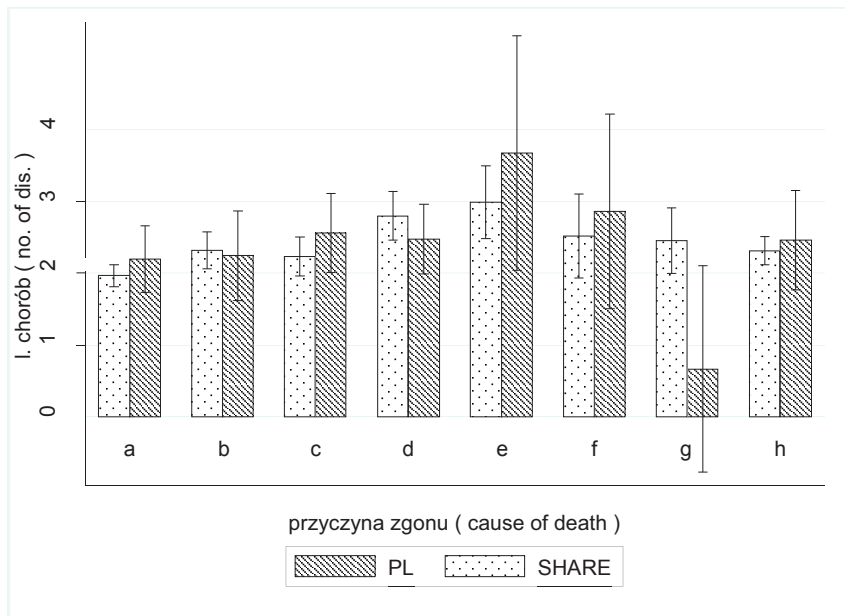
zmarli z powodu schorzeń układu oddechowego (3,7), pokarmowego (2,9) oraz chorób układu krążenia, takich jak niewydolność serca lub arytmia serca (2,5). Niestety, z uwagi na liczebność próby nie możemy przeprowadzić testu statystycznego na istotność zmiany w stanie zdrowia w ostatnim roku życia u Polaków, którzy zmarli z powodu chorób zakaźnych.

Informacje o chorobowości zmarłych Polaków uzupełniają dane dla wszystkich analizowanych krajów. Względnie najlepszym stanem zdrowia oprócz zmarłych z powodu nowotworu (2,0 chorób zdiagnozowanych przed ostatnim rokiem życia) charakteryzowali się zmarli na zawał serca (2,3) i udar mózgu (2,3). Najgorszym – zmarli z powodu chorób układu oddechowego (3,1), pokarmowego (2,6) i innych niż zawał i udar chorób układu krążenia (2,7). Wyniki dla Polski są zgodne z wynikami dla innych rozpatrywanych krajów. W analizie pominięto zgony z powodu wypadków, gdyż mają one charakter losowy i nie są zależne od stanu zdrowia badanych tak bardzo jak zgony z innych przyczyn. Podsumowując, najsilniejszego ubytku na zdrowiu doświadczają osoby zmarłe z powodu nowotworu, zawału serca i udaru mózgu, a najmniejszą zmianę w zdrowiu u schyłku życia obserwujemy wśród zmarłych z powodu chorób układu oddechowego. Pogorszenie zdrowia w ostatnim roku następuje szybciej u mężczyzn niż u kobiet ze względu na lepszy początkowy stan zdrowia tych pierwszych.

Jeśli weźmiemy pod uwagę zróżnicowanie struktury przyczyn zgonów kobiet i mężczyzn to powyższe wyniki mogą przybliżyć różnice w sytuacji zdrowotnej kobiet i mężczyzn w ostatnim i wcześniejszym roku życia. W polskiej próbie nie zaobserwowano statystycznie istotnej różnicy między kobietami a mężczyznami w liczbie chorób zdiagnozowanych przed ostatnim rokiem życia. Brak istotnego zróżnicowania między kobietami a mężczyznami w Polsce wynika zapewne z względnie małolicznej próby i niewielkiej w niej zmienności. W próbie wszystkich analizowanych krajów liczba chorób zdiagnozowanych przed ostatnim rokiem życia jest istotnie niższa dla mężczyzn (2,2) niż dla kobiet (2,5). Należy pamiętać, że liczba zdiagnozowanych chorób może być niższa od liczby chorób, na które faktycznie cierpią badani i są powody, by podejrzewać, że niedoszacowanie dla kobiet jest mniejsze niż dla mężczyzn z uwagi na różną skłonność do przyznawania się do problemów zdrowotnych.

Rysunek 6. Przeciętna liczba chorób zdiagnozowanych przed ostatnim rokiem życia według przyczyn zgonu\* w wybranych krajach\*\*

Figure 6. Number of diseases diagnosed before the last year of life by cause of death\* in selected countries\*\*



\* a – nowotwór (*cancer*), b – zawał serca (*heart attack*), c – udar mózgu (*stroke*), d – inna choroba układu krążenia (*other cardiovascular disease*), e – choroba układu oddechowego (*respiratory disease*), f – choroba układu pokarmowego (*digestive disease*), g – choroba zakaźna (*infectious disease*), h – inne (*other*). \*\* SHARE obejmuje wszystkie kraje badania w tym Polskę. Przedziały ufności na poziomie 5%. *SHARE contains all participating countries including Poland. Confidence intervals at 5% significance level.*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z wywiadów końca życia SHARE 2012, rundy 2–4.

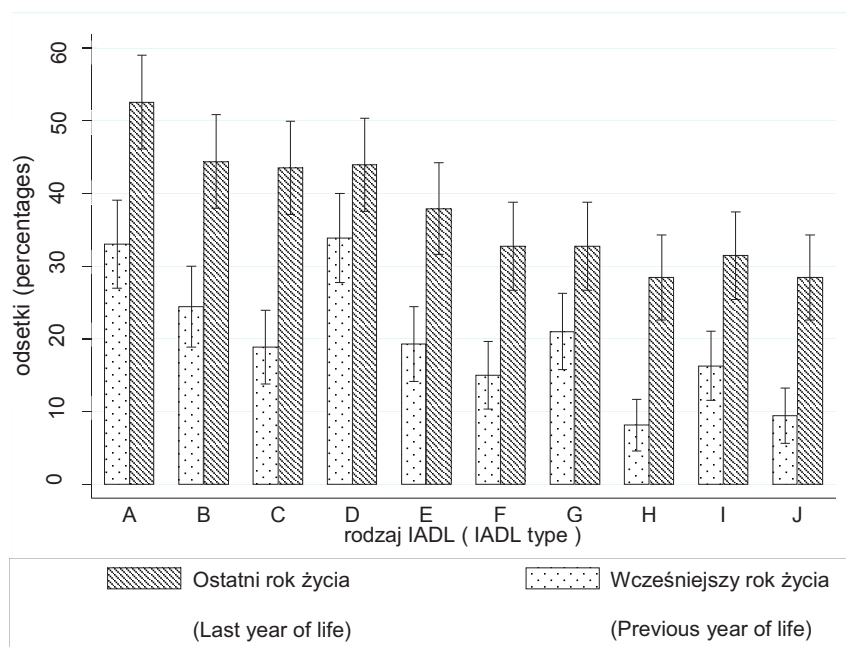
Source: Own calculations based on end-of-life interviews from SHARE 2012, waves 2–4.

Inną miarą stanu zdrowia niż liczba zdiagnozowanych chorób jest skala IADL, która uwzględnia liczbę ograniczeń w następujących 10. codziennych czynnościach: robienie zakupów, mycie się, ubieranie, przygotowanie posiłków, wstawanie z łóżka, chodzenie, korzystanie z toalety, branie leków, jedzenie i telefonowanie. Ponad połowa (52%) Polaków, z których pełnomocnikiem przeprowadzono „wywiad końca życia”, doświadczała w ostatnim roku życia trudności w robieniu zakupów, a z jedzeniem i braniem leków miało trudności mniej niż 30% zmarłych Polaków (rys. 7). W znacznej części próby polskiej, jak i w całej próbie „wywiadów końca

życia” (powyżej 40%), zaobserwowano w ostatnim roku życia trudności z ubieraniem się, myciem się i przygotowaniem ciepłych posiłków.

Rysunek 7. Przeciętna liczba ograniczeń w wykonywaniu czynności codziennego życia\* w ostatnim i wcześniejszym roku życia w polskiej próbie, w %

Figure 7. Average number of limitations in daily live activities\* in the last and the previous year of life in Poland, in %



\* A – zakupy (*shopping*), B – mycie się (*bathing*), C – gotowanie (*cooking*), D – ubieranie się (*clothing*), E – chodzenie (*walking*), F – korzystanie z toalety (*using toilet*), G – wstawanie (*getting up*), H – branie leków (*taking medicines*), I – telefonowanie (*telephoning*), J – jedzenie (*eating*). Przedziały ufności na poziomie 5%. *Confidence intervals at 5% significance level.*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z wywiadów końca życia SHARE 2012, rundy 2–4.

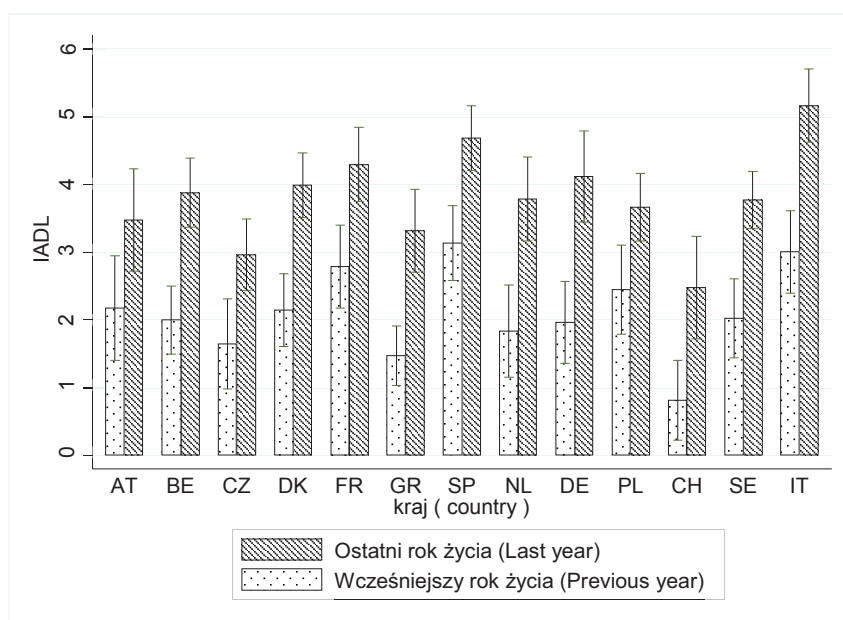
Source: Own calculations based on end-of-life interviews from SHARE 2012, waves 2–4.

W krajach objętych badaniem SHARE porównanie wartości IADL dla ostatniego i wcześniejszych lat życia wskazuje na istotne pogorszenie się samodzielności badanych. Średnia liczba ograniczeń wzrosła z 2,4 we wcześniejszym roku życia aż do 4,0 w ostatnim roku życia. Liczba ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności w ostatnim roku życia w Polsce wynosi średnio 3,8, podczas gdy we wcześniejszym roku życia Polacy z omawianej próby doświadczali średnio 2,0 z wymienionych trudności (rys. 8). Największą przeciętną liczbę ograniczeń w ostatnim roku życia

zadeklarowali pełnomocnicy z Włoch (5,1). Tylko w jednym z uwzględnionych w badaniu krajów przeciętna liczba ograniczeń we wcześniejszym roku życia sięga trzech (Hiszpania). Natomiast najmniejszą ich liczbę w roku poprzedzającym ostatni rok życia obserwujemy w Szwajcarii (poniżej 1) oraz w Czechach, Grecji i Holandii (poniżej 1,5). Pokazuje to silnie zróżnicowany poziom wyjściowy samodzielności badanych między krajami Europy, a także znacznie zróżnicowane zmiany, które mają miejsce w tych aspektach przed zgonem.

Rysunek 8. Przeciętna liczba ograniczeń w wykonywaniu czynności codziennego życia w ostatnim i wcześniejszym roku życia w wybranych krajach\*

Figure 8. Average number of limitations in daily live activities in the last and the previous year of life in selected countries\*



\* AT – Austria (*Austria*), BE – Belgia (*Belgium*), CZ – Czechy (*Czechia*), DK – Dania (*Denmark*), FR – Francja (*France*), GR – Grecja (*Greece*), SP – Hiszpania (*Spain*), NL – Holandia (*Netherlands*), DE – Niemcy (*Germany*), PL – Polska (*Poland*), CH – Szwajcaria (*Switzerland*), IT – Włochy (*Italy*). Przedziały ufności na poziomie 5%. *Confidence intervals at 5% significance level.*

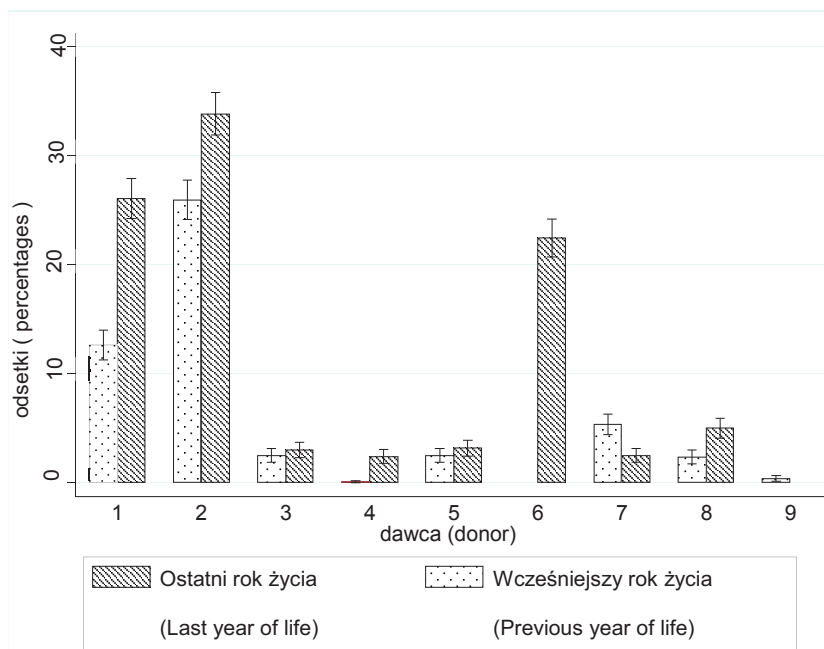
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z wywiadów końca życia SHARE 2012, rundy 2–4.

Source: Own calculations based on end-of-life interviews from SHARE 2012, waves 2–4.



Rysunek 9. Odsetek respondentów otrzymujących pomoc ze względu na relację do dawcy\* w polskiej próbie w ostatnim i wcześniejszym roku życia

Figure 9. Percentage of individuals receiving care with respect to the donor\* in the last and the previous year of life in Poland



\* 1 – mąż/zona (*husband/wife*), 2 – dzieci (*children*), 3 – wnuki (*grandchildren*), 4 – rodzeństwo (*siblings*), 5 – inni krewni (*other relatives*), 6 – profesjonalny opiekun (*professional care*), 7 – przyjaciel (*friend*), 8 – inni (*other*), 9 – rodzice (*parent*). Przedziały ufności na poziomie 5%. *Confidence intervals at 5% significance level.*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z wywiadów końca życia SHARE 2012, rundy 2–4.

Source: Own calculations based on end-of-life interviews from SHARE 2012, waves 2–4.

Wraz ze wzrostem liczby ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności wśród osób powyżej 50 roku życia rośnie zapotrzebowanie na pomoc. Tej pomocy zazwyczaj dostarcza rodzina, zwykle współmałżonek albo dzieci. Najczęściej pomocy dostarczają dzieci i w ostatnim roku życia odsetek osób otrzymujących od nich pomoc wzrasta (25,9% respondentów ze wszystkich krajów badania SHARE otrzymywało taką pomoc w roku poprzedzającym ostatni rok życia i 33,8% w ostatnim roku życia; rys. 9). W dwunastu miesiącach poprzedzających zgon udział pomocy otrzymywanej od małżonka także wzrasta; wzrost ten jest nawet większy niż w przypadku pomocy od dzieci (12,6% we wcześniejszym roku życia i 26,0% w ostatnim roku życia). W ostatnim roku życia 22,0% badanych w całej

próbie korzystało z pomocy „zawodowego opiekuna”. Ze względu na brak pytania o opiekę zawodowego opiekuna we wcześniejszym roku życia, nie ma możliwości porównania znaczenia tego rodzaju pomocy z ostatnim rokiem życia. W Polsce w porównaniu do innych krajów objętych badaniem SHARE obserwujemy wyższy odsetek zmarłych, których pełnomocnicy deklarują opiekę dzieci w ostatnim roku życia zmarłego (38%), a także niższy udział pomocy od zawodowego opiekuna (7%).

Kolejną ważną zmianą, jaka następuje w ostatnim roku życia jest pobyt w szpitalu. Zdecydowana większość osób, z których pełnomocnikiem przeprowadzono „wywiad końca życia”, spędziła co najmniej jedną noc w szpitalu w ostatnim roku życia (68,2%), podczas gdy we wcześniejszym roku dotyczyło to jedynie 29,7% z nich. Wprawdzie odsetek osób hospitalizowanych w ostatnim roku życia, które spędziły cały ten czas w szpitalu wynosi tylko 5%, to ponad połowa z nich była w szpitalu co najmniej jeden miesiąc w ostatnim roku życia. Wiele osób w szpitalu kończy swoje życie, choć obserwujemy tutaj znaczne różnice między krajami.

Reasumując, analiza porównawcza wskazuje na pogorszenie stanu zdrowia i jego zróżnicowanie u schyłku życia wśród osób zmarłych z różnych przyczyn zgonu. Często cały ostatni rok życia osoby w wieku co najmniej 50 lat przeżywają w chorobie. Zwłaszcza dla osób zmarłych na nowotwór jest to znacząca zmiana w stosunku do poprzedniego roku życia, kiedy nie miały zdiagnozowanych wielu chorób. Pogorszenie stanu zdrowia wiąże się dla niektórych z częstszymi i dłuższymi pobytami w szpitalu. Zwiększa się liczba codziennych czynności, z którymi osoby starsze mają problem, a to z kolei zwiększa zapotrzebowanie na pomoc od rodziny, przyjaciół lub zawodowych opiekunów.

## WNIOSKI

Niniejsza analiza pokazuje, że w ostatnim roku życia obserwuje się znaczące pogorszenie się stanu zdrowia w stosunku do lat wcześniejszych. Obraz schyłku życia Polaków, jaki powstaje w oparciu o dane badania SHARE jest zgodny z danymi GUS-u i Eurostatu. W Polsce potwierdza się starszy wiek kobiet niż mężczyzn w momencie zgonu, a także różnice w przyczynach zgonów osób odmiennej płci. Polacy częściej niż Polki umierają z powodu chorób układu krążenia, ale dla przedstawicieli obu płci udział nowotworów wśród przyczyn zgonu jest duży. Miejscem zgonu w Polsce jest zazwyczaj dom lub szpital, rzadko kiedy hospicjum lub dom opieki. Ponadto widać różnice między krajami, w których stosowany jest śródziemnomorski system polityki społecznej, a krajami odpowiadającymi skandynawskiemu bądź kontynentalnemu modelowi. Największe zmiany stanu zdrowia występują u osób zmarłych na nowotwór. Pogorszenie stanu zdrowia wiąże się dla niektórych z częstszymi i dłuższymi pobytami w szpitalu. Nasilony problem braku samodzielności w ostatnim roku życia zwiększa zapotrzebowa-

nie na pomoc od rodziny, przyjaciół lub profesjonalnych opiekunów. Ostatni rok życia na tyle znacząco różni się od wcześniejszych lat życia mężczyzn zmarłych z powodu nowotworu, zawału serca i udaru mózgu, że można w ich przypadku uznać, że dopiero w ostatnich 12. miesiącach przed zgonem dotknęły ich trudności końca życia.

Przedstawione badanie podejmuje ważne zagadnienie demograficzne, jakim jest umieralność i zgodnie z jej interdyscyplinarnością przyjmuje szeroką perspektywę na badane zjawisko. Z powodu braku dojrzałej, spójnej koncepcji teoretycznej w badaniach ostatniego okresu życia, niniejsze opracowanie skupia się przede wszystkim na opisie porównawczym i rozpoznaniu empirycznym ostatniego roku życia. Z tego samego powodu wykorzystano opisową metodę realizacji celu badania. Przeprowadzona analiza, pomimo że korzystano z danych panelowych, ma zasadniczo charakter statyczny, gdyż nie uwzględnia zmian w ciągu ostatniego i wcześniejszych lat życia. Chociaż dysponujemy obecnie „wywiadami końca życia” dla Polski pochodzącymi z dwóch rund badania SHARE, to próba wzdłużnego ujęcia problemu ostatniego roku życia jest jeszcze przedwczesna zarówno z uwagi na niewielką liczebność obserwacji w poszczególnych rundach badania, jak i na krótki czas obserwacji. Bez wątplenia ostatni rok życia różni się między kohortami, ale też niezależnie od tego zmienia się w czasie; podobnie może być jeśli chodzi o zmiany między ostatnim rokiem a wcześniejszymi latami życia. Wyodrębnienie wpływu kohorty i czasu kalendarzowego jest niemożliwe przy aktualnie dostępnych informacjach o ostatnich 12. miesiącach życia. Jednak jest to kierunek dalszych analiz, które będą możliwe wraz z udostępnieniem danych z kolejnych rund badania SHARE.

## LITERATURA

- Börsch-Supan A., Jürges H. (red.), 2005, *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology*, MEA, Mannheim.
- Brusiło J., 2004, *Lekarz wobec kresu życia ludzkiego w nauczaniu kościoła katolickiego i w dokumentach świeckich*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków.
- Caselli G., Meslé F., Vallin J., 2002, *Epidemiologic Transition Theory Exceptions*, „Genus”, 58, 1, 9–52.
- Covinsky K.E., Eng C., Lui L.-Y., Sands L., Yaffe K., 2003, *The Last 2 Years of Life: Functional Trajectories of Frail Older People*, „Journal of American Geriatric Society”, 51, 492–498.
- Eurostat, 2012a, Life table, zasób internetowy, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database> (data dostępu: 28.12.2012).
- Eurostat, 2012b, Life expectancy by age and sex, zasób internetowy, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database> (data dostępu: 29.12.2012).
- Eurostat, 2012c, Causes of death – Absolute number (Annual data), zasób internetowy, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product\\_details/dataset?p\\_product\\_code=HLTH\\_CD\\_ANR](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=HLTH_CD_ANR) (data dostępu: 18.12.2012).
- Gembicki M., 1985, *Współczesna medycyna o prawie człowieka do godnej śmierci*, [w:] M. Obara (red.), *Śmierć i umieranie jako problem filozoficzny i dydaktyczny w Akademii Medycznej* (s. 163–172), Wydawnictwa Uczelniane AM w Poznaniu, Poznań.

- GUS, 2012a, *Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej Polski w 2011 roku*, Notatka Informacyjna, Departament Badań Demograficznych GUS, Warszawa.
- GUS, 2012b, Baza Demografia, Tablice trwania życia 1990–2010, zasób internetowy, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx> (data dostępu: 28.12.2012).
- Hank K., Jürges H., 2010, *The Last Year of Life in Europe: Regional Variations in Functional Status and Sources of Support*, „Ageing and Society”, 30, 6, 1041–1054.
- Hurd M.D., Rohwedder S., 2009, *The Level and Risk of Out-of-Pocket Health Care Spending*, University of Michigan Retirement Research Center, Working Paper 218.
- Kacperczyk A., 2006, *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwa Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Obara M. (red.), 1985, *Śmierć i umieranie jako problem filozoficzny i dydaktyczny w Akademii Medycznej*, Wydawnictwa Uczelniane AM w Poznaniu, Poznań.
- Omran A.R., 1979, *Changing Patterns of Health and Disease during the Process of National Development* [w:] G.L. Albrecht, P.C. Higgins (red.), *Health, Illness and Medicine: A Reader in Medical Sociology* (s. 215–235), Rand McNally College Publications, Chicago.
- Pawlicki M. (red.), 1996, *Leczenie nowotworów dla lekarzy praktyków*, Alfa-media Press, Bielsko-Biała.
- Rządowa Rada Ludnościowa, 2011, *Sytuacja demograficzna Polski*, Raport 2010–2011. Warszawa.
- Sporcken P., 1989, *Postępowanie z umierającymi*, [w:] H. Nikielski (red.), *Z pomocą umierającym. Przyczyńki do rozmowy na temat umierania i śmierci* (s. 12–99), Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- Vallin J., Meslé F., 2004, *Convergences and Divergences in Mortality. A New Approach to Health Transition*, „Demographic Research”, Special Collection, 2, dostępne na: [www.demographic-research.org](http://www.demographic-research.org).
- Wróblewska W., 2006, *Analiza umieralności w Polsce w latach 1970–2003. Dekompozycja zmian w oczekiwanym trwaniu życia noworodka*, „Studia Demograficzne”, 1/149, 28–48.
- Wróblewska W., 2008, *Sumaryczne miary stanu zdrowia populacji*, „Studia Demograficzne”, 1–2/153–154, 3–53.
- Wróblewska W., 2009, *Teoria przejścia epidemiologicznego oraz fakty na przełomie wieków w Polsce*, „Studia Demograficzne”, 1/155, 110–159.
- Young R., 2007, *Medically Assisted Death*, Cambridge University Press, Cambridge.

## THE LAST YEAR OF LIFE OF POLISH PEOPLE ACCORDING TO THE SHARE SURVEY: A COMPARATIVE ANALYSIS

### ABSTRACT

The paper aims at describing the last year of life of Polish people in comparison with previous years of their life. We include international context as well as gender differences in the analysis. A descriptive part of the paper is based on data from end-of-life interviews of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). The second part – comparative analysis – in addition to the end-of-life interviews takes into account regular interviews conducted in previous waves.

We find differences in the process of health deterioration in the last year of life by cause of death. In particular, individuals who died due to cancer were

often relatively healthy in the preceding years of life, but experienced a dramatic decrease in health during the last year of life. Another finding is that time spent in the hospital significantly increases in the last year of life. Moreover, we find that number of daily activities' limitations is positively associated with care received in the last year of life. The results show that the last year of life is often significantly different than preceding years of life both in Poland and other European countries.

**Keywords:** last year of life, activities of daily living, care