

ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

ΝΕΑ ΕΝΟΤΗΤΑ 7

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΗΡΑΝΣΗ

Η έρευνα - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) (Έρευνα Υγείας, Γήρανση και Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη [SHARE Home \(share-eric.eu\)](https://share-eric.eu)) – 50+ Στην Ευρώπη) εξετάζει τη ζωή των ευρωπαίων που είναι πάνω από 50 χρονών. Σκιαγραφεί την εικόνα της υγείας, της οικογένειας και των δικτύων κοινωνικότητας, την οικονομική τους κατάσταση και τις προσδοκίες τους. Δείχνει τις διαφορές που υπάρχουν στις συνθήκες ζωής ανάμεσα στις χώρες, αλλά και τις ομοιότητες ανάμεσά τους.

Παρουσίαση της έρευνας και δείγμα των ευρημάτων για την Ελλάδα περιέχει το βιβλίο Α.Λυμπεράκη, Π.Τήνιος, Τ. Φιλαλήθης, 2009, *Ζωή 50+. Υγεία, γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*, Εκδόσεις Κριτική. Υπάρχουν πολλά αντίτυπα στην βιβλιοθήκη του ΠαΠει, αφού ως το 2018 διανεμόταν ως το βασικό βιβλίο του μαθήματος.

Η γήρανση του πληθυσμού επηρεάζει όλους και όλες, όμως όχι πάντα με τον ίδιο τρόπο. Καθώς διαμεσολαβούν διαφορετικές κοινωνικές δομές, διαφορετικές νοοτροπίες και αντιλήψεις, αλλά και διαφορετικές ιστορίες δημόσιας πολιτικής, η εμπειρία της γήρανσης έχει διαφορετική γεύση σε διαφορετικές χώρες. Είναι αναγκαίο να εντοπίσουμε τις διαφορετικές συνέπειες του ίδιου φαινομένου στις διαφορετικές χώρες της Ευρώπης. Αφού η γήρανση εξελίσσεται με διαφορετικό τρόπο σε χώρες με διαφορετικά συστήματα, νοοτροπίες, δομές οικογένειας, βιοτικό επίπεδο κοκ, μια απολύτως συγκρίσιμη στατιστική έρευνα σε πολλές χώρες της Ευρώπης ταυτόχρονα μπορεί να αξιοποιήσει τις διαφορές αναδεικνύοντας την Ευρώπη σαν ένα είδος 'επιστημονικό εργαστήριο'. Για παράδειγμα μπορεί να συγκρίνει την κατάσταση στην Σουηδία (ισχυρό και αναπτυγμένο κοινωνικό κράτος, περιορισμένος ρόλος για την οικογένεια) με την Ισπανία (μικρότερο κοινωνικό κράτος, οικογένεια). Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να εξάγει συμπεράσματα για το ποιες διευθετήσεις είναι πιο αποτελεσματικές, αν υπάρχουν παρενέργειες κλπ. Έτσι θα εμπλουτίσει τα διαθέσιμα εργαλεία αντιμετώπισης της γήρανσης αλλά και να εντοπίσει πιθανά προβλήματα.

Η έρευνα συγκεντρώνει πληροφορίες για τις συνθήκες της ζωής 140.000 ευρωπαίων άνω των 50 χρόνων σε 27 Ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ¹.

Για να μελετηθεί η γήρανση και να προετοιμαστούν οι Ευρωπαϊκές κοινωνίες για τις επερχόμενες αλλαγές και προκλήσεις, απαιτούνται στοιχεία που να πρωτοτυπούν σε τέσσερις διαφορετικές διαστάσεις:

1. **Να είναι διεπιστημονικά.** Η γήρανση του πληθυσμού είναι μια σύνθετη διαδικασία η οποία απαιτεί ερμηνεία και ανάλυση από πολλές επιστήμες ταυτόχρονα: Ιατρική (φυσική κατάσταση), Ψυχιατρική και Ψυχολογία (τρόποι ζωής), Οργάνωση Υγείας, Κοινωνιολογία (οικογένεια, δομές στήριξης), Οικονομία (οικονομική κατάσταση, συνταξιοδότηση, δημοσιονομικά). Το ερωτηματολόγιο του SHARE διαμορφώθηκε από ειδικούς σε κάθε μια από τις εμπλεκόμενες επιστήμες και είναι προϊόν διαλόγου. Υπάρχει εκτενής πειραματισμός – π.χ. χρήση βιοδεικτών ή επιταχυντών (Fitbits).
2. **Να είναι διεθνώς συγκρίσιμα.** Πολλές από τις συνισταμένες της γήρανσης σε συγκεκριμένες χώρες (πχ. Σύστημα περίθαλψης, σύστημα συντάξεων) στην ουσία δεν έχουν αλλάξει επί 50 χρόνια. Αποτέλεσμα, αν πρέπει να αναζητηθεί η απάντηση

¹ Η Βρετανία και Ιρλανδία έχουν δική τους αντίστοιχη έρευνα (ELSA). Συμμετέχουν 26 χώρες της ΕΕ σύν η Ελβετία.

σε υποθετικά ερωτήματα για το πώς θα συμπεριφερθούν τα άτομα σε μεταρρυθμίσεις που αλλάζουν τις παραμέτρους ουσιαστικά (πρόβλημα πολυσυγγραμμικότητας – multicollinearity). Αξιοποιώντας *συγκρίσιμα* στοιχεία από πολλές χώρες με διαφορετικά συστήματα αποκτάται η απαιτούμενη διασπορά παρατηρήσεων για να εκτιμηθούν διαρθρωτικές σχέσεις.

3. **Να έχουν μια διαχρονική δομή.** Πώς ξέρουμε ότι αυτό που ισχύει για τους σημερινούς 60ρηδες (γεννηθέντες πριν το 1950) θα ισχύει και για τους 60ρηδες του 2030 (γεννηθέντες από το 1970); Απαιτείται έρευνα τύπου πάνελ όπου παρακολουθούνται τα ίδια άτομα επί σειρά ετών για να εκτιμηθεί (α) η επίπτωση της αλλαγής γενιάς ή κοόρτης και (β) η αντίδρασή τους σε συγκεκριμένες αλλαγές και γεγονότα όπως μια αρρώστια, η συνταξιοδότηση και η διακοπή εργασίας κλπ. Το πρώτο κύμα του SHARE συλλέχθηκε το 2004, και σύντομα θα είναι διαθέσιμο το 9^ο κύμα (2022). Δηλαδή κάποιος που ήταν 50 το 2004 (γεννημένος 1954) και που τώρα είναι 69 έχει απαντήσει στο ερωτηματολόγιο 9 φορές².
4. **Να είναι προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες του γηράσκοντα πληθυσμού.** Ιδιαίτερη προσοχή λαμβάνεται για την συμμετοχή όλων των ατόμων, ακόμη και των πιο μεγάλων σε ηλικία στο δείγμα, ομάδες που συχνά υποεκπροσωπούνται. Προβλέπεται η δυνατότητα απάντησης δια αντιπροσώπου για όσους δεν μπορούν να απαντήσουν (π.χ. λόγω νοητικών προβλημάτων). Σε περιπτώσεις θανάτου κάποιου που συμμετείχε σε προηγούμενα κύματα προβλέπεται συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου (exit interview) από συγγενείς του θανόντα για την κρίσιμη τελευταία περίοδο της ζωής.

Το SHARE άρχισε ως επιστημονική πρωτοβουλία το 2004 και συμπεριελάμβανε 12 χώρες. Το 2007 έγινε το δεύτερο κύμα, ενώ το 3^ο κύμα (2009) είχε αναδρομικές ερωτήσεις για το σύνολο της ζωής του ερωτώμενου. Σε κάθε νέο κύμα, που τώρα πια είναι ανά διετία, προστίθονταν νέες χώρες. Το 7^ο κύμα (2017) είναι το πρώτο στο οποίο συμμετείχαν όλες οι χώρες της ΕΕ. Η Ελλάδα συμμετείχε στα πρώτα τρία κύματα (2004-9), δεν συμμετείχε στο 4^ο και 5^ο και ξαναμπήκε με αυξημένο δείγμα το 2015 (6^ο κύμα). Κατά την διάρκεια της πανδημίας συλλέχθηκαν 2 κύματα τηλεφωνικά στο υφιστάμενο δείγμα εστιάζοντας στις στάσεις απέναντι στο lockdown, μέτρα προστασίας και εμβολιασμούς.

Αντίστοιχη και ευθέως συγκρίσιμη έρευνα υπάρχει στις ΗΠΑ (HRS- Health Retirement Survey) από το 1990² χρηματοδοτήθηκε τμηματικά μάλιστα από τον οργανισμό που διεξάγει την Αμερικανική έρευνα, με σκοπό να εξεταστεί πώς η διαδικασία γήρανσης επηρεάζεται από διαφορές στο κοινωνικο-οικονομικά περιβάλλον. Η αντίστοιχη Αγγλική (ELSA) άρχισε το 2000. Τώρα πλέον συγκρίσιμες έρευνες γίνονται στην Κορέα, Ιαπωνία, (χώρες με μεγάλο πρόβλημα γήρανσης), αλλά και Κίνα, Βραζιλία και Μεξικό, συνολικά σε 18 χώρες. Οι έρευνες αυτές έχουν ήδη οδηγήσει στη δημοσίευση 3800 επιστημονικών μελετών από οικονομολόγους, κοινωνιολόγους, γιατρούς, ψυχολόγους, γεροντολόγους σε όλο τον κόσμο κλπ.

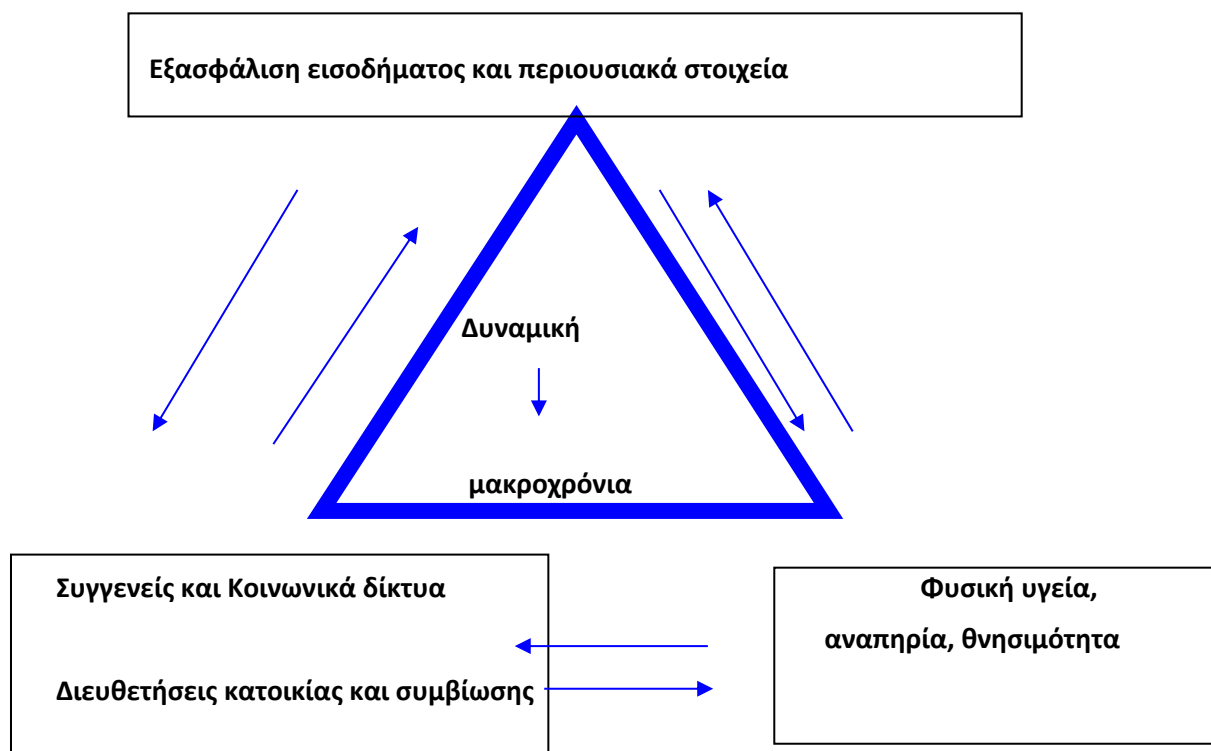
Το SHARE ως στατιστική έρευνα έχει σημειώσει σημαντικές πρωτοτυπίες. Ήταν η πρώτη έρευνα στην Ελλάδα που διεξήχθη με την μέθοδο CAPI (Computer Assisted Personal Interview) και παραμένει η μόνη έρευνα πάνελ. Σε διεθνές επίπεδο έχει συλλέξει δείγμα αίματος από το σύνολο του δείγματος (2015) και συνεχώς προσπαθεί να αξιολογήσει και να βελτιώσει την ποιότητα στοιχείων.

² Στην αρχή θα απαντούσε ως εργαζόμενος πιθανώς με παιδιά στο σπίτι, κατόπιν ως συνταξιούχος. Αν του είχε συμβεί κάποια σοβαρή ασθένεια θα είναι διαθέσιμες απαντήσεις τόσο πριν όσο και μετά και έτσι μπορεί να εκτιμηθούν οι επιπτώσεις της ασθένειας.

Η γήρανση σαν ατομική εμπειρία: υγεία, οικονομική κατάσταση και κοινωνικά δίκτυα.

Η ατομική εμπειρία της γήρανσης αφορά την επιδείνωση της υγείας, την πτώση της παραγωγικότητας και την ανησυχία για τις προοπτικές της ποιότητας ζωής μετά τη σύνταξη. Πρόκειται για εμπειρία με έντονη συναισθηματική φόρτιση, καθώς επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής. Μετά από μια σχετικά μακρά περίοδο σταθερότητας στη μέση ηλικία, η φάση της ζωής μετά τη συνταξιοδότηση προκαλεί μεγάλες ανησυχίες και αβεβαιότητα. Μέρος της αβεβαιότητας οφείλεται στις μεγάλες διαφορές της διαδικασίας γήρανσης σε διαφορετικούς ανθρώπους. Κάποιοι γερνούν νωρίτερα από άλλους, ορισμένοι παραμένουν σε καλή φυσική κατάσταση μέχρι μεγάλη ηλικία ενώ άλλοι βλέπουν την υγεία τους να επιδεινώνεται απότομα. Οι διαφορές ανάμεσα στους ανθρώπους αυξάνουν δραματικά όσο αυξάνει η ηλικία. Ενώ όλοι γερνάμε, δεν γερνάμε με τον ίδιο τρόπο, ούτε με τους ίδιους ρυθμούς. Επιπλέον, καθώς αυξάνει το προσδόκιμο ζωής, ένας άνθρωπος 70 ετών σήμερα δεν είναι ίδιος με κάποιον εβδομηντάχρονο 25 χρόνια πριν: είναι πιο κοντά σε αυτό που ήταν ένας εξηντάχρονος δύο γενιές νωρίτερα.

Η γήρανση επιδρά σε όλες τις διαστάσεις της ζωής του ατόμου. Αλλάζει τις οικονομικές συνθήκες στις οποίες ζει, αλλάζει και τον τρόπο που περνάει το χρόνο του. Η υγεία και η φροντίδα έρχονται στο προσκήνιο. Ο ρόλος του ατόμου στην οικογένεια αλλάζει, καθώς περισσότερη φροντίδα πηγαίνει και έρχεται μεταξύ των μελών του νοικοκυριού. Όλες αυτές οι πλευρές αλληλο-επηρεάζονται και αλληλεπιδρούν. Ακριβώς για αυτό το λόγο το SHARE είναι διεπιστημονικό. Επιχειρεί να συνδυάσει τη θέαση της γήρανσης από τρεις κυρίως οπτικές: οικονομική κατάσταση, υγεία και κοινωνικά δίκτυα (πρώτα-πρώτα την οικογένεια, αλλά όχι μόνο). Αυτή η «ολιστική» προσέγγιση αποτυπώνεται στο παρακάτω σχήμα.



Η καλή οικονομική κατάσταση (που εκφράζεται με το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία) εμφανίζει στενή και έντονη συσχέτιση με την υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων. Οι πλουσιότεροι άνθρωποι ζουν περισσότερο από τους φτωχότερους. Η σχέση αιτιότητας όμως δεν είναι απολύτως σαφής. Οι περισσότεροι εύποροι άνθρωποι είναι πιθανόν να 'αγοράζουν' την καλή τους υγεία. Μπορεί όμως να συμβαίνει και το αντίστροφο: να είναι δηλαδή εύποροι επειδή είναι υγιείς. Άτομα με κακή υγεία αντιμετωπίζουν δυσκολίες

στις αποδοχές και στην εργασιακή τους ζωή, με αποτέλεσμα να καταλήγουν φτωχότεροι στην τρίτη ηλικία. Αν δεν μπορούμε να εντοπίσουμε τη βασική σχέση αιτιότητας δεν θα μπορέσουμε να αποφασίσουμε που θα είναι καλύτερα να επενδύσουμε τα φορολογικά έσοδα: στην υποστήριξη της υγείας όσων έχουν προβλήματα ή μήπως στην υποστήριξη του εισοδήματος των φτωχότερων;

Ανάλογη ασάφεια επικρατεί και στη σχέση ανάμεσα στην **κατάσταση υγείας και στην οικογένεια και τα δίκτυα κοινωνικότητας, φροντίδας και υποστήριξης**. Το να ζει κάποιος σε ένα υγιές κοινωνικό περιβάλλον ενθαρρύνει την καλή υγεία. Από την άλλη, η εμφάνιση ξαφνικού προβλήματος υγείας (όπως ένα εγκεφαλικό, για παράδειγμα) ενδέχεται να υπαγορεύσει νέες διευθετήσεις συγκατοίκησης με τα παιδιά. Είναι σημαντικό να καταλάβει κάποιος τις σύνθετες διασυνδέσεις, ιδιαίτερα σε εποχές όπως η σημερινή όπου η φροντίδα από την οικογένεια καταμερίζεται σε ολοένα και μικρότερο αριθμό παιδιών, ενώ το κράτος θα πρέπει να συνεπικουρήσει αυξάνοντας τη δική του συνεισφορά.

Τέλος, **η ασφάλεια του εισοδήματος συνδέεται και με το κοινωνικό περιβάλλον** (η τρίτη διασύνδεση του σχήματος). Το κοινωνικό πλαίσιο που λειτουργεί εύρυθμα αποτελεί έναν πόρο και με την οικονομική έννοια, καθώς προσφέρει υποστήριξη σε χρήμα και σε είδος στους περισσότερο ευάλωτους ηλικιωμένους. Το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία επηρεάζουν όμως και τον τόπο κατοικίας των ηλικιωμένων. Συχνά η φτώχεια συνοδεύεται με κοινωνικό αποκλεισμό, επιδεινώνοντας σημαντικά την ποιότητα της ζωής. Οι αλληλεπιδράσεις αυτές επηρεάζονται πολύ από τη δημόσια πολιτική και ιδιαίτερα από προγράμματα στήριξης του εισοδήματος, το ύψος των συντάξεων (γήρατος και αναπηρίας) καθώς και από την πολιτική κατοικίας.

Το SHARE έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να φωτίζει και τις τρεις γωνίες του τριγώνου καθώς και τις επιμέρους (ανά δύο) αλληλεπιδράσεις. Πρόκειται για ένα πραγματικά διεπιστημονικό εγχείρημα που επιδιώκει τη συνεργασία διαφορετικών επιστημονικών κλάδων στην ανάλυση μιας σύνθετης πραγματικότητας.

Άλλος ένας λόγος που κάνει το SHARE πολύ σημαντική πηγή στοιχείων είναι πως επιτρέπει την εξέταση τριών διαφορετικών φάσεων στη ζωή των ανθρώπων:

1. την περίοδο **πριν από τη σύνταξη** και αποχώρηση από την εργασία(και ενώ ακόμα οι άνθρωποι εργάζονται και συχνά έχουν ακόμα μαζί τους τα παιδιά τους) (το ένα τρίτο του δείγματος), **50- περίπου 65 – δεσπόζον θέμα η εργασία και η σταδιακή προσαρμογή στην συνταξιοδότηση. (οικονομία)**
2. την εποχή **μετά τη σύνταξη** και αποχώρηση από την εργασία (σταματάει η εργασία, δημιουργείται πολύς ελεύθερος χρόνος, αλλάζουν οι συνήθειες αποταμίευσης και κατανάλωσης), **περίπου 65- περίπου 75-80. Δεσπόζον θέμα η αξιοποίηση χρόνου λόγω της διακοπής εργασίας καθώς και θέματα υγείας. (υγεία, κοινωνία)**
3. την εποχή της ώριμης τρίτης ηλικίας (που πολλές φορές αποκαλείται και 4^η ηλικία (με απαιτήσεις σε φροντίδα) (το ένα δέκατο του δείγματος). – **80+ Δεσπόζον θέμα η υγεία και η μακροχρόνια φροντίδα. (περίθαλψη, οικογένεια)**

Τέλος και καθώς συσσωρεύονται αυτού του είδους στοιχεία γίνεται σαφές ότι το πώς γερνάει κάποιος επηρεάζεται καταλυτικά από γεγονότα, αποφάσεις και καταστάσεις που έλαβαν χώρα στην παιδική ηλικία ή τα νιάτα του. Παιδικές ασθένειες, φτώχεια στην αρχή της ζωής ή ψυχικά τραύματα επηρεάζουν το πώς ζει κάποιος μετά τα 70. Αρα η ανάλυση οφείλει κατά το δυνατόν να εξετάσει **τη ζωή σαν σύνολο**. Το SHARE πέρα από τη διαχρονική του δομή το κάνει αυτό με αναδρομικά ερωτηματολόγια που προσπαθούν να αποσπάσουν πληροφορίες για το σύνολο της ζωής. (SHARELIFE).

Πώς διαφέρει η Ελλάδα από την Ευρώπη;

Κοινωνική και Οικογενειακή Δικτύωση. καθαρή απόκλιση μεταξύ των χωρών της Βόρειας και Νότιας Ευρώπης. Η Ελλάδα, όπως και οι υπόλοιπες χώρες της Νότιας Ευρώπης, χαρακτηρίζεται από μεγάλο ποσοστό διαγενεακής συγκατοίκησης και ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό συχνότητας επαφών μεταξύ γονέων και παιδιών. Πέραν των πτυχών που αφορούν την εγγύτητα και τη συχνότητα των επαφών μεταξύ γονέων και παιδιών, η οικογενειακή δικτύωση στην Ελλάδα περιλαμβάνει επίσης την υποστήριξη μέσω χρηματικών μεταβιβάσεων με αμφίδρομες ροές (από τους γονείς προς τα παιδιά και αντίστροφα).

Δομή της οικογένειας, εγγύτητα και συχνότητα επαφής. Τα ευρήματα για τη διαγενεακή συγκατοίκηση και για την εγγύτητα γονιών και παιδιών υποδεικνύουν καθαρή απόκλιση μεταξύ των χωρών της Βόρειας και Νότιας Ευρώπης. Χαρακτηριστικά, ενώ το ποσοστό των γονιών που διαμένουν στο ίδιο νοικοκυριό ή στο ίδιο κτίριο με κάποιο από τα παιδιά τους δεν υπερβαίνει το 17% στις Σκανδιναβικές, το ποσοστό στις χώρες της Νότιας Ευρώπης ξεπερνά το 60%. Οι χώρες της Ηπειρωτικής Ευρώπης βρίσκονται “στο ενδιάμεσο”. Ανάλογη διαφοροποίηση μεταξύ Βορρά και Νότου προκύπτει και για τη **συχνότητα επαφών** μεταξύ γονέων και παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, στις Σκανδιναβικές χώρες λιγότερο από το 45% των γονιών έχουν καθημερινή επαφή με κάποιο από παιδιά τους, την ίδια στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό στις χώρες της Νότιας Ευρώπης κυμαίνεται γύρω στο 85%.

Εγγύτητα γονιών προς το κοντινότερο παιδί (%)

	Ίδιο νοικοκυριό	Ίδιο κτίριο	Λιγότερο από 1 χλμ.	Μεταξύ 1 - 25 χλμ.	Περισσότερο από 25 χλμ.
SE	15,3	1,3	15,2	44,4	23,8
DK	13,4	2,4	14,4	47,0	22,8
DE	19,7	14,1	12,9	34,3	19,0
NL	22,0	0,9	19,0	45,6	12,5
FR	23,1	1,9	14,4	34,6	26,0
CH	26,6	7,1	12,8	37,3	16,2
AT	22,3	15,0	14,1	33,0	15,6
IT	49,3	12,0	11,3	20,9	6,5
ES	52,2	5,0	23,8	14,1	4,9
GR	44,1	14,3	14,8	17,3	9,5

Εργασία και Συνταξιοδότηση Οι Έλληνες/ίδες ηλικίας 50-69 ετών παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό ατόμων που συνδυάζουν τη συνταξιοδότηση με την απασχόληση (δηλαδή συνεχίζουν να εργάζονται κάποιες ώρες εβδομαδιαίως, παρότι έχουν συνταξιοδοτηθεί) σε σχέση με τους υπόλοιπους Ευρωπαίους της ίδιας ηλικιακής ομάδας. Ειδικότερα, διαπιστώνεται ότι σχεδόν ένα στα πέντε άτομα ηλικίας 60-64 ετών στην Ελλάδα συνεχίζει να εργάζεται κάποιες ώρες την εβδομάδα αν και έχει συνταξιοδοτηθεί – προφανώς σε αγροτικές εργασίες ή αυτοαπασχόληση.

Κάποια ενδεικτικά ευρήματα από το SHARE**1) ΥΓΕΙΑ**

- a) **Επίδραση της συνταξιοδότησης στην ψυχική υγεία.** Η συνταξιοδότηση έχει έντονα διαφορετικές επιπτώσεις σε διαφορετικά άτομα. Έχει *θετική* επίδραση στην ψυχική υγεία ειδικά για τις γυναίκες και της εργάτες. Το αντίθετο ισχύει για εργαζόμενους γραφείου και

άνδρες. Αντίστροφα, άτομα βεβαρημένης ψυχικής υγείας ίσως έχουν πρόβλημα αν αυξηθεί το όριο ηλικίας συνταξιοδότησης³.

β) Ανισότητες στην υγεία μεταξύ γηγενών και μεταναστών

Κατά την άφιξη της οι μετανάστες είναι συνήθως υγιέστεροι από της ντόπιους η εικόνα αυτή αντιστρέφεται (τόσο στην φυσική και στην ψυχική υγεία) της μεγαλύτερες ηλικίες – το φαινόμενο του ‘Υγειούς Μετανάστη’. Στοιχεία από το 1^ο κύμα (2004) αξιοποιήθηκαν για τα ίδια μαζί με παρατηρήσεις από το 2^ο ως το 6^ο κύμα σε τρεις διαστάσεις υγείας, συγκρίνοντας άτομα στο δείγμα που είχαν γεννηθεί σε άλλη χώρα (8,3%) με της υπόλοιπους. Μετανάστες από δυτικές χώρες έχουν κίνδυνο ψυχικών προβλημάτων, ενώ γυναίκες από μη-δυτικές χώρες διαβήτη⁴. Θα έπρεπε να υπάρχει προσπάθεια ειδικής αντιμετώπισης των θεμάτων υγείας των μεγαλύτερων σε ηλικία μεταναστών – της λ.χ. Ελληνες στην Γερμανία.

2) ΕΥΗΜΕΡΙΑ – Ευτυχία

α) Συμπτώματα κατάθλιψης και έξοδος από την αγορά εργασίας

Το SHARE βοηθάει στην κατανόηση της επίδρασης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στην έξοδο από την αγορά εργασίας – π.χ. μέσω συντάξεων αναπηρίας. Οσοι είχαν συμπτώματα κατάθλιψης (δείκτης EURO-D) είχαν διπλάσια πιθανότητα να συνταξιοδοτηθούν ενωρίτερα. Αν και οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο θέμα κατάθλιψης, είναι οι άνδρες που συνταξιοδοτούνται. 20% των συντάξεων αναπηρίας οφείλονται σε κατάθλιψη. Σηματοδοτείται η ανάγκη πολιτικής ψυχολογικής στήριξης σε άτομα κοντά στην συνταξιοδότηση⁵.

3) ΦΑΣΕΙΣ ΖΩΗΣ

- a) **Αλλαγή και λιγότερο απαιτητική εργασία σε μεγαλύτερες ηλικίες.** Διερεύνηση της επίπτωσης της αλλαγής του εργασιακού περιβάλλοντος στις μεγαλύτερες ηλικίες προς εργασίες λιγότερο απαιτητικές και με μικρότερο στάτους, καθώς αυξάνεται το όριο ηλικίας. ενδείξεις είναι ότι η αλλαγή αυτή είναι ευνοϊκή και οδηγεί σε μεγαλύτερη ικανοποίηση (παραμένεις στην εργασία με λιγότερη ευθύνη).
- b) **Σχέση αναπνευστικής λειτουργίας με δύσκολα παιδικά χρόνια.** Επίδραση των δυσκολιών και κακουχιών κατά την παιδική ηλικία στην λειτουργία και την υγεία των πνευμόνων σε ηλικίες 50+. Η καταπολέμηση της παιδικής φτώχειας αποδίδει με τη μορφή καλύτερης υγείας 50 χρόνια μετά.

4) ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Υποκατάσταση μακροχρόνιας φροντίδας και χρήση νοσοκομειακής περίθαλψης. Με βάση τα στοιχεία του SHARE εξετάζεται εάν η αξιοποίηση της μακροχρόνιας φροντίδας μειώνει τις εισαγωγές και την παραμονή στα νοσοκομεία. Με Στοιχεία από το 1,2,4,5 κύμα στην Ισπανία εξετάζεται η επίπτωση μεταρρύθμισης του 2007 που έκαναν την μακροχρόνια φροντίδα πιο εύκολα προσβάσιμη. Κατά τη διάρκεια της κρίσης (2012) οι παροχές αυτές

³ Ingo W.K. Kolodziej, Pilar García-Gómez (2019): Saved by Retirement: Beyond the Mean Effect on Mental Health. Social Sciences & Medicine 225 (2019), 85-97.

⁴ Matias Reus-Pons, Clara H. Mulder, Eva U. B. Kibele and Fanny Janssen (2018): Differences in the health transition patterns of migrants and non-migrants aged 50 and older in southern and western Europe (2004-2015). BMC Medicine 16: 57.

⁵ Fabio Porru, Alex Burdof and Suzan J.W. Robroek (2018): The Impact of Depressive Symptoms on Exit from Paid Employment in Europe: A Longitudinal Study with 4 Years Follow-up. European Journal of Public Health (online first).

περιορίστηκαν. Η αρχική μείωση δαπανών υγείας ήταν 11%, ενώ υπήρχαν και σημαντικές βελτιώσεις στην ευημερία τόσο των χρηστών όσο και αυτών που τους φρόντιζαν⁶.

5) ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ

- a) **Πληροφόρηση για μελλοντικές συντάξεις οδηγεί σε αύξηση της αποταμίευσης.** Καλύτερη κατανόηση των πιθανολογούμενων συντάξιμων αποδοχών οδηγεί σε μεγαλύτερη αποταμίευση. Το 2001 στην Γερμανία έγινε μεταρρύθμιση τριών πυλώνων, η οποία παρέπεμπε διάφορες περίπλοκες αποφάσεις στα άτομα. Συνοδεύτηκε με σχέδιο τακτικής πληροφόρησης και εξατομικευμένων πληροφοριών ως προς τις διαθέσιμες επιλογές. Τέτοια γράμματα έλαβαν όλα τα άτομα άνω των 27 από το 2005, δηλαδή υπήρχε περισσότερη πληροφόρηση χωρίς να αλλάξουν οι διαθέσιμες επιλογές. Οι ερευνητές συνδύασαν πληροφορίες του SHARE 2004 και 2006 με διοικητικά στοιχεία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Τα ευρήματα είναι ότι τα άτομα είναι υπεραισιόδοξα (περιμένουν σύνταξη ψηλότερη από την πραγματική): οι πληροφορίες που δόθηκαν για την αναμενόμενη σύνταξη ήταν οι πιο χρήσιμες. Όσοι πληροφορήθηκαν το ακριβές ύψος της σύνταξης συμπλήρωσαν με αποταμιεύσεις.

6) COVID

- **Σχέση κοινωνικών δικτύων και μέτρων προστασίας.** Το επίπεδο υποκειμενικής έκθεσης στην ασθένεια των μελών του δικτύου (δηλαδή, ποιοι και πόσοι στο δίκτυό τους είχαν συμπτώματα COVID-19, βρέθηκαν θετικά ή αρνητικά, νοσηλεύτηκαν λόγω μόλυνσης ή πέθαναν λόγω του ιού) συνδέεται θετικά με τα μέτρα αυτοπροστασίας. Στη Σουηδία, Λετονία, Φινλανδία και Δανία λάμβαναν λιγότερα μέτρα προστασίας σε σχέση με τους συμμετέχοντες από την Ισπανία, την Ιταλία και την Πορτογαλία

Εργασία κατά την πανδημία. Τα μεσαία εισοδήματα είναι πιο πιθανό να μειώσουν τις ώρες εργασίας ή να μείνουν άνεργοι σε σύγκριση με ομάδες χαμηλού και υψηλού εισοδήματος.

7) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

- a) Οι γιαγιάδες και όχι οι παπούδες περιορίζουν την εργασία τους αν υπάρχει εγγόνι. Όσες εργάζονται δίνουν περισσότερα δώρα στα εγγόνια τους.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ

Research Results (share-eric.eu)

⁶ Joan Costa-Font, Sergi Jimenez-Martin and Cristina Vilaplana (2018): Does Long-Term Care Subsidization Reduce Hospital Admissions and Utilization? Journal of Health Economics 58, 43-66