

Sytuacja osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie w trakcie pierwszej fali pandemii COVID-19

Raport z telefonicznego badania ankietowego
SHARE Corona zrealizowanego w ramach
8. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”



Sytuacja osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie w trakcie pierwszej fali pandemii COVID-19

Raport z telefonicznego badania ankietowego
SHARE Corona zrealizowanego w ramach
8. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”

Autorzy:

dr Anita Abramowska-Kmon, dr Radosław Antczak, dr hab. Agnieszka Chłoi-Domińczak,
prof. SGH, Dorota Holzer-Żelaźewska, prof. dr hab. Irena E. Kotowska, dr Wojciech Łątkowski,
dr hab. Iga Magda, prof. SGH, Monika Oczkowska, prof. dr hab. Tomasz Panek, dr hab. Jolanta Perek-Białas,
prof. UJ, dr hab. Paweł Strzelecki, dr Marta Styrc, dr Sylwia Timoszuk, dr hab. Wiktoria Wróblewska,
prof. SGH, dr Jan Zwierzchowski



Niniejsze opracowanie powstało w ramach projektu „Wsparcie realizacji badań panelowych osób w wieku 50 lat i więcej w międzynarodowym projekcie Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)”, realizowanego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w partnerstwie ze Szkołą Główną Handlową w Warszawie. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (PO WER).

W publikacji zostały wykorzystane dane z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona zrealizowanego w ramach 8. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie” [DOI: 10.6103/SHARE.w8cabeta.001], szczegóły metodologiczne można znaleźć u Börsch-Supan [2020]. Utworzenie zbioru danych SHARE zostało sfinansowane w głównej mierze ze środków Komisji Europejskiej w ramach: 5. Programu Ramowego (projekt QLK6-CT-2001-00360), 6. Programu Ramowego (projekty: SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857 i SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) oraz w ramach 7. Programu Ramowego (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 i SHARE M4, N° 261982). Dodatkowe finansowanie projektu pochodziło z niemieckiego Ministerstwa Edukacji i Badań, Instytutu Maxa Plancka, amerykańskiego National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11, OGHA 04-064 i HHSN271201300071C) oraz różnych krajowych źródeł. W Polsce 8. runda badania była realizowana w ramach projektu „Wsparcie realizacji badań panelowych osób w wieku 50 lat i więcej w międzynarodowym projekcie Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój Europejskiego Funduszu Społecznego. Pełna lista fundatorów badania SHARE znajduje się na stronie www.share-project.org.

Polska część bazy danych SHARE powstała dzięki zaangażowaniu bardzo wielu osób na różnych etapach realizacji badania. W imieniu polskiej grupy badawczej dziękujemy przede wszystkim uczestnikom kolejnych edycji badania SHARE, którzy poświęcili swój czas, aby dostarczyć niezbędnych informacji o warunkach życia populacji 50+ w Polsce. W Polsce realizacją badania SHARE w terenie na wszystkich jego etapach zajmował się instytut badania opinii publicznej Kantar Polska S.A. Dziękujemy zespołowi Kantar Polska S.A. za organizację badania oraz wszystkim ankieterom, którzy byli zaangażowani w prowadzenie wywiadów z respondentami.

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

Recenzje: Jolanta Kurkiewicz, Bogdan Wojtyniak

Redakcja językowa: Sylwia Sperling

© Copyright by Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2022

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej publikacji bez zgody wydawcy zabronione.

Wydanie I

Egzemplarz bezpłatny

ISBN 978-83-8030-559-5

Oficyna Wydawnicza SGH – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
02-554 Warszawa, al. Niepodległości 162
www.wydawnictwo.sgh.waw.pl; e-mail: wydawnictwo@sgh.waw.pl

Projekt i wykonanie okładki: Magdalena Limbach

Skład i łamanie: DM Quadro

Druk i oprawa: volumina.pl Daniel Krzanowski
ul. Ks. Witolda 7–9, 71–063 Szczecin, tel. 91 812 09 08, e-mail: druk@volumina.pl

Zamówienie 77/VII/2022

Spis treści

Wstęp	7
--------------------	----------

Agnieszka Chłoń-Domińczak

Metodologia badania telefonicznego SHARE Corona	9
--	----------

Monika Oczkowska

1

Pandemia COVID-19 w Polsce i w Europie – podstawowe fakty	17
--	-----------

Agnieszka Chłoń-Domińczak, Dorota Holzer-Żelaźewska, Wiktoria Wróblewska

1.1. Pandemia w okresie realizacji telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona	17
1.2. Umieralność i nadumieralność w Polsce i Europie w pierwszym roku pandemii	21

2

Styczność respondentów z COVID-19 w okresie pandemii	29
---	-----------

Marta Styrc

3

Zdrowie i opieka zdrowotna w okresie pandemii	35
--	-----------

Wiktoria Wróblewska, Radosław Antczak, Paweł Strzelecki

3.1. Ogólny stan zdrowia w okresie pandemii	35
3.2. Zachowania prozdrowotne w okresie pandemii	39
3.3. Problemy psychiczne: nerwowość, depresja, trudności z zasypianiem, poczucie samotności	44
3.4. Rezygnacja lub przełożenie wizyt lekarskich w okresie pandemii	47
3.5. Dostęp do opieki zdrowotnej w okresie pandemii	48

4

Praca w pierwszym roku pandemii	57
--	-----------

Iga Magda, Paweł Strzelecki

4.1. Intensywność wykonywania pracy przez osoby 50+ w pierwszym roku pandemii	57
4.2. Utrata pracy w okresie pandemii	61
4.3. Nabycie nowych umiejętności komputerowych	63

Spis treści

5

Sytuacja materialna gospodarstw domowych osób 50+ w okresie pandemii 67

Tomasz Panek, Jan Zwierzchowski

6

Kontakty społeczne w okresie pandemii 73

Anita Abramowska-Kmon, Wojciech Łątkowski, Sylwia Timoszuk

- 6.1. Osobiste kontakty z rodziną i znajomymi w czasie pandemii COVID-19 73
- 6.2. Kontakty z rodziną i znajomymi w pierwszym roku pandemii COVID-19
z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej 77
- 6.3. Otrzymane wsparcie od rodziny i znajomych. Opieka długoterminowa 81
- 6.4. Udzielanie wsparcia rodzinie i znajomym. Wolontariat i aktywność społeczna
w pierwszym roku pandemii COVID-19 84

7

Aktywne starzenie się w pierwszym roku pandemii COVID-19 89

Jolanta Perek-Białas, Jan Zwierzchowski

- 7.1. Aktywność zawodowa w pierwszym roku pandemii COVID-19 91
- 7.2. Aktywność społeczna 91
- 7.3. Aktywność edukacyjna 92
- 7.4. Warunki do realizacji aktywnego starzenia się (w tym więzi społeczne) 93
- Podsumowanie 94

Podsumowanie 97

Agnieszka Chłoń-Domińczak, Irena E. Kotowska

Aneks 101

Spis rysunków 107

Spis tabel 109

Wstęp

Agnieszka Chłoń-Domińczak

Badanie Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych „SHARE: 50+ w Europie” jest międzynarodowym panelowym badaniem ankietowym, prowadzonym od 2004 roku wśród osób w wieku 50 lat i więcej. Gromadzone w badaniu informacje obejmują dane dotyczące zdrowia, statusu społeczno-ekonomicznego oraz sieci społecznych i rodzinnych osób w wieku 50 lat lub starszych. Do tej pory przeprowadzono osiem rund badania „SHARE: 50+ w Europie” i obecnie badanie obejmuje wszystkie kontynentalne kraje UE oraz Szwajcarię i Izrael.

Wybuch pandemii COVID-19 w 2020 roku nastąpił w trakcie zbierania danych 8. rundy badania. Troska o zdrowie respondentów i ankieterów uniemożliwiła dalsze zbieranie danych tradycyjną metodą wywiadów bezpośrednich. Ze względu na szybki rozwój pandemii oraz rosnące ryzyko zachorowań, na początku marca 2020 r. prace terenowe zostały zawieszono we wszystkich krajach uczestniczących w badaniu. Do tego czasu w całym badaniu zostało przeprowadzonych około 70% wywiadów w próbie panelowej i 50% wywiadów z prób odmładzających [Börsch-Supan, 2022], przy czym odsetki te istotnie różniły się pomiędzy krajami.

Szybka organizacja i pozyskanie dodatkowego finansowania pozwoliły na podjęcie decyzji o realizacji w ramach badania SHARE wywiadów telefonicznych, tzw. SHARE Corona, które objęły grupę wszystkich panelowych respondentów. Na potrzeby badania telefonicznego został opracowany specjalny kwestionariusz, obejmujący większość tematów standardowego kwestionariusza SHARE – ale znacznie skrócony i ukierunkowany na sytuację życiową osób w wieku 50 lat i więcej w czasie trwania pandemii COVID-19 [Scherpenzeel i in., 2020]. Szybka realizacja badania w zmodyfikowanej formie pozwoliła na wieloaspektową ocenę sytuacji osób w wieku 50 lub więcej lat w okresie pandemii, w tym umożliwiła międzynarodowe porównanie sytuacji respondentów.

Niniejszy raport prezentuje wyniki telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji osób w wieku 50+ w Polsce na tle innych krajów europejskich.

W raporcie prezentujemy sytuację tych osób, zgodnie z ich opiniami i stanem w okresie po pierwszej fali pandemii, ale przed kolejną falą. Był to okres złagodzenia

restrykcji związanych z ograniczeniem kontaktów w okresie pandemii, co z pewnością ma znaczenie dla otrzymanych wyników. Raport składa się z siedmiu rozdziałów poprzedzonych krótką częścią metodologiczną, w ramach której przedstawiono najważniejsze szczegóły badania telefonicznego SHARE Corona. W pierwszym rozdziale raportu prezentujemy podstawowe fakty dotyczące przebiegu pandemii COVID-19 w Polsce i w Europie w okresie realizacji badania, a także informacje dotyczące umieralności w Polsce i w Europie w pierwszym roku pandemii. W rozdziale drugim podsumowane zostały informacje dotyczące styczności respondentów z COVID-19 w ich otoczeniu. Rozdział trzeci poświęcony jest sytuacji zdrowotnej, w tym ocenie stanu zdrowia w okresie pandemii, zachowań respondentów w kontekście zachowań prozdrowotnych, występujących problemów psychicznych, dostępu do opieki zdrowotnej, w tym rezygnacji z wizyt lekarskich. Czwarty rozdział omawia sytuację respondentów SHARE na rynku pracy, w tym zmian sposobu wykonywania pracy, utraty pracy, ale także nabycia nowych umiejętności komputerowych sprzyjających realizacji pracy w formule zdalnej. Piąty rozdział podsumowuje sytuację materialną respondentów w okresie pandemii. W kolejnym, szóstym rozdziale omawiamy kontakty społeczne, zarówno osobiste, jak i z wykorzystaniem mediów elektronicznych, a także otrzymywane i udzielane wsparcie. W rozdziale siódmym analizujemy wpływ pandemii na aktywne starzenie się. Raport kończy się podsumowaniem prezentującym główne wnioski.

Metodologia badania telefonicznego SHARE Corona

Monika Oczkowska

Badanie SHARE Corona jest badaniem telefonicznym, które zostało zrealizowane na szeroką skalę wśród respondentów panelowych badania SHARE. Celem badania było pozyskanie szczegółowych informacji o sytuacji zawodowej, rodzinnej, materialnej i zdrowotnej uczestników po wybuchu pandemii COVID-19. W związku z tym, że w badaniu wzięły udział wyłącznie osoby, które uczestniczyły w przynajmniej jednej z poprzednich rund badania SHARE, informacje zebrane w ramach badania SHARE Corona można połączyć z informacjami dotyczącymi tej samej osoby sprzed okresu pandemii, dzięki czemu badanie SHARE Corona, razem z całym badaniem SHARE, stanowi unikatowe źródło informacji o wpływie pandemii na życie osób w wieku 50+ w całej Europie.

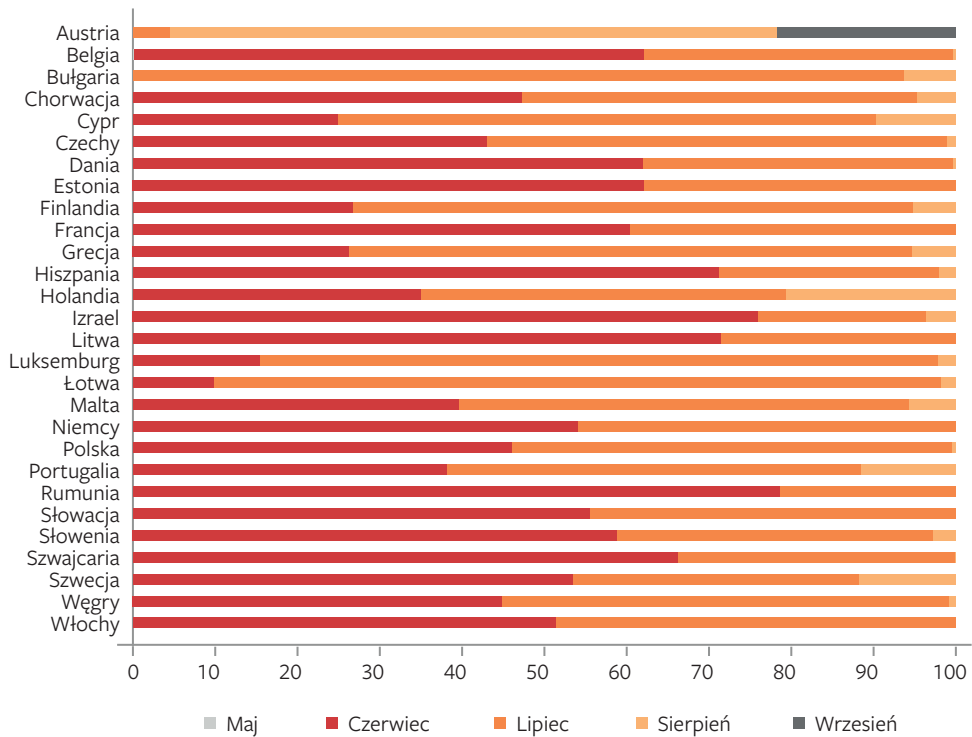
Kwestionariusz telefonicznego badania SHARE Corona obejmował następujące tematy:

- **zdrowie i zachowania zdrowotne** – ogólny stan zdrowia przed i po wybuchu pandemii COVID-19, stosowanie środków bezpieczeństwa (np. dystans społeczny, noszenie maseczki);
- **zdrowie psychiczne** – lęk, depresja, problemy ze snem i poczucie osamotnienia, przed i po wybuchu pandemii COVID-19;
- **infekcje i opieka zdrowotna** – objawy związane z COVID-19, badanie SARS-CoV-2 i hospitalizacja, rezygnacja z leczenia, zadowolenie z leczenia;
- **zmiany w pracy i sytuacji ekonomicznej** – bezrobocie, zamykanie firm, praca w domu, zmiany w godzinach pracy i dochodach, wsparcie finansowe;
- **sieci społeczne** – zmiany w kontaktach osobistych z rodziną i przyjaciółmi, udzielona i otrzymana pomoc, udzielona i otrzymana opieka osobista.

Jak pokazano na rysunku 1, wywiady telefoniczne w ramach SHARE Corona rozpoczęły się pod koniec maja i trwały do września 2020 r. Najwcześniej rozpoczęto realizację wywiadów w Belgii, przeprowadzając pierwsze trzy rozmowy telefoniczne jeszcze w ostatnich dniach maja. Co istotne, w większości krajów uczestniczących w badaniu najwięcej wywiadów przeprowadzono w czerwcu i lipcu, co ma

niebagatelne znaczenie dla porównywalności danych pomiędzy krajami ze względu na terminy obowiązujących w każdym z nich obostrzeń związanych z pandemią COVID-19. Jedynie w Austrii ze względu na opóźnienia w procedurach administracyjnych niemal 80% wywiadów przeprowadzono dopiero w sierpniu, a pozostałą część we wrześniu. W Polsce przeprowadzono łącznie 3097 wywiadów, z czego niemal połowę w czerwcu, nieco ponad 50% w lipcu i kilka wywiadów w sierpniu.

Rysunek 1. Struktura wywiadów w poszczególnych krajach w telefonicznym badaniu SHARE Corona według miesiąca przeprowadzenia wywiadu (w %)

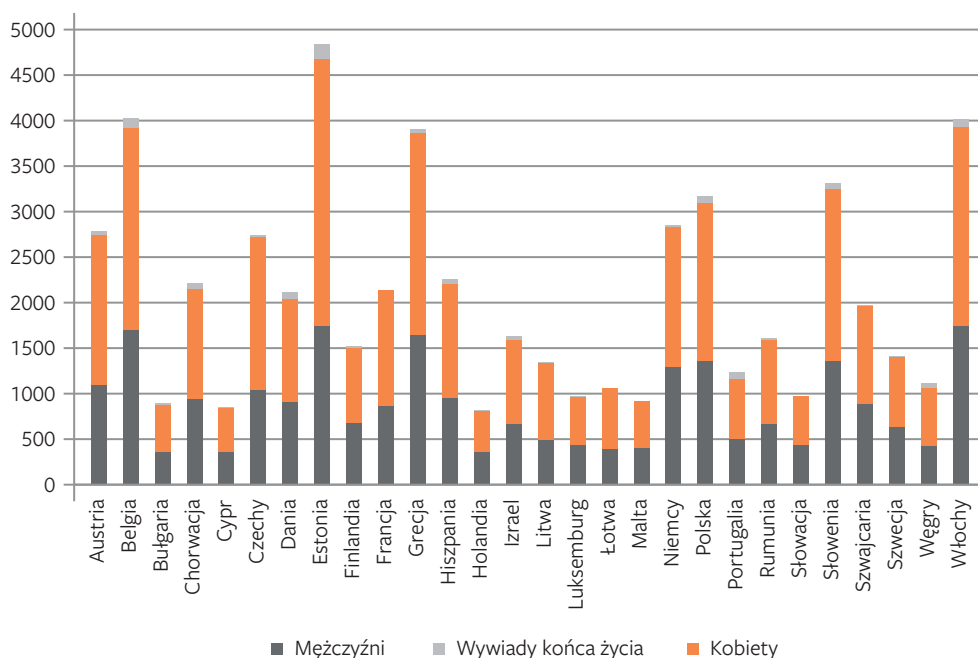


Źródło: dane z badania SHARE Corona, publikacja 8.0.0.

Podczas badania telefonicznego SHARE Corona, oprócz przeprowadzenia wywiadów ukierunkowanych na pozyskanie informacji o bieżącej sytuacji respondentów w trakcie pandemii, ankieterzy mieli możliwość kontynuowania tzw. „wywiadów końca życia”. Wywiady te są prowadzone w każdej kolejnej rundzie badania SHARE, począwszy od rundy drugiej. Wywiad „końca życia” realizowany jest dla panelowego respondenta SHARE, który wziął udział w przynajmniej jednej rundzie badania, zaś pomiędzy rundami zmarł. Wywiad prowadzony jest z osobą bliską osoby zmarłej i dotyczy informacji na temat ostatniego roku życia tej osoby, takich jak

zdrowie i opieka zdrowotna, kontakty z bliskimi, samopoczucie, sytuacja majątkowa. W związku z tym, że wywiad ten jest relatywnie krótki (ok. 20 min.), może zostać przeprowadzony przez telefon. Dlatego też w ramach badania telefonicznego SHARE Corona dopuszczono możliwość realizacji „wywiadów końca życia” dla osób, które zmarły od czasu rundy 7. SHARE (w przypadku, jeśli ankier nie zdążył przeprowadzić tego wywiadu podczas rundy 8., przed wybuchem pandemii). Ze względu na wybuch pandemii COVID-19, w kwestionariuszu „wywiadu końca życia” wprowadzono niewielkie zmiany, np. dodając COVID-19 do listy przyczyn śmierci.

Rysunek 2. Liczba wywiadów według rodzaju wywiadu i płci respondenta w poszczególnych krajach



Źródło: dane z badania SHARE Corona, publikacja 8.0.0.

W całym badaniu telefonicznym SHARE Corona zrealizowano 57 559 wywiadów SHARE Corona oraz dodatkowo 1122 „wywiady końca życia”. Na rysunku 2 przedstawiono liczbę obu rodzajów wywiadów w poszczególnych krajach, prezentując te pierwsze dodatkowo w podziale na płeć respondentów. Przeciętnie wśród wszystkich respondentów badania nieco więcej wywiadów zrealizowano w grupie kobiet – 57,8%. We wszystkich krajach kobiety częściej uczestniczyły w badaniu niż mężczyźni, aczkolwiek odsetek udziału kobiet wahał się nieznacznie pomiędzy krajami,

od 54,5% w Niemczech do 63,4% w Łotwie, co odzwierciedla różnice w strukturze populacji osób w wieku 50+ w tych krajach. W Polsce 56,3% wywiadów przeprowadzono z kobietami (1745) i 43,7% (1352) z mężczyznami. Pod względem całkowitej liczby wywiadów Polska wyróżnia się, należąc do mniej licznej grupy krajów, które przeprowadziły znacząco więcej wywiadów niż przeciętnie (mediana liczby wywiadów: 1776; średnia: 2056). Jednocześnie w Estonii zrealizowano o ponad 1/3 więcej wywiadów, zaś w Belgii i we Włoszech niemal 1000 wywiadów więcej. W Estonii przeprowadzono również najwięcej „wywiadów końca życia” (160 wywiadów). W Polsce tego rodzaju wywiadów zrealizowano 68.

Jak można również zauważyć na rysunku 2, choć ogółem „wywiady końca życia” stanowiły niewielki odsetek wszystkich wywiadów telefonicznych tego etapu badania SHARE, to w niektórych krajach o podobnej liczbie wywiadów SHARE Corona przeprowadzono ich kilka, zaś w innych – kilkanaście. Ma to związek ze strukturą próby respondentów SHARE, a przede wszystkim z udziałem próby odmładzającej w ogólnej liczbie respondentów w danym kraju. Przykładowo, kraje, które po raz pierwszy dołączyły do badania SHARE w rundzie 7. (Bułgaria, Cypr, Finlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Rumunia, Słowacja), odnotowały mniej „wywiadów końca życia” niż Izrael, Portugalia czy Węgry (wszystkie trzy z dłuższym stażem w badaniu SHARE), gdzie przy porównywalnej liczbie wywiadów SHARE Corona zrealizowano kolejno 39, 79 i 60 „wywiadów końca życia”. Te różnice w strukturze próby można również zauważyć na rysunku 3, gdzie dla każdego kraju wyrysowano piramidy wieku respondentów: kolorem szarym oznaczając liczbę mężczyzn w danej grupie wieku, pomarańczowym – liczbę kobiet. Piramidy wieku informują nie tylko o tym, jakiej wielkości jest próba danego kraju. Kształt piramidy i udział poszczególnych grup wieku pokazuje, w jakim stopniu próby były „odmładzane” w poprzednich rundach badania. We wszystkich krajach zauważyć można relatywnie niewielką liczbę osób w najmłodszej kohorcie wieku (50–54 lata; na wykresie zaznaczono również osoby w wieku poniżej 50 lat – choć badanie SHARE skupia się na osobach w wieku 50 lat i więcej, to partner(ka) osoby wylosowanej, z którym(ą) również przeprowadzany jest wywiad, może być młodszą). Ma to przede wszystkim związek z tym, że minęły ponad dwa lata od poprzedniej (siódmej) rundy SHARE i w próbie badania telefonicznego nie ma osób w wieku 50–52 lata (osoby z próby odmładzającej w rundzie 8. nie zostały zakwalifikowane do badania telefonicznego SHARE Corona). Dodać należy, że w 7. rundzie badania tylko niektóre kraje uzupełniły swoje próby o próby odmładzające (nie licząc uczestnictwa szeregu krajów po raz pierwszy w SHARE). Polska była jednym z takich krajów, rozszerzając swoją próbę nie tylko o przedstawicieli najmłodszych kohort, ale również znacząco uzupełniając próbę o osoby w starszym wieku.

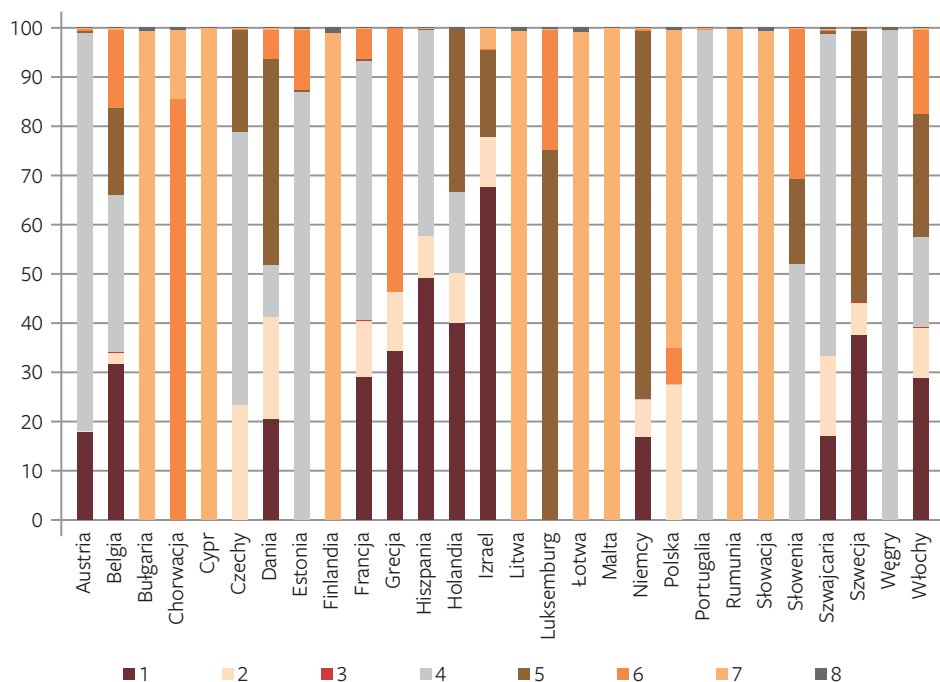
Rysunek 3. Piramidy wieku respondentów w poszczególnych krajach



Źródło: dane z badania SHARE Corona, publikacja 8.0.0.

Z tego względu liczebność polskiej próby osób w wieku 55–59 lat jest niewiele mniejsza niż kolejnych czterech kohort, podczas gdy np. w Austrii, Czechach, Hiszpanii, Portugalii czy Szwajcarii ta kohorta jest znacząco mniej liczebna niż starsze.

Rysunek 4. Struktura wywiadów w poszczególnych krajach według pierwszej rundy uczestnictwa respondenta w badaniu SHARE (w %)



Źródło: dane z badania SHARE Corona, publikacja 8.0.0.

Informację o „stażu” próby panelowej w poszczególnych krajach, tzn. kiedy respondenci dołączyli do badania, przedstawiono na rysunku 4. Na wykresie włączono kategorię dla rundy 8., która obejmuje wyłącznie nowych partnerów (po raz pierwszy w badaniu w rundzie 8.) respondentów panelowych (uczestnictwo w rundach 1–7). W przypadku wspomnianych wcześniej krajów, które dołączyły do badania w rundzie 7., struktura próby jest bardzo jednolita. Niemal jednolitą strukturę mają również Portugalia i Węgry, które dołączyły do badania w rundzie 4. i od tego czasu w ogóle nie „odmłodziły” próby. W przypadku szeregu krajów, m.in. Polski, dominuje udział respondentów, którzy dołączyli do badania w jednej konkretnej rundzie. Dla części z nich jest to pierwsza runda udziału danego kraju w badaniu SHARE (runda 1. w Izraelu, runda 4. w Estonii, runda 5. w Luksemburgu i runda 6. w Chorwacji), dla innych jest to runda, w której znacząco poszerzono próbę do-

łączając liczebną próbę odmładzającą (runda 4. w Austrii, runda 5. w Niemczech, runda 7. w Polsce). Na wykresie wyraźnie widać kraje, które regularnie dbały o odmładzanie swojej próby, poszerzając ją o nowych respondentów w niemal każdej edycji badania (Belgia, Dania, Włochy).

Jak wspomniano wyżej, próba respondentów badania telefonicznego SHARE Corona złożona była wyłącznie z panelowych respondentów, tj. osób, które przynajmniej raz wzięły udział w badaniu SHARE w rundach 1–7. Dzięki temu dla wszystkich tych osób dane zebrane podczas badania telefonicznego można połączyć z informacjami udzielonymi w uprzednio przeprowadzonych standardowych wywiadach SHARE. Decyzja o skupieniu się wyłącznie na panelowych respondentach SHARE było czysto pragmatyczna – losując uczestników próby odmładzającej (innymi słowy – nowe osoby do badania), w większości krajów można otrzymać z rejestrów typu PESEL wyłącznie dane adresowe, bez numeru telefonu. Jako badanie panelowe SHARE kładzie szczególny nacisk na przeprowadzanie wywiadów w kolejnych etapach z tymi samymi osobami. Dlatego też przeprowadzając wywiady w poprzednich rundach SHARE, ankieterzy starali się pozyskiwać numery telefonu respondentów, tak aby móc nadal się z daną osobą skontaktować w razie przeprowadzki wewnątrz kraju lub przeniesienia do instytucji typu dom opieki dla osób starszych (choć wśród uczestników badania SHARE są osoby mieszkające w instytucjach zbiorowego zamieszkania, jak domy opieki, to stanowią one bardzo małą część próby, nieprzekraczającą 5% w żadnym z uczestniczących krajów). Niemniej jednak dostępność telefonów respondentów oraz aktualność tych numerów stanowiła istotne ograniczenie dla realizacji badania telefonicznego SHARE Corona. Różnice w liczbie ostatecznie zebranych wywiadów w badaniu telefonicznym pomiędzy krajami częściowo odzwierciedlają ten problem. Biorąc pod uwagę pełną pulę respondentów panelowych SHARE, przeciętnie dla 9% gospodarstw domowych w bazie w ogóle nie było numeru telefonu [por. tabela A 10.1 w: Bergmann, Börsch-Supan, 2021, s. 168]. Jednak różnice między krajami odegrały istotną rolę, ponieważ przykładowo w Niemczech i Szwajcarii dla wszystkich gospodarstw zebrano wcześniej numery telefonu, zaś w Holandii czy na Węgrzech brakowało numerów dla 1 z 5 gospodarstw.

Pandemia COVID-19 w Polsce i w Europie – podstawowe fakty

Agnieszka Chłóń-Domińczak, Dorota Holzer-Żelazewska, Wiktoria Wróblewska

1.1. Pandemia w okresie realizacji telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona

Telefoniczne badanie ankietowe SHARE Corona było przeprowadzane kilka miesięcy po wybuchu światowej pandemii – od czerwca do sierpnia 2020 r. W tym czasie pandemia w różny sposób doświadczyła mieszkańców krajów, które brały udział w badaniu, co ilustruje rysunek 1.1. W tym okresie najwyższa średnia dzienna liczba zakażeń na 100 tys. mieszkańców odnotowana została w Hiszpanii, Belgii, Szwecji i Włoszech, podczas gdy największa średnia dzienna liczba zgonów z powodu COVID-19 zaobserwowana została w Belgii, Hiszpanii, Włoszech, Szwecji i Holandii. Na tym tle Polska należała do grupy krajów z relatywnie niską liczbą zakażeń oraz zgonów.

Od wybuchu pandemii rządy poszczególnych krajów wprowadzały różnorodne środki mające na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się pandemii, obejmujące ograniczenia dotyczące mobilności i zgromadzeń ludności, ograniczenia na rynku pracy, czy przejście na zdalne formy edukacji. Wprowadzone ograniczenia różniły się w poszczególnych krajach, natomiast ich skala miała wpływ na sytuację ludności, w tym także respondentów SHARE. Dlatego też analizując wyniki badania warto uwzględnić to, jaki był zakres polityk realizowanych w poszczególnych krajach.

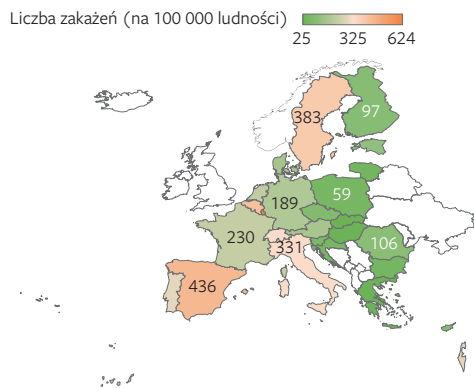
Syntetyczną miarą skali występujących ograniczeń jest Wskaźnik Rygoru Rządowego (*Government Stringency Index*), opracowany przez Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT)¹. OxCGRT gromadzi systematyczne informacje

¹ <https://github.com/OxCGRT> (dostęp: 8.04.2021).

o tym, kiedy i jakie środki konkretne rządy podjęły w celu zwalczania pandemii, rejestruje je w skali odzwierciedlającej zakres reakcji rządu i agreguje wyniki w zestaw wskaźników, które następnie są prezentowane dla wszystkich krajów świata, dla których gromadzone są informacje. Na podstawie zgromadzonych informacji OxCGRT opracował Wskaźnik Rygoru Rządowego, oparty na pomiarze dziewięciu działań podjętych przez rząd w celu zwalczania pandemii, który szacowany jest w ujęciu dziennym. Indeks w danym dniu jest obliczany² jako średni wynik z dziewięciu wskaźników, z których każdy przyjmuje wartość od 0 do 100. Wyższy wynik oznacza ostrzejszą reakcję rządu (tj. 100 = najsurowsza odpowiedź). Jeśli zasady różnią się na poziomie niższym niż krajowy, wskaźnik jest wyświetlany jako poziom odpowiedzi najsurowszego podregionu. Wskaźniki wykorzystane do obliczenia Wskaźnika Rygoru Rządowego to: zamknięcie szkół; zamknięcie miejsc pracy; odwołanie imprez publicznych; ograniczenia dotyczące zgromadzeń publicznych; zamknięcie transportu publicznego; wymagania dotyczące pozostania w domu; publiczne kampanie informacyjne; ograniczenia dotyczące ruchów wewnętrznych i kontroli podróży międzynarodowych.

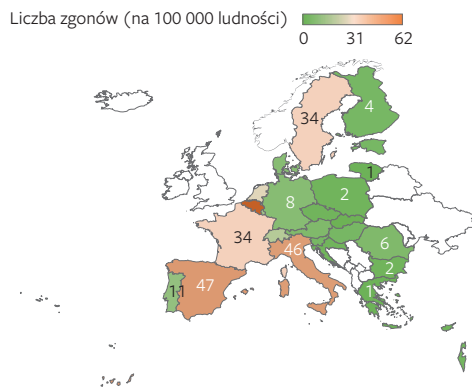
Rysunek 1.1. Średnia dzienna liczba zakażeń i zgonów z powodu COVID-19, na 100 000 ludności w okresie od początku pandemii (11 marca 2020 roku) do zakończenia realizacji telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona

A. Liczba zakażeń COVID-19



Obsługiwane przez usługę Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom

B. Liczba zgonów z powodu COVID-19



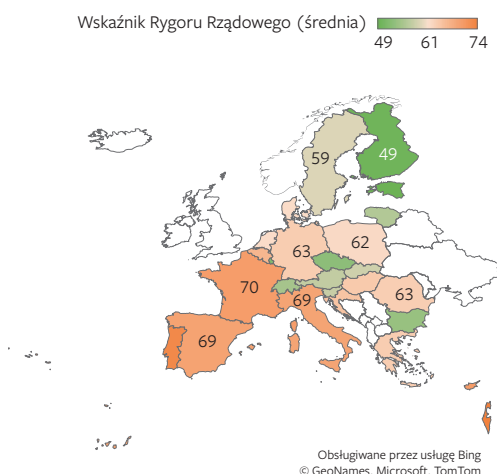
Obsługiwane przez usługę Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Oxford COVID-19 Government Response Tracker, <https://ourworldindata.org/policy-responses-covid> (dostęp: 8.04.2021).

² Pełny opis autorów dotyczący sposobu obliczania wskaźnika: https://github.com/OxCGRT/covid-policy-tracker/blob/master/documentation/index_methodology.md (dostęp: 8.04.2021).

Dane zgromadzone przez OxCGRT zostały wykorzystane do określenia średniego Wskaźnika Rygoru Rządowego dla okresu od początku pandemii (11 marca 2020 r.) do zakończenia realizacji telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona (rysunek 1.2). Data 11 marca 2020 r. przyjęta została na podstawie decyzji Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, WHO). 30 stycznia 2020 r., przy 7818 potwierdzonych przypadkach w 19 krajach, WHO uznała wybuch COVID-19 za stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym (*Public Health Emergency of International Concern*, PHEIC), a następnie, 11 marca 2020 r., WHO uznała rozprzestrzeniający się COVID-19 za pandemię.

Rysunek 1.2. Wskaźnik Rygoru Rządowego w okresie od 11 marca 2020 roku do 10 sierpnia 2020 roku (koniec badania ankietowego SHARE Corona)

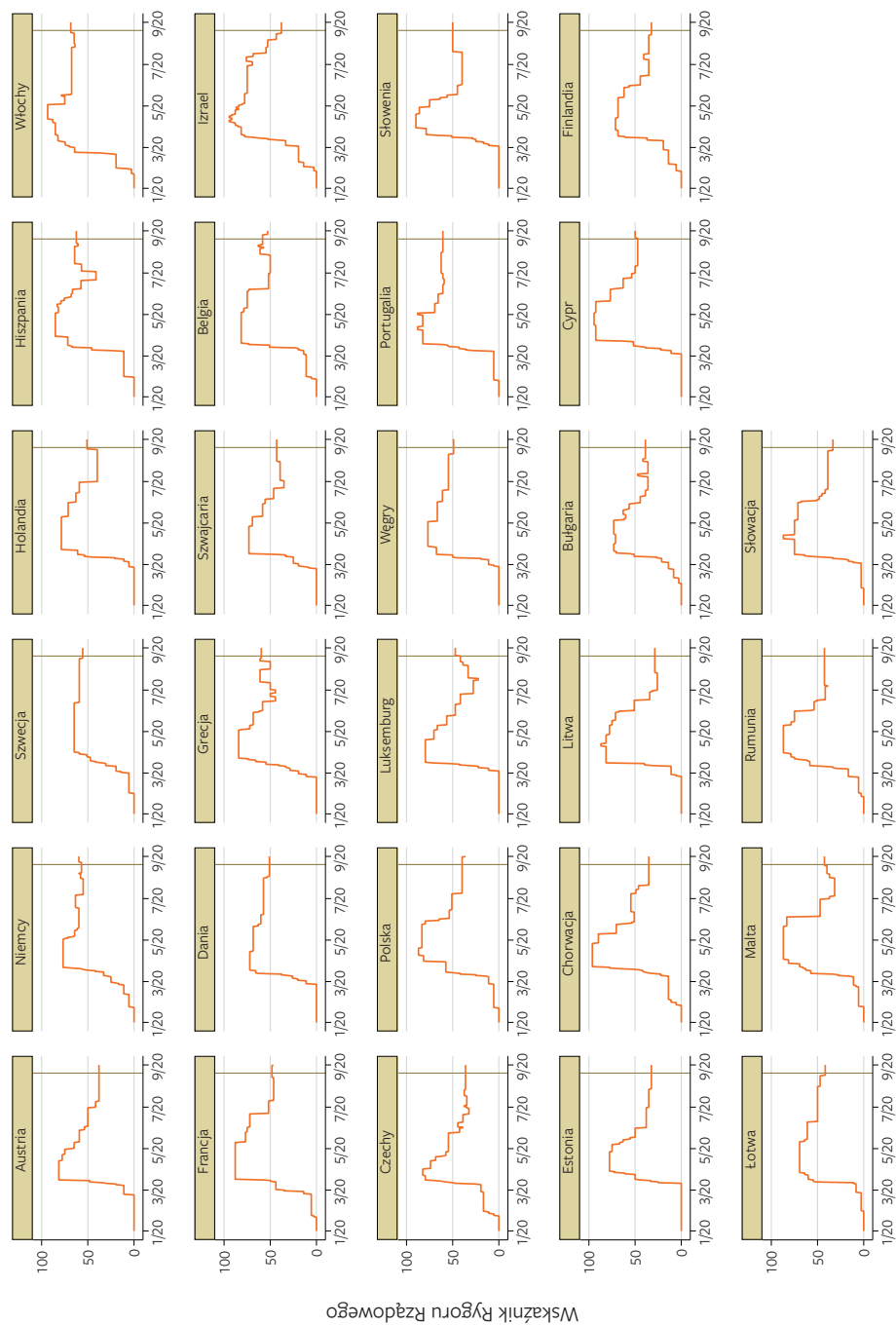


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Oxford COVID-19 Government Response Tracker, <https://ourworldindata.org/policy-responses-covid> (dostęp: 8.04.2021).

Autorzy indeksu podkreślają, że rejestruje on jedynie rygorystyczność polityk rządowych. Nie mierzy, ani nie sugeruje stosowności lub skuteczności reakcji danego kraju. Wyższy wynik niekoniecznie oznacza, że reakcja danego kraju jest „lepiej” niż innych, znajdujących się niżej w indeksie.

Średni Wskaźnik Rygoru Rządowego dla okresu od ogłoszenia przez WHO pandemii do momentu zakończenia telefonicznego badania SHARE Corona przyjął najwyższe wartości w Izraelu (74), Portugalii (73), Francji (70) i na Cyprze (70). Również Hiszpania i Włochy (69) miały wysoki Wskaźnik Rygoru Rządowego w tym czasie. Natomiast najniższe wartości tego wskaźnika odnotowano dla Finlandii i Estonii (49). Działania podjęte w tym czasie przez rząd w Polsce uzyskały Wskaźnik Rygoru Rządowego na średnim poziomie (62).

Rysunek 1.3. Kształtowanie się Wskaźnika Rygoru Rządowego w poszczególnych krajach od 1 stycznia do 15 sierpnia 2020 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Oxford COVID-19 Government Response Tracker, <https://ourworldindata.org/policy-responses-covid> (dostęp: 8.04.2021).

Warto również podkreślić, że okres realizacji telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona przypadła na czas zmniejszonych restrykcji we wszystkich krajach, co ilustruje rysunek 1.3.

1.2. Umieralność i nadumieralność w Polsce i Europie w pierwszym roku pandemii

Nadmiarowe zgony i nadmierna umieralność (nadumieralność) w okresie pandemii COVID-19 określone zostały na podstawie liczby zgonów ogółem oraz liczby zgonów przypadających na 100 tys. mieszkańców, odniesionych do poziomu, jakiego można było się spodziewać w „normalnych” warunkach w tym okresie. Miarą spodziewanej liczby zgonów w latach 2020–2021, gdyby nie doszło do pandemii COVID-19, jest średni poziom zgonów z lat 2015–2019. W raporcie omawiamy związek pomiędzy tygodniową liczbą zgonów w okresie pandemii a oczekiwaną dla danego okresu. Dane tygodniowe o zgonach raportowane są zgodnie z międzynarodową normą ISO 8601, która definiuje tydzień i daty zakończenia tygodnia.

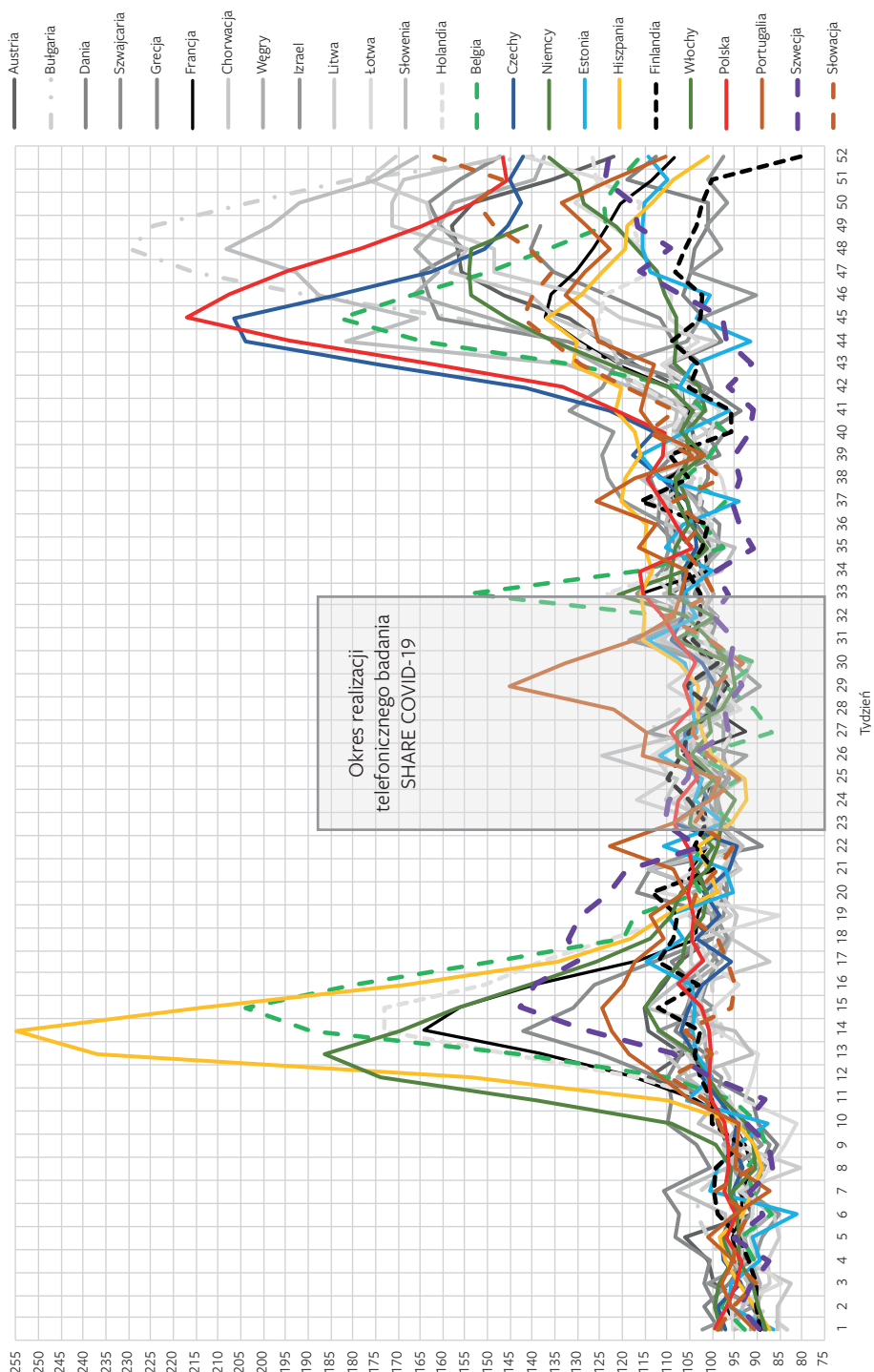
Nadmiarowe zgony i nadumieralność obejmują wszystkie zarejestrowane zgony w okresie pandemii i mogą być miarą całkowitego wpływu pandemii na zgony. Uwzględniają one nie tylko potwierdzone zgony, ale także zgony z powodu COVID-19, które nie zostały prawidłowo zdiagnozowane i zgłoszone, a także zgony z innych przyczyn, które można przypisać ogólnym warunkom kryzysowym.

Należy zaznaczyć, że zgłoszona liczba zgonów może nie obejmować wszystkich zgonów, które miały miejsce w danym tygodniu, co wynika m.in. z opóźnienia w zgłaszaniu zgonów. Zakres opóźnienia różni się w zależności od kraju, podobnie jak i sposób raportowania daty śmierci, która może odnosić się do czasu, w którym zgon nastąpił lub kiedy został zarejestrowany.

Dla lepszej porównywalności między krajami, ze względu na duże różnice w populacjach, na rysunku 1.4 przedstawiono wyrażony procentowo stosunek współczynników zgonów (na 100 tys. osób). Dla Polski zaprezentowano dodatkowo dane o absolutnej nadwyżce liczby zgonów zaobserwowanych w danym tygodniu (rysunek 1.5) oraz współczynniki zgonów dla płci i grup wieku (rysunek 1.6). W postaci piramidy wieku przedstawiono także zgony mężczyzn i kobiet w 2020 roku w porównaniu do 2019 roku (rysunek 1.7) w Polsce.

Największy wzrost współczynników zgonów w okresie pierwszej fali zakażeń COVID-19 notowany był w Hiszpanii, Belgii, we Włoszech, Francji i Szwecji w 14. i 15. tygodniu 2020 roku, które zakończyły się odpowiednio w niedzielę 5 i 12 kwietnia. W Hiszpanii umieralność była wyższa w tym czasie od średniej tygodniowej

Rysunek 1.4. Poziom współczynników zgonów w 2020 roku w stosunku do średniej z lat 2015–2019 (lata 2016–2019 dla Niemiec i Grecji; w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Human Mortality Database, www.mortality.org (dostęp: 3.03.2021).

w ostatnich pięciu latach blisko dwuipółkrotnie, w Belgii dwukrotnie, we Włoszech była wyższa o 80%, we Francji o 60%, a w Szwecji o 50%. Znaczne wzrosty współczynników zgonów wystąpiły także w Luksemburgu i Holandii, krajach gęsto zaludnionych i sąsiadujących z Belgią. W okresie drugiej fali pandemii największe wzrosty współczynników zgonów – dwukrotne i wyższe – odnotowano w 44. i 45. tygodniu (zakończone 1 i 8 listopada) w Polsce i w Czechach, a następnie w 48. i 49. tygodniu na Słowenii i w Bułgarii. W większości krajów objętych badaniem SHARE współczynniki zgonów w tym okresie wzrosły od 30 do 60% w porównaniu do poziomu notowanego w latach poprzednich.

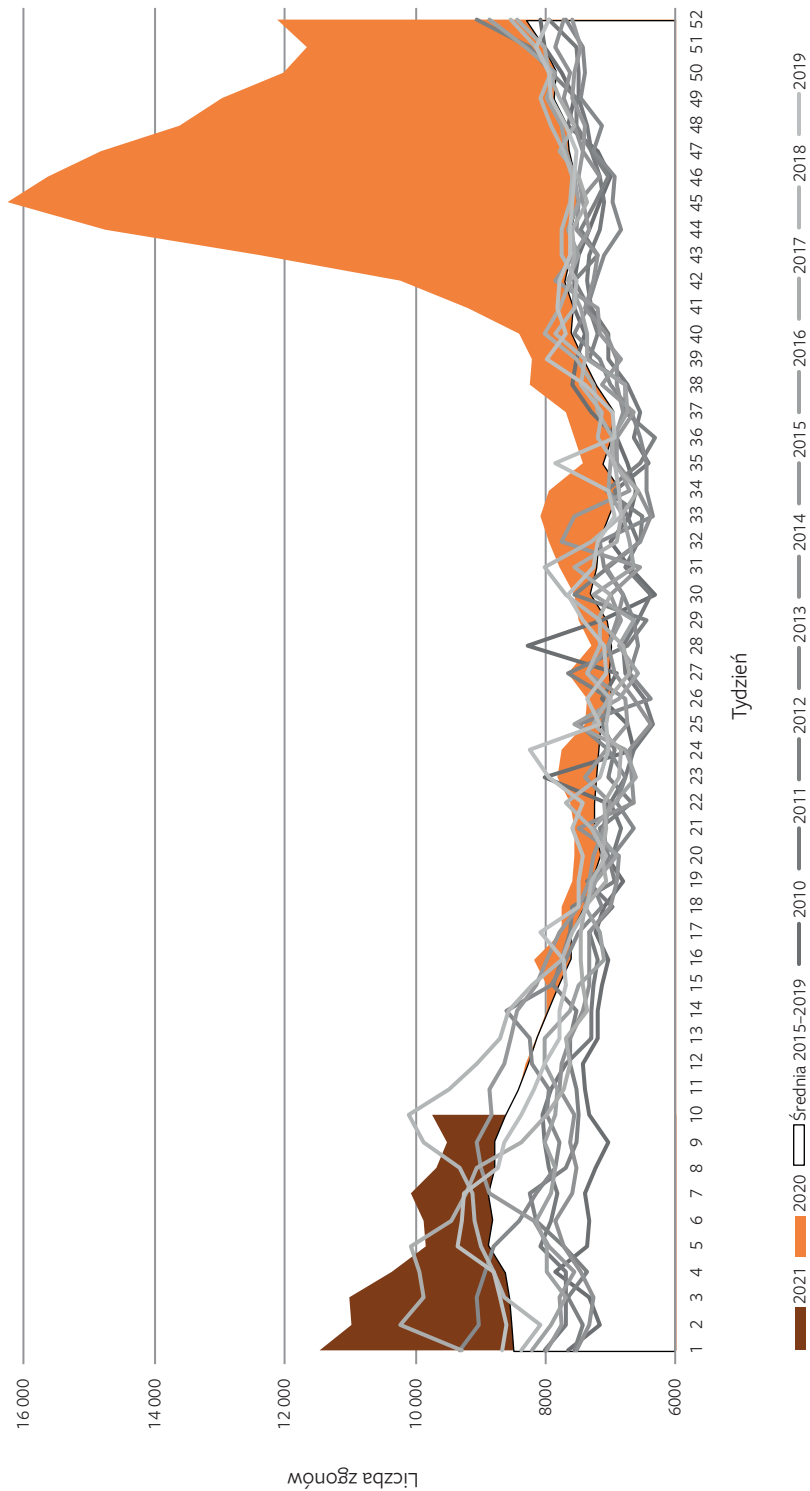
Warto zauważyć, że w czasie realizacji telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona (24.–33. tydzień 2020 roku) notowano znaczne zmniejszenie liczby nowych zakażeń, a współczynniki zgonów w większości krajów oscyływały wokół poziomu średniego lat ubiegłych lub były nieco wyższe (rysunek 1.4). W Polsce wystąpił wówczas niewielki wzrost zgonów na poziomie bliskim 5%. Nieco większe przyrosty współczynnika zgonów wystąpiły w Szwecji, Niemczech i Hiszpanii (10–20%), a w Portugalii i Belgii były największe – wzrost o blisko 50% (odpowiednio w 29. i 33. tygodniu).

Także w okresie poprzedzającym telefoniczne badanie SHARE Corona liczby nowych przypadków zakażeń oraz zgonów w Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej, pozostawały na stosunkowo niskim poziomie. Niewątpliwie sytuacja taka rzutowała na decyzje rządów dotyczące podejmowanych środków w celu zwalczania pandemii, a także zachowania prozdrowotne mieszkańców poszczególnych krajów w tym czasie.

Wzrost natężenia zgonów w Polsce można było zaobserwować już w drugiej połowie sierpnia, podobnie jak w Niemczech, Hiszpanii, Francji, Holandii, także – z tygodniowym przesunięciem – w Izraelu. Jednakże gwałtowny przyrost liczby zgonów nastąpił podczas drugiej fali pandemii COVID-19 (w okresie od 43. tygodnia do końca 2020 roku oraz na początku 2021 roku). Tygodniowa liczba zgonów była wówczas wyższa niż 14 tysięcy, a w 45. tygodniu (kończącym się 8 listopada) wyniosła 16 240 i była wyższa ponad dwukrotnie w porównaniu do średniej tygodniowej liczby zgonów w tym czasie w latach 2015–2019 (rysunek 1.5).

Tygodniowe współczynniki zgonów wyznaczone dla dziesięcioletnich grup wieku potwierdzają znaczne zwiększenie umieralności mężczyzn i kobiet w Polsce przypadające na okres od 43. tygodnia 2020 roku w porównaniu do poziomu umieralności w analogicznych okresach poprzednich lat (rysunek 1.6).

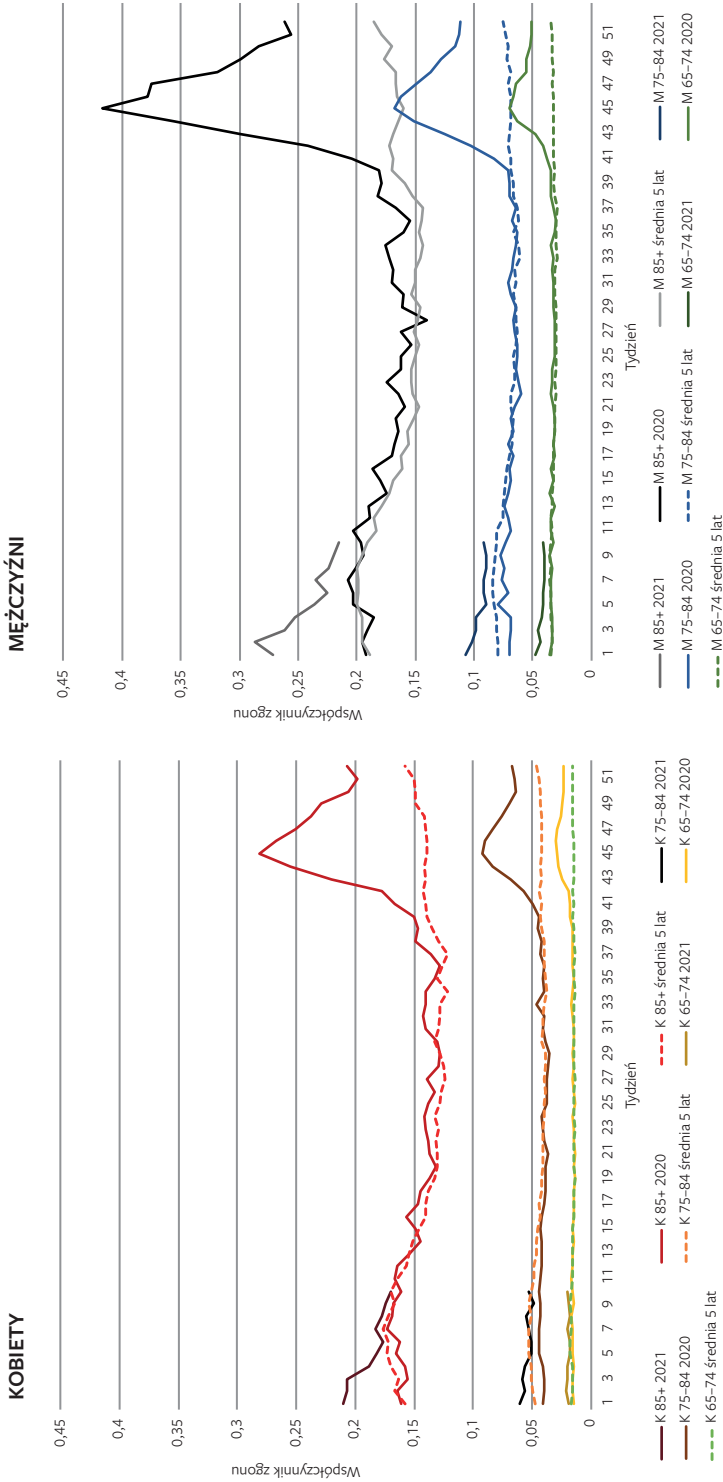
Rysunek 1.5. Tygodniowa liczba zgonów w Polsce w 2020 roku i na początku 2021 roku w porównaniu do średniej liczby zgonów w latach 2015–2019



Płeć: razem; wiek: ogółem.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Human Mortality Database, www.mortality.org (dostęp: 8.04.2021).

Rysunek 1.6. Współczynnik zgonów według płci i grup wieku w Polsce w 2020 i 2021* roku oraz średni poziom współczynnika zgonów z lat 2015–2019



* Dane dla 2021 roku dotyczą pierwszych 10 tygodni roku i przedstawione są w pierwszej kolejności.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Human Mortality Database, www.mortality.org (dostęp: 8.04.2021).

Współczynniki zgonów w grupach wiekowych 65–74 lata, 75–84 lata oraz 85 lat i więcej wzrosły w tym czasie nawet 2- i 2,5-krotnie, zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. Na przykład, w 45. i 46. tygodniu 2020 roku umieralność kobiet w wieku 75–84 lata wzrosła z poziomu 4,2 tys. (średniego w poprzednich latach) do 9,3 tys. zgonów, a mężczyzn z 6,8 tys. do 16,5 tys. zgonów na 100 tys. osób w tym wieku. Współczynniki zgonów mężczyzn są znacznie wyższe niż kobiet, jednakże stosunkowy przyrost umieralności był tylko nieco wyższy wśród mężczyzn. Podobne relacje zaobserwowano także w innych krajach, jednakże współczynniki umieralności oraz ich wzrosty były znacząco niższe. W okresach największego nasilenia umieralności, w takich krajach jak Francja, Niemcy, Szwecja umieralność w grupie wieku 65–74 lata wzrosła z poziomu poniżej 5 tys. do niespełna 6 tys. na 100 tys., a we Włoszech i Hiszpanii z 4,5 tys. do odpowiednio 7,8 i 9,8 tys., podczas gdy w Polsce z blisko 5,4 do 12 tys. Także wśród osób młodszych, będących w wieku 15–64 lata, odnotowano wzrost współczynnika zgonów w Polsce sięgający nawet 50% w szczytowym okresie natężenia zgonów w czasie trwania drugiej fali pandemii. W przypadku tej grupy wieku, podobnie jak w innych krajach, wzrost umieralności wystąpił tylko w okresie nasilenia pandemii, a w pozostałych tygodniach natężenie zgonów utrzymywało się na poziomie niższym niż średnia w analogicznych okresach poprzednich lat.

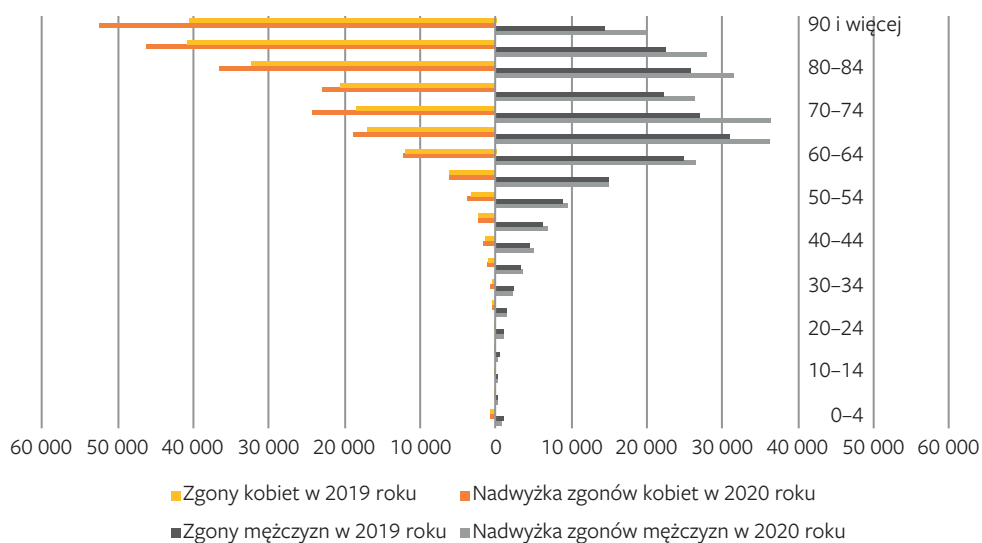
Z informacji Głównego Urzędu Statystycznego o zgonach w Polsce, pochodzącej ze sprawozdawczości urzędów stanu cywilnego, wynika, że w 2020 roku odnotowano 477,4 tys. zgonów, a dla porównania w 2019 roku – 409,7 tysięcy. Oznacza to wzrost liczby zgonów w skali całego 2020 roku o 67,7 tys., czyli o 16,5%. Należy przy tym zaznaczyć, że tak wyznaczona nadwyżka zgonów nie uwzględnia zmian, które zaszły w ciągu roku w strukturze wieku i łączyły się z przesunięciem nieco liczniejszych roczników populacji do starszych grup wieku. Prognozowana liczba zgonów dla Polski Urzędu Statystycznego Eurostat³ uwzględniająca te zmiany demograficzne zakładała, że liczba zgonów w 2020 roku będzie wynosić 415,4 tys. i będzie wyższa o ok. 5,4 tys. zgonów względem 2019 roku. Przy uwzględnieniu tej różnicy nadwyżka liczby zgonów w 2020 roku (względem prognozowanej) wyniosła 61,9 tys., czyli 14,9%.

Nadwyżki liczby zgonów dotyczyły przede wszystkim osób starszych. Absolutna liczba zgonów osób w wieku 65 lat i więcej w 2020 roku była wyższa o blisko 33 tys. dla mężczyzn i 28 tys. dla kobiet. Największy wzrost liczby zgonów wystąpił wśród osób w wieku 70–74 lata, o 31% dla mężczyzn (ponad 8,2 tys. zgonów więcej)

³ Eurostat, *Population projections at national level (2019-2100)*, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/proj_19ndbi/default/table?lang=en (dostęp: 8.04.2021).

oraz o 28% dla kobiet (5,2 tys.). Relatywnie większe nadwyżki zgonów wystąpiły wśród starszych mężczyzn niż kobiet. Liczba osób zmarłych w wieku 80–84 lata, 85–89 oraz 90 lat i więcej w 2020 roku w porównaniu do 2019 roku była większa odpowiednio o blisko 23%, 22% i 27% w przypadku mężczyzn oraz 16%, 13% i 18% w przypadku kobiet (rysunek 1.7).

Rysunek 1.7. Struktura zgonów według płci i wieku w Polsce w 2020 i 2019 roku i nadwyżka zgonów w 2020 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych o liczbie zgonów w 2019 i 2020 roku pozyskanych z Banku Danych Lokalnych GUS, <https://bdl.stat.gov.pl> (dostęp: 6.04.2022).

Z raportu „Informacja o zgonach w Polsce w 2020 roku” [Ministerstwo Zdrowia, 2021] wynika, że główną przyczyną wzrostu zgonów była pandemia SARS-CoV-2 i zakażenia jesienią tego roku. Tylko 30% nadwyżki zgonów w 2020 roku w Polsce dotyczy zgonów osób bez stwierdzonego zakażenia, podczas gdy 43% stanowią zgony raportowane jako spowodowane wirusem SARS-CoV-2, a 27% – pozostałe zgony wśród zakażonych. Wśród osób, które w przeszłości leczyły się z powodu choroby przewlekłej, największy wzrost zgonów względem 2019 roku odnotowano wśród tych z chorobami układu krążenia, cukrzycą i chorobami neurologicznymi, a najmniejszy wśród chorych na nowotwory.

Bibliografia

Hale, T., Webster, S., Petherick, A., Phillips, T., Kira, B. (2020). *Oxford COVID-19 Government Response Tracker*. Blavatnik School of Government, <https://ourworldindata.org/policy-responses-covid> (dostęp: 8.04.2021).

Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany), www.mortality.org lub www.humanmortality.de (dostęp: 3.03.2021).

Börsch-Supan, A. (2020). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. COVID-19 Survey 1*. Release version: 0.0.1. beta. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w8cabeta.001.

Ministerstwo Zdrowia (2021). *Informacja o zgonach w Polsce w 2020 roku*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie> (dostęp: 6.04.2022).

Scherpenzeel, A., Axt, K., Bergmann, M., Douhou, S., Oepen, A., Sand, G., Schuller, K., Stuck, S., Wagner, M., Börsch-Supan, A. (2020). Collecting Survey Data among the 50+ Population during the COVID-19 Outbreak: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), *Survey Research Methods*, 14(2), s. 217–221.

2

Styczność respondentów z COVID-19 w okresie pandemii

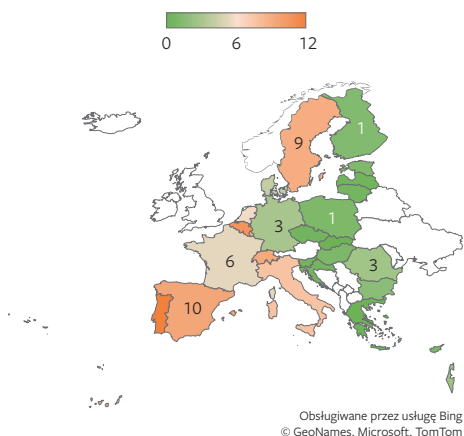
Marta Styrac

Ankietowe badanie telefoniczne SHARE Corona zrealizowane w ramach 8. rundy badania SHARE zawierało pytania dotyczące różnych aspektów życia w warunkach ograniczeń związanych z pandemią, w tym również pytania o styczność respondentów z COVID-19. Aby rozpoznać, czy i w jaki sposób respondent lub jego bliscy byli dotknięci chorobą wywołaną przez wirus SARS-CoV-2, pytano:

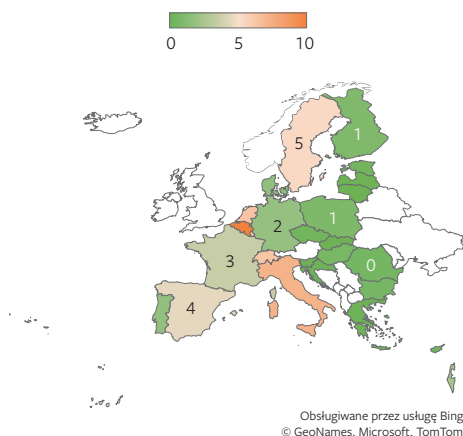
- Czy respondent lub ktokolwiek mu bliski miał symptomy przypisywane chorobie wywołanej przez koronawirusa, np. kaszel, gorączkę lub trudności z oddychaniem?
- Czy respondent lub ktokolwiek mu bliski miał wykonany test na koronawirusa i jego wynik był pozytywny, co oznacza, że osoba była chora na COVID-19?
- Czy respondent lub ktokolwiek mu bliski przebywał w szpitalu w związku z zakażeniem koronawirusem?
- Czy ktokolwiek bliski respondentowi zmarł w związku z zakażeniem koronawirusem?

Respondenci SHARE w Polsce mieli dużo rzadszy kontakt z wirusem SARS-CoV-2 niż ogół respondentów biorących udział w badaniu: 3% odpowiedziało twierdząco w odniesieniu do symptomów, 3% w odniesieniu do pozytywnego wyniku testu, nieco powyżej 1% w odniesieniu do hospitalizacji i nieco poniżej 1% w odniesieniu do śmierci bliskiej osoby. Wśród respondentów ze wszystkich krajów biorących udział w 8. rundzie SHARE odsetki te wynosiły odpowiednio: 15%, 10%, 5% i 3%. Niewielka styczność z wirusem SARS-CoV-2 dotyczyła także innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej: Czech, Słowacji, Węgier, Słowenii, Chorwacji, Rumunii, Bułgarii, Litwy, Łotwy i Estonii. W krajach tego regionu styczność z którymkolwiek

Rysunek 2.3C. Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami przebywali w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (dane ważone, w %)



Rysunek 2.4D. Odsetek respondentów, którzy doświadczyli śmierci bliskiej osoby w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (dane ważone, w %)



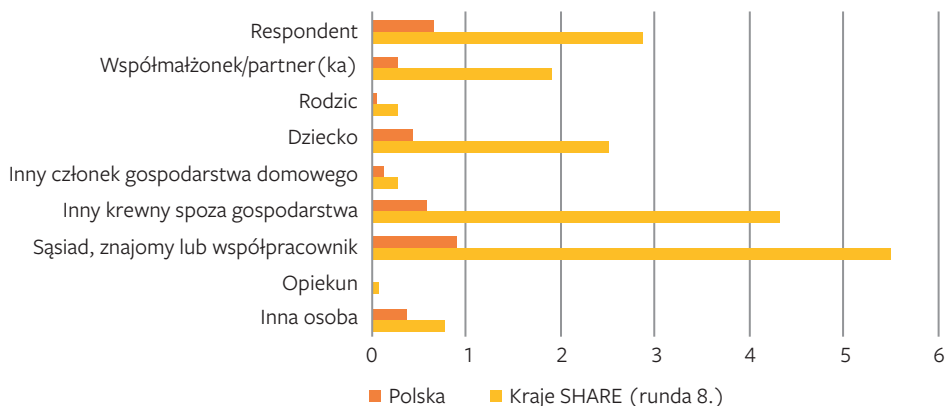
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Respondenci, którzy w swoim otoczeniu zetknęli się z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, wskazywali również, kogo dokładnie dotyczyły poszczególne sytuacje, wymieniając siebie, członków bliższej rodziny (współmałżonek/partner(ka), rodzic, dziecko) lub gospodarstwa domowego oraz osoby spoza gospodarstwa domowego (dalszych krewnych, sąsiadów, znajomych, współpracowników, opiekunów). W przypadku każdego aspektu styczności z wirusem SARS-CoV-2 częściej wskazywano na to, że wystąpił on wśród osób spoza gospodarstwa domowego i spoza najbliższej rodziny (rysunki 2.5–2.8).

Odpowiedzi respondentów z Polski na tle odpowiedzi respondentów z wszystkich krajów biorących udział w rundzie 8. potwierdzają relatywnie niewielką styczność z zakażeniami COVID-19 w Polsce. Symptomy choroby COVID-19, potwierdzone zakażenie wirusem SARS-CoV-2, hospitalizacja i zgon z powodu COVID-19 występowały zdecydowanie rzadziej w otoczeniu polskich respondentów niż w otoczeniu ogółu respondentów SHARE. W szczególności zgony z powodu COVID-19 nie występowały w ogóle wśród najbliższej rodziny i członków gospodarstwa domowego polskich respondentów (rysunek 2.8). Natomiast hospitalizacja osób z najbliższej rodziny z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 występowała w Polsce porównywalnie często jak w ogóle badanych krajów (rysunek 2.7). W badaniu polscy respondenci nie wskazywali na pozytywne testy, pobyty w szpitalu i zgony w odniesieniu do swoich rodziców. Wynik ten sugeruje, że osobom najstarszym w Polsce

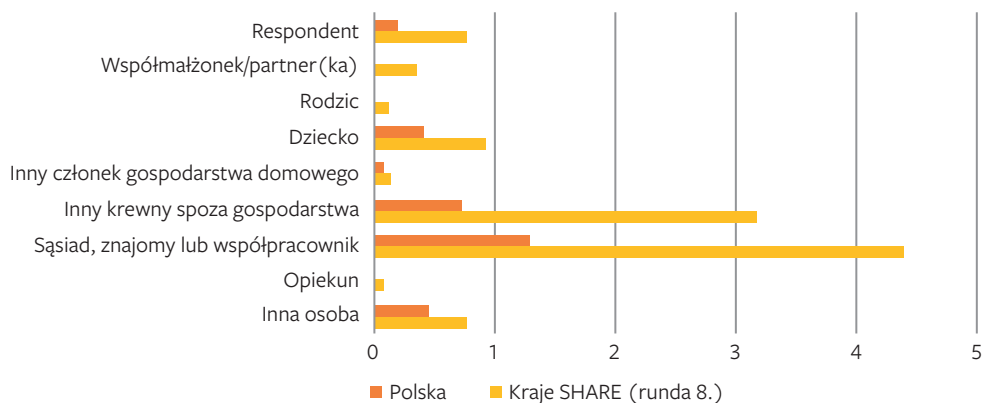
w większym stopniu udało się uniknąć zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w pierwszej fazie pandemii.

Rysunek 2.5. Bliscy respondenta, którzy mieli symptomy choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2 (dane ważone, w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Rysunek 2.6. Bliscy respondenta, którzy mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2 (dane ważone, w %)

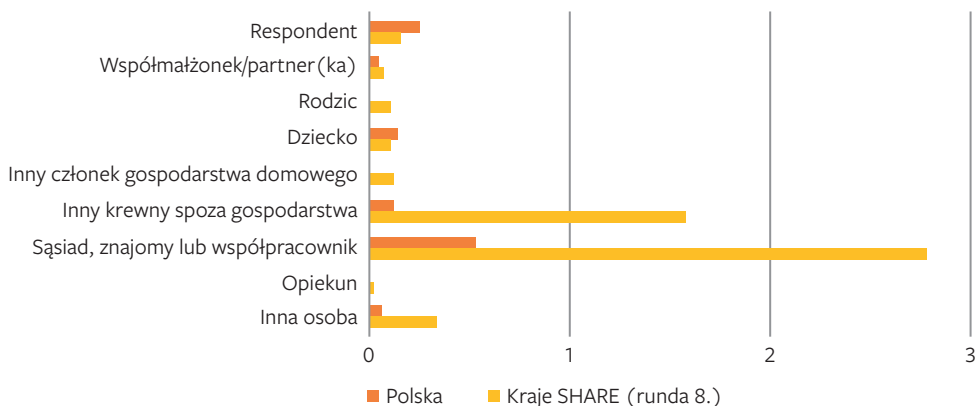


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Pierwsza fala pandemii COVID-19 przebiegała w Polsce łagodnie zarówno pod względem poziomu zakażeń, jak i zgonów wywołanych wirusem SARS-CoV-2. W rezultacie również styczność respondentów z tym wirusem była dużo mniejsza niż w innych krajach biorących udział w badaniu SHARE. Dotyczyło to zarówno wystąpienia symptomów, pozytywnego wyniku testu na wirusa SARS-CoV-2, jak i pobytu

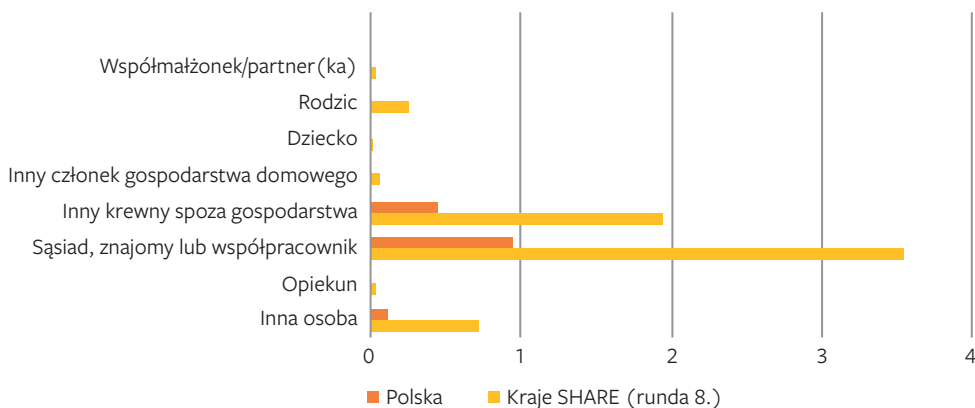
w szpitalu w związku z zakażeniem oraz zgonu z powodu wirusa SARS-CoV-2 wśród bliskich respondenta.

Rysunek 2.7. Bliscy respondenta, którzy przebywali w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (dane ważone, w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Rysunek 2.8. Bliscy respondenta, którzy zmarli w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (dane ważone, w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

3

Zdrowie i opieka zdrowotna w okresie pandemii

Wiktoria Wróblewska, Radosław Antczak, Paweł Strzelecki

W tej części opracowania przedstawiono ogólny stan zdrowia osób w wieku 50+ oraz ich problemy psychiczne w czasie przed wybuchem pandemii i w pierwszym okresie jej trwania. Opisane zostały także zachowania prozdrowotne badanych i dostęp do opieki zdrowotnej oraz rezygnacje lub przekładanie wizyty lekarskiej.

Uzyskane wyniki mogą być istotne dla przyszłej oceny skutków zdrowotnych tego okresu w analizowanych krajach. Na poziomie opisowym zaobserwowano znaczne różnice między krajami w zakresie rozpowszechnienia analizowanych problemów zdrowotnych, które mogły współwystępować z sytuacją epidemiczną. Należy jednak podkreślić, że na tym etapie analizy uzyskanych wyników nie można interpretować przyczynowo, ale co najwyżej korelacyjnie.

Obliczenia zostały wykonane na danych ważonych, co pozwala na ich uogólnienie na całą populację osób w wieku 50+ w poszczególnych krajach.

3.1. Ogólny stan zdrowia w okresie pandemii

Badane osoby odpowiadały na pytanie o stan zdrowia przed wybuchem pandemii (doskonały, bardzo dobry, dobry, taki sobie, zły) oraz o ocenę stanu zdrowia w okresie trwania pandemii w porównaniu do czasu przed pandemią (polepszył się, pogorszył, mniej więcej taki sam).

W związku z tym, że osoby starsze (obciążone innymi schorzeniami) są grupą, która jest najbardziej narażona na ciężki przebieg COVID-19 w sytuacji zakażenia wirusem SARS-CoV-2, w analizie skupiono się na negatywnych wskaźnikach stanu

zdrowia: oceny stanu zdrowia poniżej dobrego (taki sobie lub zły) oraz pogorszeniu stanu zdrowia w okresie pandemii.

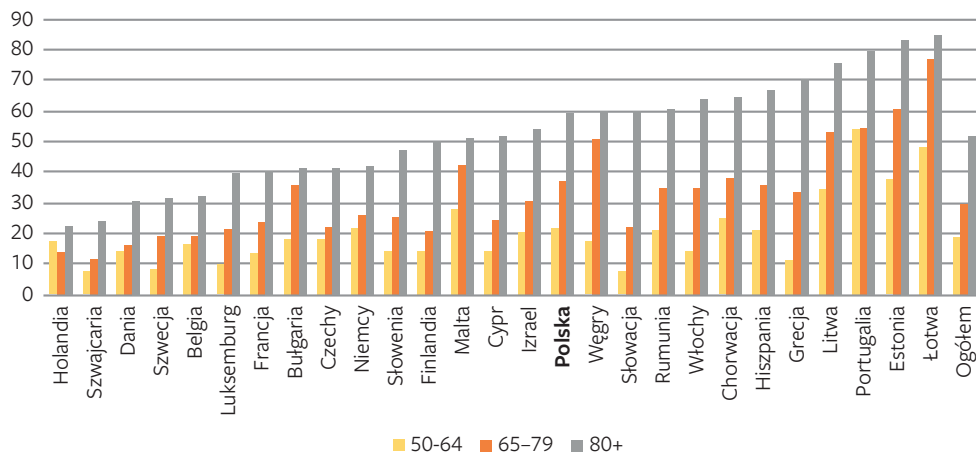
Warto podkreślić, że przed wybuchem pandemii notowano duże zróżnicowanie ogólnego stanu zdrowia osób w wieku 50+ w krajach objętych badaniem „SHARE: 50+ w Europie”, co jest widoczne w różnicach w częstości występowania ocen zdrowia poniżej dobrego. Odsetek osób w wieku 50+, których stan zdrowia był zły lub taki sobie wynosił od 12% w Szwajcarii i 17% w Szwecji, Holandii, Danii i Luksemburgu do powyżej 50% w Estonii, Portugalii i na Łotwie. W Polsce przed pandemią co trzecia osoba w wieku 50+ oceniała swoje zdrowie poniżej dobrego (rysunek 3.1A).

Różnice te dotyczą także poszczególnych grup wieku. Uzyskane oceny stanu zdrowia wskazują na to, że przed okresem pandemii co piąta osoba w Polsce w wieku 50–64 lata miała problemy zdrowotne, co trzecia w wieku 65–79 lat i blisko 60% w wieku 80 lat i powyżej. Zbliżone wskaźniki do Polski dla osób w wieku 50–64 lata notowane były w Niemczech, Hiszpanii, Rumunii, Bułgarii i Czechach, wyższe na Litwie, Łotwie, Estonii i w Portugalii, a znacznie niższe w Szwecji, Szwajcarii i Słowacji. W wieku 65–79 lat, podobnie często jak Polacy, swój stan zdrowia poniżej dobrego oceniali Hiszpanie, Włosi, Bułgarzy, Rumunii i Grecy. Znacznie korzystniej kształtował się stan zdrowia seniorów w tym wieku w Szwajcarii, Holandii i Danii. W krajach tych udział osób oceniających swój stan zdrowia poniżej dobrego był blisko 3-krotnie niższy niż w Polsce. Lepiej niż Polacy oceniali swój stan zdrowia także mieszkańcy Czech i Słowacji w wieku 65–79 lat. Wśród osób, które ukończyły 80 rok życia oceny stanu zdrowia poniżej dobrego stają się dominujące w większości analizowanych krajów. Najwięcej negatywnych ocen stanu zdrowia było wśród osób w tym wieku w krajach Europy Wschodniej i Południowej (blisko 70%), a najmniej w krajach Beneluksu i Szwecji (poniżej 30%; rysunek 3.2).

Warto zauważyć, że następujący wraz z wiekiem wzrost udziału ocen negatywnych jest bardzo zróżnicowany między krajami. W Holandii, Belgii, Danii i Szwajcarii różnice w stanie zdrowia pomiędzy osobami w wieku 50–64 lata a 80 lat i więcej, mierzone odsetkiem ocen poniżej dobrego stanu zdrowia, nie przekraczają 20 p.p., podczas gdy w krajach Europy Wschodniej i Południowej są dwukrotnie wyższe, np. w Grecji i na Słowacji przekraczają 50 p.p. W Polsce wzrost problemów zdrowotnych i udziału negatywnych ocen stanu zdrowia następuje wraz z wiekiem także stosunkowo szybko i różnica w częstości ocen poniżej dobrego stanu zdrowia wynosiła blisko 40 p.p. (od 22% dla wieku 50–64 lata do 60% w wieku 80+).

Od początku pandemii do czasu realizacji badania u blisko co dziesiątej osoby w wieku 50+ w Polsce nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia (u 8% mężczyzn i 11% kobiet). Rzadziej pogorszenie stanu zdrowia odnotowano w tym czasie u miesz-

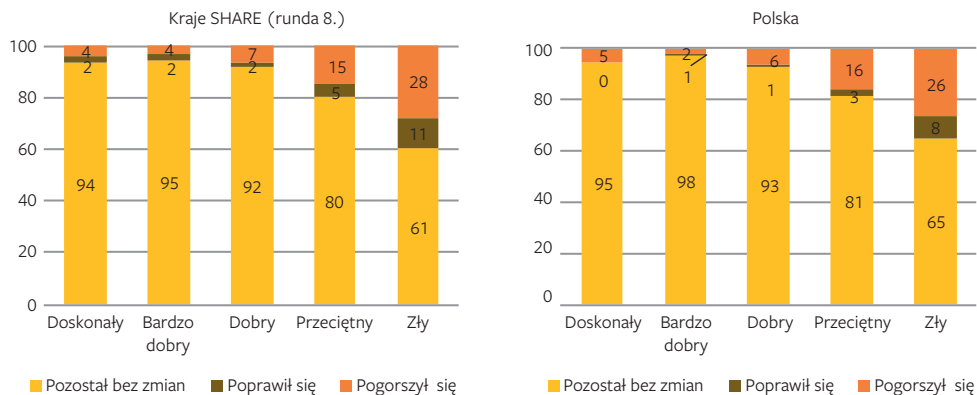
Rysunek 3.2. Osoby w wieku 50+, których stan zdrowia był poniżej dobrego przed okresem pandemii według wieku (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Wyniki badania potwierdzają znacznie większe ryzyko pogorszenia stanu zdrowia osób, które już przed wybuchem pandemii i związanymi z nią ograniczeniami, były obciążone chorobami i dolegliwościami zdrowotnymi. W Polsce u co czwartej osoby w wieku 50+, której stan zdrowia był zły przed pandemią, nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia w okresie od początku trwania pandemii do czasu realizacji badania. We wszystkich krajach objętych badaniem odsetek ten wynosił 28%. Wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako taki sobie pogorszenie stanu zdrowia wystąpiło u 15,5% osób w Polsce i u 15,1% ogółu krajów (rysunek 3.3).

Rysunek 3.3. Zmiana stanu zdrowia od początku pandemii według stanu zdrowia przed okresem pandemii osób w wieku 50+ (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Uwzględniając stosunkowo niski poziom zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w tym okresie w Polsce, tak znaczny odsetek osób o złym stanie zdrowia, u których nastąpiło jeszcze jego pogorszenie, może wskazywać na inne przyczyny tej niekorzystnej zmiany.

3.2. Zachowania prozdrowotne w okresie pandemii

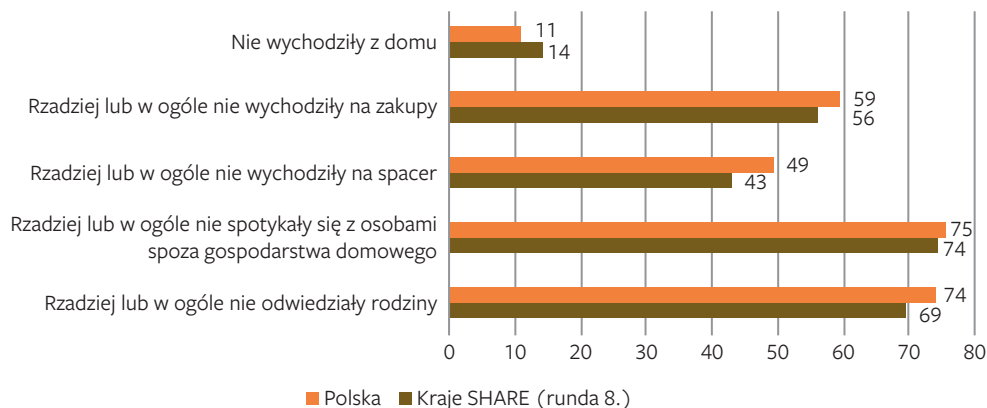
Badani byli proszeni o wskazanie swoich zachowań związanych z rozwojem pandemii COVID-19, przy czym nie pytano o przyczyny tych zachowań – czy wynikały z przepisów prawnych, czy z przekonań respondenta. Pytania te dotyczyły dwóch obszarów: ograniczenia aktywności społecznej poza domem oraz stosowania środków zaradczych przeciw szerzeniu się wirusa SARS-CoV-2.

W zakresie ograniczenia aktywności pytania były następujące:

- Czy od czasu wybuchu epidemii wychodził(a) Pan(i) kiedykolwiek z domu?
- Jak często od czasu wybuchu epidemii wykonywał(a) Pan(i) następujące czynności w porównaniu do okresu przed wybuchem? Możliwe odpowiedzi: wyjście na zakupy, wyjście na spacer, spotkanie z więcej niż pięcioma osobami spoza Pana(i) gospodarstwa domowego, odwiedzenie innych członków rodziny. Czy było to rzadziej, częściej, czy tak samo często?

W większości krajów Unii Europejskiej metody ograniczania rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 miały formę zaleceń lub nawet przepisów prawnych. Środki zaradcze dotyczyły przede wszystkim ograniczenia kontaktów z innymi osobami, a w najbardziej radykalnej formie – niewychodzenia z domu.

Rysunek 3.4. Ograniczenie aktywności w czasie pandemii wśród osób w wieku 50+ (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Pierwsze pytanie dotyczyło właśnie pozostawania w domu. Na poziomie wszystkich krajów uczestniczących w badaniu 13,8% osób przyznało, że nie wychodziło z domu od początku pandemii. Należy pamiętać, że telefoniczne badanie SHARE Corona było realizowane w okresie między końcem maja a początkiem sierpnia. Oznacza to, że ta grupa osób pozostawała w domu 3–4 miesiące. Najwyższy odsetek niewychodzących z domu zaobserwowano na Malcie (50,6%). Znaczna część populacji (ponad 1/3) nie wychodziła z domu we Włoszech, Chorwacji i na Cyprze. Na drugim biegunie znalazło się 6 krajów, gdzie nie więcej niż 5% badanych przyznało się, że nie wychodziło z domu: w Danii, Szwecji, Finlandii, Niemczech, Francji i Holandii.

W Polsce 10,8% badanych nie wychodziło z domu od rozpoczęcia pandemii, a więc znaleźliśmy się w grupie krajów, gdzie odsetek pozostających w domu był jednym z niższych. Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni nie wychodziły z domu (13,2% wobec 7,8% wśród mężczyzn), podobny trend zaobserwowano w innych krajach. Wyraźna była też różnica między grupami wiekowymi, bo aż 35,2% osób w wieku 80 lat i więcej nie wychodziło z domu, podczas gdy w najmłodszej grupie wiekowej (50–64 lata) było to jedynie 4,1%.

Kolejne pytania dotyczące poszczególnych aktywności pozwoliły na zidentyfikowanie, które okoliczności związane z wyjściem z domu zostały najbardziej ograniczone.

W przypadku zakupów 55,8% osób na poziomie wszystkich krajów biorących udział w badaniu ograniczyło lub zupełnie zrezygnowało z zakupów. Najwyższe odsetki tych, którzy ograniczyli zakupy, zaobserwowano w Słowenii i Luksemburgu (ponad 70%), a najniższe w Bułgarii (32,4%) oraz Malcie, Słowacji i Chorwacji (poniżej 40%).

W Polsce 59,3% osób z tej grupy wiekowej ograniczyło lub zrezygnowało z zakupów, czyli nieco więcej niż przeciętnie dla wszystkich krajów. Nieco częściej ograniczenie zakupów dotyczyło kobiet niż mężczyzn.

Kolejną ograniczaną czynnością było wychodzenie z domu na spacer. Na poziomie wszystkich badanych krajów 42,7% osób ograniczyło wyjścia z domu na spacer lub zupełnie z nich zrezygnowało. W przypadku tej aktywności wystąpiło również znaczne zróżnicowanie między krajami. Największa część populacji 50+ ograniczyła spacer w Hiszpanii (67,3%), a także we Włoszech, Portugalii i Grecji. Na drugim biegunie znalazły się kraje północnej Europy – Szwecja, Dania i Finlandia oraz Holandia – gdzie ze spacerów zrezygnowało jedynie między 10% a 15% badanych osób.

Polska znalazła się w grupie krajów o wysokim odsetku osób rezygnujących ze spacerów – przyznało się do tego 49,1%. Podobnie jak w przypadku zakupów nieco częściej ograniczyły tę czynność kobiety.

Kolejna aktywność – spotkania z przynajmniej pięcioma osobami spoza własnego gospodarstwa domowego – była tą, którą ograniczono najbardziej. Na poziomie wszystkich uczestników badania takie ograniczenie wskazało 74,1% osób. Największa część osób – ok. 83% – zrezygnowała z takich spotkań w Belgii, Francji i Luksemburgu oraz w Niemczech (81,8%). W wielu innych krajach ponad $\frac{3}{4}$ osób przyznało się do rezygnacji ze spotkań. Natomiast najmniej osób ograniczyło spotkania wśród mieszkańców Malty (40,8%) oraz kilku krajów Europy Wschodniej – Bułgarii, Chorwacji i Węgier.

W Polsce odsetek ograniczających spotkania z osobami spoza gospodarstwa domowego był wysoki i wyniósł 75,2%, bez istotnych różnic między kobietami i mężczyznami.

Podobnie jak w przypadku spotkań z osobami spoza gospodarstwa domowego, znaczna część osób w wieku 50 lat i więcej ograniczyła też wizyty u innych członków rodziny. Na takie zachowanie wskazało 69,3% respondentów we wszystkich badanych krajach. Najwyższy odsetek ograniczających odwiedzanie rodziny zanotowano w Holandii (79,8%), podobnie jak we Francji, Belgii, Luksemburgu i Słowenii. Natomiast najmniej ograniczających odwiedziny było na Malcie (39,4%), a także w Bułgarii, Chorwacji i na Cyprze.

W Polsce 73,7% ograniczyło częstotliwość odwiedzania rodziny, co było jedną z wyższych wartości w Europie. Nie było różnic między kobietami a mężczyznami w odsetku ograniczających odwiedziny.

W zakresie stosowania środków zaradczych przeciw szerzeniu się wirusa SARS-CoV-2 pytania były następujące:

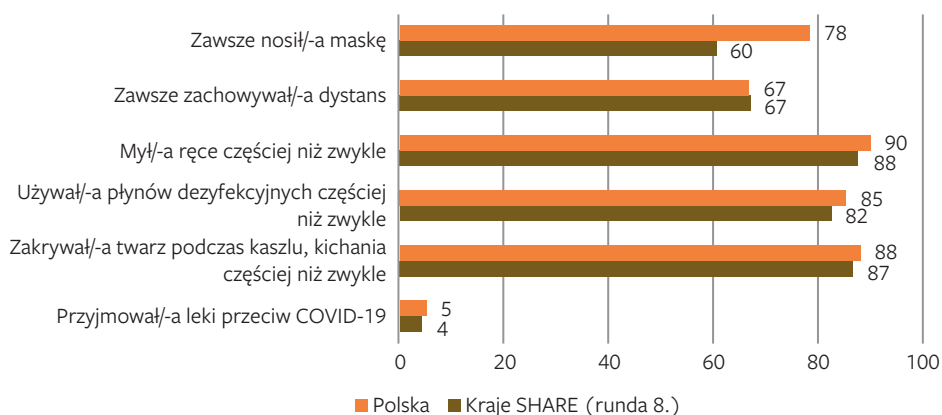
- Jak często nosił(a) Pan(i) maseczkę, kiedy wychodził(a) Pan(i) z domu w miejsca publiczne? Czy było to zawsze, często, czasami, czy nigdy?
- Jak często zachowywał(a) Pan(i) dystans do innych osób, kiedy wychodził(a) Pan(i) z domu? Czy było to zawsze, często, czasami, czy nigdy?
- Czy mył(a) Pan(i) ręce częściej niż zwykle?
- Czy używał(a) Pan(i) specjalnego środka odkażającego lub płynów dezynfekujących częściej niż zwykle?
- Czy zwracał(a) Pan(i) szczególną uwagę na zakrywanie ust przy kaszlu i kichaniu?
- Czy przyjmował(a) Pan(i) jakiegokolwiek leki lub preparaty dla ochrony przed koronawirusem?

Większość tych środków stosowana była powszechnie, poza przyjmowaniem leków lub innych preparatów. Pojawiły się jednak znaczące różnice między krajami europejskimi, szczególnie w kontekście stosowania masek ochronnych.

Biorąc pod uwagę wszystkie badane osoby (ze wszystkich krajów), 60,3% z nich stwierdziło, że zawsze nosiło maskę w miejscach publicznych, a kolejne 10,0% osób

przyznało, że robiło to często. Była jednak grupa (8,9%), która nigdy nie nosiła maski ochronnej. W dalszych analizach nacisk położono na grupę osób, które nosiły maskę zawsze. Najwyższy odsetek zawsze noszących maskę zaobserwowano w Czechach (85,8%). Bardzo wysokie odsetki (ok. 79%) były też w Portugalii i Luksemburgu. Całkowicie odmienna sytuacja miała miejsce w Holandii, Danii i Szwecji, gdzie do noszenia maski w każdej sytuacji przyznało się ok. 1% badanych, a zdecydowana większość nie nosiła jej nigdy (w Szwecji 89,9%, w Danii 86,5%). Nieznacznie wyższe odsetki zawsze noszących maskę były w Finlandii i Łotwie.

Rysunek 3.5. Stosowania środków zaradczych przeciw szerzeniu się wirusa SARS-CoV-2 wśród osób w wieku 50+ (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

W Polsce 78,3% badanych zawsze nosiło maskę, co było 4. najwyższym odsetkiem wśród wszystkich badanych krajów. Dodatkowo 6,2% nosiło maskę czasami, a jedynie 1,3% przyznało, że nigdy. Kobiety nieznacznie częściej niż mężczyźni zawsze nosiły maskę, jednak nie było różnic między kobietami a mężczyznami nigdy nienoszącymi maski.

Kolejnym powszechnie zalecanym środkiem ochronnym było zachowywanie dystansu (nazywanego społecznym, choć tutaj chodziło o dystans fizyczny, czyli odległość od innych osób). Wśród wszystkich badanych 66,8% zawsze zachowywało dystans od innych osób w miejscach publicznych. Różnice między krajami, w porównaniu do noszenia masek, były jednak dużo mniejsze. Najwyższy odsetek zachowujących dystans był w Danii (83,0%), czyli w kraju, gdzie najmniej osób nosiło maski. Nie jest to jednak powszechną zasadą, gdyż kolejne kraje o wysokim odsetku zawsze zachowujących dystans to Portugalia (77,0%) i Luksemburg (75,5%), a także Niemcy i Holandia. Nie było krajów, w których większość badanych nie za-

chowowały dystansu, a najniższe odsetki odnotowano w Grecji (40,9%) oraz w Chorwacji i na Cyprze.

W Polsce 66,7% osób (a więc niemal tyle samo, ile wśród wszystkich uczestników badania) zawsze zachowywało dystans, a kolejne 16,6% – często. Jedynie 1,3% twierdziło, że nigdy nie zachowywało dystansu. Nie było różnic między kobietami a mężczyznami.

Trzy kolejne środki zaradcze były stosowane bardzo powszechnie, a różnice między krajami były znacznie mniejsze.

Do mycia rąk częściej niż zwykle przyznało się 87,7% wszystkich uczestników badania. Najwyższe odsetki odnotowano na Malcie (95,3%) oraz w Hiszpanii, Włoszech, Finlandii i Litwie, gdzie wszędzie przekroczyły 91%. Najniższy odsetek częściej myjących ręce był w Portugalii (77,9%) i był to jedyny kraj, w którym udział osób, które twierdziły, że nie myją rąk częściej niż zwykle przekroczył 20%. W Polsce 89,8% badanych twierdziło, że myło ręce częściej niż zwykle. Nie zaobserwowano różnic między kobietami a mężczyznami.

Używanie płynów dezynfekcyjnych częściej niż zwykle deklarowało 82,3% wszystkich badanych. Najwyższy odsetek takich osób był w Danii (95%), a w kilku innych krajach przekroczył 90% (Portugalia, Hiszpania, Cypr, Słowenia). Zdecydowanie najniższy odsetek używających płynów odnotowano wśród mieszkańców Izraela (64,9%), w dalszej kolejności także w Niemczech i Bułgarii. Wśród osób w wieku 50 lat i więcej mieszkających w Polsce płyny dezynfekujące stosowało – częściej niż zwykle – 85,2% badanych. Nie zaobserwowano różnic między kobietami i mężczyznami.

Częstsze zakrywanie twarzy podczas kaszlu lub kichania deklarowało 86,5% badanych w całej Europie. W trzech krajach odsetek ten przekroczył 90% – były to Portugalia, Węgry i Dania. Natomiast najmniej osób często zakrywających twarz było wśród mieszkańców Cypru i Słowacji (poniżej 70%). W Polsce ten odsetek wyniósł 87,9%, nieco powyżej średniej wartości wszystkich badanych krajów. Podobnie jak w przypadku innych środków zaradczych nie było różnic między kobietami i mężczyznami.

Profilaktyczne przyjmowanie leków przeciw COVID-19 było rzadko stosowanym środkiem zaradczym. Jedynie 4,3% badanych ogółem deklarowało stosowanie takich preparatów. Były jednak kraje, gdzie zdarzało się to znacznie częściej niż gdzie indziej i, co ciekawe, wszystkie te kraje leżą w Europie Wschodniej. W Estonii 22% stosowało leki przeciw COVID-19, w Słowacji 21,2%, a na Węgrzech, w Bułgarii i Czechach liczba ta przekroczyła 10%. W Polsce 5,1% osób w wieku 50 lat i więcej stosowało leki przeciw COVID-19. Nie było różnic między kobietami a mężczyznami.

3.3. Problemy psychiczne: nerwowość, depresja, trudności z zasypianiem, poczucie samotności

Aby spowolnić rozprzestrzenianie się pandemii, zachęcano do zachowania dystansu fizycznego i ograniczenia kontaktów społecznych do minimum, a działalność wielu obiektów publicznych została wstrzymana lub zamknięta na dłuższy okres. Szczególnie odradzano kontaktów ze starszymi osobami, które stanowiły grupę najbardziej zagrożoną ciężkimi postaciami choroby i prawdopodobieństwem zgonu w wyniku zakażenia COVID-19. Chociaż dystans społeczny mógł mieć pozytywne skutki w zakresie rozprzestrzeniania się wirusa i liczby zakażeń [Vokó, Pitter, 2020], to nie można wykluczyć jego negatywnego wpływu na stan zdrowia psychicznego. Jak wynika z badań, izolacja społeczna zwiększa ryzyko wystąpienia depresji i objawów lęku oraz wpływa na poczucie samotności, która dotyka częściej osoby starsze [Santini i in., 2020; Armitage, Nellums, 2020]. Wstępne wyniki badań wykazały także możliwy wpływ wzrostu natężenia zgonów w poszczególnych regionach Europy w czasie pierwszej fali pandemii na pogorszenie stanu zdrowia psychicznego [Atzendorf, Gruber, 2021].

Respondentów pytano o występowanie trudności w czterech obszarach zdrowia psychicznego: napięcie lub nerwowość, smutek lub przygnębienie, trudności ze snem i poczucie samotności. Badani oceniali także, czy stan ten zmienił się w porównaniu do czasu sprzed wybuchu pandemii (Czy było to częściej, rzadziej czy mniej więcej tak samo często jak przed wybuchem epidemii?). W zakresie zdrowia psychicznego pytania były następujące:

- Czy w ciągu ostatniego miesiąca był(a) Pan(i) nerwowy(a), niespokojny(a) lub u kresu wytrzymałości?
- Czy w ciągu ostatniego miesiąca był(a) Pan(i) smutny(a) lub przygnębiony(a)?
- Czy miał(a) Pan(i) ostatnio kłopoty ze snem?
- Jak często czuje się Pan(i) samotny(a)?

Uzyskane wyniki potwierdzają dużą częstość występowania problemów dotyczących zdrowia psychicznego wśród osób w wieku 50+ w krajach objętych badaniem, w tym także w Polsce (rysunek 3.6).

Zróznicowanie terytorialne występowania poszczególnych problemów w zdrowiu psychicznym częściowo pokrywa się z różnicami między krajami w przebiegu pandemii w tym czasie, co widoczne jest w wyższych wskaźnikach dla krajów Europy Południowej, takich jak Portugalia, Włochy i Hiszpania. Jednocześnie można zauważyć ogólnie gorsze samopoczucie psychiczne osób starszych w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Szczególnie niepokojące są tu wskaźniki dla Polski, ale także Estonii i Słowacji – w niektórych aspektach. Przy ocenie tych wyników należy

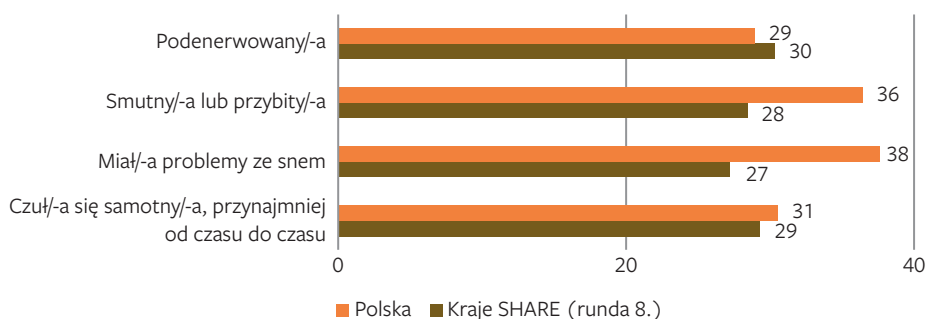
mieć także na uwadze fakt, iż charakteryzują samopoczucie psychiczne w czasie, gdy w większości tych krajów pandemia miała jeszcze przebieg łagodny.

Blisko 30% ogółu osób (24% mężczyzn i 36% kobiet) analizowanych krajów odczuwało w ciągu ostatniego miesiąca niepokój, nerwowość lub nawet było u kresu wytrzymałości. Podobnie często takie symptomy występowały u osób w tym wieku w Polsce – 29% (33% kobiet i 24% mężczyzn). Najczęściej na bycie podenerwowanym skarżyli się mieszkańcy Portugalii (blisko 60%) i Malty (50%), a także Hiszpanii, Włoch i Grecji (ponad 1/3). Najrzadziej natomiast nasi południowi sąsiedzi, Czesi i Słowacy, oraz mieszkańcy Szwajcarii i Słowenii, gdzie podenerwowanie zgłaszało nie więcej niż 20% osób w wieku 50+.

Obniżenie nastroju, poczucie smutku i przygnębienie wystąpiło u 28% osób w wieku 50+ i było zgłaszane niemal dwukrotnie częściej przez kobiety (36%) niż przez mężczyzn (20%). W Polsce odsetki te należały do najwyższych i wynosiły 36% dla ogółu populacji (45% dla kobiet i 26% dla mężczyzn). Wysokie wskaźniki odnotowano także w Portugalii (39%), Włoszech (33%) i Hiszpanii (31%). W Szwecji, Słowenii i Finlandii udział osób odczuwających smutek i przygnębienie był najniższy i nie przekraczał 20%. Wszędzie zdecydowanie więcej takich problemów zgłaszały kobiety niż mężczyźni, z wyjątkiem Szwecji, gdzie różnica dla płci wynosiła tylko 3 p.p. (19% kobiet i 16% mężczyzn).

Problemy ze snem miały najczęściej kobiety w Portugalii (48%) i Polsce (45%) oraz w Litwie (42%) i Estonii (42%), gdzie występowały dwukrotnie częściej niż w wielu innych krajach, takich jak Szwecja, Holandia i Dania (18%), Grecja i Szwajcarii (21%). Mężczyźni trudności ze snem wskazywali rzadziej, ale różnice między krajami były także duże, od 13–14% w Danii, Szwajcarii, Grecji i Szwecji, do blisko 25% we Francji, Niemczech i Belgii, 28% w Polsce i 31% w Estonii.

Rysunek 3.6. Osoby w wieku 50+ odczuwające problemy psychiczne w czasie pandemii (w%)

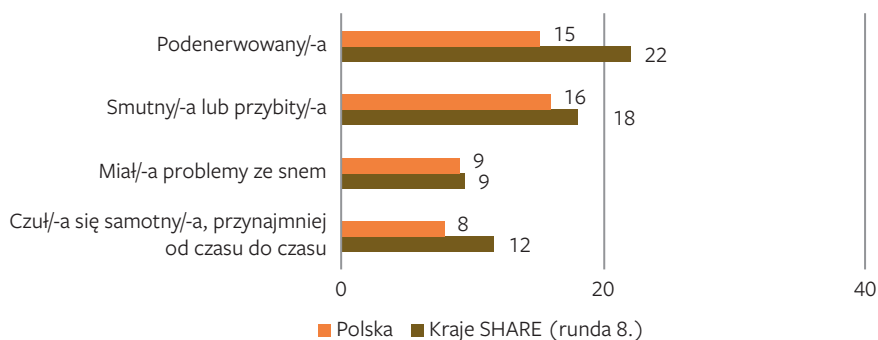


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Odczucie samotności, częste lub od czasu do czasu, było doświadczane przez blisko 30% osób w wieku 50+ na poziomie badanych krajów (36% kobiet i 22% mężczyzn). Najwyższe udziały osób odczuwających samotność odnotowano na Słowacji, gdzie odsetek ten wynosił 45% (51% kobiet i 38% mężczyzn), w Grecji 43% (50% i 35%), Włoszech 39% (49% i 28%), w Łotwie 39% (46% i 27%) i w Portugalii 38% (35% i 42%). W Polsce udział osób odczuwających samotność był zbliżony do średniej badanych krajów i wynosił 31% (36% kobiet i 24% mężczyzn). Na Słowenii, w Finlandii i Szwajcarii wynosił blisko 21% (ok. 25% i 17%), a najniższy był w Danii – 15% (18% kobiet i 13% mężczyzn).

Czas pandemii mógł wpłynąć na pogorszenie stanu zdrowia psychicznego, zwiększając występowanie analizowanych dolegliwości oraz ich nasilenie. Na wzrost podenerwowania w porównaniu do czasu przed pandemią wskazało ponad 22% ogółu badanych, na częstsze występowanie symptomów depresyjnych (smutek, przybicie) – 18%, nasilenie problemów ze snem – ponad 9%, a na większe poczucie samotności – 12%. W Polsce nasilenie takich problemów wystąpiło w nieco mniejszej skali, szczególnie w wymiarze samotności (8%) oraz nerwowości (15%; rysunek 3.7).

Rysunek 3.7. Osoby, które częściej niż przed wybuchem pandemii odczuwały problemy psychiczne (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Warto dodać, że w przypadku bardzo wielu osób, które zgłosiły występowanie problemów psychicznych, sytuacja pogorszyła się po wybuchu pandemii. Na poziomie wszystkich krajów pogorszenie takie wystąpiło w przypadku 73% osób z objawami nerwowości i 63% z depresyjnością, a także u 40% odczuwających samotność i 1/3 z problemami ze snem w okresie badania. Zwiększenie częstości występowania problemów psychicznych było widoczne w większym stopniu w krajach Europy Południowej oraz w Belgii i Szwecji, czyli z wyższymi wskaźnikami zakażeń

i zgonów w okresie pierwszej fali pandemii COVID-19. W Polsce, Bułgarii, Słowacji, na Węgrzech i Finlandii, czyli w krajach, gdzie przebieg pandemii był w tym czasie jeszcze łagodny, pogorszenie samopoczucia występowało rzadziej. W Polsce 52% osób, które zgłosiły nerwowość, 44% z obniżonym nastrojem i ¼ osób odczuwających samotność oraz mających problemy ze snem nie miała takich problemów albo miała z mniejszym nasileniem przed wybuchem pandemii.

3.4. Rezygnacja lub przełożenie wizyt lekarskich w okresie pandemii

Pandemia wpłynęła na spadek popytu na usługi medyczne niezwiązane z leczeniem COVID-19. Niepewność związana z ryzykiem zarażenia się w miejscach publicznych powodowała obawy związane z umawianiem wizyt lekarskich oraz korzystaniem z opieki zdrowotnej. W telefonicznej ankiecie SHARE Corona zjawisko to zostało zidentyfikowane za pomocą pytania:

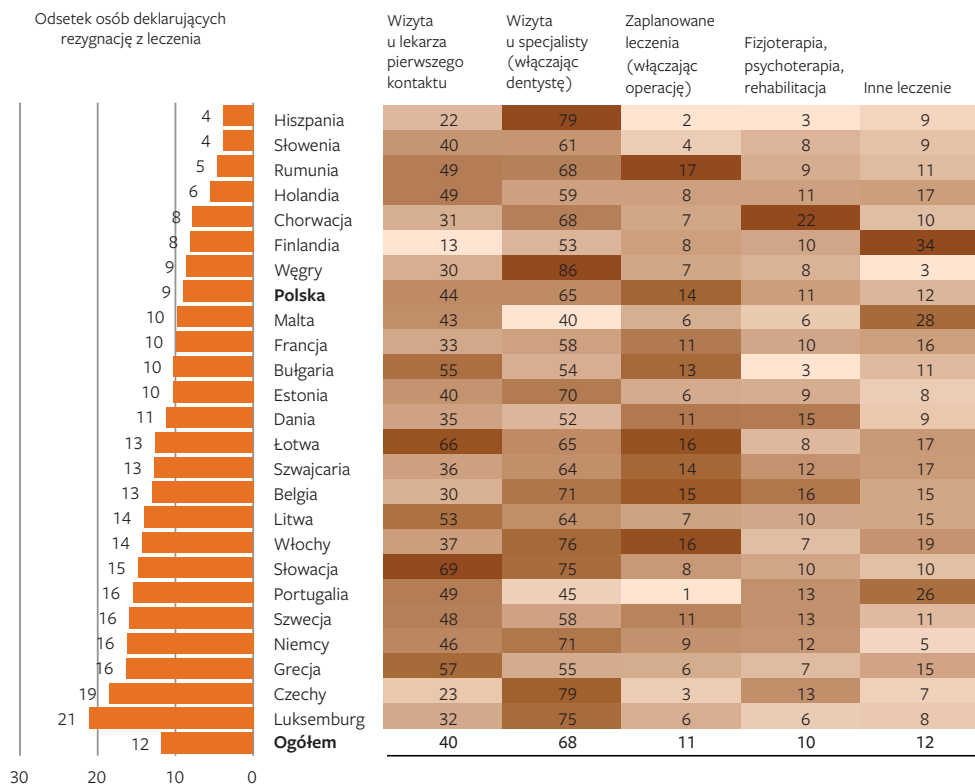
- Czy od czasu wybuchu epidemii zrezygnował(a) Pan(i) z leczenia, ponieważ obawiał(a) się Pan(i), że zarazi się koronawirusem?

Wyniki odpowiedzi na to pytanie zależą w dużym stopniu od nasilenia pandemii w momencie prowadzenia badania oraz wprowadzonych obostrzeń. Najwyższy odsetek osób deklarujących odkładanie terapii związane z obawą przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 był obserwowany w Luksemburgu, ale wysokie odsetki odpowiedzi dotyczyły także w Czech, Szwecji, Niemiec oraz Grecji i Portugalii (rysunek 3.8). W przypadku Portugalii, Niemiec oraz Szwecji obawy przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez kontakt z lekarzem można wiązać z doświadczeniem szybkiego rozprzestrzeniania się COVID-19 w trakcie pierwszej fali pandemii. Niskie odsetki deklaracji były obserwowane zarówno w krajach, w których liczba zakażeń i zgonów od początku pandemii była stosunkowo nieduża (Rumunia, Słowenia), jak i w przypadku krajów o dużej przeciętnej liczbie zakażeń i zgonów na początku pandemii (Hiszpania, Holandia). Na tle badanych krajów w Polsce odnotowano stosunkowo niewielki odsetek osób, które po doświadczeniach pierwszej fali pandemii deklarowały, że od czasu wybuchu pandemii zrezygnowały z leczenia.

Rezygnacja z leczenia dotyczyła głównie wizyt u lekarzy specjalistów (68%) oraz w mniejszym zakresie wizyt kontrolnych u lekarzy pierwszego kontaktu (40%). To właśnie z wizyt u specjalistów (włącznie z dentykami) zrezygnowano najczęściej w krajach o najwyższym odsetku rezygnacji z leczenia (Czechy, Luksemburg). Stosunkowo rzadziej rezygnacja z leczenia dotyczyła zabiegów, którym poddaje się część osób starszych, takich jak planowe leczenie i operacje (11%) oraz psychoterapia i rehabilitacja (10%). W przypadku Polski odsetki odpowiedzi były zbliżone

do średniej w badaniu, choć niepokoić może ponadprzeciętnie wysoki odsetek rezygnacji z zaplanowanego leczenia i operacji (14%).

Rysunek 3.8. Odsetek osób i udziały deklarowanych rodzajów leczenia, z których respondenci zrezygnowali (jako % osób, które zrezygnowały przynajmniej z jednego świadczenia)



* Odsetek osób w wierszach nie sumują się do 100% w każdym kraju ze względu na możliwość kilku odpowiedzi dotyczących rezygnacji przez jednego respondenta. Kolory w każdej kolumnie oznaczają relację w stosunku do wartości przeciętnej ogółem w badaniu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

3.5. Dostęp do opieki zdrowotnej w okresie pandemii

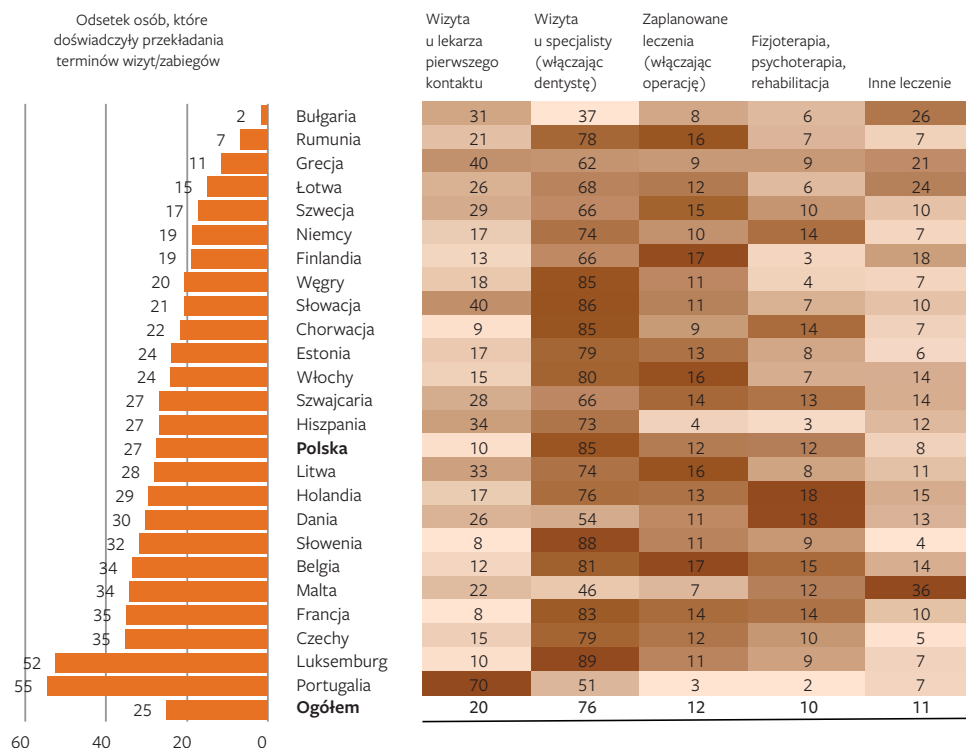
Pandemia spowodowała ograniczenia dotyczące podaży usług medycznych. Było to związane zarówno z koncentrowaniem środków na walce i zapobieganiu szerzeniu się COVID-19, jak i wynikało z zasad bezpieczeństwa i obostrzeń ograniczających wykonywanie procedur medycznych. W telefonicznej ankiecie SHARE Corona problemowi temu poświęcona została seria pytań dotyczących dostępności

i jakości świadczenia usług medycznych, w tym pytanie bezpośrednio identyfikujące osoby, które zetknęły się z tego rodzaju ograniczeniami już w czasie leczenia:

- Czy miał(a) Pan(i) wyznaczony termin wizyty, który został przełożony przez lekarza lub placówkę medyczną ze względu na koronawirusa?

Najwyższy odsetek osób, które doświadczyły ograniczeń w dostępie do usług medycznych dotyczył Portugalii, która w okresie telefonicznego badania SHARE Corona doświadczyła wyraźnego wzrostu liczby zachorowań i zgonów związanych z COVID-19 (rysunek 3.9). W Polsce odsetek osób, które doświadczyły przełożenia terminu wizyty lub zabiegu, był zbliżony do odnotowanych np. w Hiszpanii i kształtował się nieznacznie powyżej średniej dla ogółu respondentów.

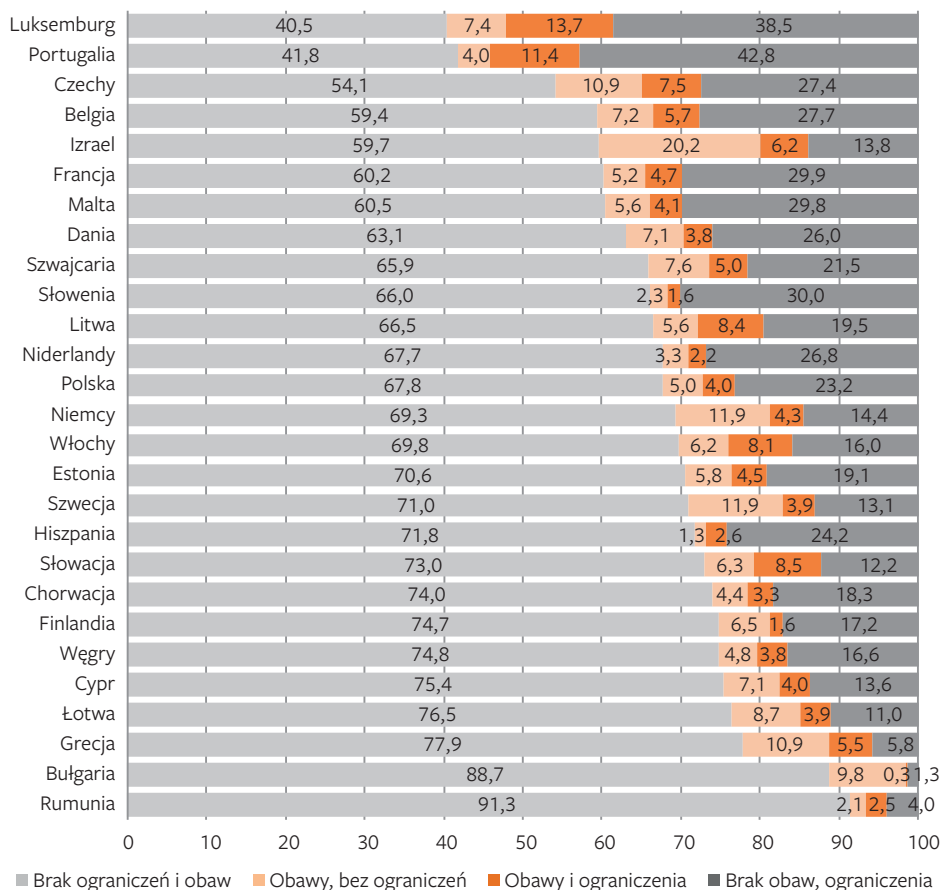
Rysunek 3.9. Świadczenia medyczne przełożone ze względu na COVID-19: odsetek osób i udziały deklarowanych rodzajów leczenia, które zostało opóźnione (jako % osób, które doświadczyły opóźnień przynajmniej w przypadku jednego świadczenia)



* Odsetek osób w wierszach nie sumują się do 100% w każdym kraju ze względu na możliwość kilku odpowiedzi dotyczących rezygnacji przez jednego respondenta. Kolory w każdej kolumnie oznaczają relację w stosunku do wartości przeciętnej ogółem w badaniu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Rysunek 3.10. Porównanie odsetków osób, które nie korzystały z opieki zdrowotnej z powodu własnych obaw i ograniczeń w dostępie do usług medycznych (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Podobnie jak w przypadku dobrowolnej rezygnacji z leczenia omawianej w poprzednim podrozdziale, najczęściej (76%) przekładanie wizyt przez lekarzy i placówki medyczne ze względu na COVID-19 dotyczyło wizyt u lekarzy specjalistów (także dentyistów). Zdecydowanie rzadziej ograniczenia w dostępie do już zaplanowanych procedur medycznych dotyczyły wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu (20%). W przypadku leczenia zaplanowanego i operacji oraz terapii odsetki respondentów, którzy doświadczyli przesuwania terminów procedur, były podobne. Dla Polski niższy niż przeciętny w badaniu (10%) był odsetek odwołanych wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu, co można wiązać z szybkim upowszechnieniem się

odbywania takich badań przez kontakt telefoniczny. Odsetek osób mających problemy z kontynuowaniem leczenia u lekarza specjalisty był wyraźnie powyżej przeciętnej w krajach europejskich (85%).

Z punktu widzenia opieki zdrowotnej ważne są zarówno ograniczenia związane z dostępem do służby zdrowia, jak i zawieszenie przez pacjentów leczenia ze względu na obawę zarażenia się COVID-19. Podsumowanie zjawisk popytowych i podażowych wskazuje, że w krajach takich jak Portugalia i Luksemburg ponad połowa badanych zadeklarowała przynajmniej jeden z powodów ograniczenia leczenia, ale w Bułgarii i Rumunii było to 8–11% (rysunek 3.10).

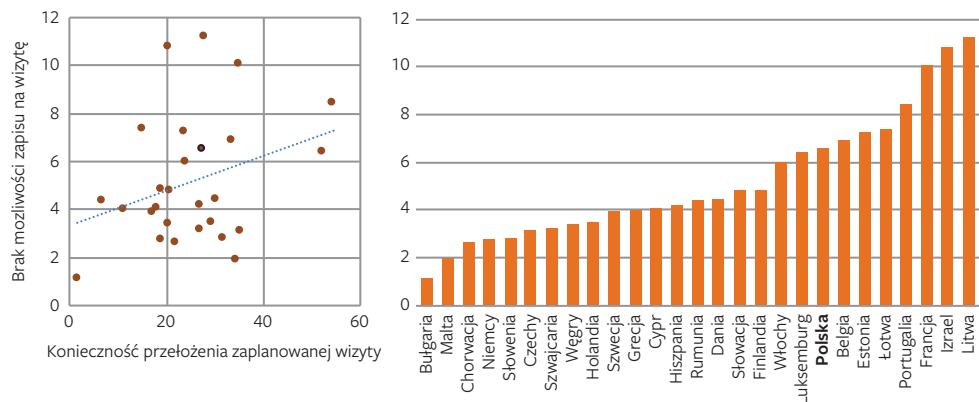
Poza krajami o relatywnie niskim odsetku deklaracji zawieszania leczenia to ograniczenia podaży usług medycznych miały znaczenie dla problemów z kontynuowaniem leczenia. Wyjątek stanowiły kraje, w których respondenci rzadko deklarowali jakiegokolwiek przeszkody w leczeniu, oraz kraje takie jak: Słowacja, Szwecja, Niemcy i Izrael, gdzie pomimo wysokiej dostępności opieki medycznej duży odsetek respondentów nie korzystał z niej z obawy przed zakażeniem. W Polsce relatywnie niewiele osób deklarowało obawy związane z korzystaniem z opieki zdrowotnej, ale jednocześnie spora grupa osób deklarowała problemy z dostępnością usług medycznych.

Problemy z dostępnością usług medycznych dotyczyły także osób, które próbowały w czasie pandemii zapisać się do lekarza po raz pierwszy. Co ciekawe, korelacja dostępności opieki medycznej dla osób już leczonych oraz osób, które chciały zapisać się po raz pierwszy, była stosunkowo niska (współczynnik korelacji liniowej $r = 0,32$), co może oznaczać, że dostęp do usług medycznych nowych pacjentów mógł podlegać zróżnicowanym ograniczeniom w poszczególnych krajach w stosunku do osób, które już się leczyły i mogły lepiej odnajdywać się w funkcjonowaniu systemów (rysunek 3.11). Wprawdzie przeciętnie relatywnie częściej problemy z umawianiem się na wizytę lekarską dotyczyły krajów takich jak Portugalia czy Belgia, które doświadczyły problemów w czasie pierwszej fali pandemii, jednak problem dostępności dla nowych pacjentów sygnalizowany był też np. w Izraelu, gdzie dostępność kontynuowania leczenia była stosunkowo wysoka. W Polsce deklaracje problemów z zapisaniem się na wizytę nowych pacjentów były przeciętnie wyraźnie powyżej średniej w badaniu.

Najczęściej problemy z zapisywaniem się na wizyty dotyczyły lekarzy specjalistów i dentyistów (tabela 3.1), choć zróżnicowanie wyników dla poszczególnych krajów było znacznie większe niż w przypadku wyników dotyczących dostępności procedur dla osób już leczonych. W części krajów przeciętnie więcej osób deklarowało problemy z zapisaniem się do lekarzy pierwszego kontaktu niż do specjalistów (np. Bułgaria, Malta, Szwecja, Portugalia, Hiszpania, Dania). Z kolei w przypadku

Czech, Słowacji i Holandii stosunkowo duży odsetek osób deklarował trudności w rozpoczęciu poważniejszego leczenia zmierzającego do zabiegów planowych.

Rysunek 3.11. Odsetek osób deklarujących, że nie mogły zapisać się na wizytę lekarską od początku pandemii (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Tabela 3.1. Typy leczenia, na które zapisanie się nie było możliwe od początku pandemii do czasu przeprowadzenia badania (w % wśród osób, które zadeklarowały, że nie mogły się zapisać, uporządkowane według częstości deklaracji braku możliwości zapisania się z rysunku 3.11)

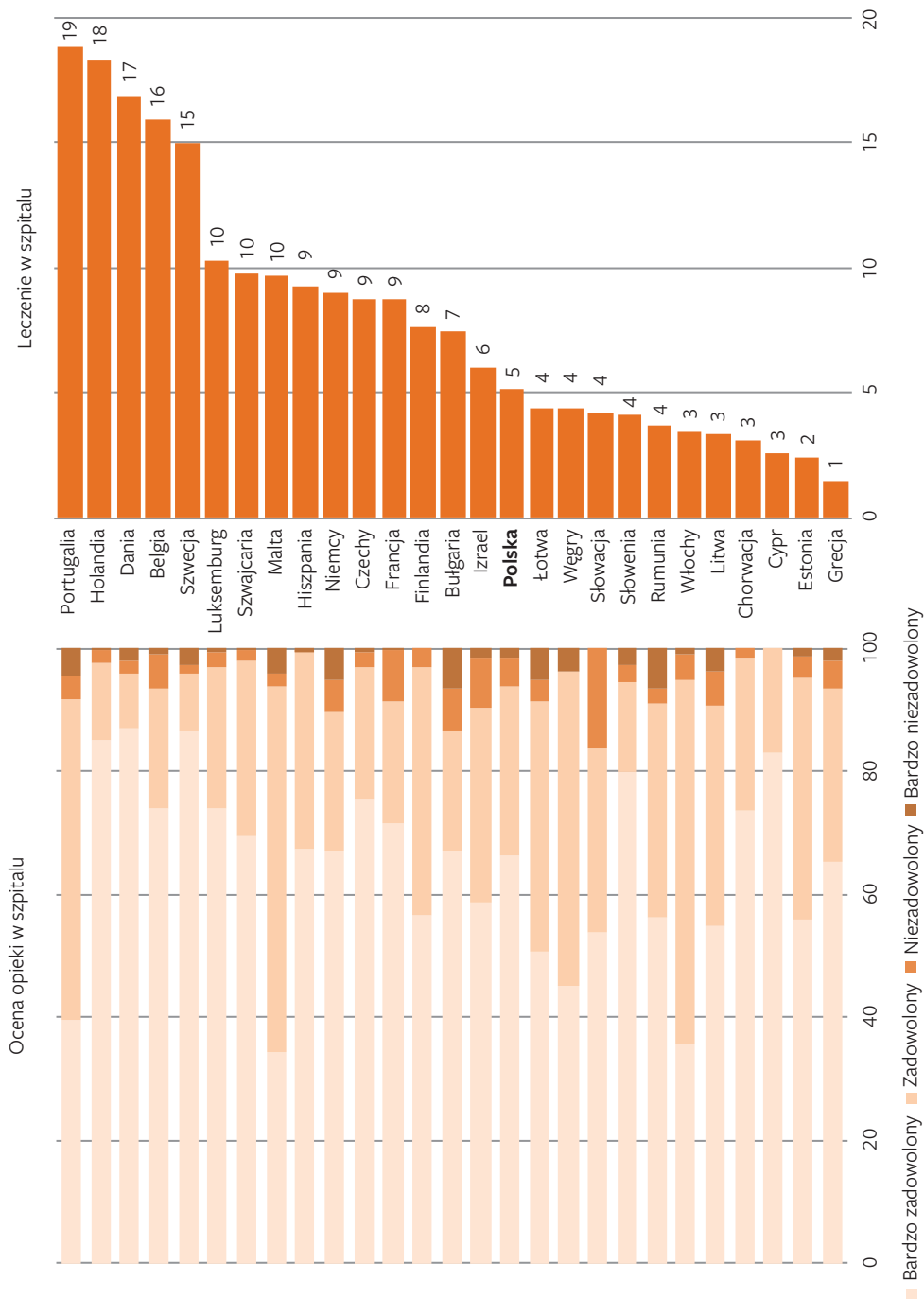
	Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu	Wizyta u specjalisty (włączając dentystę)	Zaplanowane leczenie (włączając operację)	Fizjoterapia, psychoterapia, rehabilitacja	Inne leczenie
Bułgaria	71	24	0	0	0
Malta	40	27	6	8	50
Chorwacja	4	69	18	9	21
Niemcy	29	64	6	7	2
Słowenia	39	55	5	8	2
Czechy	13	50	28	10	6
Szwajcaria	42	49	6	7	16
Węgry	53	70	2	6	5
Holandia	34	61	29	10	5
Szwecja	62	33	6	5	7
Grecja	24	44	7	9	40
Cypr	29	40	18	4	36
Hiszpania	62	53	6	5	5

	Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu	Wizyta u specjalisty (włączając dentystę)	Zaplanowane leczenie (włączając operację)	Fizjoterapia, psychoterapia, rehabilitacja	Inne leczenie
Rumunia	6	83	14	8	6
Dania	58	35	4	11	9
Słowacja	39	82	23	5	8
Finlandia	36	40	10	0	21
Włochy	11	74	15	6	18
Luksemburg	24	67	5	10	2
Polska	34	69	4	6	10
Belgia	32	62	12	9	14
Estonia	27	74	11	8	6
Łotwa	22	75	12	11	17
Portugalia	73	34	1	0	21
Francja	19	78	7	8	9
Izrael	17	36	2	2	58
Litwa	32	78	7	6	14
Ogółem	28	66	9	7	12

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Zarówno ze względu na przebieg pandemii COVID-19, jak i inne choroby, część respondentów była w 2020 roku hospitalizowana (rysunek 3.12). Odsetek respondentów leczonych w szpitalu był bardzo zróżnicowany pomiędzy krajami. Ponad 15% i więcej osób hospitalizowanych było w Szwecji, Belgii, Danii, Holandii i Portugalii. Z kolei najniższy odsetek, nieprzekraczający 3%, był obserwowany w Grecji, Estonii i na Cyprze. Ocena standardu usług medycznych w szpitalach nie była związana bezpośrednio z częstością hospitalizacji, co wynika z faktu, że standard ten już przed pandemią był bardzo zróżnicowany i dodatkowe problemy związane z organizacją opieki w czasie pandemii były tylko jednym z czynników. Prawdopodobnie pandemia mogła przyczynić się do negatywnych ocen w Portugalii, natomiast w krajach takich jak Rumunia, Bułgaria, Litwa i Łotwa negatywne oceny wynikały głównie z dostępności lekarzy. Wśród przyczyn negatywnych ocen najczęściej wymieniany był właśnie brak czasu lekarzy i pielęgniarek oraz długi czas oczekiwania na zabieg, co wynika bezpośrednio z dostępności personelu. Stosunkowo częstym powodem negatywnych ocen była także niewystarczająca ochrona przez zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Brak miejsca i niedobór sprzętu wskazywany był stosunkowo rzadziej.

Rysunek 3.12. Hospitalizacja i ocena pobytu w szpitalu w czasie pandemii (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Bibliografia

Armitage, R., Nellums, L.B. (2020). COVID-19 and the Consequences of Isolating the Elderly, *The Lancet Public Health*, 5 (5), s. 256. DOI: 10.1016/s2468-2667(20)30061-x.

Atzendorf, J., Gruber, S. (2021). The Mental Well-Being of Older Adults after the First Wave of COVID-19 (March 15, 2021), *MEA Discussion Paper* No. 04-2021. DOI: 10.2139/ssrn.3808100.

Santini, Z.I., Jose, P.E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K.R., Koushede, V. (2020). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Symptoms of Depression and Anxiety among Older Americans (NSHAP): A Longitudinal Mediation Analysis, *The Lancet Public Health*, 5 (1), s. e62-e70. DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30230-0.

Vokó, Z., Pitter, J.G. (2020). The Effect of Social Distance Measures on COVID-19 Epidemics in Europe: An Interrupted Time Series Analysis, *Geroscience*, 42(4), s. 1075-1082. DOI: 10.1007/s11357-020-00205-0.

4

Praca w pierwszym roku pandemii

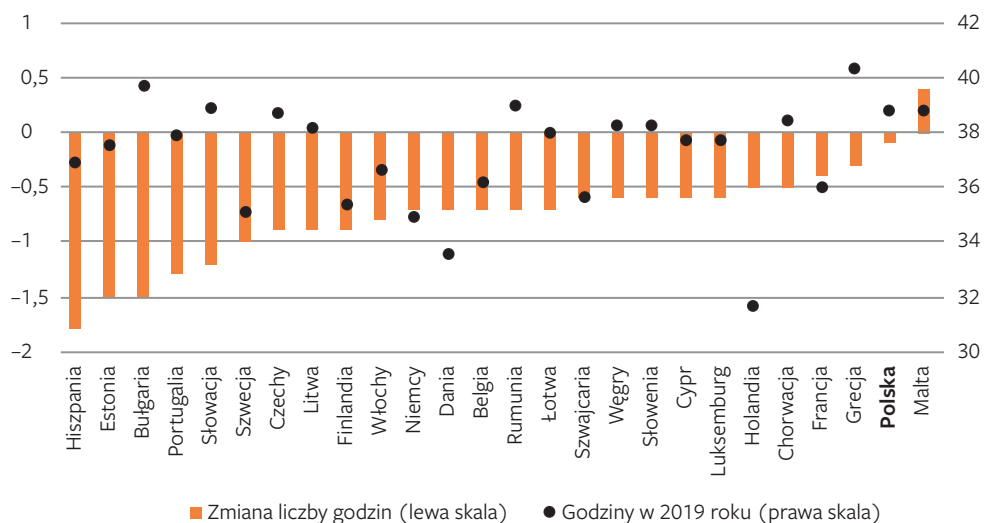
Iga Magda, Paweł Strzelecki

W tym rozdziale przedstawione są pierwsze wnioski z analizy dotyczącej sytuacji osób 50+ na rynku pracy w okresie pandemii. Obejmuje on zmianę zarówno sposobu wykonywania pracy w okresie pandemii, w tym intensywności wykonywania pracy, ryzyka utraty pracy, jak i nabywania nowych umiejętności związanych z koniecznością wykonywania pracy zdalnej. Należy podkreślić, że diagnoza ta dotyczy okresu kilku miesięcy po rozpoczęciu pandemii, a więc relatywnie krótkiego czasu. Kolejna runda badania CATI przeprowadzona w 2021 r. pozwoli zaobserwować, jak pandemia wpłynęła na sytuację osób 50+ na rynku pracy w dłuższym okresie, w tym w szczególności na decyzje dotyczące przejścia na emeryturę.

4.1. Intensywność wykonywania pracy przez osoby 50+ w pierwszym roku pandemii

Najpowszechniejszą metodą dostosowania rynku pracy w czasie pandemii była zmiana przeciętnej liczby przepracowanych godzin (rysunek 4.1). Pomiar liczby przepracowanych godzin dotyczył zarówno danych Eurostatu, jak i obliczeń opartych na danych SHARE tylko osób, które deklarowały, że w czasie pandemii są zatrudnione, pracują na własny rachunek lub pracują jako pomagający członkowie rodziny. Według danych Eurostatu spadek przeciętnej liczby przepracowanych godzin w tygodniu wśród populacji ogółem został odnotowany we wszystkich krajach poza Maltą. W Polsce spadek ten był natomiast najmniejszy. Publikowane dane Eurostatu nie zawierają jednak informacji o dostosowaniach w grupie wieku 50+ ankietowanej w badaniu SHARE.

Rysunek 4.1. Zmiany przeciętnych tygodniowych godzin pracy w Europie w 2020 roku w porównaniu z rokiem 2019



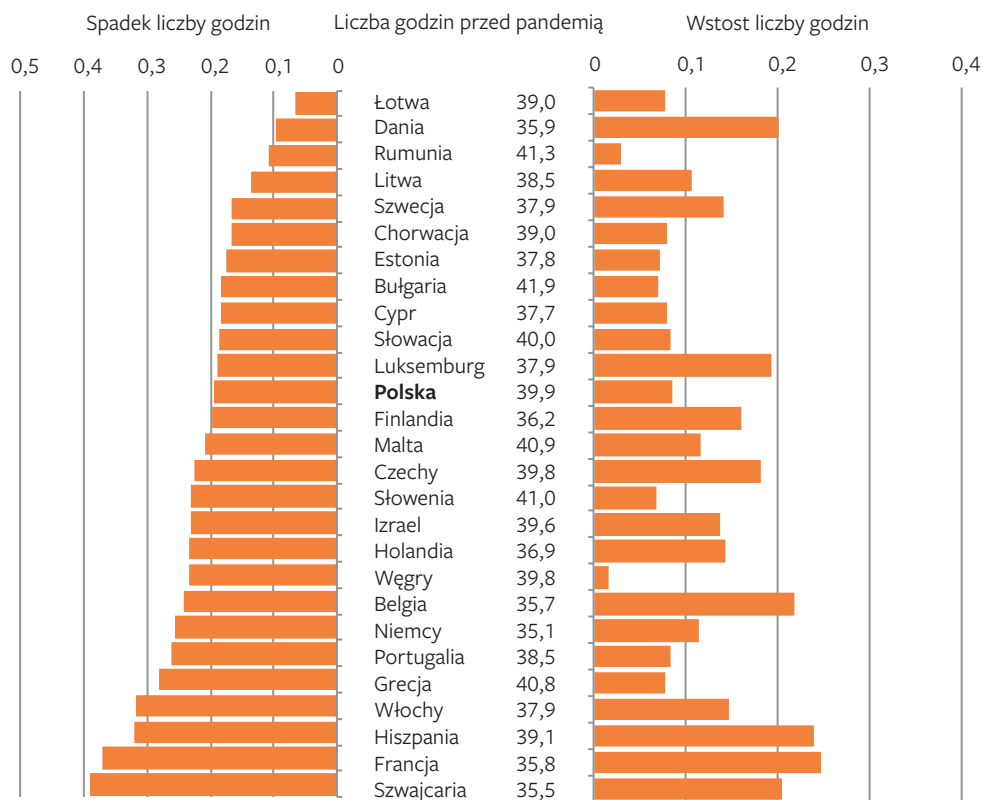
Źródło: Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database> (dostęp: 7.05.2021).

Dane telefonicznego badania SHARE Corona wskazują, że zmniejszenie liczby przepracowanych godzin w trakcie pandemii obserwowane było również dość powszechnie w grupie osób 50+ (rysunek 4.2). Jedynie na Łotwie i w Danii odsetek osób deklarujących wzrost liczby godzin pracy w okresie pandemii był wyższy niż deklarujących ich spadek. Wzrosty liczby przepracowanych godzin odnotowywane były przeciętnie częściej w krajach z ogólnie niską liczbą przepracowywanych godzin przez osoby 50+ (poniżej 35 w tygodniu) takich jak Belgia, Luksemburg, Francja czy Dania. Spadek liczby przepracowanych godzin był zróżnicowany między krajami: najrzadziej deklarowany był na Łotwie, najczęściej we Francji i Szwajcarii. W Polsce jedna na pięć pracujących osób w wieku 50+ deklarowała spadek liczby godzin, a 9% – wzrost liczby przepracowanych godzin. Wynik ten jest nieco niższy niż przeciętnie obserwowany w próbie krajów w badaniu SHARE, zarówno w przypadku odsetka osób odnotowujących spadek liczby przepracowanych godzin, jak i ich wzrost.

Warto podkreślić, że zmiany liczby przepracowanych godzin, obserwowane w krajach biorących udział w badaniu, różniły się w poszczególnych miesiącach (rysunek 4.3), co wynikało z różnego tempa i nasilenia wprowadzanych w poszczególnych krajach restrykcji. W większości krajów największy spadek liczby przepracowanych godzin wystąpił w marcu 2020 roku, a więc tuż po ogłoszeniu pandemii. W Polsce większość deklaracji przez respondentów największego spadku liczby

przepracowanych godzin dotyczyła kwietnia 2020 (lockdown wprowadzony został około połowy marca). Wzrost liczby przepracowanych godzin, który dotyczył części ankietowanych osób był rozłożony bardziej równomiernie pomiędzy miesiącami i mniej częsty niż spadek liczby godzin. W przypadku Polski spośród osób, które doświadczyły wzrostu liczby przepracowanych godzin, najwięcej deklaroowało, że nastąpił on w marcu 2020 roku.

Rysunek 4.2. Zmiany liczby przepracowanych godzin: liczba przepracowanych przed pandemią oraz częstości deklaracji zmniejszenia i zwiększenia liczby godzin osób w wieku 50+ według danych SHARE

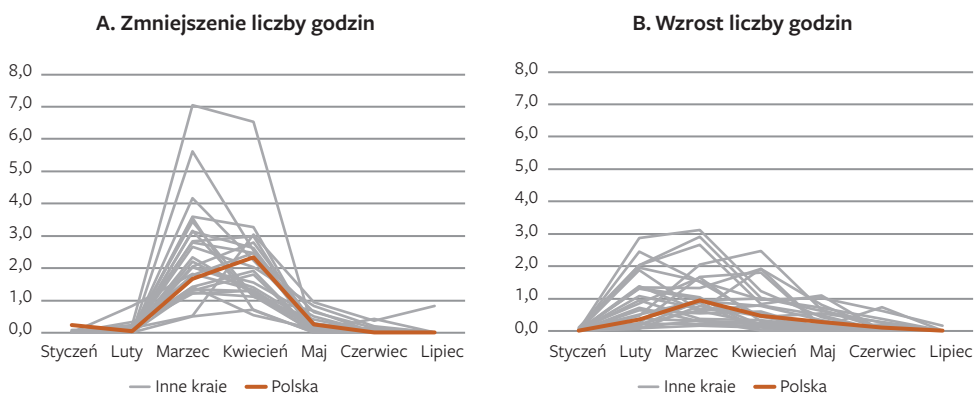


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

W porównaniu z odpowiedziami dotyczącymi deklarowanych godzin przepracowanych przed pandemią, liczba przepracowanych godzin w tygodniach (rysunek 4.4), kiedy nastąpił ich maksymalny spadek związany z pandemią, była najczęściej o 10–20 godzin niższa. W przypadku Polski spadek liczby przepracowanych godzin w zdecydowanej większości przypadków nie przekraczał 10 godzin. Wśród osób, które deklaroowały wzrost przepracowanych godzin, wynosił on najczęściej około

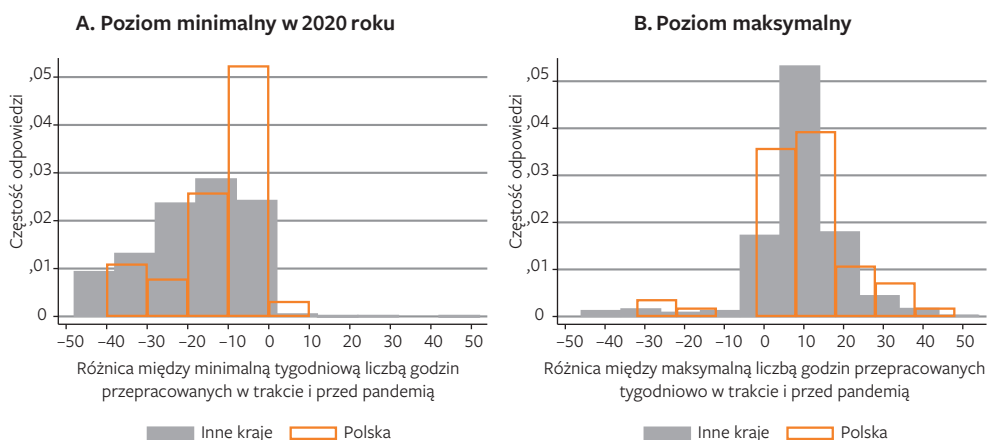
10 godzin. W przypadku Polski deklarowane maksymalne wzrosty były najczęściej niższe niż 10 godzin, ale także częściej niż w innych krajach ich wartości przekraczały 20 godzin.

Rysunek 4.3. Miesiące, w których respondenci deklarowali największe zmiany liczby przepracowanych godzin (częstości odpowiedzi w całej populacji)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Rysunek 4.4. Częstości występowania dostosowań dotyczących liczby przepracowanych godzin w okresie pandemii w 2020 roku w porównaniu z czasem przed pandemią. Różnica między liczbą godzin przed pandemią a minimalnym i maksymalnym poziomem deklarowanym w 2020 roku

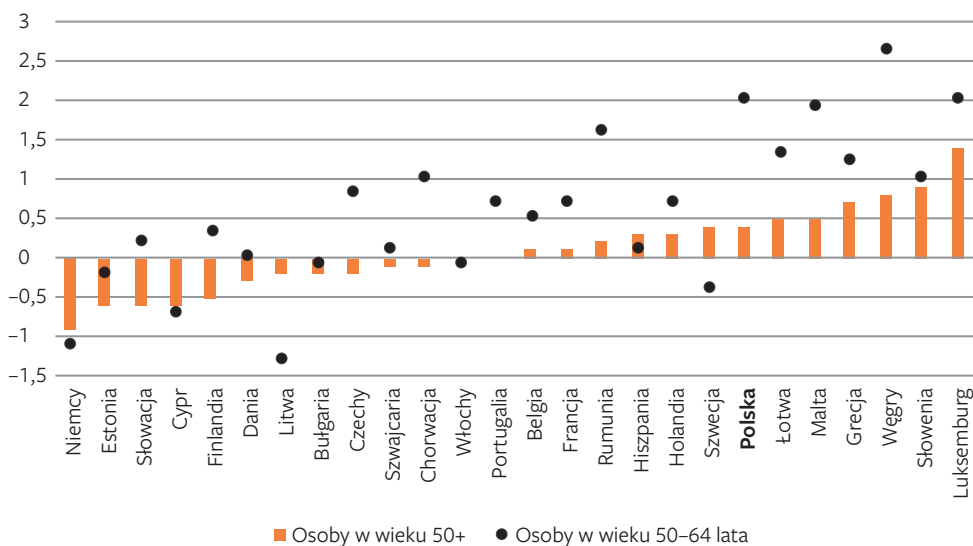


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

4.2. Utrata pracy w okresie pandemii

Dane Eurostatu wskazują, że choć wskaźnik zatrudnienia dla osób w wieku 15–64 lata zmniejszył się w 2020 roku we wszystkich krajach poza Polską, Maltą, i Serbią, to wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 50+ w roku 2020 był niższy niż w 2019 roku w mniej niż połowie krajów (rysunek 4.5 i 4.6).

Rysunek 4.5. Zmiany wskaźnika zatrudnienia dla osób w wieku 50–64 lata oraz 50+ w 2020 roku wobec roku 2019 (w p.p.)

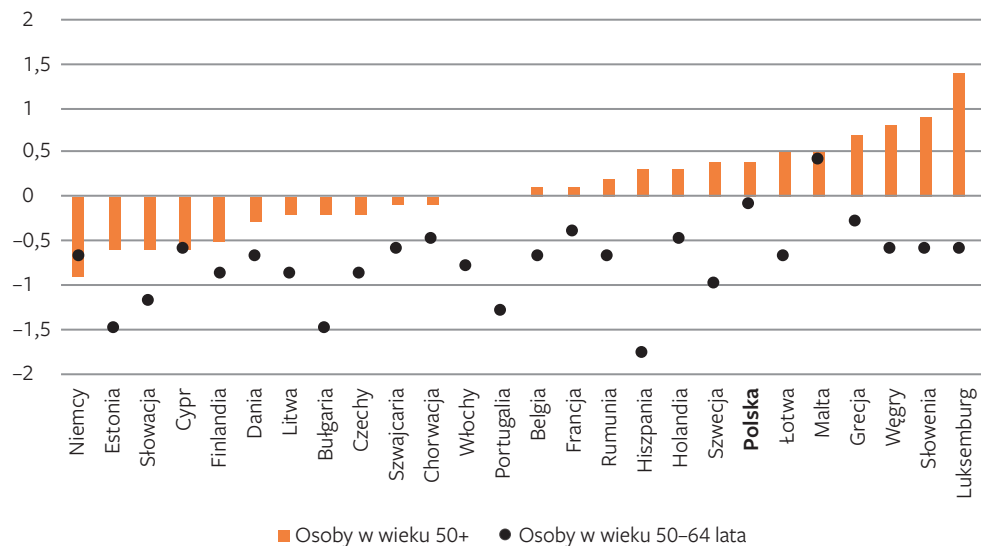


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database> (dostęp: 10.08.2021).

Rysunek 4.7 przedstawia odsetki osób 50+ pracujących przed wybuchem pandemii, które straciły pracę lub były zmuszone zamknąć prowadzoną firmę i pozostają bezrobotne lub bierne zawodowo na skutek wybuchu pandemii w poszczególnych krajach. W Polsce, na tle innych krajów europejskich, częstość utraty pracy w wyniku wybuchu pandemii była niska (nieco ponad 5% pracujących). Niższy wynik zarejestrowano jedynie w Holandii (4,7%). Znacznie wyższe wskaźniki zaobserwowano w krajach, które zostały mocniej dotknięte pierwszą falą pandemii, jak Francja (39%), Włochy (31%), Belgia (24%) czy Hiszpania (18%). Co ciekawe, w Polsce osoby traciły pracę relatywnie rzadziej niż w Szwecji, gdzie dotknęło to 10% pracujących. Przy czym w Szwecji nie wprowadzono oficjalnego lockdownu i Wskaźnik Rygoru Rządowego był niższy niż w Polsce. Należy podkreślić, że dane zostały zebrane po pierwszej fali pandemii i nie odzwierciedlają sytuacji z 2021 roku, gdy

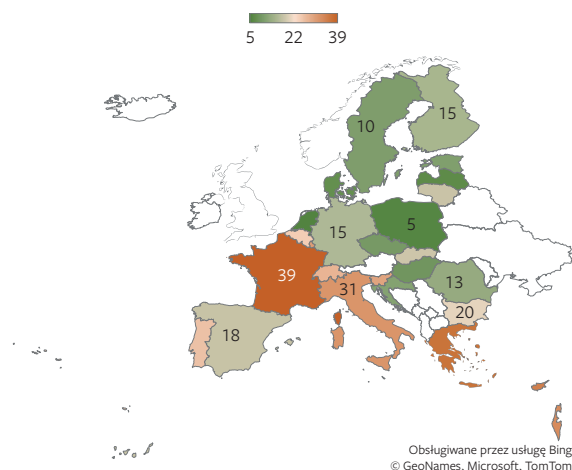
kraje Europy Środkowej i Wschodniej zostały mocniej dotknięte drugą i trzecią falą pandemii w porównaniu do pozostałych krajów europejskich.

Rysunek 4.6. Zmiany wskaźnika zatrudnienia dla osób w wieku 15+ oraz 50+ w roku 2020 wobec roku 2019 (dane LFS; w p.p.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database> (dostęp: 10.08.2021).

Rysunek 4.7. Odsetek osób 50+, które utraciły pracę lub zostały zmuszone do zamknięcia działalności gospodarczej na skutek wybuchu pandemii COVID-19 (w %)



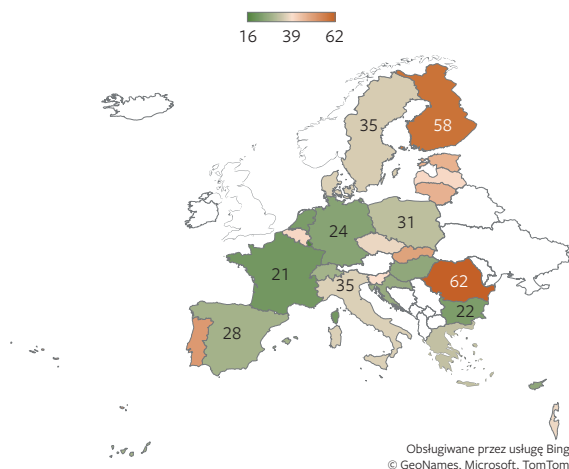
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z telefonicznego badania ankietyowego SHARE Corona.

4.3. Nabycie nowych umiejętności komputerowych

Jednym z elementów zmian w społeczeństwie i gospodarce na skutek pandemii był znaczący, nagły skok częstotliwości korzystania z rozwiązań technologicznych. Wynikało to nie tylko z konieczności przejścia do pracy z domu wśród osób pracujących, ale także z wykorzystania technologii w innych obszarach życia, które nagle stały się niedostępne – kontakty z rodziną i przyjaciółmi, korzystanie z porad lekarskich, robienie zakupów. Osoby starsze, najbardziej zagrożone ryzykami zdrowotnymi COVID-19, częściej izolujące się w domu, potrzebowały tych technologii, jednocześnie częściej odczuwały bariery w korzystaniu z różnych cyfrowych rozwiązań.

Osoby w wieku 50+ w Polsce deklarują wyraźnie niższą umiejętność obsługi komputera – zarówno w porównaniu do osób młodszych w Polsce, jak i ich rówieśników w krajach Europy Zachodniej [OECD 2015, OECD 2021]. Tym samym, osobom w starszych grupach wieku trudniej było poradzić sobie w nowej, pandemicznej rzeczywistości. Osoby pracujące stanowiły szczególną podgrupę pokolenia 50+, dla nich pandemia oznaczała wyzwanie technologiczne, ale i okazję, aby szybko poprawić swoje umiejętności cyfrowe (rysunek 4.8).

Rysunek 4.8. Odsetek pracowników, którzy nabyli nowe umiejętności IT w okresie pandemii (w %)

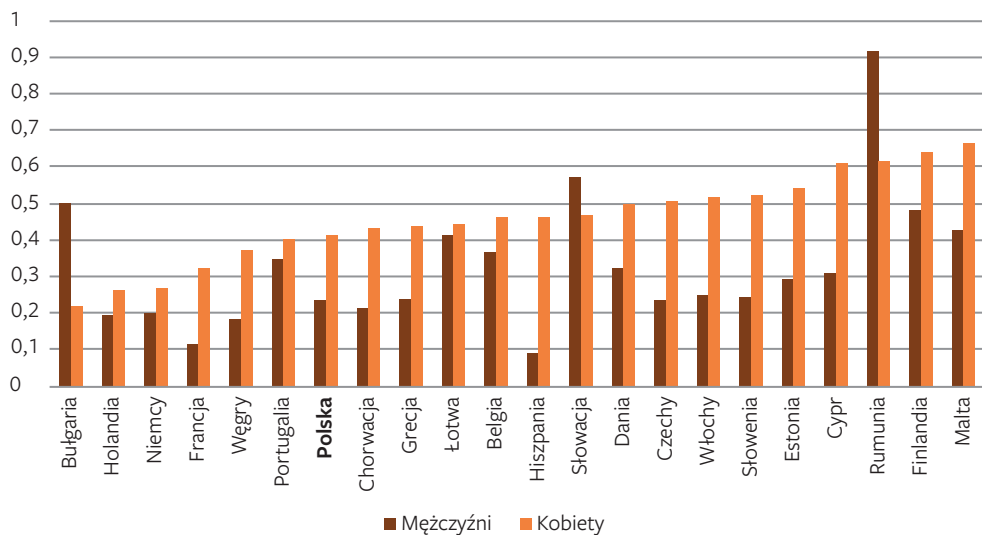


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Poziom wykształcenia pracowników w dużym stopniu determinował ich szanse na nabycie nowych umiejętności komputerowych w czasie pandemii. Wśród pracowników w wieku 50+ udało się to prawie co drugiej osobie z wykształceniem

wyższym, podczas gdy odsetek osób z wykształceniem średnim, które zadeklarowały nabycie nowych umiejętności, nie przekroczył w Polsce 13%. Osoby słabiej wykształcone znacznie częściej deklarowały niekorzystanie w pracy z komputera. Obserwacje te wpisują się w odnotowany już wzorzec rosnących nierówności w wiedzy i umiejętnościach w cyklu życia – podnoszenie kompetencji i kwalifikacji dotyczy przede wszystkim osób lepiej wykształconych [Kotowska i in., 2019].

Rysunek 4.9. Odsetek pracowników, którzy nabyli nowe umiejętności IT w okresie pandemii według płci



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Różnice w szansach na podnoszenie umiejętności komputerowych w trakcie pandemii, w zależności od poziomu wykształcenia, przekładają się na ich wyraźny wzorzec płciowy. Lepsze wykształcenie kobiet przekłada się na ich znacznie częstsze deklaracje o poprawie umiejętności korzystania z komputera – zadeklarowało to średnio w UE ponad 40% kobiet, przy niespełna 32% mężczyzn (rysunek 4.9). Łukę płci w podnoszeniu umiejętności komputerowych zaobserwowano w zdecydowanej większości krajów UE. Kobiety częściej też pracują w miejscach pracy, w których korzystają z komputera.

Bibliografia

Kotowska, I., Chłoń-Domińczak, A., Holzer-Żelaźewska D. (red.). (2019). *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie. Raport podsumowujący wyniki badań 7. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”*. Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

OECD (2015). *Adults, Computers and Problem Solving: What's the Problem?* Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264236844-en.

OECD (2021). *OECD skills outlook 2021*. Paris: OECD Publishing.

Sytuacja materialna gospodarstw domowych osób 50+ w okresie pandemii

Tomasz Panek, Jan Zwierzchowski

Niniejszy rozdział stanowi próbę oceny wpływu pierwszej fali pandemii COVID-19 na sytuację materialną gospodarstw domowych osób 50+ w Polsce na tle innych krajów europejskich. W trakcie trwania pierwszej fali pandemii COVID-19 państwa europejskie wprowadzały ograniczenia w życiu gospodarczym, które skutkowały pogorszeniem się sytuacji na rynku pracy. Ponadto wiele osób, szczególnie starszych, w obawie o zdrowie dobrowolnie rezygnowało lub ograniczało swoją aktywność ekonomiczną, a w efekcie zamożność ludności. Działania te przekładały się na spadek dochodów. Państwa wprowadzały rozwiązania osłonowe skierowane do firm, samorządów czy osób prywatnych, mających złagodzić negatywne efekty ograniczeń w życiu gospodarczym i przeciwdziałać pogarszaniu się sytuacji materialnej ludności.

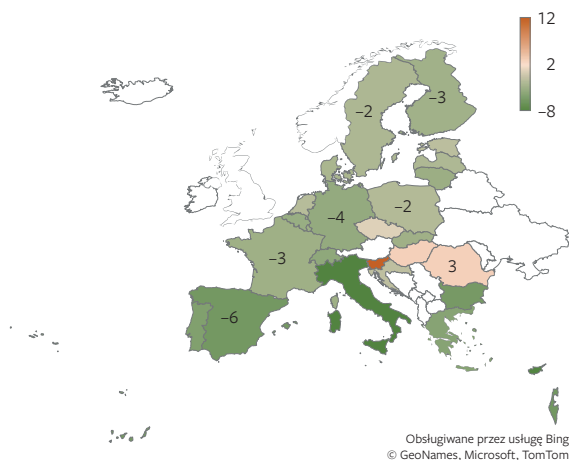
Ankiety w analizowanym badaniu zostały zebrane po pierwszej fali pandemii COVID-19 w Europie, która zdecydowanie mocniej dotknęła kraje Europy Zachodniej w porównaniu z krajami Europy Środkowo-Wschodniej. Analizy przedstawione w dalszej części rozdziału odzwierciedlają skutki wpływu pierwszej fali pandemii na sytuację materialną gospodarstw domowych osób 50+. Należy pamiętać, że ich obecna sytuacja materialna może się już znacznie różnić od tej w momencie przeprowadzania badania.

W pierwszej kolejności oszacowano zmianę przeciętnych dochodów, na skutek pierwszej fali pandemii, w gospodarstwach domowych osób 50+ w krajach biorących udział w badaniu SHARE (rysunek 5.1). W Polsce przeciętne dochody w tej grupie gospodarstw domowych spadły o 2%. Państwa najmocniej dotknięte pierwszą falą pandemii doświadczyły zdecydowanie wyższego średniego spadku dochodów gospodarstw domowych osób 50+. We Włoszech dochody te spadły o 8%, w Hiszpanii

o 6%, w Portugalii o 5%, w Belgii i Francji o 3%. Podobnie jak w Polsce spadek dochodów o 2% obserwujemy również w Szwecji, gdzie w porównaniu z Polską nie wprowadzono istotnych ograniczeń w życiu gospodarczym, ale przebieg samej pandemii był bardziej gwałtowny. Na drugim biegunie znajduje się Słowenia, gdzie nastąpił wzrost przeciętnego dochodu gospodarstw domowych osób 50+ o 12%, w Rumunii i na Węgrzech zaś o 3%. Miało to najprawdopodobniej związek z relatywnie hojnymi, w porównaniu do innych krajów, programami osłonowymi wprowadzonymi przez rządy wspomnianych krajów w trakcie trwania pierwszej fali pandemii.

Zmiany dochodów o kilka procent mogą wydawać się niewielkie, należy jednak pamiętać, że ich źródłem są w głównej mierze tylko zmiany dochodów osób czynnych zawodowo w gospodarstwach domowych osób 50+. W przypadku osób w wieku emerytalnym, pozostających biernymi zawodowo, których dochód w większości pochodzi ze świadczeń emerytalnych i innych transferów społecznych, zmiany dochodów z powodu pandemii były prawdopodobnie nieznaczne. W efekcie zmiany przeciętnych dochodów w gospodarstwach domowych osób 50+ z osobami czynnymi zawodowo, były w wielu krajach nawet trzykrotnie wyższe niż zmiany przedstawione na rysunku 5.1¹.

Rysunek 5.1. Zmiany przeciętnych dochodów gospodarstw domowych osób 50+ po wybuchu pandemii COVID-19 (w %)



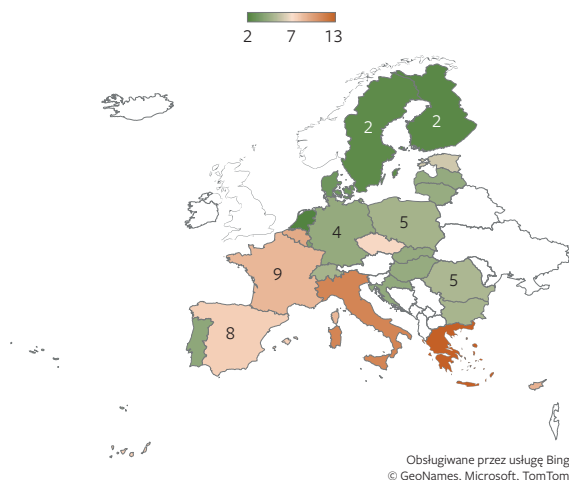
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Rysunek 5.2 przedstawia odsetki gospodarstw domowych osób w wieku 50+, które otrzymały bezpośrednią pomoc finansową wskutek wybuchu pandemii. Pomoc

¹ Wniosek ten wyciągnięto na podstawie analizy zmian dochodów tej grupy gospodarstw domowych.

ta mogła pochodzić od państwa lub od innych osób, organizacji, etc. W Polsce 5% osób w wieku 50+ deklaroowało otrzymanie bezpośredniej pomocy finansowej. Dla porównania, w krajach mocniej dotkniętych pierwszą falą pandemii odsetki te były zdecydowanie wyższe i wyniosły: 11% we Włoszech, 9% w Belgii i we Francji, czy 8% w Hiszpanii. Co ciekawe, aż 57% osób w Słowenii deklaroowało fakt otrzymania bezpośredniej pomocy finansowej. Wynik ten koresponduje z wynikami przedstawionymi wcześniej, gdzie w Słowenii zanotowano najwyższy wśród badanych krajów wzrost przeciętnego dochodu gospodarstw domowych osób w wieku 50+.

Rysunek 5.2. Wsparcie finansowe gospodarstw domowych osób 50+, w wyniku pogorszenia się sytuacji materialnej po wybuchu pandemii COVID-19 (w%)



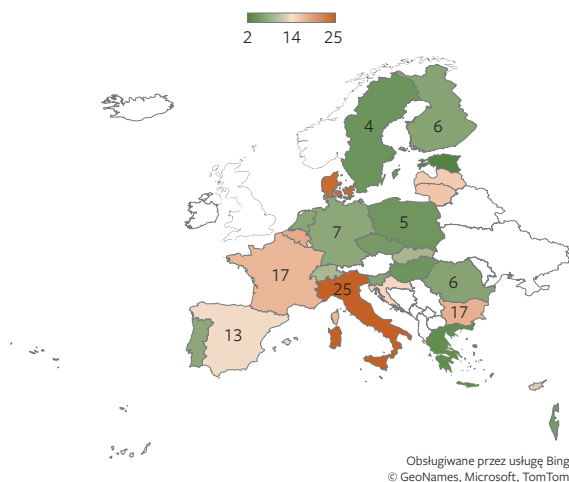
Uwaga: dla lepszego zobrazowania różnic między krajami na rysunku pominięto wartości odstające: Słowenia (57%) i Izrael (50%).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Rysunek 5.3 przedstawia porównanie wartości odsetków gospodarstw domowych osób 50+ mających problemy w „wiązananiu końca z końcem” (wiązały koniec z końcem z wielkim trudem oraz z pewnym trudem) przed pandemią (7. runda badania SHARE z 2018 r.) oraz po wybuchu pandemii (badanie SHARE Corona z 2020 r.). Co ciekawe, niemal we wszystkich badanych krajach europejskich, udział gospodarstw domowych osób 50+ mających trudności w „wiązananiu końca z końcem” obniżył się. W Polsce nastąpił spadek o 6 p.p. W niektórych krajach Europy Zachodniej, nawet tych mocniej dotkniętych pierwszą falą pandemii, spadki te były jeszcze wyższe i wyniosły 8 p.p. we Francji, czy też 7 p.p. w Hiszpanii. We Włoszech odsetek ten spadł o 4 p.p., a w Niemczech o 3 p.p. Wzrost odsetka osób

Rysunek 5.4 przedstawia odsetki osób w wieku 50+, które zostały zmuszone do skorzystania z oszczędności zgromadzonych we wcześniejszych okresach po wybuchu pandemii, spośród osób deklarujących trudności w „wiązananiu końca z końcem”. W Polsce 19% najsłabszych ekonomicznie osób w wieku 55+ deklarowało konieczność skorzystania z oszczędności. Zaskakujące jest, że najwyższy odsetek tych osób, wynoszący 41%, zanotowano w Szwecji, gdzie oficjalne ograniczenia dla życia gospodarczego były najmniejsze w grupie analizowanych krajów. Podobnie wysokie wartości (ponad 40%) zaobserwowano w Danii i w Czechach. Ponadto udział gospodarstw domowych sięgających po oszczędności do sfinansowania bieżących potrzeb był znacznie wyższy w krajach mocniej dotkniętych pierwszą falą pandemii i wyniósł 35% w Belgii, Francji, Hiszpanii i we Włoszech oraz aż 30% w Niemczech. Najniższą wartość wynoszącą 8% zaobserwowano na Słowenii, gdzie dzięki powszechnemu programowi pomocy uniknięto obniżenia przeciętnych dochodów gospodarstw domowych osób 50+, w której osoby w wieku 50+ mające trudności finansowe nie zostały zmuszone do sięgnięcia po oszczędności.

Rysunek 5.5. Odłożenie bieżących płatności przez osoby 50+ mające problemy w „wiązananiu końca z końcem” na skutek wybuchu pandemii COVID-19 (w%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Rysunek 5.5 przedstawia odsetki osób w wieku 50+, które po wybuchu pandemii i związanym z nią obniżeniem dochodów oraz występującymi trudnościami ekonomicznymi, zostały zmuszone do odłożenia bieżących opłat takich jak czynsz, spłata pożyczek i kredytu hipotecznego, i/lub opłat za rachunki. W Polsce odsetek ten wyniósł 5% i ponownie była to jedna z niższych wartości na tle pozostałych badanych

krajów europejskich. Także jak w przypadku wcześniej omawianych wskaźników, najwyższe wartości zaobserwowano w krajach najmocniej dotkniętych pierwszą falą pandemii. Dla porównania, odsetek ten wyniósł: we Włoszech – 25%, w Danii – 24%, w Bułgarii – 17%, we Francji – 17%, na Litwie – 15%, a w Hiszpanii – 13%. Najniższe wartości zaobserwowano w Estonii – 3%, na Węgrzech – 4% i w Słowenii – 6%.

Podsumowując, wyniki większości analiz przeprowadzonych w bieżącym rozdziale wskazują, że przebieg pandemii COVID-19 miał znaczący wpływ na warunki materialne gospodarstw domowych osób 50+ w badanych krajach. W krajach najmocniej dotkniętych pierwszą falą pandemii, jak Włochy, Belgia, Francja czy Szwecja zanotowano największe odsetki wskazań na pogarszanie się warunków materialnych tych gospodarstw, w porównaniu do krajów dotkniętych pandemią w mniejszym stopniu, jak Polska i inne kraje Europy Środkowo-Wschodniej. Co ciekawe, sam zakres wprowadzonych restrykcji zdawał się nie mieć podstawowe go znaczenia na pogorszenie się sytuacji materialnej gospodarstw domowych 50+. W Szwecji, która została mocno dotknięta pierwszą falą pandemii i nie wprowadziła ścisłego lockdownu, zanotowano podobne wskazania spadku warunków materialnych tej grupy gospodarstw jak w krajach Europy Zachodniej i Południowej. Z drugiej strony w Polsce, gdzie wprowadzono lockdown w okresie poprzedzającym i w trakcie badania, ale przebieg samej pierwszej fali pandemii był relatywnie łagodny, nie zanotowano gwałtownego pogorszenia się sytuacji materialnej badanej grupy gospodarstw. Na tle pozostałych krajów wyróżnia się Słowenia, gdzie dzięki powszechnemu programowi pomocy bezpośredniej nie zanotowano pogorszenia się materialnych warunków życia w populacji gospodarstw domowych 50+.

Jedynie w przypadku ogólnej oceny dotyczącej sytuacji ekonomicznej gospodarstw domowych zmiany kształtują się inaczej. Wskaźnik wskazujący na zmiany trudności „wiązania końca z końcem” pomiędzy rokiem 2020 a 2018 w zdecydowanej większości krajów spadł. Może to wskazywać, że generalnie zmieniły się w okresie pandemii aspiracje osób 50+ odnośnie minimalnego akceptowalnego poziomu życia. Ponadto wprowadzony rygor rządowy spowodował znaczne ograniczenia możliwości realizacji wielu potrzeb, a tym samym spadek wielkości środków finansowych pozwalających na „wiązanie końca z końcem”.

Kontakty społeczne w okresie pandemii

Anita Abramowska-Kmon, Wojciech Łątkowski, Sylwia Timoszuk

Ważną częścią badania SHARE jest ocena kontaktów społecznych. W telefonicznym badaniu SHARE Corona uwzględniono specyfikę kontaktów w okresie pandemii. W szczególności pytano o częstość kontaktów z rodziną i znajomymi, zarówno osobistych, jak i elektronicznych. Okres pandemii wpłynął także na udzielanie wsparcia, zarówno potrzeby jego otrzymywania przez osoby, które ze względu na ograniczenia nie opuszczały swoich mieszkań, jak i udzielanie wsparcia wynikające z rosnących potrzeb.

6.1. Osobiste kontakty z rodziną i znajomymi w czasie pandemii COVID-19

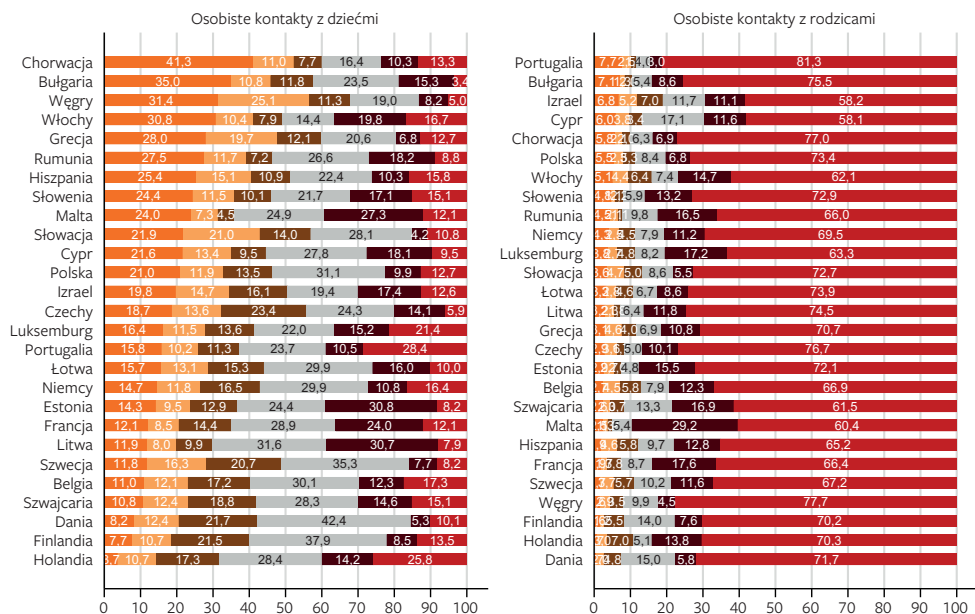
Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami zależy od typu relacji między tymi osobami oraz charakterystyk respondentów. Kraje europejskie różniły się znacząco pod względem częstotliwości osobistych kontaktów z innymi osobami podczas pierwszej fali pandemii COVID-19. Największe różnice można zaobserwować w przypadku osobistych kontaktów z dziećmi oraz z przyjaciółmi i znajomymi (rysunek 6.1). Jeśli chodzi o bezpośrednie kontakty z dziećmi, to można zauważyć podział między krajami Europy Zachodniej i Północnej oraz Południowej, Środkowej i Wschodniej. Respondenci w wieku 50+ w takich krajach jak Holandia, Finlandia, Dania czy Szwajcaria najrzadziej deklarowali codzienne osobiste kontakty z dziećmi (odpowiednio: 3,7%, 7,7%, 8,2% oraz 10,8%), z kolei ich rówieśnicy w Chorwacji (41,3%), Bułgarii (35%), na Węgrzech (31,4%), we Włoszech (30,8%) najczęściej zgłaszali codzienne bezpośrednie kontakty z dziećmi. Odsetek osób spotykających się z dziećmi kilka razy w tygodniu kształtował się między 7,3% (Malta) a 25,1% (Węgry). W przypadku osobistych kontaktów z rodzicami udział osób deklarujących

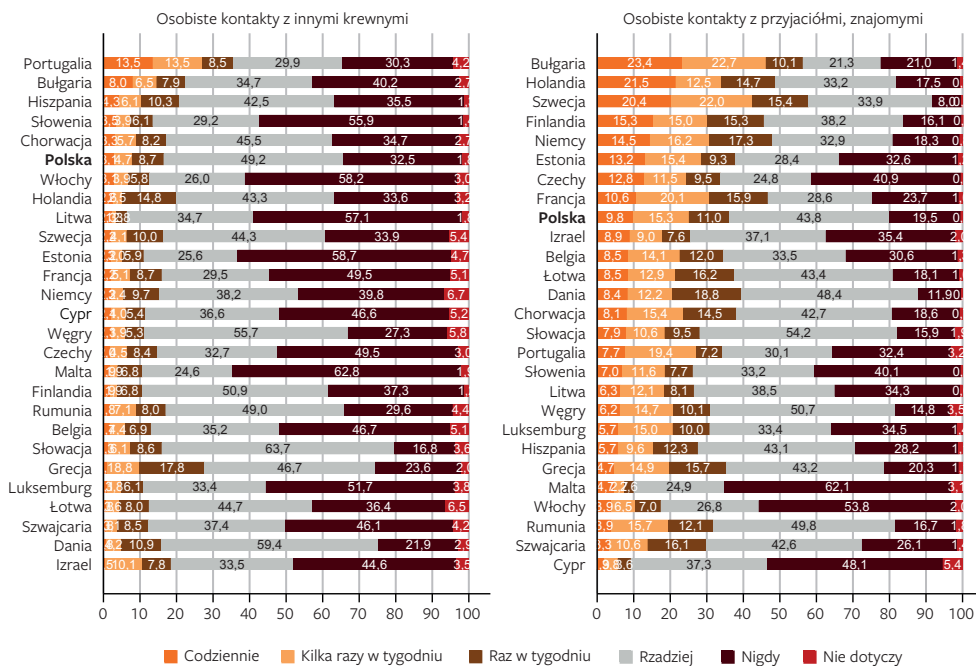
częste kontakty (codziennie lub kilka razy w tygodniu) przyjmował dość niskie wartości z uwagi na fakt, że zdecydowana większość respondentów nie posiadała żyjących rodziców (70–80%). Największy odsetek respondentów deklarujących częste spotkania z rodzicami odnotowano dla Izraela (12%), Portugalii (10,2%), Cypru (9,8%), Włoch (9,5%), Bułgarii (8,3%), Polski (8%), zaś najmniejszy dla Finlandii (2,8%) i Danii (2,7%).

Badani Europejczycy w wieku 50+ rzadko spotykali się w czasie pierwszej fali pandemii z innymi członkami rodziny: ponad 83% z nich deklarowało bezpośrednie spotkania rzadziej niż raz w tygodniu. Odsetek ten różnił się znacząco między analizowanymi krajami przyjmując wartości od 64,4% w Portugalii do 93,5% na Litwie. Respondenci częściej deklarowali częste kontakty ze znajomymi, przyjaciółmi czy sąsiadami, choć należy podkreślić, iż udział osób, które rzadziej niż raz w tygodniu spotykały się z innymi wyniósł ponad 63%. Największy odsetek odnotowano dla mieszkańców Malty (ponad 90%), zaś najmniejszy dla Szwecji (42%).

Podobnie jak w przypadku Polski, częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami w czasie pierwszej fali pandemii COVID-19 w analizowanych krajach była zróżnicowana w zależności od typów demograficzno-społecznych (według płci, wykształcenia czy statusu na rynku pracy).

Rysunek 6.1. Częstotliwość kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ w krajach europejskich (w %)



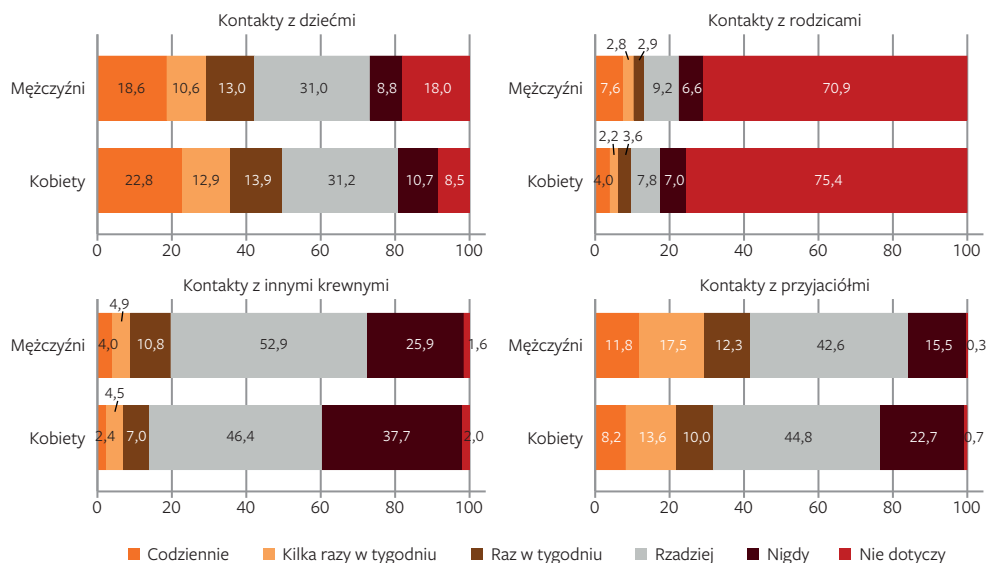


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Wyniki analiz dla Polski pokazały, że około 21% respondentów w wieku 50+ utrzymywało codzienne, osobiste kontakty ze swoimi dziećmi, kolejne 11,9% spotykało się z nimi kilka razy w tygodniu, a 41% bardzo rzadko kontaktowała się z dziećmi osobiście (rzadziej niż raz w tygodniu lub nigdy). Kobiety częściej niż mężczyźni kontaktowały się osobiście z dziećmi (co najmniej kilka razy w tygodniu: 36% wobec 29%). Warto podkreślić, że większy odsetek mężczyzn zadeklarował, że to pytanie ich nie dotyczy, co z jednej strony może oznaczać brak dzieci, a z drugiej strony wieloletni brak kontaktów z nimi. Jeśli zaś chodzi o bezpośrednie kontakty z rodzicami, to z uwagi na to, że zdecydowana większość osób w wieku 50+ nie ma żyjących rodziców, kontakty te były bardzo rzadkie. Co dziesiąty mężczyzna w tym wieku i zaledwie 6% kobiet spotykało się z rodzicami przynajmniej kilka razy w tygodniu (rysunek 6.2).

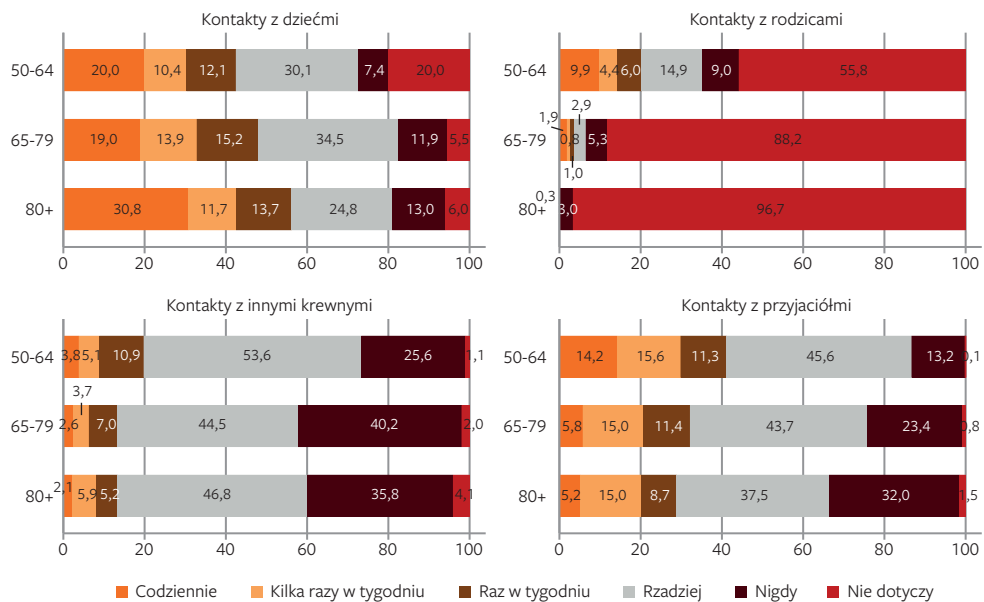
Z kolei osoby w wieku przedemerytalnym (tj. w wieku 50–64 lata) częściej niż pozostałe wskazywały na codzienne osobiste kontakty z przyjaciółmi, znajomymi, kolegami (14,2% wobec 5,2–5,8%; rysunek 6.3). Status na rynku pracy także różnicował częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami w czasie pierwszej fali pandemii (rysunek 6.4).

Rysunek 6.2. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ według płci (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

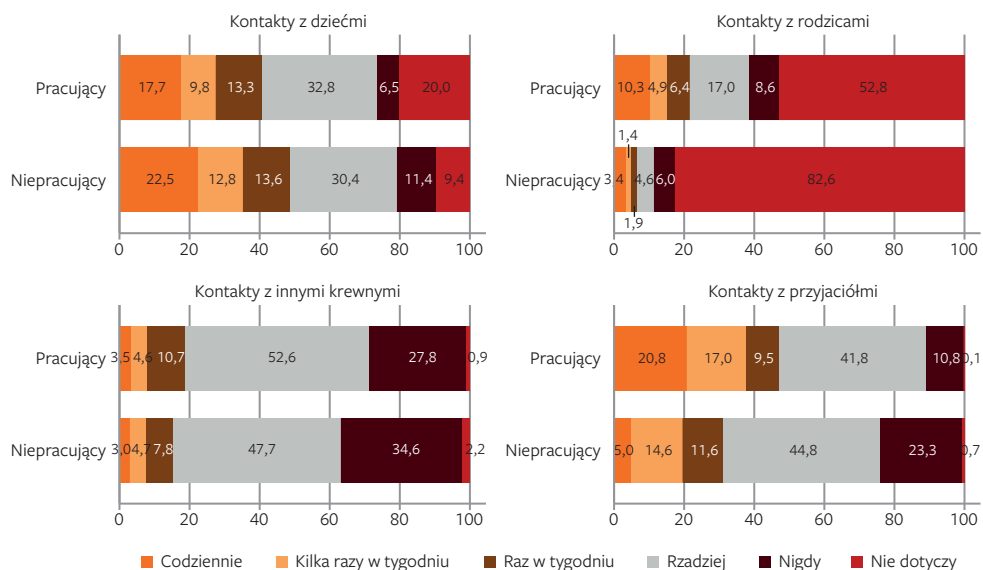
Rysunek 6.3. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ według grup wieku (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Osoby pracujące częściej niż niepracujące wskazywały na kontakty z rodzicami przynajmniej kilka razy w tygodniu (15,2% wobec 4,8%), co może wynikać z faktu, że osoby niepracujące są starsze i tym samym mogą nie mieć już żyjących rodziców. Wyniki dla kontaktów z dziećmi zdają się potwierdzać te ustalenia: ponad 35% osób niepracujących spotykało się z dziećmi przynajmniej kilka razy w tygodniu w porównaniu do osób pracujących (27,5%). Podobnie, co piąta osoba pracująca spotykała się codziennie z przyjaciółmi, znajomymi i kolegami, zaś dla osób niepracujących udział ten wyniósł 5%.

Rysunek 6.4. Częstotliwość kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ według statusu na rynku pracy (w %)



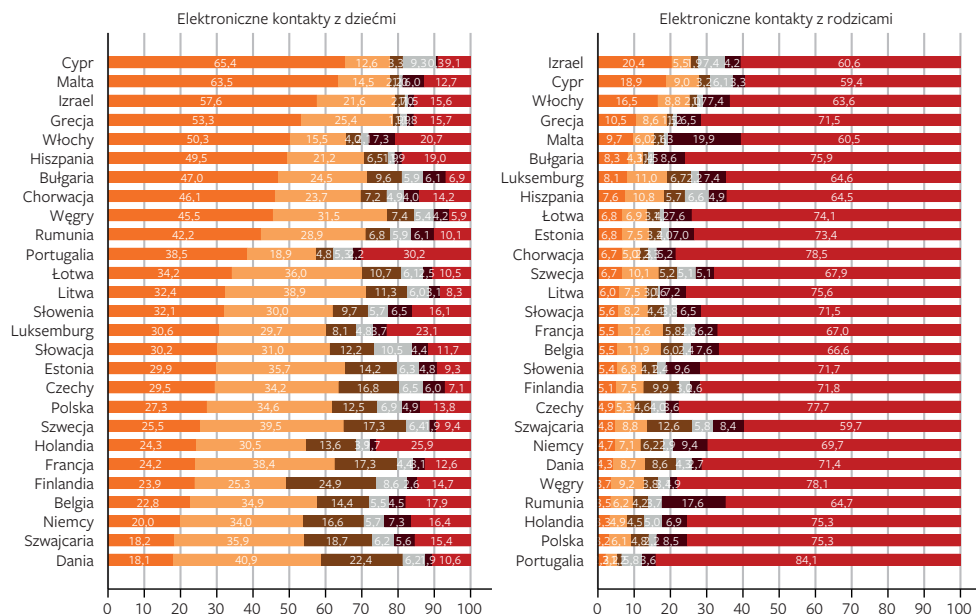
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

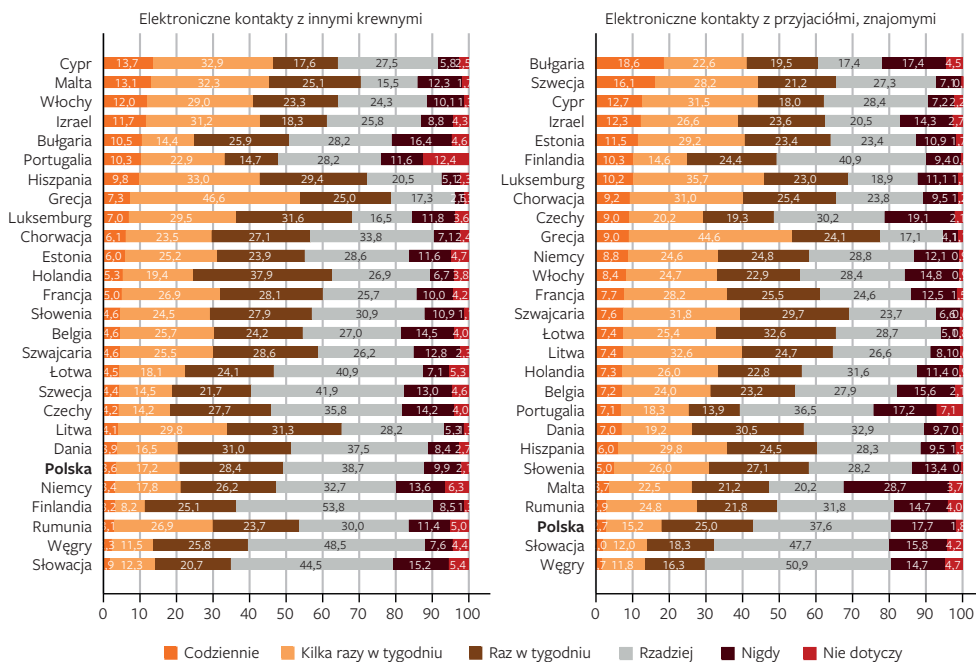
6.2. Kontakty z rodziną i znajomymi w pierwszym roku pandemii COVID-19 z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej

Badani mieszkańcy Europy częściej deklarowali częste kontakty z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej z innymi osobami niż w przypadku kontaktów bezpośrednich. Także pod tym względem analizowane kraje różnią się znacząco. Na przykład, największy udział osób w wieku 50 lat lub więcej kontaktujących się codziennie z dziećmi za pomocą komunikacji elektronicznej zaobserwowano dla Cypru i Malty (powyżej 60%), zaś najmniejszy dla Danii, Szwajcarii czy

Niemiec (do 20%). Warto też podkreślić, że w krajach odznaczających się mniejszymi wartościami udziałów osób kontaktujących się elektronicznie z dziećmi codziennie, respondenci częściej zgłaszali takie kontakty kilka razy w tygodniu. Z kolei częste (prawie codzienne) kontakty z rodzicami deklarowało od 5,4% ankietowanych w Portugalii oraz 9,3% w Polsce do 26% ankietowanych w Izraelu oraz 27,9% na Cyprze. Codzienne elektroniczne kontakty z innymi członkami rodziny należały do rzadkości: najczęściej je deklarowali mieszkańcy Cypru (13,7%) i Malty (13,1%), zaś najrzadziej – mieszkańcy Węgier (2,3%) i Słowacji (1,9%). Z kolei elektroniczne kontakty z tymi osobami kilka razy w tygodniu były wskazywane częściej niż w przypadku kontaktów codziennych: odsetek ten kształtował się między 8,1% dla Finlandii a 46,6% dla Grecji. Podobnie jak w przypadku kontaktów bezpośrednich, respondenci częściej deklarowali elektroniczne kontakty z przyjaciółmi, znajomymi i sąsiadami przynajmniej kilka razy w tygodniu niż z członkami rodziny (poza dziećmi): od 1,7% ankietowanych na Węgrzech do 18,6% mieszkańców w wieku 50+ w Bułgarii.

Rysunek 6.5. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ w krajach europejskich

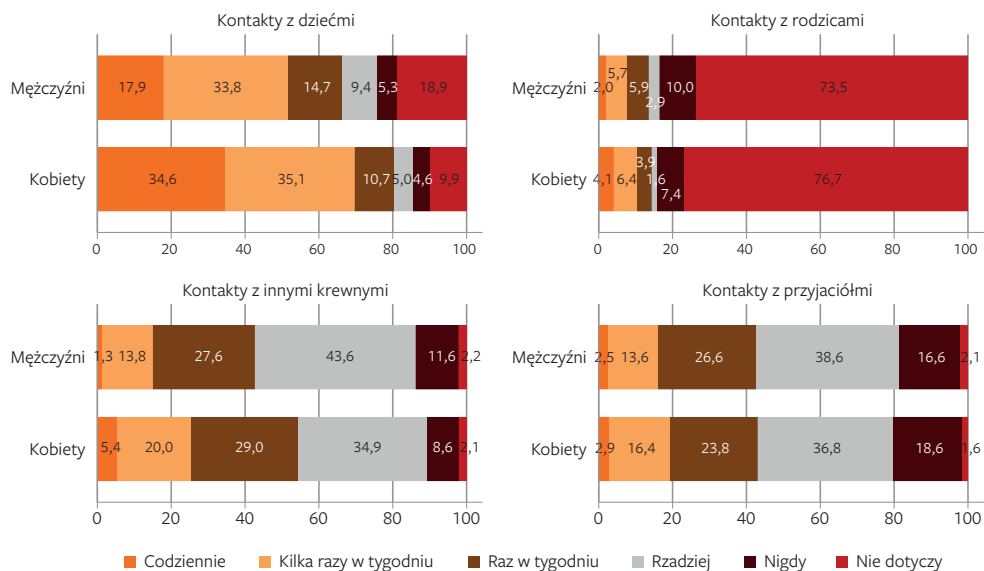




Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

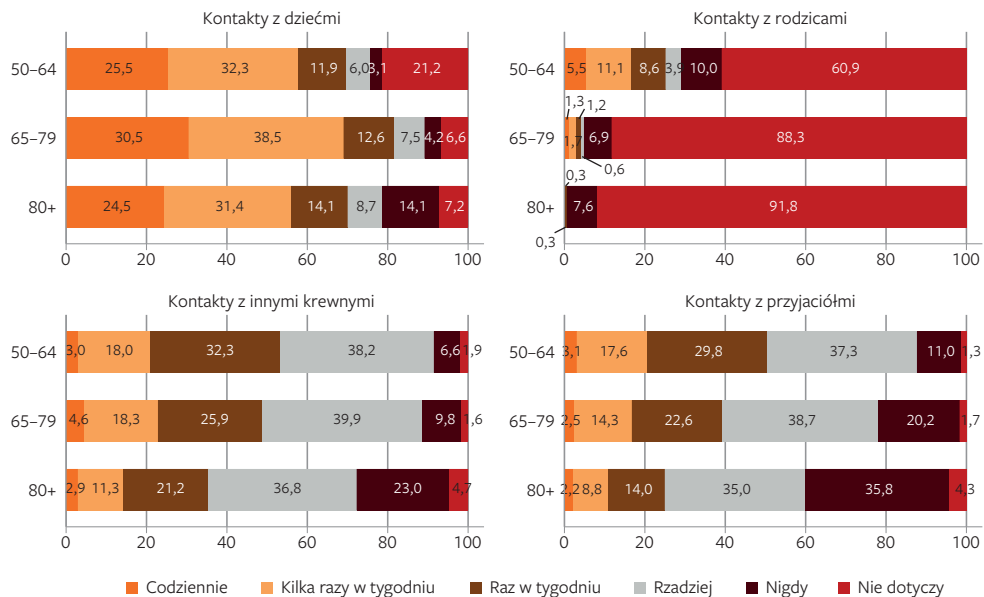
Wyniki dla Polski pokazują, że w czasie pierwszej fali pandemii kontakty elektroniczne z innymi osobami były częstsze niż kontakty osobiste. Prawie 62% badanej grupy miało częstsze, elektroniczne kontakty z dziećmi (codziennie lub kilka razy w tygodniu), zaś kolejne 12,5% – raz w tygodniu. Kobiety częściej niż mężczyźni deklarowały elektroniczne kontakty z dziećmi przynajmniej kilka razy w tygodniu (69,7% wobec 51,7%; rysunek 6.6). Osoby w wieku 50 lat lub więcej dużo rzadziej zgłaszały częste kontakty elektroniczne z rodzicami – rzadziej niż co dziesiąta osoba robiła to codziennie lub kilka razy w tygodniu. Należy podkreślić, że badani respondenci z innymi krewnymi utrzymywali kontakty głównie elektroniczne: co piąty ankietowany robił to przynajmniej kilka razy w tygodniu (kobiety częściej niż mężczyźni). Z kolei elektroniczne kontakty z przyjaciółmi, znajomymi czy kolegami były rzadziej zgłaszane przez osoby w wieku 50+ niż w przypadku kontaktów osobistych. Spośród indywidualnych charakterystyk respondentów wiek najbardziej różnicował częstotliwość kontaktów z innymi osobami (rysunek 6.7). Na przykład osoby w wieku 65–79 lat najczęściej deklarowały częste kontakty elektroniczne z dziećmi (codziennie lub kilka razy w tygodniu), zaś osoby młodsze (w wieku 50–64 lata) częściej niż pozostałe kontaktowały się w ten sposób z innymi krewnymi oraz z przyjaciółmi i znajomymi (przynajmniej raz w tygodniu).

Rysunek 6.6. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ według płci (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Rysunek 6.7. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ według grup wieku (w %)

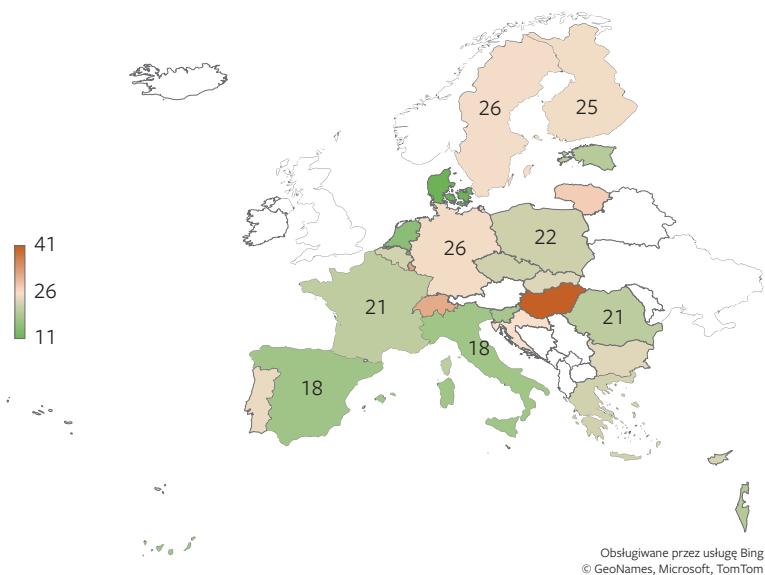


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

6.3. Otrzymane wsparcie od rodziny i znajomych. Opieka długoterminowa

W ramach telefonicznego badania SHARE Corona zapytano respondentów o otrzymywanie pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw (np. zakupów jedzenia, lekarstw, pilnych naprawach w domu) od osób spoza gospodarstwa domowego. Najwyższy odsetek respondentów, którzy zadeklarowali otrzymywanie takiej pomocy znajdował się w Węgrzech (41%), Luksemburgu (33%) oraz Szwajcarii (32%; rysunek 6.8).

Rysunek 6.8. Udział osób, które zadeklarowały otrzymywanie pomocy od osób spoza gospodarstwa domowego w porównaniu do okresu sprzed wybuchu pandemii (dane dla państw objętych telefonicznym badaniem SHARE Corona; w %)

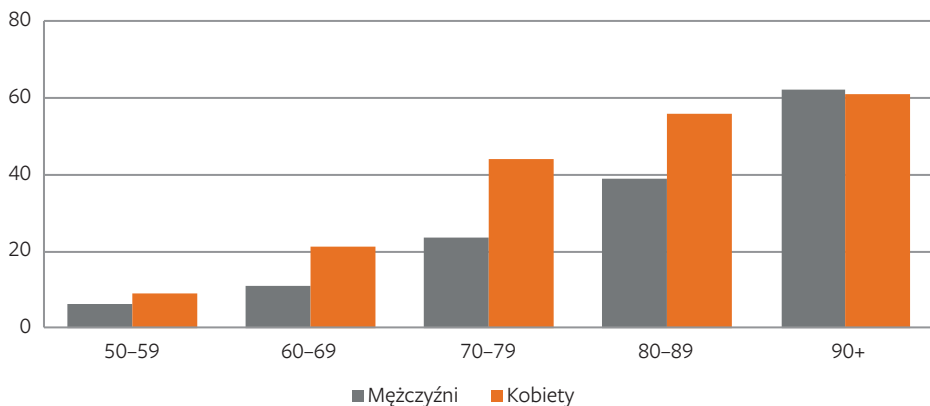


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

W Polsce około 22% osób w wieku 50 lat lub więcej wskazało, że uzyskało tego rodzaju pomoc, przy czym odsetek ten dla kobiet był niemal dwukrotnie większy niż dla mężczyzn (odpowiednio 29% i 15%). Ponadto, udział ten zwiększał się wraz z wiekiem (rysunek 6.9). Warto zaznaczyć, że starsze kobiety częściej niż starsi mężczyźni deklarowały otrzymywanie tego typu wsparcia spoza gospodarstwa domowego, co może odzwierciedlać odmienną sytuację rodzinną oraz stan cywilny obu płci. Osoby mieszkające samotnie deklarowały otrzymywanie pomocy od osób spoza gospodarstwa domowego blisko trzykrotnie częściej niż osoby, które mieszkały z co

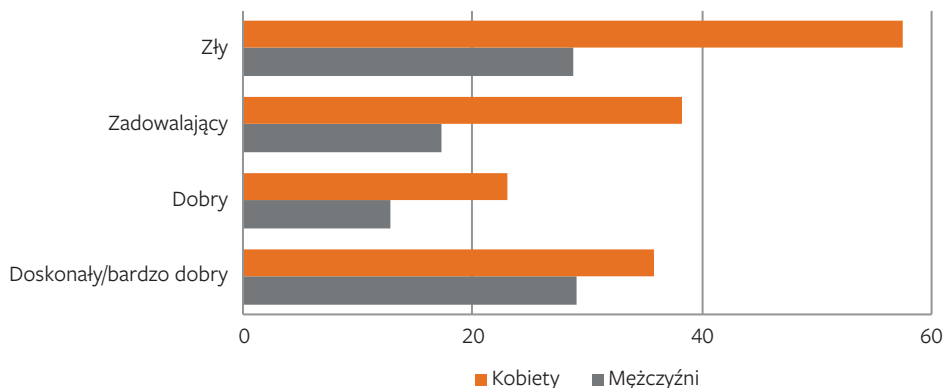
najmniej jedną osobą (44% wobec 16%). Dodatkowo respondenci, którzy mieszkali z co najmniej jedną osobą rzadziej deklarowali otrzymywanie pomocy z zewnątrz, kiedy mieszkali ze współmałżonkiem lub partnerem/partnerką (15%), w porównaniu do osób bez współmałżonka lub partnera/partnerki w gospodarstwie domowym (22%). Ważnym czynnikiem różnicującym otrzymywanie pomocy z zewnątrz był również stan zdrowia respondenta. Osoby oceniające swój stan zdrowia przed pandemią jako zły częściej otrzymywały wsparcie od kogoś spoza gospodarstwa domowego niż osoby lepiej oceniające swój stan zdrowia (rysunek 6.10).

Rysunek 6.9. Udział osób otrzymujących pomoc spoza domu w załatwianiu niezbędnych spraw według grup wieku w Polsce (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

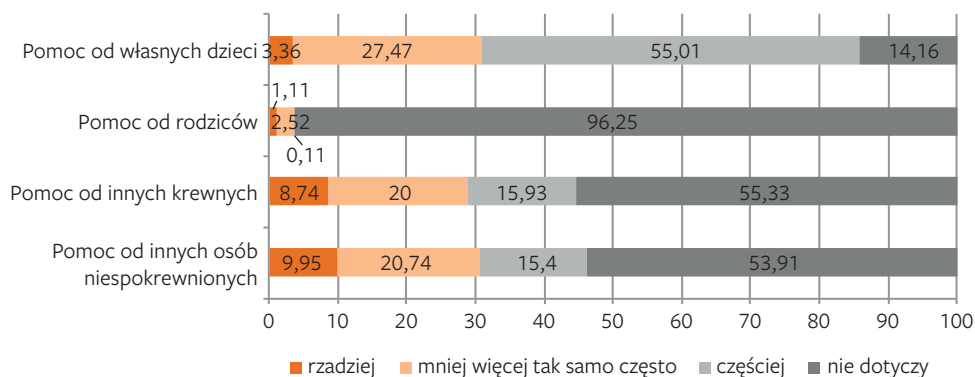
Rysunek 6.10. Udział osób otrzymujących pomoc spoza domu w załatwianiu niezbędnych spraw według samooceny stanu zdrowia sprzed pandemii w Polsce (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Od wybuchu pandemii znaczna część osób otrzymujących pomoc spoza gospodarstwa domowego w Polsce deklarowała, że otrzymuje ją częściej. Dotyczyło to zwłaszcza pomocy od własnych dzieci – 55% przebadanych osób zadeklarowało, że częściej otrzymują wsparcie od swojego potomstwa. Rzadziej takie wsparcie otrzymywało jedynie 3% badanych. Pomoc od innych krewnych oraz osób niespokrewnionych (np. sąsiadów, znajomych, współpracowników) wzrosła w podobnym stopniu – odpowiednio 16% i 15% ankietowanych stwierdziło, że otrzymywało ją częściej. Spadek takiego wsparcia zadeklarowało z kolei odpowiednio 9% i 10% respondentów (rysunek 6.11).

Rysunek 6.11. Struktura respondentów według częstości otrzymywania pomocy od osób spoza gospodarstwa domowego w porównaniu do okresu sprzed wybuchu pandemii (w%)



Uwaga: odpowiedź „mniej więcej tak samo często” zaznaczana była przez ankietera dla osób, które deklarowały brak zmiany w zakresie otrzymywanego wsparcia. Może to oznaczać zarówno sytuację, gdy: 1) respondent otrzymywał pomoc przed pandemią i w trakcie pandemii częstotliwość pomocy była taka sama, jak i 2) respondent nie otrzymywał pomocy ani przed pandemią, ani w trakcie trwania pandemii. Efektem takiego podejścia do rozważanego pytania jest brak możliwości jednoznacznej interpretacji tej odpowiedzi – nie wiadomo bowiem, czy osoby wskazujące „mniej więcej tak samo często” otrzymywały jakąkolwiek pomoc od danej grupy osób (dzieci, innych krewnych itp.).

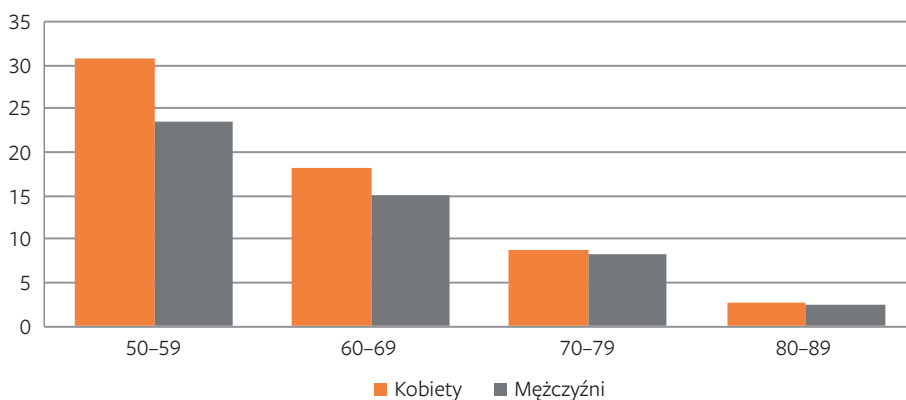
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

W miejscu tym warto wspomnieć o opiece długoterminowej otrzymywanej przez respondentów badania SHARE. W analizowanych krajach udział osób 50+ korzystających z usług opieki długoterminowej przed pandemią wyniósł 5,8%, w tym dla kobiet 7% i dla mężczyzn 4,4%. Analizowane kraje różniły się także pod tym względem: najczęściej korzystanie z tego typu usług przed pandemią zgłaszali mieszkańcy Izraela (25,7%), Cypru (11,2%), Słowacji (9,9%) oraz Francji (9,5%) i Holandii (9,5%), zaś najrzadziej – obywatele Portugalii i Czech (po 1,4%). W Polsce przed pandemią 6% osób wieku 50 lat i więcej korzystało z usług opieki długoterminowej, kobiety nieznacznie częściej niż mężczyźni (6,9% wobec 4,8%). W rozpatrywanych

W Polsce wskaźnik ten wyniósł 16%, co dało 14 miejsce (razem z Włochami) w rankingu 27 państw realizujących telefoniczne badanie SHARE Corona.

W Polsce w rozważany typ pomocy częściej były zaangażowane kobiety oraz osoby młodsze (tj. w wieku 50–59 lat) – co trzecia kobieta w tym wieku oraz niemal co czwarty mężczyzna pomagali w ten sposób innym (rysunek 6.13). Nieco częściej dostarczanie pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego deklarowały osoby posiadające współmałżonka lub partnera (18%) niż samotne (13%).

Rysunek 6.13. Udział osób pomagających osobom spoza domu w załatwianiu niezbędnych spraw według płci i grupy wieku (w %)



Uwaga: grupa najstarsza (90+) została pominięta w zestawieniu ze względu na zbyt małą liczbę odpowiedzi udzielonych na pytanie o udzielanie wsparcia osobom spoza gospodarstwa domowego.

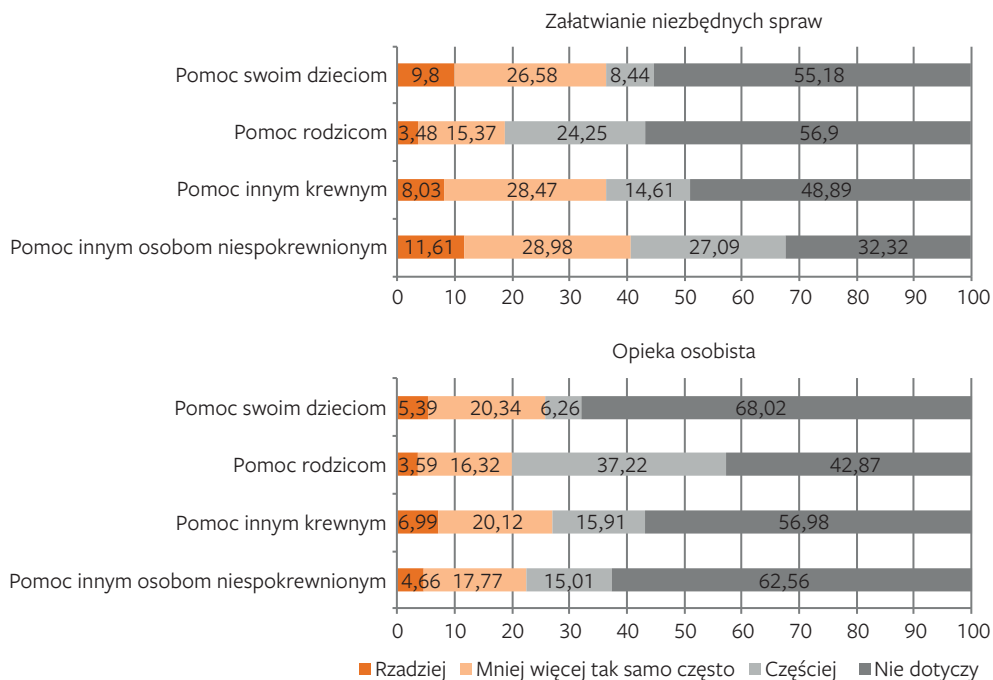
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

W odniesieniu do częstości udzielanego wsparcia można zaobserwować intensyfikację świadczenia pomocy innym osobom (rysunek 6.14). Respondenci badania SHARE w Polsce deklarowali, że częściej udzielali wsparcia w załatwianiu niezbędnych spraw osobom niespokrewnionym, takim jak sąsiedzi, znajomi czy współpracownicy (27%) oraz innym krewnym (24%). Częstsze wspieranie dzieci w tym zakresie zadeklarowało jedynie 8% badanych. Można przypuszczać, że jedną z przyczyn takiego wyniku jest możliwość, że osoby niespokrewnione mieszkały bliżej respondentów (zwłaszcza w przypadku sąsiadów) niż ich potomstwo. Co więcej, były to zapewne osoby w podobnym wieku jak osoby badane – a zatem wymagające potencjalnie większego wsparcia niż młodsze od respondentów dzieci.

W badaniu, oprócz kwestii udzielania pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw, poruszono również temat zaangażowania osób w wieku 50 i więcej lat w udzielanie opieki osobistej osobom spoza gospodarstwa domowego. Po wybuchu pandemii ten rodzaj pomocy, która stanowi bardziej wymagającą formę wsparcia niż pomoc

w załatwianiu niezbędnych spraw, deklarowało 4% respondentów w państwach biorących udział w telefonicznym badaniu SHARE Corona. Tego rodzaju pomocy najczęściej udzielano w Portugalii (10%) oraz na Cyprze (9%). W Polsce udział osób w wieku 50+ sprawujących opiekę osobistą nad osobami spoza gospodarstwa domowego wyniósł nieco ponad 5% (rysunek 6.15). Znacznie częściej opiekę osobistą świadczyli młodszy Polacy – szczególnie ci w wieku 50–69 lat. Udzielanie opieki osobistej innym osobom było nieco częściej deklarowane przez kobiety (6,3%) niż przez mężczyzn (4,1%).

Rysunek 6.14. Częstość pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw oraz udzielania opieki osobistej osobom spoza domu w porównaniu do okresu przed pandemią (w %)

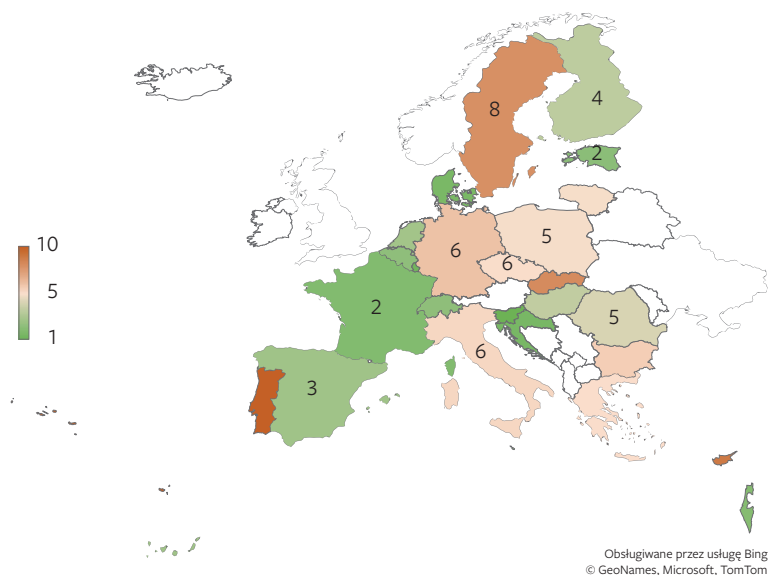


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

W przypadku opieki osobistej respondenci w Polsce częściej udzielali jej rodzicom (37%) oraz innym krewnym, które nie były ich dziećmi (16%; por. rysunek 6.14). Częstość tej formy pomocy zwiększyła się także wobec osób niespokrewnionych – wzrost udzielania takiej formy wsparcia zadeklarowało 15% respondentów. Jedynie 6% badanych wskazało, że udzielało częściej osobistej opieki swoim dzieciom. Przypuszczać można, że i w tym wypadku rolę odgrywa wiek osób, do których kierowana była rozważana forma pomocy. W szczególności rodzice respondentów

są starsi od ich dzieci i przeciętnie mogli wymagać większego (oraz częstszego) wsparcia. Warto także zauważyć, że – dla wszystkich określonych w badaniu form pomocy poza pomocą dzieciom w załatwianiu niezbędnych spraw – odsetek osób deklarujących zwiększenie częstości udzielanej pomocy przewyższał odsetek osób wskazujących na rzadsze udzielanie pomocy.

Rysunek 6.15. Udział osób udzielających opieki osobistej osobom spoza swojego gospodarstwa domowego (w%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Zaangażowanie osób w wieku 50 lat i więcej w wolontariat w trakcie trwania pierwszej fali pandemii było niskie – spośród 27 analizowanych krajów jedynie w dwóch (Holandia i Francja) ponad 10% respondentów świadczyło pomoc jako wolontariusze. Ten rodzaj aktywności społecznej w Polsce był znacznie niższy. Jedynie 1,7% badanych zgłosiło zaangażowanie w jakikolwiek wolontariat. Pod tym względem Polska zajęła 20 miejsce wśród państw biorących udział w telefonicznym badaniu SHARE Corona. Nieznacznie większą aktywnością w tym zakresie charakteryzowały się osoby młodsze – dla osób w wieku 50–64 lata odsetek ten wyniósł 2,4%.

Aktywne starzenie się w pierwszym roku pandemii COVID-19

Jolanta Perek-Białas, Jan Zwierzchowski

Przed pandemią planowano, że dane z badania „SHARE: 50+ w Europie” umożliwią ocenę stopnia realizacji koncepcji aktywnego starzenia. Tak zaplanowane badanie miało być głównym źródłem dla wskaźników wykorzystanych do zbudowania ogólnego wskaźnika aktywnego starzenia wg rekomendacji i metodologii [Zaidi i in., 2013; UNECE, 2019]. Warto przypomnieć, że aktywne starzenie rozumiane jest najczęściej jako: „optymalizacja możliwości zdrowotnych, uczestnictwa w życiu społecznym i bezpieczeństwa w celu poprawy jakości życia zarówno osób, jak i grup społecznych. Aktywne starzenie się pozwala ludziom na korzystanie przez nich z potencjału fizycznego, społecznego i psychicznego w całym cyklu życia oraz do uczestniczenia w życiu społecznym, przy jednoczesnym zapewnieniu im odpowiedniej ochrony, bezpieczeństwa i opieki, kiedy jest to niezbędne” [WHO, 2002, por. też Perek-Białas, 2008]. Proponowany i obliczany w różnych ujęciach syntetyczny wskaźnik aktywnego starzenia [Zaidi i in., 2013; UNECE, 2017] uwzględnia: aktywność zawodową (wskaźnik zatrudnienia dla wyróżnionych grup wieku od 50 lat i więcej, np. 50–59, 60–69 i 70+), aktywność społeczną (m.in. angażowanie się w opiekę nad innymi członkami rodziny, wnukami, osobami zależnymi, wolontariat, ale i udział w akcjach społecznych, np. strajki, bojkot), zdrowe (bez niepełnosprawności), bezpieczne i niezależne od innych życie (w tym uwzględniając uczenie się, tzw. *life-long learning*) oraz zdolność i przygotowanie otoczenia do wykorzystania potencjału osób starszych (m.in. dzięki więziom społecznym, z możliwością korzystania z nowych technologii, czyli warunki dla rozwoju pozwalającego na dłuższe życie, ale w zdrowiu).

Wcześniejsze analizy z badania „SHARE: 50+ w Europie” [runda 7., por. Perek-Białas, Zwierzchowski, 2020] prezentowały realizację idei aktywnego starzenia dla

Polski dla różnych grup społeczno-ekonomicznych. Wtedy była możliwa kontynuacja analiz według różnych grup społeczno-demograficznych, np. wg wykształcenia, miejsca zamieszkania, sytuacji materialnej [UNECE, 2017]. Dla przypomnienia, na podstawie wyników z rundy 7., oprócz aktywności zawodowej, która oceniana była na podstawie danych BAEL, praca społeczna (aktywność poza rynkiem pracy) była wykonywana wówczas tylko przez około 5,4% badanych osób w wieku 50+ w Polsce. Jednak 36% osób w wieku 55+ w 2017 r. angażowało się w opiekę nad wnukami przynajmniej raz w tygodniu, a pomoc dorosłym członkom innych gospodarstw domowych zadeklarowało wówczas około 9% osób (w większości kobiety). Podobnie niskie wartości aktywności edukacyjnej przed pandemią były potwierdzone, gdy tylko 5,3% osób w wieku 55+ wskazało, że brało udział w kursie edukacyjnym, a około 28,5% wskazywało na regularną aktywność w Internecie. Te raczej bierne niż aktywne aktywności generalnie – mimo rosnących wskaźników zatrudnienia – na przestrzeni lat, od kiedy prezentowano wskaźnik nie pozwalały, aby Polska zmieniła swoją ogólną słabą pozycję w tym obszarze i pozostawała na końcu rankingu krajów w Europie [m.in. UNECE, 2019].

Niestety pandemia w 2020 roku uniemożliwiła nie tylko wzrost, ale i utrzymanie dotychczasowego poziomu aktywności z powodu wielu ograniczeń wprowadzonych przez decydentów. Oprócz istniejących przed pandemią wyzwań dla realizacji koncepcji aktywnego starzenia pojawiły się nowe i one stały się kolejną barierą ograniczającą aktywność osób w wieku 50+.

Badanie telefoniczne SHARE Corona zrealizowane w ramach 8. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie” miało na celu dostarczenie informacji nt. nadzwyczajnych zmian w życiu osób 50+. Trzeba podkreślić, że ze względu na specyfikę sytuacji jego wyniki nie są w pełni porównywalne z wcześniejszymi edycjami badania, nie ze względu na sytuację, ale na inny kontekst i konieczne zmiany w pytaniach (np. kontaktowanie się z bliskimi, rezygnacja z usług medycznych mająca inne powody niż te, które analizowano wcześniej (np. z powodów finansowych)). W telefonicznym badaniu SHARE Corona zadawano pytania w sposób umożliwiający ocenę sytuacji sprzed i w trakcie pandemii. Przy wykorzystaniu wyników z tej rundy badania na zakończenie publikacji podjęta zostaje próba oceny, czy i w jakim zakresie w czasie pandemii można zaobserwować pozytywne lub negatywne zmiany dotyczące wybranych i uwzględnianych w koncepcji aktywnego starzenia zagadnień.

W niniejszym rozdziale przedstawiona jest więc próba syntetycznej i podsumowującej oceny wpływu pandemii na wybrane aspekty aktywnego starzenia osób 50+ w Polsce w porównaniu z innymi krajami Europy biorącymi udział w telefonicznym badaniu SHARE Corona. Ocena ta częściowo obejmuje już wybrane aspekty aktywności omawiane we wcześniejszych rozdziałach i dlatego pojawiają się bezpośrednio

odwołania. Jednak ze względu na spójność podejścia analitycznego do oceny realizacji idei aktywnego starzenia, uwzględnione zostały te wymiary aktywnego starzenia się, które w największym stopniu miały swój udział przed pandemią w wartości ogółem wskaźnika, a z racji pandemii wykazały zmiany warte podkreślenia na zakończenie opracowania.

7.1. Aktywność zawodowa w pierwszym roku pandemii COVID-19

Jednym z ważnych wymiarów aktywnego starzenia się jest aktywność zawodowa. Analizy w rozdziale 4. pokazały, że w Polsce na tle innych krajów europejskich relatywnie mniej osób w wieku 50+ utraciło pracę po wybuchu pandemii. Dane telefonicznego badania SHARE Corona wskazują, że było to nieco ponad 5% pracujących. Tym samym wskaźniki zatrudnienia dla osób w wieku 50+ nie wykazały zmian spadkowych, co przekłada się na porównanie z wynikami z danych Eurostatu prezentowanymi w rozdziale 4.

Jednocześnie, jak było to przedstawione w rozdziale 4, w Polsce niecałe 10% respondentów przyznało, że liczba przepracowanych przez nich godzin zwiększyła się. Jednocześnie jednak ok. 20% twierdziło, że liczba godzin im się zmniejszyła, czyli uwzględniając liczebność, więcej było osób, którym godziny pracy się zredukowały niż zwiększyły. Generalnie w krajach, gdzie zanotowano większą utratę miejsc pracy u osób 50+ zaobserwowano też częściej deklarowane zwiększenie liczby godzin pracy wśród osób, które miejsce pracy utrzymały. Może być to związane z przenoszeniem obowiązków zawodowych od osób zwolnionych z pracy na osoby, które nadal pracują, albo z wykonywaniem pracy zdalnej, która w przypadku wielu osób powodowała, że sztywny czas pracy stawał się elastyczny i przekraczał 8 h dziennie.

Chociaż w samym wskaźniku nie wskazywano nigdy i nie analizowano wymiaru czasu pracy, tylko sam fakt bycia osobą pracującą (min. jedną godzinę w ostatnim tygodniu wg metodologii rekomendowanej przez instytucje rynku pracy), to jednak ten wątek warto w kolejnych rundach badań SHARE rozwinąć, aby inaczej spojrzeć i przeanalizować powiązanie aktywności zawodowej z jej intensywnością.

7.2. Aktywność społeczna

Aktywność społeczna, obok aktywności zawodowej, jest jednym z ważnych elementów składających się na ocenę realizacji przez społeczeństwa koncepcji aktywnego starzenia. W ramach telefonicznego badania SHARE Corona pytano an-

kietowane osoby o pomoc udzielaną innym dorosłym osobom spoza gospodarstwa domowego np. przez robienie zakupów czy załatwianie codziennych spraw (więcej w rozdziale 6). Ta aktywność stanowi więc ważny przejaw aktywności uwzględniany w koncepcji aktywnego starzenia na równi z aktywnością zawodową.

W Europie przeciętnie 20–30% osób w wieku 50+ było aktywnych w zakresie pomagania innym spoza swojego gospodarstwa w załatwianiu różnych niezbędnych spraw w czasie pandemii w Europie (por. rozdział 6 i rysunek 6.12 oraz aneks i tabele 6.12 i 6.15). Najwyższy odsetek osób pomagających innym zaobserwowano w krajach skandynawskich i krajach Europy Zachodniej (Szwecja 35%, Francja 30%), a nieco niższy w krajach Europy Południowej (np. Włochy 16%, Hiszpania 12%) i krajach Europy Środkowo-Wschodniej (Czechy 14%, Łotwa 12%, Słowenia 11%, Rumunia 14%). W Polsce taką aktywność zadeklarowało aż 16% osób (podobnie jak we Włoszech, oraz więcej niż przykładowo w Hiszpanii i Rumunii). Zróżnicowanie ze względu na płeć nie jest duże, choć w grupie kobiet było nieznacznie więcej respondentek deklaruujących taką pomoc niż w grupie mężczyzn.

Jak wspomniano, przed pandemią wolontariat osób 50+ w Polsce nie był tą aktywnością, która może być pokazywana jako znaczący przykład „aktywnego starzenia się” w kraju. Tylko około 5,4% w Polsce (na podstawie danych z 2017 roku, z rundy 7. badań) wskazało, że udziela się społecznie. Niestety tutaj we wszystkich krajach objętych badaniem, w tym też i w Polsce (głównie z powodu ograniczeń, które mogą być wyjaśnieniem spadku w wartości tego wyniku) mniej niż 3% osób w wieku 50+ wskazało, że od czasu wybuchu pandemii angażowało się w jakikolwiek wolontariat. Ta niższa niż w innych krajach działalność społeczna już przed pandemią była wyzwaniem, a pandemia dodatkowo „przyblokowała”/ograniczyła ją dla tej grupy. Niewątpliwie analizy dotyczące motywacji dla realizacji wolontariatu wśród osób starszych są kolejnym obszarem do badań i dokładniejszego monitorowania przez różne zmienne społeczno-demograficzne w kolejnych rundach.

7.3. Aktywność edukacyjna

W czasie pandemii możliwości aktywnego funkcjonowania są ograniczone (np. brak możliwości uprawiania sportu z powodu lockdownu). Konieczność pracy zdalnej wymusiła jednak poszerzanie kompetencji cyfrowych przez osoby aktywne zawodowo, ale jak przedstawiono w rozdziale 4, także osoby niepracujące nabyły nowe kompetencje w tym zakresie. Było to związane z tym, że niezależnie od sytuacji zawodowej, aby móc realizować swoje aktywności (w tym podtrzymywanie więzi społecznych), trzeba było nabyć w krótkim czasie nowe umiejętności kom-

puterowe, które przed pandemią nie były niezbędne do funkcjonowania na rynku pracy, ale i poza nim.

We wszystkich badanych krajach zaobserwowano wzrost kompetencji cyfrowych wśród badanych pracujących osób 50+ (por. rysunek 4.8). Można zauważyć istotne różnice między krajami. Generalnie w krajach, w których odsetek osób dobrze radzących sobie z nowymi technologiami w populacji 50+ był niski przed pandemią, zaobserwowano najwyższe przyrosty, ale były od tego wyjątki (np. Bułgaria). W Polsce 31% pracujących respondentów zadeklarowało fakt nabycia nowych kompetencji cyfrowych w pierwszym roku pandemii COVID-19, więcej niż np. w Niemczech, Holandii, Francji. Z tym, że ponad 40% kobiet w wieku 50+ i około 21% mężczyzn wskazało na nabycie nowych kompetencji, dla porównania w poprzedniej rundzie badania SHARE tylko 5,3% osób w wieku 55+ wskazywało, że w ciągu ostatniego roku brały udział w kursie edukacyjnym, były to głównie kobiety, z dużych miast i przede wszystkim z wykształceniem wyższym (25% w tej grupie). Sama aktywność w Internecie była deklarowana przez prawie 30%, a więc zdecydowanie pandemia „przyspieszyła” rozwój w tym obszarze istotnym dla idei aktywnego starzenia.

7.4. Warunki do realizacji aktywnego starzenia się (w tym więzi społeczne)

Aby ocenić, na ile otoczenie jest przygotowane do wykorzystania potencjału osób starszych, uwzględnia się wiele aspektów, jak np. stan zdrowia populacji (rozdział 2. i 3.), ale także więzi społeczne mające znaczenie dla budowania relacji (w tym międzygeneracyjnych). Jest to szerzej analizowane w rozdziale 6. O ile wskaźniki dotyczące zdrowia zostały mocno zaburzone przez pandemię, te badające zagadnienie relacji, mimo że w zmienionej formie, mogły być realizowane.

Z perspektywy oceny aktywnego starzenia się, pandemia – z powodu restrykcji wprowadzonych przez rządy – wymusiła ograniczenie kontaktów osobistych. Oprócz pytania o osobiste kontakty i ich częstotliwość, w telefonicznym badaniu SHARE Corona uwzględniono pytanie o kontakty także z uwzględnieniem rozmów telefonicznych, e-maili lub za pomocą innych środków elektronicznej komunikacji, które mogą stanowić narzędzie do pielęgnowania więzi społecznych w sytuacji pandemicznej.

Analiza dotycząca osobistych kontaktów ze swoimi dziećmi osób w wieku 50+ w Polsce wskazuje, że codziennie lub kilka razy w tygodniu takie kontakty wskazało 39,4% kobiet w wieku 50+ oraz 35,6% mężczyzn w wieku 50+. Żadnych kontaktów nie miało prawie 12% osób w wieku 60+. Z kolei, jeśli chodzi o kontakt za

pośrednictwem innych środków komunikacji, to 63,7% mężczyzn i 77,4% kobiet w wieku 50+ minimum codziennie lub kilka razy w tygodniu nawiązywało kontakt ze swoimi dziećmi. Niestety około 5% osób w wieku 70+ nie miało nawet takich kontaktów w ogóle, co może wskazywać na istotny problem wykluczenia i osamotnienia grupy osób starszych, szczególnie dotkliwy w pandemii. Ten wskaźnik był porównywalny z innymi badaniami, także z wykorzystaniem innych źródeł [UNECE, 2017], ale szczególnie po okresie pandemii i wraz z analizą przyczyn samotności czy izolacji będzie ważny w identyfikacji tych osób, które dodatkowo, z oceną swojego dobrostanu psychicznego (jako jednego z aspektów aktywnego starzenia), będą miały szansę, aby w miarę swoich możliwości i chęci być aktywnym.

Podsumowanie

Analiza wpływu pandemii na możliwość aktywnego starzenia się lub brak takiej możliwości (poprzez pracę, aktywność społeczną, edukacyjną itp.) jest wyzwaniem z racji obiektywnego utrudnienia w realizacji takiego działania w tak trudnym okresie (szczególnie w czasie lockdownu, gdy realizacja wielu aktywności nie była możliwa). Dotyczy to nie tylko osób w wieku 50+ (grupa badana), ale i młodszych (ograniczenie wielu aktywności).

Całościowe (kompleksowe, za pomocą wszystkich rekomendowanych wskaźników pomiaru aktywnego starzenia, np. UNECE 2019) spojrzenie na to, jaki wpływ na aktywność osób starszych miała pandemia jest ograniczone koniecznością innego sposobu nie tylko ujęcia koncepcyjnie tego zagadnienia, lecz także jego pomiaru, uwzględniając tę nieprzewidywalną sytuację, jaka miała miejsce w 2020, i po części (mimo zniesienia ograniczeń) nadal trwa (ograniczenia, ale też obawy o styczność z wirusem, ryzyko zarażenia). Mimo to można wskazać, że w przypadku Polski przez część badanych zwiększona została aktywność zawodowa, jednak niekoniecznie musi być to uznane za pozytywny wynik. Mogło to być związane z koniecznością utrzymania zatrudnienia (np. ze względów finansowych), czyli było dla tych osób działaniem przymusowym, a nie dobrowolnym, co jest przywoływane jako krytyka koncepcji narzucającej wszystkim tylko aktywności, a nieuwzględnianie bierności, która nie jest z winy tych osób. Pozytywny aspekt wpływu pandemii to duża aktywność osób w wieku 50+ w zakresie pomagania i wspierania swoich członków rodzin (dzieci, rodziców) oraz w podtrzymywaniu więzi społecznych z najbliższymi w tym okresie. Duża część osób w wieku 50+ nabyła nowe kompetencje (w tym szczególnie cyfrowe), co też po zakończeniu pandemii może okazać się dla nich ważnym atutem na rynku pracy. Jednak co ważne, nie tylko pracujące osoby nabyły takie

kompetencje, ale także te, które nie są aktywne zawodowo. Dla wspierania idei aktywnego starzenia ma to niebagatelne znaczenie i powinno być dokładniej monitorowane także w kolejnych rundach badania SHARE, z lepszym uchwyceniem, kto szczególnie rozwija te kompetencje oraz z analizą ich przyczyn, nie tylko powiązanych z wymogami rynku pracy, ale też np. z dodatkową aktywnością społeczną.

Na zakończenie trzeba przyznać, że w przyszłości rozważania dotyczące idei aktywnego starzenia będą wymagać dokładniejszego opracowania, ze wskazaniem, jak warunki zaistniałe w czasie nie tylko pierwszej fali pandemii, ale przez cały okres jej trwania wpłynęły na realizację zachowań określonych jako aktywne starzenie się i jakie odzwierciedlenie ta sytuacja może mieć w przyszłości.

Bibliografia

- Perek-Białas, J. (red.). (2008). *Aktywne starzenie, aktywna starość*. Kraków: Wydawnictwo Aureus.
- Perek-Białas, J., Zwierzchowski, J., (2019). Czy potencjał osób starszych jest odpowiednio wykorzystany? W: *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie. Raport podsumowujący wyniki badań 7. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”* (s. 55–66), I. Kotowska, A. Chłoń-Domińczak, D. Holzer-Żelaźewska (red.). Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework* (No. WHO/NMH/NPH/02.8).
- UNECE/European Commission. (2017). *Criteria Specific Analysis of the Active Ageing Index at the National Level in Poland: 2007–2015*. Report prepared by Jolanta Perek-Białas, Jan Zwierzchowski, Radosław Antczak and Tomasz Panek, of the Warsaw School of Economics, Poland, under contract with United Nations Economic Commission for Europe (Geneva), co-funded by the European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion (Brussels).
- Zaidi, A., Gasiór, K., Hofmarcher, M.M., Lelkes, O., Marin, B., Rodrigues, R., Schmidt, A., Vanhuyse, P., Zolyomi, E. (2013). *Active Ageing Index 2012: Concept, Methodology and Final Results*. Vienna: European Centre.

Podsumowanie

Agnieszka Chłoń-Domińczak, Irena E. Kotowska

Ankietowe badanie telefoniczne SHARE Corona dostarczyło unikatowej możliwości oceny sytuacji Europejczyków w wieku 50 lub więcej lat w okresie po pierwszej fali pandemii. Pomimo konieczności zakończenia prowadzenia badań w ramach wywiadów osobistych, udało się pozyskać wiedzę dotyczącą sytuacji zdrowotnej, aktywności zawodowej czy kontaktów społecznych badanych osób w lecie 2020 r., tuż po pierwszej fali pandemii COVID-19. Dzięki temu możemy dokonać oceny sytuacji osób po 50. roku życia w Polsce na tle innych krajów.

Przebieg kolejnych fal pandemii w Polsce jest specyficzny. O ile pierwsza fala nie przyniosła istotnych skutków zdrowotnych, to w trakcie drugiej fali poziom współczynników zgonów był jednym z najwyższych w Europie, szczególnie dla osób po 70. roku życia. Dlatego też istotne jest kontynuowanie monitorowania sytuacji osób 50+ w ramach kolejnej rundy badania ankietowego SHARE Corona, w ramach badania telefonicznego przeprowadzonego w 2021 r., rok po pierwszym badaniu.

Jak zostało to pokazane w raporcie, Polska (ale też inne kraje Europy Środkowej i Wschodniej) była mniej dotknięta zdrowotnymi efektami pandemii w trakcie jej pierwszej fali, co z pewnością miało wpływ na uzyskane wyniki. Średnia dzienna liczba zakażeń i zgonów na 100 tys. mieszkańców w Polsce była jedna z najniższych w Europie. Jednocześnie zastosowane przez rząd ograniczenia, mierzone syntetycznym Wskaźnikiem Rygoru Rządowego, były zbliżone do obserwowanych w Niemczech czy Holandii – krajów znacznie bardziej dotkniętych zdrowotnymi efektami pandemii. Polacy również znacznie rzadziej niż średnio w Europie mieli styczność z osobami, które zachorowały na COVID-19, zarówno wśród rodziny, jak i znajomych.

Stan zdrowia Polaków w wieku 50+ do czasu realizacji badania pogorszył się, podobnie jak przeciętnie w krajach Europejskich, szczególnie w przypadku osób starszych. Pogorszenie to było jednak znacznie głębsze niż w poprzednich rundach badania, co wskazuje, że pandemia ma wpływ na samoocenę stanu zdrowia.

Polacy częściej niż przeciętnie ograniczali aktywności związane z kontaktami społecznymi, spacerami, czy z robieniem zakupów, a jednocześnie częściej dostosowywali się do rekomendacji noszenia masek, mycia i dezynfekcji rąk.

Pandemia wpłynęła na stan psychiczny Polaków i Europejczyków. Polacy przed wybuchem pandemii częściej niż przeciętnie odczuwali smutek, osamotnienie, a także mieli problemy ze snem, a sytuacja ta pogorszyła się w trakcie pandemii. Wyniki te wskazują na potrzebę podejmowania działań mających na celu poprawę zdrowia psychicznego osób w najstarszych grupach wieku, w tym dostępności konsultacji psychologicznych. Pandemia ograniczyła korzystanie z usług zdrowotnych. Jeden na dziesięciu Polaków zrezygnował z leczenia, więcej niż jeden na czterech przełożył procedury medyczne. Najczęściej Polacy rezygnowali z wizyt u specjalisty czy lekarza pierwszego kontaktu. Jeden na siedmiu rezygnujących nie zrealizował zaplanowanego leczenia, co było jednym z najwyższych odnotowanych udziałów. Ponownie, najczęściej dotyczyło to wizyt u specjalistów. Ograniczenie dostępu często powiązane było z wprowadzonymi politykami publicznymi, w tym skupienie zasobów opieki zdrowotnej na walce z pandemią. Mimo to skala ograniczenia korzystania z usług zdrowotnych w Polsce jest znacząca. Zjawisko to również wymaga odpowiedzi w prowadzonych politykach publicznych – niezbędne jest wprowadzenie rozwiązań ułatwiających dostęp do usług zdrowotnych, szczególnie specjalistów.

Pierwsza fala pandemii, pomimo wprowadzonych ograniczeń na rynku pracy, stosunkowo łagodnie wpłynęła na sytuację osób w wieku 50 lat i więcej na rynku pracy w Polsce. Więcej osób odczuło spadek liczby godzin przepracowanych niż ich wzrost. Zmiany intensywności pracy nastąpiły szczególnie w kwietniu – później niż przeciętnie w Europie. Warto też podkreślić, że spadek liczby godzin był mniejszy niż w innych krajach. Relatywnie mało respondentów również deklarowało utratę pracy, a dane Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności pokazują ogólny wzrost wskaźnika zatrudnienia w grupie osób w wieku 50–64 lata, co plasuje Polskę powyżej średniej w Europie. Pozytywnym zjawiskiem jest to, że znaczna część osób, szczególnie pracujących, poprawiła swoje umiejętności komputerowe. Mając na uwadze znaczenie umiejętności cyfrowych dla funkcjonowania nie tylko na rynku pracy, ale także w społeczeństwie w okresie zagrożenia pandemią, warto w ramach polityki publicznej położyć silny nacisk na wsparcie podnoszenia umiejętności komputerowych wśród osób 50+. Słabiej wykształceni pracownicy i osoby niepracujące stanowią grupę potrzebującą szczególnego wsparcia w tym zakresie. W działaniach tych warto skupić się na umiejętnościach potrzebnych osobom starszym w codziennym funkcjonowaniu (np. komunikacja zdalna z rodziną i przyjaciółmi, korzystanie z systemów informacji publicznej), niekoniecznie w aspekcie zawodowym.

Relatywnie stabilna sytuacja na rynku pracy, połączona ze stabilnością dochodu emerytów i rencistów skutkowałą spadkiem odsetka osób deklarujących problemy dochodowe po pierwszej fali pandemii. Jednocześnie stosunkowo niewiele osób korzystało ze wsparcia finansowego. Osoby, których sytuacja się pogorszyła, deklaro-

wały korzystanie z oszczędności, aby pokryć bieżące wydatki. Oznacza to, że część osób mogła wykorzystać oszczędności gromadzone na okres emerytury na sfinansowanie swoich potrzeb w okresie pandemii, co może skutkować gorszą sytuacją finansową w przyszłości. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę monitorowania sytuacji dochodowej osób w wieku okołoemerytalnym i będących na emeryturze.

Okres pandemii skutkował też zmianą intensywności i metody kontaktów z rodziną i znajomymi. Kontakty osobiste, w sposób oczywisty, zostały ograniczone, podczas gdy rozwinęły się kontakty elektroniczne.

Osoby o gorszym stanie zdrowia, a także starsze, deklarowały potrzebę uzyskania pomocy w okresie pandemii, a jednocześnie odsetek deklarujących udzielanie wsparcia jest mniejszy niż przeciętnie. Wyniki te ponownie są istotne dla planowania polityk publicznych w przyszłości, szczególnie dotyczących budowania systemu wsparcia środowiskowego dla seniorów.

Podsumowując, telefoniczne badanie ankietowe SHARE Corona pozwala na identyfikację wyzwań dla polityki publicznej wobec osób 50+ obecnie, ale też w przyszłości. Szczególnie istotne wydaje się „nadrobienie” zaległości w zakresie opieki zdrowotnej i dostępu do usług opieki zdrowotnej, a także rozwijanie systemu wsparcia w opiece długookresowej. Ze względu na zmieniające się uwarunkowania na rynku pracy warto zwrócić uwagę na potrzebę wspierania rozwoju umiejętności komputerowych, które w świetle rozwoju pracy na odległość (mającej duże szanse utrzymania się także na post-pandemicznym rynku pracy) są kluczowe dla wspierania aktywnego starzenia osób w wieku 50 i więcej lat.

Aneks

Dane prezentowane na mapach w poszczególnych rozdziałach

	1.1A. Liczba zakażeń COVID-19 (na 100 000 ludności)	1.1B. Liczba zgonów z powodu COVID-19 (na 100 000 ludności)	1.2. Wskaźnik Rygoru Rządowego w okresie od 11 marca 2020 roku do 10 sierpnia 2020 roku (średnia)
Austria	171	6	57,1
Belgia	412	62	66,3
Bułgaria	55	2	53,2
Chorwacja	60	2	64,6
Cypr	91	2	70,0
Czechy	85	2	52,3
Dania	166	8	61,7
Estonia	121	4	48,7
Finlandia	97	4	49,2
Francja	230	34	69,7
Grecja	26	1	63,4
Hiszpania	436	47	68,9
Holandia	223	27	61,6
Izrael	284	3	73,9
Litwa	50	1	55,7
Luksemburg	624	14	51,3
Łotwa	47	1	58,2
Malta	102	1	62,4
Niemcy	189	8	63,5
Polska	59	2	61,9
Portugalia	291	11	72,7
Rumunia	106	6	63,3
Słowacja	25	0,4	58,1
Słowenia	68	4	57,6
Szwajcaria	319	18	54,7
Szwecja	383	34	59,2
Węgry	31	4	63,9
Włochy	331	46	68,6

	2.1. Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami mieli symptomy choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2 (w%)	2.2. Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2 (w%)	2.3. Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami przebywali w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (w%)	2.4. Odsetek respondentów, którzy doświadczyli śmierci bliskiej osoby w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (w%)
Belgia	29	18	11	10
Bułgaria	3	2	2	1
Chorwacja	4	2	1	0
Cypr	3	4	1	0
Czechy	3	3	1	0
Dania	20	15	4	2
Estonia	7	4	1	0
Finlandia	11	3	1	1
Francja	27	11	6	3
Grecja	3	1	0	0
Hiszpania	19	14	10	4
Holandia	24	14	6	6
Izrael	11	7	3	2
Litwa	6	3	1	0
Luksemburg	27	23	9	6
Łotwa	6	2	0	0
Malta	9	5	2	1
Niemcy	11	9	3	2
Polska	3	3	1	1
Portugalia	22	28	12	2
Rumunia	3	3	3	0
Słowacja	1	2	0	0
Słowenia	5	3	0	0
Szwajcaria	24	17	9	6
Szwecja	47	25	9	5
Węgry	4	1	1	1
Włochy	12	10	8	7

	3.1A. Udział osób, których stan zdrowia był poniżej dobrego (przed czasem pandemii; w%)	3.1B. Udział osób, których stan zdrowia uległ pogorszeniu (od początku pandemii; w%)
Belgia	20	12
Bułgaria	29	6
Chorwacja	36	10
Cypr	23	8
Czechy	23	9
Dania	17	5
Estonia	54	5
Finlandia	22	10
Francja	22	12
Grecja	30	7
Hiszpania	33	8
Holandia	17	7
Izrael	29	11
Litwa	47	14
Luksemburg	18	10
Łotwa	64	7
Malta	37	9
Niemcy	27	9
Polska	32	10
Portugalia	58	14
Rumunia	32	9
Słowacja	19	7
Słowenia	23	5
Szwajcaria	12	6
Szwecja	16	8
Węgry	38	6
Włochy	30	9

	4.7. Odsetek osób 50+, które utraciły pracę lub zostały zmuszone do zamknięcia działalności gospodarczej na skutek wybuchu pandemii COVID-19 (w%)	4.8. Odsetek pracowników, którzy nabyli nowe umiejętności IT w okresie pandemii COVID-19 (w%)
Belgia	24	40
Bułgaria	20	22
Chorwacja	11	26
Cypr	35	25
Czechy	9	37
Dania	7	35
Estonia	10	46
Finlandia	15	58
Francja	39	21
Grecja	36	32
Hiszpania	18	28
Holandia	5	22
Izrael	33	37
Litwa	18	46
Luksemburg	30	16
Łotwa	6	40
Malta	17	46
Niemcy	15	24
Polska	5	31
Portugalia	25	51
Rumunia	13	62
Słowacja	18	49
Słowenia	29	38
Szwajcaria	27	28
Szwecja	10	35
Węgry	8	25
Włochy	31	35

	5.1. Zmiany przeciętnych dochodów gospodarstw domowych osób 50+ po wybuchu pandemii COVID-19 (w%)	5.2. Wsparcie finansowe gospodarstw domowych osób 50+, w wyniku pogorszenia się sytuacji materialnej po wybuchu pandemii COVID-19 (w%)	5.3. Zmiany odsetka gospodarstw domowych osób 50+ mających trudności ze „związaniem końca z końcem” przed i po wybuchu pandemii COVID-19 (w.p.p.)	5.4. Korzystanie z oszczędności osób 50+ po wybuchu pandemii COVID-19 (w%)	5.5. Odłożenie bieżących płatności przez osoby 50+ na skutek wybuchu pandemii COVID-19 (w%)
Belgia	-3	9	18	35	18
Bułgaria	-6	5	17	27	17
Chorwacja	-1	4	14	11	14
Cypr	-8	9	12	26	12
Czechy	1	8	5	42	5
Dania	-2	3	24	41	24
Estonia	-1	6	2	11	2
Finlandia	-3	2	6	27	6
Francja	-3	9	17	35	17
Grecja	-4	13	3	18	3
Hiszpania	-6	8	13	35	13
Holandia	-1	2	6	13	6
Izrael	-6	50	5	10	5
Litwa	-3	4	16	15	16
Luksemburg	-3	3	13	27	13
Łotwa	-2	4	15	9	15
Malta	-2	5	10	21	10
Niemcy	-4	4	7	30	7
Polska	-2	5	5	18	5
Portugalia	-5	4	7	15	7
Rumunia	3	5	6	12	6
Słowacja	-3	4	9	17	9
Słowenia	12	57	6	8	6
Szwajcaria	-4	5	9	35	9
Szwecja	-2	2	4	41	4
Węgry	3	4	4	19	4
Włochy	-8	11	25	35	25

	6.8. Udział osób, które zadeklarowały otrzymywanie pomocy od osób spoza gospodarstwa domowego w porównaniu do okresu sprzed wybuchu pandemii (w%)	6.12. Udział osób udzielających pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego w załatwianiu niezbędnych spraw, np. kupna jedzenia, lekarstw lub pilnych napraw (w%)	6.15. Udział osób udzielających opieki osobistej osobom spoza swojego gospodarstwa domowego (w%)
Belgia	23	27	3
Bułgaria	24	20	6
Chorwacja	26	15	2
Cypr	23	24	9
Czechy	22	14	6
Dania	11	20	2
Estonia	20	14	2
Finlandia	25	27	4
Francja	21	30	2
Grecja	23	13	6
Hiszpania	18	12	3
Holandia	15	23	3
Izrael	20	16	2
Litwa	28	17	5
Luksemburg	33	25	2
Łotwa	14	12	5
Malta	26	10	3
Niemcy	26	25	6
Polska	22	16	5
Portugalia	25	19	10
Rumunia	21	14	5
Słowacja	24	14	8
Słowenia	18	11	1
Szwajcaria	32	24	3
Szwecja	26	35	8
Węgry	41	15	4
Włochy	18	16	6

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona.

Spis rysunków

Rysunek 1.	Struktura wywiadów w poszczególnych krajach w telefonicznym badaniu SHARE Corona według miesiąca przeprowadzenia wywiadu (w %)	10
Rysunek 2.	Liczba wywiadów według rodzaju wywiadu i płci respondenta w poszczególnych krajach	11
Rysunek 3.	Piramidy wieku respondentów w poszczególnych krajach	13
Rysunek 4.	Struktura wywiadów w poszczególnych krajach według pierwszej rundy uczestnictwa respondenta w badaniu SHARE (w %)	14
Rysunek 1.1.	Średnia dzienna liczba zakażeń i zgonów z powodu COVID-19, na 100 000 ludności w okresie od początku pandemii (11 marca 2020 roku) do zakończenia realizacji telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona	18
Rysunek 1.2.	Wskaźnik Rygoru Rządowego w okresie od 11 marca 2020 roku do 10 sierpnia 2020 roku (koniec badania ankietowego SHARE Corona)	19
Rysunek 1.3.	Kształtowanie się Wskaźnika Rygoru Rządowego w poszczególnych krajach od 1 stycznia do 15 sierpnia 2020 roku	20
Rysunek 1.4.	Poziom współczynników zgonów w 2020 roku w stosunku do średniej z lat 2015–2019 (lata 2016–2019 dla Niemiec i Grecji; w %)	22
Rysunek 1.5.	Tygodniowa liczba zgonów w Polsce w 2020 roku i na początku 2021 roku w porównaniu do średniej liczby zgonów w latach 2015–2019	24
Rysunek 1.6.	Współczynnik zgonów według płci i grup wieku w Polsce w 2020 i 2021* roku oraz średni poziom współczynnika zgonów z lat 2015–2019	25
Rysunek 1.7.	Struktura zgonów według płci i wieku w Polsce w 2020 i 2019 roku i nadwyżka zgonów w 2020 roku	27
Rysunek 2.1A.	Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami mieli symptomy choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2, według krajów (dane ważone, w %)	30
Rysunek 2.2B.	Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2, według krajów (dane ważone, w %)	30
Rysunek 2.3C.	Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami przebywali w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (dane ważone, w %)	31
Rysunek 2.4D.	Odsetek respondentów, którzy doświadczyli śmierci bliskiej osoby w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (dane ważone, w %)	31
Rysunek 2.5.	Bliscy respondenta, którzy mieli symptomy choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2 (dane ważone, w %)	32
Rysunek 2.6.	Bliscy respondenta, którzy mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2 (dane ważone, w %)	32
Rysunek 2.7.	Bliscy respondenta, którzy przebywali w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (dane ważone, w %)	33
Rysunek 2.8.	Bliscy respondenta, którzy zmarli w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (dane ważone, w %)	33

Rysunek 3.1A.	Udział osób, których stan zdrowia był poniżej dobrego przed czasem pandemii (w%)	37
Rysunek 3.1B.	Udział osób, których stan zdrowia uległ pogorszeniu od początku pandemii (w%)	37
Rysunek 3.2.	Osoby w wieku 50+, których stan zdrowia był poniżej dobrego przed okresem pandemii według wieku (w%)	38
Rysunek 3.3.	Zmiana stanu zdrowia od początku pandemii według stanu zdrowia przed okresem pandemii osoby w wieku 50+ (w%)	38
Rysunek 3.4.	Ograniczenie aktywności w czasie pandemii wśród osób w wieku 50+ (w%)	39
Rysunek 3.5.	Stosowania środków zaradczych przeciw szerzeniu się wirusa SARS-CoV-2 wśród osób w wieku 50+ (w%)	42
Rysunek 3.6.	Osoby w wieku 50+ odczuwające problemy psychiczne w czasie pandemii (w%) ...	45
Rysunek 3.7.	Osoby, które częściej niż przed wybuchem pandemii odczuwały problemy psychiczne (w%)	46
Rysunek 3.8.	Odsetek osób i udziały deklarowanych rodzajów leczenia, z których respondenci zrezygnowali (jako % osób, które zrezygnowały przynajmniej z jednego świadczenia)	48
Rysunek 3.9.	Świadczenia medyczne przełożone ze względu na COVID-19: odsetek osób i udziały deklarowanych rodzajów leczenia, które zostało opóźnione (jako % osób, które doświadczyły opóźnienia przynajmniej w przypadku jednego świadczenia)	49
Rysunek 3.10.	Porównanie odsetków osób, które nie korzystały z opieki zdrowotnej z powodu własnych obaw i ograniczeń w dostępie do usług medycznych (w%)	50
Rysunek 3.11.	Odsetek osób deklarujących, że nie mogły zapisać się na wizytę lekarską od początku pandemii (w%)	52
Rysunek 3.12.	Hospitalizacja i ocena pobytu w szpitalu w czasie pandemii (w%)	54
Rysunek 4.1.	Zmiany przeciętnych tygodniowych godzin pracy w Europie w 2020 roku w porównaniu z rokiem 2019	58
Rysunek 4.2.	Zmiany liczby przepracowanych godzin: liczba przepracowanych przed pandemią oraz częstości deklaracji zmniejszenia i zwiększenia liczby godzin osób w wieku 50+ według danych SHARE	59
Rysunek 4.3.	Miesiące, w których respondenci deklarowali największe zmiany liczby przepracowanych godzin (częstości odpowiedzi w całej populacji)	60
Rysunek 4.4.	Częstości występowania dostosowań dotyczących liczby przepracowanych godzin w okresie pandemii w 2020 roku w porównaniu z czasem przed pandemią. Różnica między liczbą godzin przed pandemią a minimalnym i maksymalnym poziomem deklarowanym w 2020 roku	60
Rysunek 4.5.	Zmiany wskaźnika zatrudnienia dla osób w wieku 50–64 lata oraz 50+ w 2020 roku wobec roku 2019 (w p.p.)	61
Rysunek 4.6.	Zmiany wskaźnika zatrudnienia dla osób w wieku 15+ oraz 50+ w roku 2020 wobec roku 2019 (dane LFS; w p.p.)	62
Rysunek 4.7.	Odsetek osób 50+, które utraciły pracę lub zostały zmuszone do zamknięcia działalności gospodarczej na skutek wybuchu pandemii COVID-19 (w%)	62
Rysunek 4.8.	Odsetek pracowników, którzy nabyli nowe umiejętności IT w okresie pandemii (w%)	63

Rysunek 4.9.	Odsetek pracowników, którzy nabyli nowe umiejętności IT w okresie pandemii według płci	64
Rysunek 5.1.	Zmiany przeciętnych dochodów gospodarstw domowych osób 50+ po wybuchu pandemii COVID-19 (w%)	68
Rysunek 5.2.	Wsparcie finansowe gospodarstw domowych osób 50+, w wyniku pogorszenia się sytuacji materialnej po wybuchu pandemii COVID-19 (w%)	69
Rysunek 5.3.	Zmiany odsetka gospodarstw domowych osób 50+ mających problemy w „wiązananiu końca z końcem” przed i po wybuchu pandemii (w p.p.)	70
Rysunek 5.4.	Korzystanie z oszczędności osób 50+ mających problemy w „wiązananiu końca z końcem” po wybuchu pandemii COVID-19 (w%)	70
Rysunek 5.5.	Odłożenie bieżących płatności przez osoby 50+ mające problemy w „wiązananiu końca z końcem” na skutek wybuchu pandemii COVID-19 (w%)	71
Rysunek 6.1.	Częstotliwość kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ w krajach europejskich (w%)	74
Rysunek 6.2.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ według płci (w%)	76
Rysunek 6.3.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ według grup wieku (w%)	76
Rysunek 6.4.	Częstotliwość kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ według statusu na rynku pracy (w%)	77
Rysunek 6.5.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ w krajach europejskich	78
Rysunek 6.6.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ według płci (w%)	80
Rysunek 6.7.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób 50+ według grup wieku (w%)	80
Rysunek 6.8.	Udział osób, które zadeklarowały otrzymywanie pomocy od osób spoza gospodarstwa domowego w porównaniu do okresu sprzed wybuchu pandemii (dane dla państw objętych telefonicznym badaniem SHARE Corona; w%)	81
Rysunek 6.9.	Udział osób otrzymujących pomoc spoza domu w załatwianiu niezbędnych spraw według grup wieku w Polsce (w%)	82
Rysunek 6.10.	Udział osób otrzymujących pomoc spoza domu w załatwianiu niezbędnych spraw według samooceny stanu zdrowia sprzed pandemii w Polsce (w%)	82
Rysunek 6.11.	Struktura respondentów według częstości otrzymywania pomocy od osób spoza gospodarstwa domowego w porównaniu do okresu sprzed wybuchu pandemii (w%)	83
Rysunek 6.12.	Udział osób udzielających pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego w załatwianiu niezbędnych spraw, np. kupno jedzenia, lekarstw lub pilnych napraw (w%)	84
Rysunek 6.13.	Udział osób pomagających osobom spoza domu w załatwianiu niezbędnych spraw według płci i grupy wieku (w%)	85
Rysunek 6.14.	Częstość pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw oraz udzielania opieki osobistej osobom spoza domu w porównaniu do okresu przed pandemią (w%) ...	86
Rysunek 6.15.	Udział osób udzielających opieki osobistej osobom spoza swojego gospodarstwa domowego (w%)	87

