



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

Raport z telefonicznego badania ankietowego
SHARE Corona 2 zrealizowanego w ramach
9. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”

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

Raport z telefonicznego badania ankietowego
SHARE Corona 2 zrealizowanego w ramach
9. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”

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

Raport z telefonicznego badania ankietowego
SHARE Corona 2 zrealizowanego w ramach
9. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”

Autorzy:

dr Anita Abramowska-Kmon, dr Radosław Antczak, Milena Chełchowska, dr hab. Agnieszka Chłoń-Domińczak, Dorota Holzer-Żelaźewska, 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. Anna Ruzik-Sierdzińska, prof. SGH, dr Katarzyna Saczuk, dr Marta Styr, dr hab. Paweł Strzelecki, prof. SGH, 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 9. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie” (DOI: 10.6103/SHARE.w9ca.800), szczegóły metodologiczne można znaleźć w Börsch-Supan (2022). 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), 7. Programu Ramowego (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 i SHARE M4, N° 261982) i programu Horizon 2020 (projekty: SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782, SHARE-COVID19: GA N°101015924) oraz środków Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego w ramach programów: VS 2015/0195, VS 2016/0135, VS 2018/0285, VS 2019/0332, VS 2020/0313. 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 9. 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 w wieku 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 ankietom, 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: Michał Myck, Bogdan Wojtyniak

Redakcja językowa: Paulina Janczylik

© Copyright by Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2023

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

Wydanie I

Egzemplarz bezpłatny

ISBN 978-83-8030-632-5

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 Sp. z o.o.

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

110/IX/23

Spis treści

Wstęp	7
Agnieszka Chłóń-Domińczak	

Metodologia badania telefonicznego SHARE Corona 2 w ramach badania SHARE	9
Monika Oczkowska	

1

Pandemia COVID-19 w Polsce i w Europie – podstawowe fakty	17
Agnieszka Chłóń-Domińczak, Dorota Holzer-Żelażewska, Wiktoria Wróblewska	
1.1. Pandemia w okresie realizacji drugiego telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona	17
1.2. Umieralność i nadumieralność w Polsce i Europie w drugim roku pandemii	22

2

Doświadczenie COVID-19 przez respondenta i jego bliskich	35
Marta Styrc	

3

Zdrowie i opieka zdrowotna w okresie pandemii	43
Radosław Antczak, Wiktoria Wróblewska, Anita Abramowska-Kmon, Paweł Strzelecki	
3.1. Stan zdrowia a zachowania ochronne osób w wieku 50+ w czasie pandemii	43
3.2. Samopoczucie psychiczne: nerwowość, poczucie smutku lub przygnębienia, trudności z zasypianiem, poczucie osamotnienia	59
3.3. Rezygnacja lub przełożenie wizyt lekarskich w okresie pandemii	76

4

Aktywność zawodowa i wykonywanie pracy w okresie pandemii	85
Agnieszka Chłóń-Domińczak, Iga Magda	
4.1. Zmiany aktywności zawodowej osób w wieku 50+ w okresie pandemii	85
4.2. Zmiany sposobu wykonywania pracy osób w wieku 50+ w okresie pandemii	95

Spis treści

4.3. Poczucie bezpieczeństwa w pracy	100
4.4. Czas pracy	102
4.5. Kobiety i mężczyźni na rynku pracy w okresie pandemii COVID-19	106
4.6. Zmiany w zdrowiu psychicznym a aktywność zawodowa	109

5

Zmiany sytuacji finansowej gospodarstw domowych osób w wieku 50+ w trakcie rozwoju pandemii	111
--	------------

Tomasz Panek, Jan Zwierzchowski

5.1. Metodyka analiz	112
5.2. Analiza porównawcza zmian sytuacji finansowej gospodarstw domowych osób w wieku 50+ w trakcie pandemii w wybranych krajach europejskich ..	114
Podsumowanie	121

6

Kontakty społeczne w okresie pandemii	123
--	------------

Anita Abramowska-Kmon, Wojciech Łątkowski, Milena Chęłchowska,
Anna Ruzik-Sierdzińska

6.1. Kontakty z rodziną i znajomymi w czasie pandemii COVID-19	123
6.2. Otrzymane wsparcie od rodziny i znajomych. Opieka długoterminowa	141
6.3. Udzielanie wsparcia rodzinie i znajomym. Wolontariat i aktywność społeczna w trakcie pandemii COVID-19	144
Podsumowanie	151

7

Aktywne starzenie się w okresie pandemii COVID-19	153
--	------------

Jolanta Perek-Białas, Ania Ruzik-Sierdzińska, Katarzyna Saczuk

7.1. Zmiany aktywności w czasie pandemii	154
7.2. Więzi społeczne a realizacja aktywnego starzenia się	158
Podsumowanie	159

Wnioski i rekomendacje	161
-------------------------------------	------------

Agnieszka Chłoń-Domińczak

Aneks	167
--------------------	------------

Spis rysunków	183
----------------------------	------------

Spis tabel	191
-------------------------	------------

Wstęp

Agnieszka Chłóń-Domińczak

Utrzymująca się w Europie i na świecie pandemia COVID-19 w trwały sposób zmieniła funkcjonowanie społeczeństw, w tym również osób w wieku 50 lat i więcej lat w różnych ich aspektach. W trakcie pierwszej fali pandemii w 2020 roku rządy dopiero wdrażały rozwiązania związane z zapobieganiem rozprzestrzeniania się pandemii, ich skala była jednak szeroka, ze względu między innymi na brak profilaktyki w tym obszarze, w postaci przede wszystkim dostępnych szczepień. Jednocześnie doświadczenie zachorowania na COVID-19 było relatywnie rzadkie.

Po 12 miesiącach nastąpiły znaczące zmiany. Przede wszystkim widoczna była trwałość pandemii, której kolejne fale z większą lub mniejszą intensywnością zostały odnotowane na świecie, w tym w Europie. Skutkowało to kontynuacją działań ze strony rządów, związanych przede wszystkim z ograniczeniami kontaktów społecznych, w tym przez działania na rynku pracy i sposobu wykonywania pracy czy ograniczenia funkcjonowania wybranych obszarów usług (np. usług związanych z kulturą).

W opracowaniu podsumowujemy to, jakie były bezpośrednie i pośrednie skutki pandemii COVID-19 oraz działań podejmowanych przez rządy krajów w różnych obszarach funkcjonowania osób w wieku 50 lat i więcej w Europie i w Polsce na podstawie wyników badania SHARE Corona 2 przeprowadzonego w 2021 roku. Jest to kontynuacja badania z 2020 roku. Na początku scharakteryzowana jest metodologia badania telefonicznego. Następnie omówione są podstawowe fakty dotyczące rozwoju pandemii pomiędzy 2020 i 2021 rokiem. Kolejne części opracowania bazują już na wynikach badania ankietowego i prezentują w rozdziale drugim doświadczenie zachorowania na COVID-19 wśród respondentów i ich bliskich. W rozdziale trzecim są omówione kwestie związane z ogólnym stanem zdrowia i korzystaniem z usług zdrowotnych w perspektywie rozwoju pandemii. Czwarty rozdział odnosi się do aktywności zawodowej i wykonywania pracy w okresie pandemii, ze szczególnym uwzględnieniem zakończenia aktywności zawodowej, a także różnych aspektów wykonywania pracy, w tym miejsca pracy oraz długości czasu pracy w porównaniu do sposobu wykonywania pracy przed pandemią. Piąty rozdział jest poświęcony sytuacji finansowej osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie oraz jej zmianom w okresie pandemii. Szósty rozdział omawia kontakty

społeczne, zarówno z rodziną, jak i znajomymi, w tym również udzielone i otrzymane w okresach lockdownu wsparcie. W rozdziale siódmym omówione są zmiany zachodzące w okresie pandemii w kontekście aktywnego starzenia się. Opracowanie kończy się podsumowaniem głównych wniosków płynących z przeprowadzonych analiz.

Metodologia badania telefonicznego SHARE Corona 2 w ramach badania SHARE

Monika Oczkowska

Badanie Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych SHARE: 50+ w Europie jest realizowane od 2004 roku. Skupia się ono na sytuacji życiowej osób w wieku 50 lat lub więcej, dzięki zaś jego panelowemu charakterowi umożliwia śledzenie zmian zachodzących w życiu tych samych osób. Podczas wywiadów są gromadzone najważniejsze informacje o sytuacji zdrowotnej, zawodowej, materialnej, rodzinnej i społecznej respondentów. Badanie jest prowadzone w odstępach dwuletnich i bezpośrednio przed pandemią – pod koniec 2019 i na początku 2020 roku – była realizowana 8. runda badania. Aktualnie badanie obejmuje wszystkie kraje Unii Europejskiej, Szwajcarię oraz Izrael, choć pierwsza runda badania w 2004 roku została przeprowadzona w zaledwie 12 z tych krajów. W kolejnych rundach stopniowo dołączały do niego nowe kraje. Obecnie badanie jest realizowane w 28 krajach europejskich oraz w Izraelu.

Wybuch pandemii w marcu 2020 roku przerwał realizację 8. rundy badania, jednak dzięki szybkiej organizacji i dodatkowym środkom finansowym otrzymanym od Komisji Europejskiej za pośrednictwem programu Horizon 2020 w ciągu trzech miesięcy udało się dostosować infrastrukturę i zaprojektować nowy kwestionariusz badania w odpowiedzi na wyzwania stawiane przez nową sytuację epidemiczną. Pomiędzy czerwcem a wrześniem 2020 roku wszystkie kraje uczestniczące w badaniu SHARE zrealizowały dodatkową ankietę telefoniczną, tzw. SHARE Corona 1, wśród swoich panelowych respondentów, z którymi udało się nawiązać kontakt (w zależności od dostępności numerów telefonu). Ze względu na telefoniczną formę wywiadu ankietą była znacznie krótsza niż regularny wywiad SHARE realizowany w poprzednich latach, jej treść zaś obejmowała najważniejsze aspekty życia osób w wieku 50+, na które niebagatelny wpływ miała pandemia. Badanie dostarczyło unikalnych informacji o życiu osób w wieku 50 lat i więcej w różnych krajach podczas pandemii, szczególnie dzięki zestawieniu ich z informacjami pozyskanymi tuż przed wybuchem pandemii, podczas 8. rundy badania SHARE.

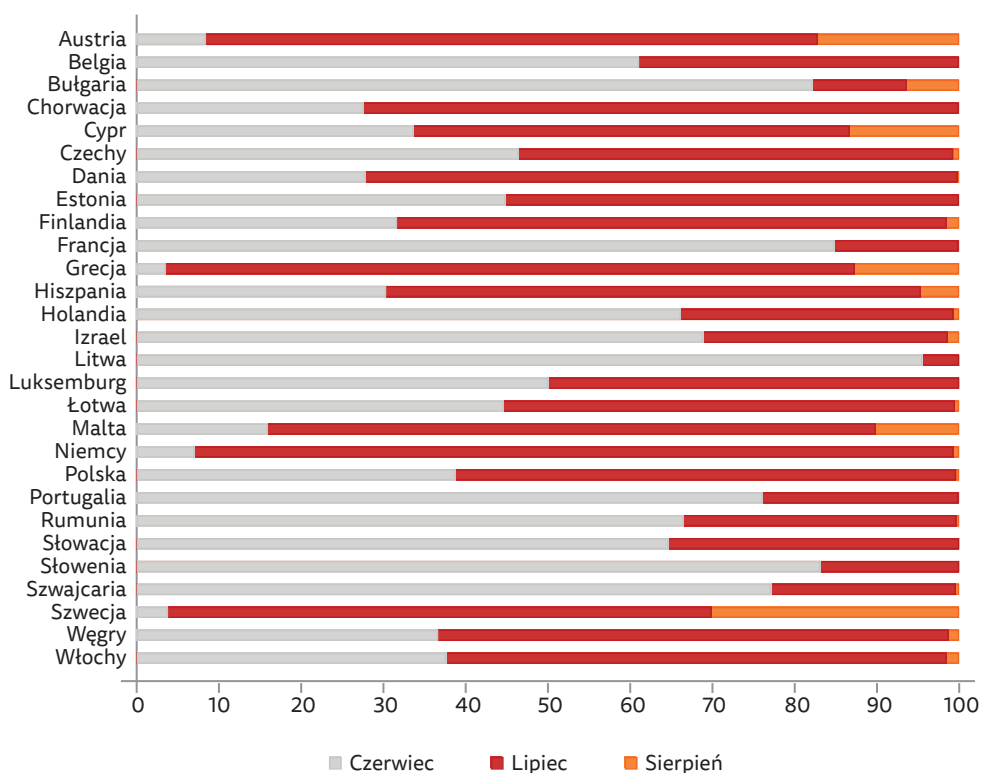
Utrzymująca się w 2021 roku trudna sytuacja pandemiczna spowodowała z jednej strony decyzję o przesunięciu w czasie kolejnej regularnej rundy wywiadów osobistych SHARE (rundy 9.), z drugiej strony zaś podjęcie decyzji o przeprowadzeniu drugiej rundy badania SHARE Corona 2, mającej na celu monitorowanie zmian, które zaszły w życiu respondentów w trakcie pandemicznych miesięcy. Z tego względu zadecydowano, że treść ankiety w 2021 roku nie powinna ulec dużym zmianom w porównaniu do kwestionariusza z badania SHARE Corona 1. Respondentów ponownie pytano o zdrowie i zachowania zdrowotne oraz zdrowie psychiczne podczas pandemii, infekcje i korzystanie z opieki zdrowotnej, zmiany w aktywności zawodowej i wykonywaniu pracy, sytuacji ekonomicznej, zmiany w kontaktach osobistych z rodziną i przyjaciółmi, a także w kontaktach społecznych.

Aby móc porównać sytuację tych samych osób oraz śledzić zmiany tej sytuacji, które zaszły w ciągu pandemicznego roku, w drugiej części badania SHARE Corona 2 mieli wziąć udział wyłącznie ci sami respondenci. Dla uniknięcia nieporozumień w ramach jednego gospodarstwa domowego dopuszczono możliwość przeprowadzenia wywiadu SHARE Corona 2 z nowymi partnerami osób, które wzięły udział w pierwszej części ankiety. Ze względu jednak na ograniczone międzynarodowe środki przeznaczone na sfinansowanie drugiego badania SHARE Corona 2 krajom o dużej liczebności próby z badania SHARE Corona 1 zmniejszono znacząco próbę w badaniu SHARE Corona 2, chyba że posiadały dodatkowe krajowe środki na sfinansowanie pozostałych wywiadów Corona 2. Taka sytuacja miała miejsce m.in. w Polsce, gdzie badanie zostało dofinansowane 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. W tych krajach, gdzie badanie SHARE Corona 2 miało zostać zrealizowane wyłącznie dla części respondentów z pierwszej rundy, wybór respondentów z badania SHARE Corona 1 był losowy w celu zapewnienia reprezentatywności badania SHARE Corona 2 mimo zmniejszonej próby.

Ważnym aspektem badania SHARE Corona 2 była szybka realizacja w ciągu zaledwie kilku tygodni we wszystkich uczestniczących krajach. Realizacja badania SHARE Corona 2 miała miejsce dokładnie rok po pierwszej części tego badania, od czerwca do sierpnia 2021 roku. Termin realizacji wydaje się mieć szczególne znaczenie w przypadku badania gromadzącego informacje o bieżącej sytuacji respondentów podczas pandemii w zakresie pracy, stanu zdrowia, dostępu do opieki zdrowotnej, sytuacji finansowej oraz kontaktów rodzinnych i społecznych. Podobnie jak w pierwszym roku pandemii w okresie przedwakacyjnym 2021 w odpowiedzi na malejącą liczbę zakażeń wszystkie kraje Europy poluzowały restrykcje wprowadzone dla ograniczenia rozprzestrzeniania

się wirusa. Oznacza to, że porównując dane pochodzące z obu badań SHARE Corona, jesteśmy w stanie sprawdzić, jak zmieniła się sytuacja tych samych osób przy relatywnie niezmiennych czynnikach zewnętrznych – w podobnej sytuacji epidemiologicznej (malejące liczby zakażeń) oraz przy podobnych ograniczeniach w życiu publicznym (stopniowe znoszenie restrykcji). Ponadto na podstawie obserwacji z poprzednich rund badania SHARE wiadomo, że pora roku może mieć znaczenie dla wskaźników udziału respondentów, na przykład w miesiącach letnich trudniej ich zastać w domu, mają też wówczas więcej aktywności i mniej czasu. Dlatego też prowadzenie drugiej części badania w tym samym okresie w ciągu roku zapewnia, że te czynniki nie będą miały wpływu na poziom realizacji czy jakość danych.

Rysunek 1. Struktura wywiadów w poszczególnych krajach w telefonicznym badaniu SHARE Corona 2 według miesiąca przeprowadzenia wywiadu (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

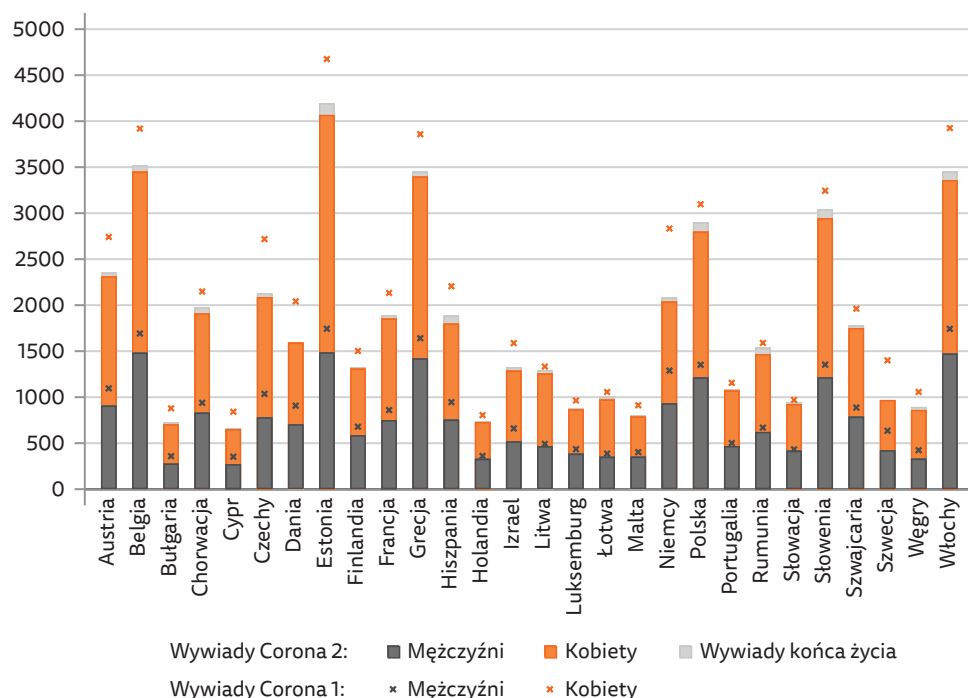
Wszystkie uczestniczące w badaniu kraje rozpoczęły wywiady telefoniczne w ramach badania SHARE Corona 2 w czerwcu 2021 roku i część z nich już w tym miesiącu zrealizowała większość wywiadów, np. 95% zostało przeprowadzonych w Litwie (rysunek 1). Kraje, które zaczęły badanie nieco później, takie jak Austria, Grecja, Malta, Niemcy, Szwecja, przeprowadziły większość wywiadów w lipcu, choć ten ostatni kraj niemal 30% wywiadów zrealizował dopiero w sierpniu, ze względu na bardzo silne przywiązanie niemal wszystkich mieszkańców do traktowania lipca jako miesiąca wakacji.

Na rysunku 2 za pomocą słupków przedstawiono liczbę wywiadów telefonicznych w ramach badania SHARE Corona 2 w podziale na płeć respondentów. We wszystkich krajach kobiety nieco częściej brały udział w badaniu niż mężczyźni. Odsetek ankiet wypełnionych przez kobiety wahał się od 54% w Niemczech do 65% w Łotwie. Na rysunku 2 jest ujęty również inny rodzaj wywiadów, które były realizowane podczas badania SHARE Corona 2 – wywiady końca życia. Wywiad końca życia są regularnie zbierane w każdej rundzie badania SHARE dla panelowych respondentów, którzy zmarli od czasu udziału w poprzedniej rundzie. Wywiady te są krótkie, przez co można je prowadzić przez telefon. W wywiadzie bierze udział osoba bliska zmarłego respondenta, która jest w stanie udzielić informacji o ostatnim roku życia osoby zmarłej: o stanie zdrowia, opiece zdrowotnej, sytuacji finansowej, podejmowanych aktywnościach i otrzymywanej pomocy od innych osób. Informacje te w unikalny sposób dopełniają informacje o sytuacji życiowej respondentów uzyskane w ramach badania SHARE przed ich śmiercią. Liczba wywiadów końca życia prowadzonych w danej rundzie badania SHARE zależy z jednej strony od wielkości próby respondentów w danym kraju, z drugiej zaś od pierwszego udziału tego kraju w badaniu SHARE. Im większą próbę respondentów ma dany kraj i im dłużej bierze udział w badaniu, tym więcej realizuje wywiadów końca życia.

Liczby wywiadów w ramach badania SHARE Corona 2 w podziale na płeć zostały zestawione na rysunku 2 również z liczbami wywiadów pochodzących z badania SHARE Corona 1 przeprowadzonego rok wcześniej (zaznaczone za pomocą punktów; dokładne wartości do rysunku 2 zostały podane w tabeli A1 zawartej w Aneksie). Jak wspomniano wcześniej, badanie SHARE Corona 2 miało być prowadzone wyłącznie wśród respondentów, którzy wzięli udział w pierwszej części badania rok wcześniej. Na rysunku 2 wyraźnie widać, że niemal tyle samo wywiadów w obu częściach badania przeprowadzono w krajach o małej liczbie próby. Poza kilkoma wyjątkami, w krajach z większą próbą w badaniu SHARE Corona 2 zrealizowano znacząco mniej wywiadów niż w pierwszej części badania rok wcześniej. Na rysunku 3 przedstawiono strukturę wywiadów w obu ankietach SHARE Corona, dzieląc respondentów na osoby, które uczestniczyły w obu badaniach, oraz osoby, które uczestniczyły wyłącznie w jednej z rund badania. Jak wspomniano wyżej, ostatnia kategoria na rysunku 3 uwzględ-

niająca osoby, które wzięły udział wyłącznie w badaniu Corona 2, jest relatywnie mało liczebna, ponieważ obejmuje wyłącznie nowych partnerów osób, które uczestniczyły w badaniu SHARE Corona 1. Natomiast relatywnie duże różnice pomiędzy krajami widać w przypadku odsetka respondentów, którzy wzięli udział w obu badaniach. Odsetek ten jest bardzo wysoki przede wszystkim w krajach o małych próbach, wynosząc ok. 90% w Litwie, Łotwie i Rumunii (wszystkie trzy kraje miały próby w granicach 1000–1500 respondentów w badaniu SHARE Corona 1). Niewiele niższy odsetek uczestników obu badań ma Polska i Słowenia, które mają ok. 3000 respondentów badania SHARE Corona 1 zdecydowały się dofinansować realizację badania Corona 2 z własnych środków. Z drugiej strony w Niemczech, gdzie próba w badaniu SHARE Corona 1 również oscylowała wokół 3000 respondentów, w drugiej części badania wzięło udział jedynie 2000 osób.

Rysunek 2. Liczba wywiadów według rodzaju wywiadu i płci respondenta w poszczególnych krajach: porównanie danych z badań SHARE Corona 1 i Corona 2

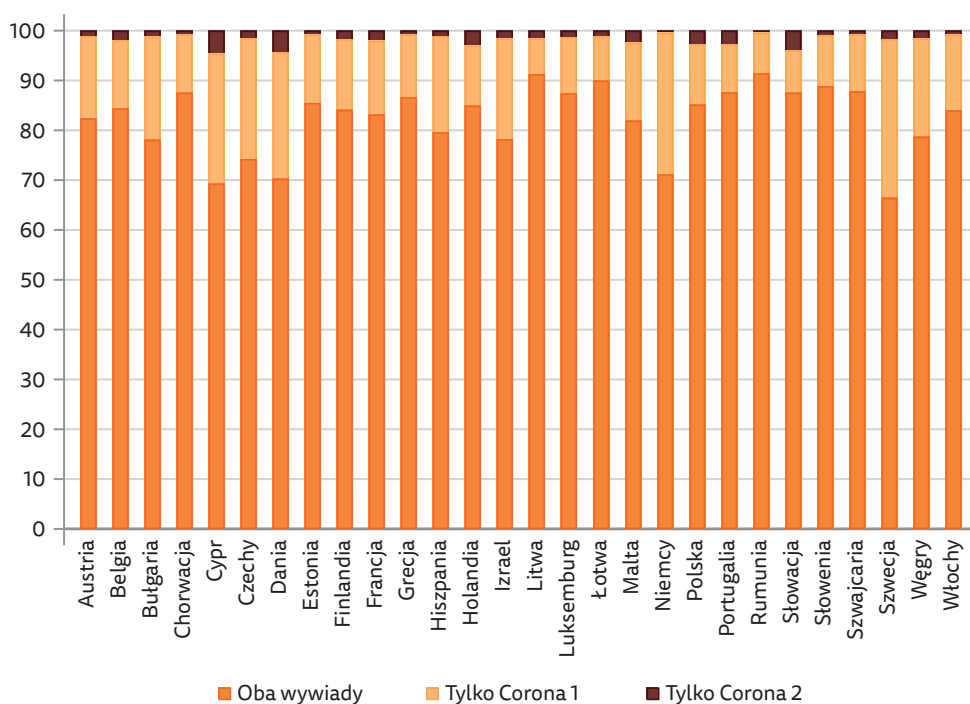


Uwaga: wartości przedstawione na rysunku zawarto w tabeli A1 zamieszczonej w Aneksie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badań SHARE Corona 1 i Corona 2, publikacja 8.0.0.

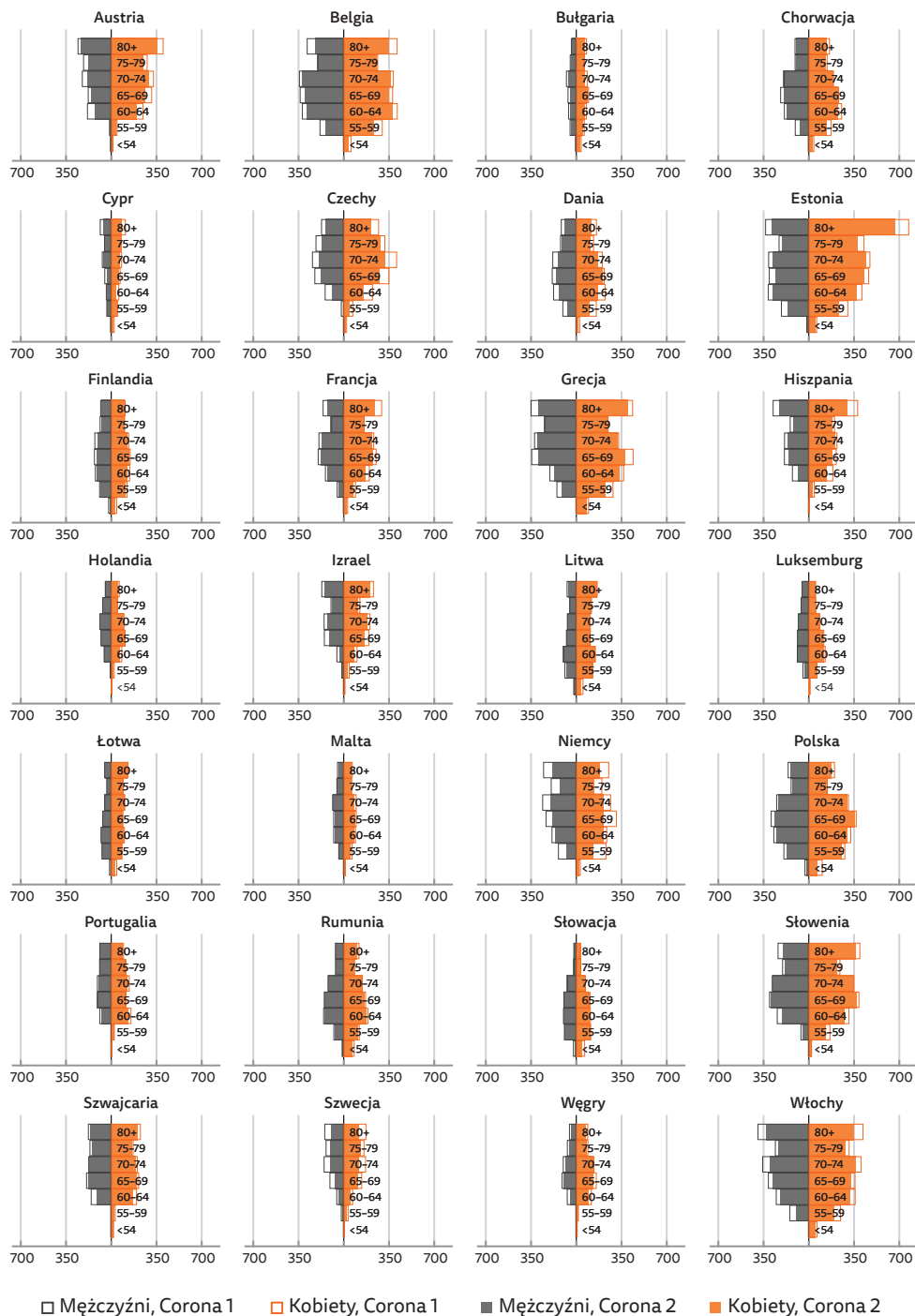
Różnice w liczbie przebadanych respondentów według płci i grup wieku pomiędzy badaniami SHARE Corona 1 i Corona 2 szczegółowo pokazano również na rysunku 4 (dokładne wartości zostały podane w tabeli A2 zawartej w Aneksie). Za pomocą piramid wieku została pokazana struktura próby w każdym kraju. Podobnie jak na rysunku 2 w krajach o małej liczbie próby niemal nie widać różnic w liczbie respondentów obu ankiet w każdej kombinacji płci i grupy wieku. Natomiast w Belgii, Czechach, Estonii, Hiszpanii czy w Niemczech różnice są zauważalne.

Rysunek 3. Struktura wywiadów w poszczególnych krajach według uczestnictwa w badaniach SHARE Corona 1 i Corona 2 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badań SHARE Corona 1 i Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 4. Piramidy wieku respondentów badań SHARE Corona 1 i Corona 2 w poszczególnych krajach



Uwaga: wartości przedstawione na rysunku zawarto w tabeli A2 zamieszczonej w Aneksie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badań SHARE Corona 1 i Corona 2, publikacja 8.0.0.

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

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

1.1. Pandemia w okresie realizacji drugiego telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona

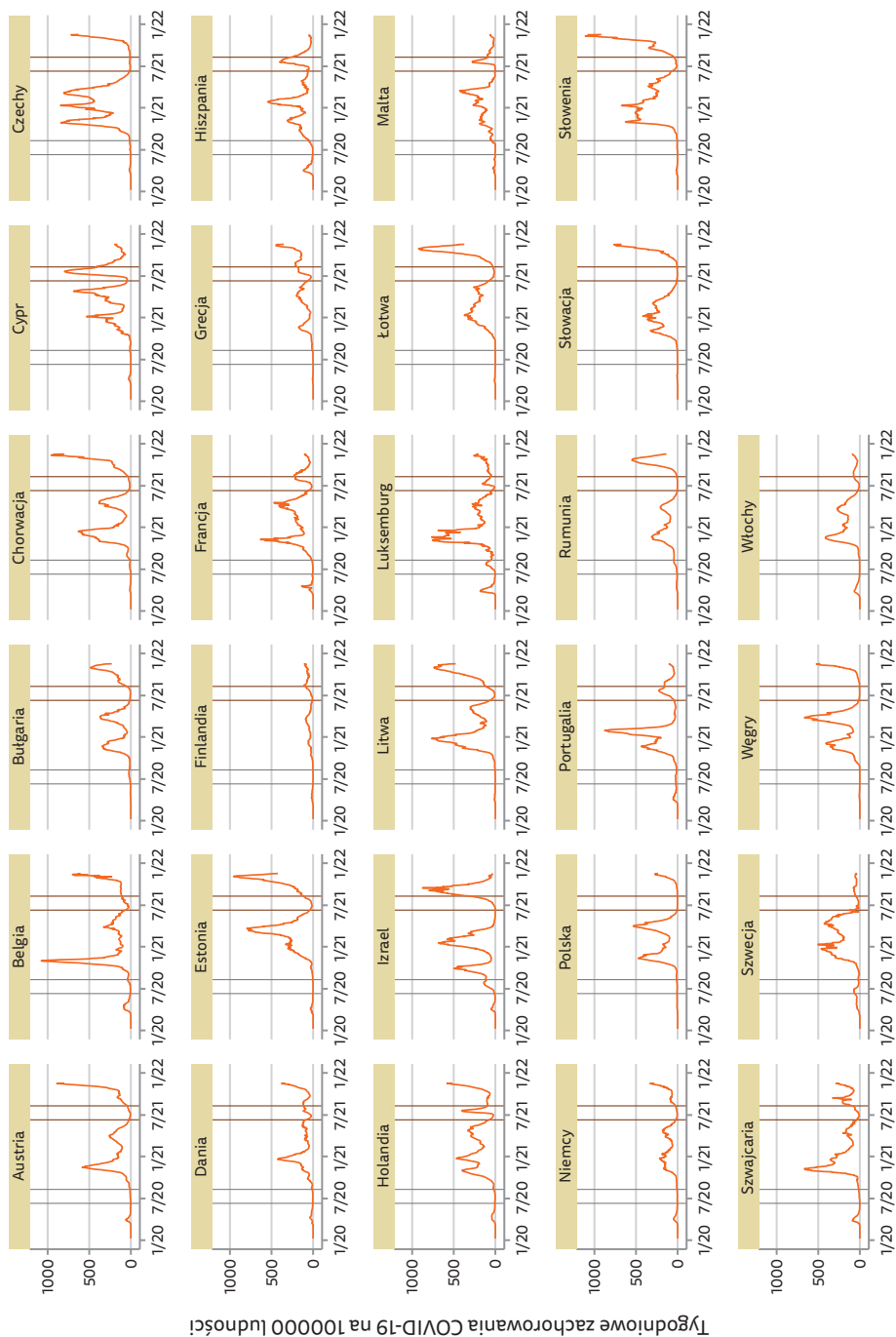
Telefoniczne badanie SHARE Corona 2 było przeprowadzane w drugim roku trwania światowej pandemii COVID-19. Rysunki 1.1 i 1.2 pokazują, w jak różny sposób pandemia doświadczyła mieszkańców krajów, które brały udział w badaniu. Badanie to było realizowane w czasie, gdy większość krajów miała za sobą dwie albo trzy fale nasilenia zachorowań i zgonów.

Od wybuchu pandemii rządy poszczególnych krajów wprowadzały różnorodne środki mające na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się pandemii, obejmujące zarówno 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 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.

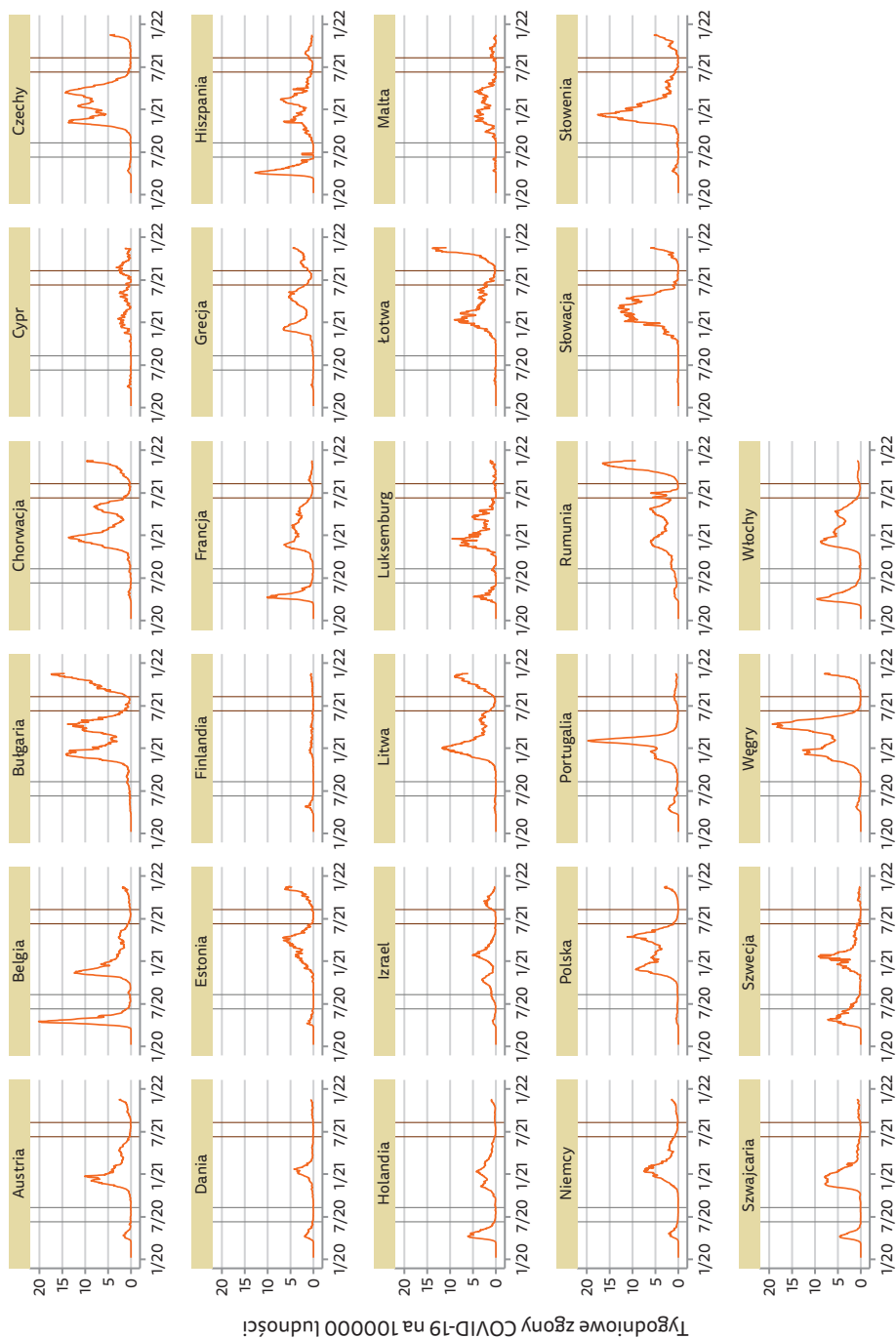
¹ <https://github.com/OxCGRT> (dostęp: 20.01.2022).

Rysunek 1.1. Tygodniowa liczba zakażeń z powodu COVID-19, na 100 000 ludności w latach 2020–2021



Uwaga: pionowe kreski wskazują czas realizacji telefonicznych badań SHARE Corona; szary – badanie w 2021 roku.
 Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Oxford COVID-19 Government Response Tracker, <https://github.com/OxCGRT> (dostęp: 20.01.2022).

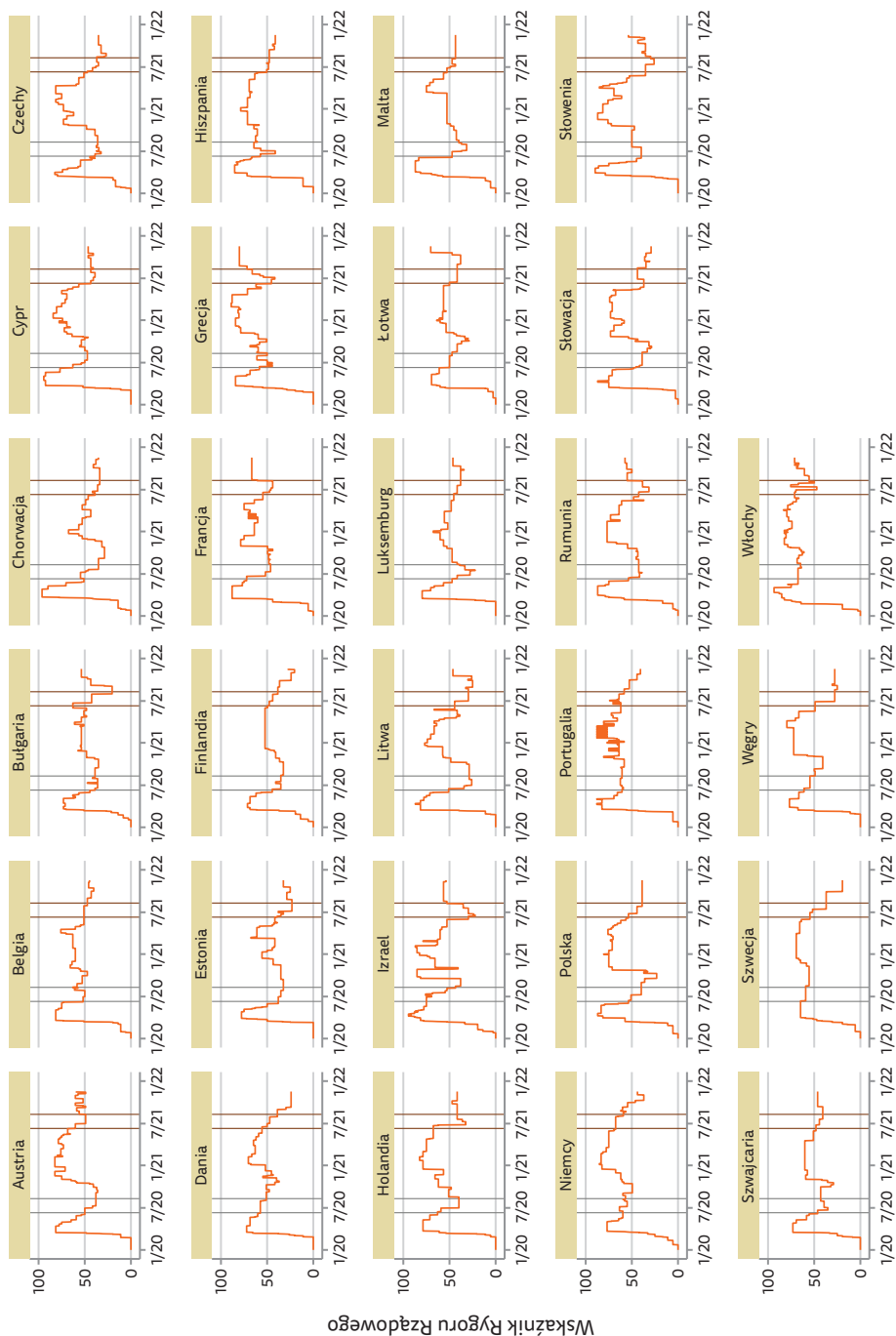
Rysunek 1.2. Tygodniowa liczba zgonów z powodu COVID-19, na 100 000 ludności w latach 2020–2021



Uwaga: pionowe kreski wskazują czas realizacji telefonicznych badań SHARE Corona; szare – badanie w 2021 roku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Oxford COVID-19 Government Response Tracker, <https://github.com/OxCGRT> (dostęp: 20.01.2022).

Rysunek 1.3. Kształtowanie się Wskaźnika Rygoru Rządowego w poszczególnych krajach w latach 2020–2021



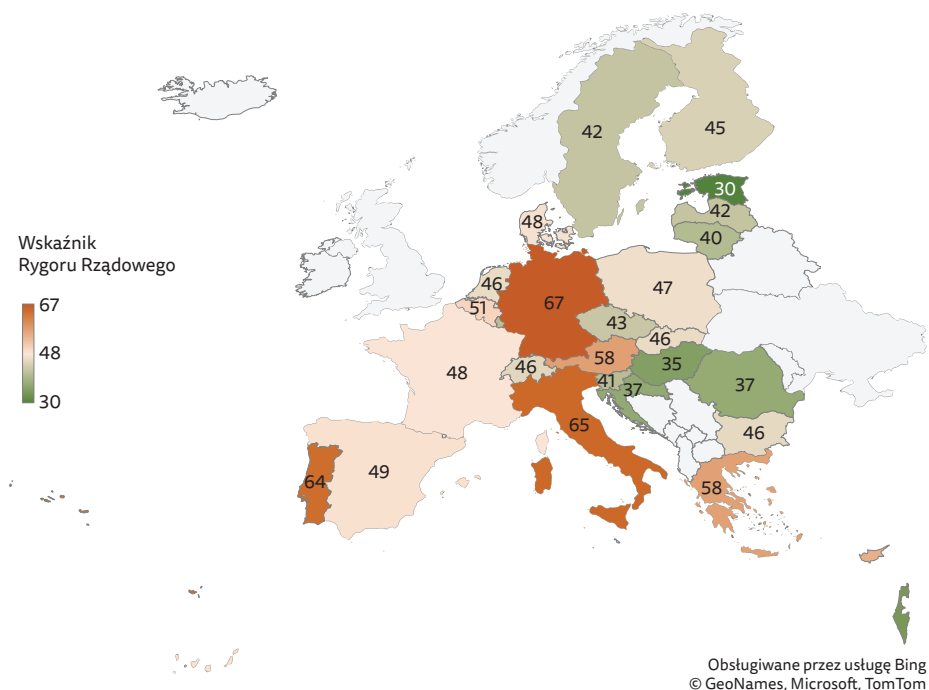
Uwaga: pionowe kreski wskazują czas realizacji telefonicznych badań SHARE Corona; szare – badanie w 2020 roku, brązowe – badanie w 2021 roku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Oxford COVID-19 Government Response Tracker, <https://github.com/OxCGRT> (dostęp: 20.01.2022).

Wskaźnik Rygoru Rządowego jest szacowany 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.

Dane zgromadzone przez OxCGRT zostały wykorzystane do określenia średniego Wskaźnika Rygoru Rządowego dla lat, w których realizowano telefoniczne badanie ankietowe SHARE Corona (rysunek 1.3).

Rysunek 1.4. Wskaźnik Rygoru Rządowego w czasie realizacji badania ankietowego SHARE Corona 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Oxford COVID-19 Government Response Tracker, <https://github.com/OxCGRT> (dostęp: 20.01.2022).

² Pełny opis autorów dotyczący sposobu obliczania wskaźnika: https://github.com/OxCGRT/covid-policy-tracker/blob/master/documentation/index_methodology.md (dostęp: 20.01.2022).

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 „lepsz” niż innych, znajdujących się niżej w indeksie.

Średni Wskaźnik Rygoru Rządowego dla okresu realizacji drugiego telefonicznego badania SHARE Corona przyjął najwyższe wartości w Niemczech (67), Włoszech (65) i Portugalii (64). Natomiast najniższe wartości tego wskaźnika odnotowano dla Estonii (30), Izraela (34) i Węgier (35). Działania podjęte w tym czasie przez rząd w Polsce uzyskały Wskaźnik Rygoru Rządowego na średnim poziomie (47).

Warto jednak podkreślić, że okres realizacji badania SHARE Corona 2, podobnie jak pierwszego badania SHARE Corona 1, przypadał na czas zmniejszonych restrykcji we wszystkich krajach, co ilustruje rysunek 1.4. Ponadto poza Niemcami i Austrią wszystkie kraje biorące udział w badaniu charakteryzowały się w czasie realizacji drugiego badania niższym Wskaźnikiem Rygoru Rządowego w porównaniu do wartości tego wskaźnika dla badania SHARE Corona 1 w 2020 roku.

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

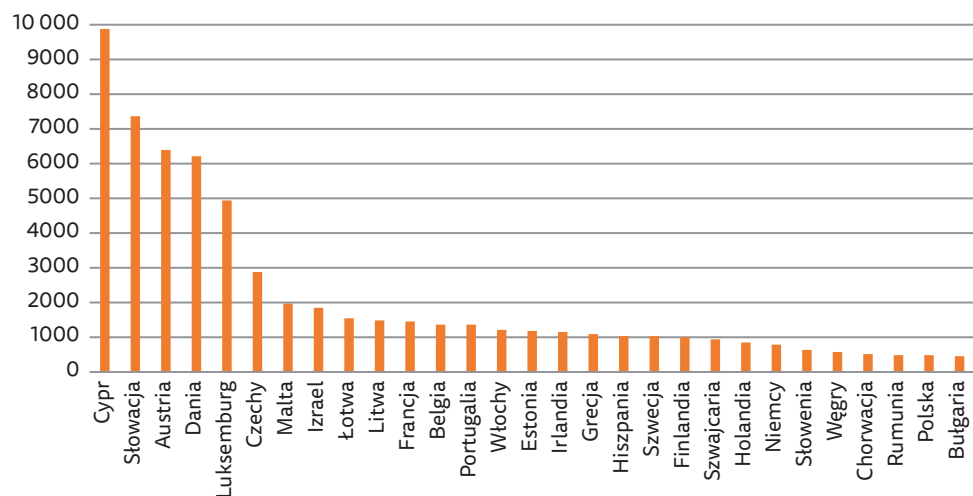
Zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, którego pierwsze przypadki odnotowano w listopadzie 2019 roku w chińskim mieście Wuhan, szybko rozpowszechniały się po świecie i na początku 2020 roku były już notowane w niemal całej Europie. W Polsce pierwszy przypadek zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 odnotowano 4 marca 2020 roku w województwie lubuskim. Szybki wzrost nowych infekcji powodujących ostrą zakaźną chorobę układu oddechowego COVID-19 skutkowało ogłoszeniem 11 marca 2020 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) pandemii tej choroby. Po blisko dwóch latach trwania pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, pod koniec stycznia 2022 roku, WHO informowało o zbliżaniu się do jej końca w Europie. Jednocześnie zalecając zachowanie ostrożności, gdyż w wielu krajach fala infekcji wywoływana dominującym wówczas wariantem Omikron, nie osiągnęła jeszcze szczytu. W Polsce od 20 marca 2020 do 15 maja 2022 roku zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia obowiązywał stan epidemii³. Od 16 maja 2022 roku obowiązuje stan zagrożenia epidemicznego⁴, a COVID-19 jest traktowany jako zwykła choroba zakaźna.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2022 r. poz. 340).

⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 maja 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2022 r. poz. 1025).

Do czerwca 2022 roku na świecie odnotowano blisko 540 mln zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 i ponad 6,3 mln zgonów. Polska z liczbą bliską 120 tys. zgonów rozpoznanych jako spowodowane bezpośrednio COVID-19 znajduje się w pierwszej dwudziestce krajów na świecie o największych stratach w liczbie ludności⁵. Należy pamiętać, że liczby dotyczące zakażeń są obciążone dużymi niedoszacowaniami, gdyż wiele infekcji przebiegało bezobjawowo, a możliwości testowania były często różne oraz ograniczone w poszczególnych krajach. Rysunek 1.5 przedstawia średnią liczbę testów wykonanych na 1000 osób w danym kraju w okresie realizacji telefonicznego badania SHARE Corona 2. W tym czasie najwięcej testów na 1000 osób wykonano na Cyprze, Słowacji, Austrii i Danii. Najmniej testów wykonano w Bułgarii, Polsce, Rumunii i Chorwacji.

Rysunek 1.5. Średnia liczba testów wykonywanych na 1000 osób w trakcie trwania telefonicznego badania SHARE Corona 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Our World in Data, *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*, <https://ourworldindata.org/coronavirus> (dostęp: 29.06.2022).

Z dużymi trudnościami w oszacowaniu oraz ograniczeniami w porównywalności danych łączą się także statystyki dotyczące liczby zgonów związanych bezpośrednio z zachorowaniem na COVID-19. W naszej analizie zgonów koncentrujemy się na wskaźnikach umieralności, a nie śmiertelności, która odnosi się *stricto* do zgonów w wyniku danej przyczyny spośród subpopulacji osób chorych. Współczynniki umieralności obejmują wszystkie zgony zarejestrowane w danym okresie odniesione do ogółu mieszkańców kraju i przedstawiają ogólną liczbę zgonów na 100 tys. osób. Uwzględniają zgony

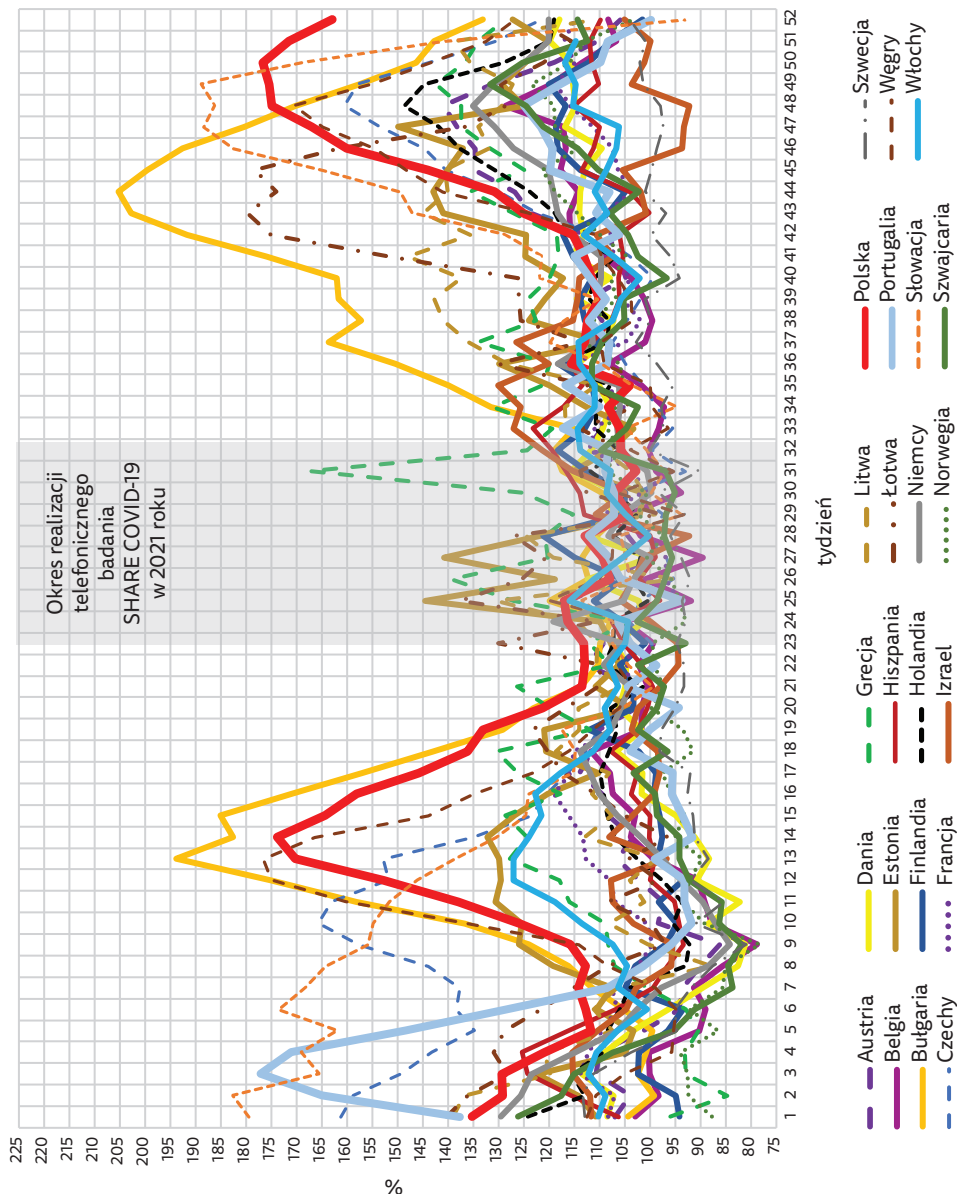
⁵ Our World in Data, <https://ourworldindata.org/> (dostęp: 10.06.2022).

z powodu COVID-19, zarówno te zakwalifikowane poprawnie, jak i nieprawidłowo, a także zgony, które można przypisać ogólnym warunkom kryzysowym, które wystąpiły w okresie pandemii, oraz zgony z wszystkich innych przyczyn. Do przedstawienia wpływu pandemii na umieralność zastosowano oszacowania nadmiernej umieralności, która wyraża relację wszystkich zarejestrowanych zgonów w okresie pandemii do średniego poziomu zgonów w latach 2015–2019. Poziom umieralności w tym okresie przyjmuje się za miarę spodziewanej umieralności w latach 2020 i 2021, gdyby nie doszło do pandemii COVID-19. Rysunek 1.6 przedstawia wzrosty współczynników umieralności odnotowane w 2021 roku, czyli drugim roku pandemii, w relacji do średniej w latach odniesienia wyrażone procentowo. W analizie korzystano z międzynarodowej bazy danych Human Mortality Database, *Short-term mortality fluctuation data series* (STMF), w której dane tygodniowe o zgonach są raportowane zgodnie z międzynarodową normą ISO 8601 określającą daty zakończenia tygodnia.

Od początku 2020 roku na świecie doszło do kilku szczytów zachorowań na COVID-19, które skutkowały wzrostami liczby zgonów. Czas ich występowania, długość trwania oraz liczba zachorowań różniły się w zależności od kraju i regionu. W większości krajów europejskich wzrost przypadków infekcji i zgonów odnotowano na przełomie lat 2020 i 2021 (szczyt w listopadzie 2020). Wiele krajów europejskich ucierpiało również w marcu oraz kwietniu 2021 roku, a także w lipcu 2021 roku (np. Grecja, Estonia), a następnie w drugiej połowie października i w listopadzie 2021 roku.

Średnie tygodniowe liczby zgonów na 100 tys. mieszkańców dla państw objętych telefonicznym badaniem SHARE Corona 2 pokazują, że najtrudniejsza sytuacja była w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. W Bułgarii, Polsce, Estonii, a także na Łotwie, Węgrzech, w Chorwacji, Czechach i w Grecji współczynniki umieralności przez większość tygodni 2021 roku były znacznie wyższe niż we wcześniejszych latach bez pandemii. Największy wzrost umieralności w 2021 roku wystąpił w Bułgarii, gdzie w listopadzie umieralność przekroczyła dwukrotnie poziom z listopada lat 2015–2019. W Słowacji, Chorwacji, na Łotwie i w Polsce wzrosty natężenia zgonów były w tym czasie na poziomie 70–80%. W pozostałych krajach Europy wzrosty umieralności były na znacznie niższym poziomie lub bardzo nieznaczne. W Hiszpanii, Holandii, Słowenii i Austrii odnotowano nadmierną umieralność zarówno w styczniu, jak i w listopadzie i grudniu 2021 roku, na poziomie wynoszącym maksymalnie 20–30%. Wśród tych krajów zwraca uwagę Portugalia, gdzie notowany wysoki wzrost umieralności na początku 2021 roku sięgający 70% nie powtórzył się już jesienią tego roku. W takich krajach jak Norwegia, Finlandia, Belgia, Dania i Szwajcaria zauważalny jest wzrost umieralności i nadmiarowe zgony w listopadzie i grudniu w okresie fali jesienno-zimowej 2021. Wśród krajów objętych badaniem SHARE Corona 2 tylko w Szwecji nie notowano wyraźnych wzrostów umieralności w ciągu całego 2021 roku.

Rysunek 1.6. Poziom współczynnik zgonów w 2021 roku w stosunku do średniej z lat 2015–2019 (lata 2016–2019 dla Niemiec i Grecji, w %)

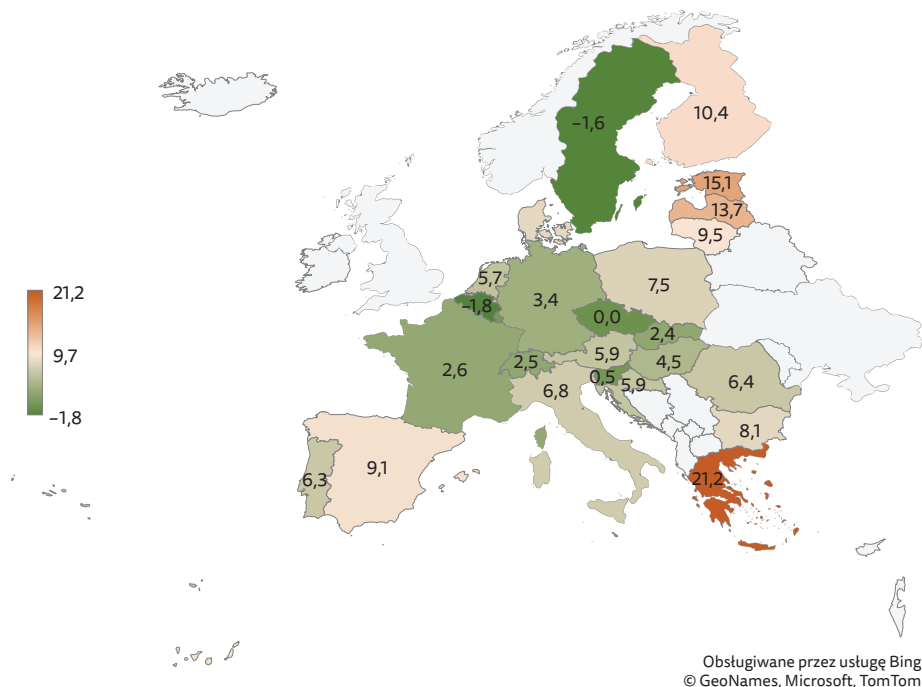


Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Human Mortality Database, *Short-term mortality fluctuation data series* (STMF), <https://www.mortality.org/Data/STMF> (dostęp: 20.01.2022).

Umieralność w Polsce w drugim roku pandemii była znacznie wyższa w porównaniu do poziomu notowanego w latach wcześniejszych (2015–2019). Skutki zachorowań związanych z falą zakażeń jesienno-zimowych 2020 roku były obserwowane we wzroście umieralności jeszcze w styczniu 2021 roku – wzrost współczynnika zgonów o blisko 30%. Kolejny dramatyczny wzrost zakażeń i umieralności był notowany w marcu tego roku, kiedy liczba zgonów na 100 tys. mieszkańców była na poziomie 180 i przekroczyła o 70% średni poziom notowany w marcu w latach bez pandemii. Sytuacja powtórzyła się jesienią 2021 roku, od października do końca tego roku notowano znaczne wzrosty umieralności w Polsce. Jedynie w ciągu dziesięciu letnich tygodni 2021 roku (w lipcu i sierpniu) umieralność obniżyła się i nie przekraczała o więcej niż 10% poziomu obserwowanego latem w latach 2015–2019.

Warto zauważyć, że badanie telefoniczne SHARE Corona 2 było realizowane latem 2021 roku, czyli w okresie wyciszenia aktywności koronawirusa SARS-CoV-2 i zmniejszenia liczby zachorowań na COVID-19 oraz stabilizacji na niskim poziomie tygodniowej liczby zgonów w Polsce i w większości krajów objętych tym badaniem (rysunek 1.7).

Rysunek 1.7. Nadmiarowe zgony w krajach objętych badaniem SHARE Corona 2, lipiec 2021. Zmiana współczynników zgonów w lipcu 2021 roku w stosunku do średniej w lipcu w latach 2015–2019 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (dostęp: 30.06.2022).

Analizując dane dotyczące umieralności w 2021 roku, należy pamiętać o szczepionkach służących ochronie przed wystąpieniem objawów COVID-19, w tym obejmujących ciężki przebieg choroby z hospitalizacją. Dzięki podjętym na szeroką skalę intensywnym badaniom i działaniom udało się opracować preparaty szczepienne (typu mRNA oraz wektorowego), które od 11 grudnia 2020 roku zostały dopuszczone do obrotu przez Agencję Leków i Żywności (FDA). Rok 2021 był okresem intensywnej dystrybucji szczepionek i organizacji procesu szczepienia w poszczególnych krajach połączonych także z kampaniami informacyjnymi, mającymi na celu zachęcić niezdecydowanych mieszkańców do zaszczepienia się. Obecnie w krajach Unii Europejskiej do obrotu są dopuszczone dwie szczepionki mRNA (Comirnaty – Pfizer-BioNTech i Spikevax – Moderna), dwie szczepionki wektorowe (Vaxzevria – AstraZeneca i COVID-19 Vaccine Janssen) oraz szczepionka białkowa Nuvaxovid (Novavax). Szczepionki te chronią przed objawami COVID-19 wywołanymi przez koronawirusa SARS-CoV-2⁶. Najczęściej w krajach europejskich była używana szczepionka Comirnaty/BioNTech – Pfizer (średnio w UE – 63%); największy odsetek w Danii – 83%, Czechach – 79% oraz Finlandii – 76%⁷. Struktura rodzajów szczepionek w Polsce i innych krajach europejskich była zbliżona, co wynika z zastosowania się do zaleceń UE, będącej głównym dystrybutorem szczepionek w tym regionie świata.

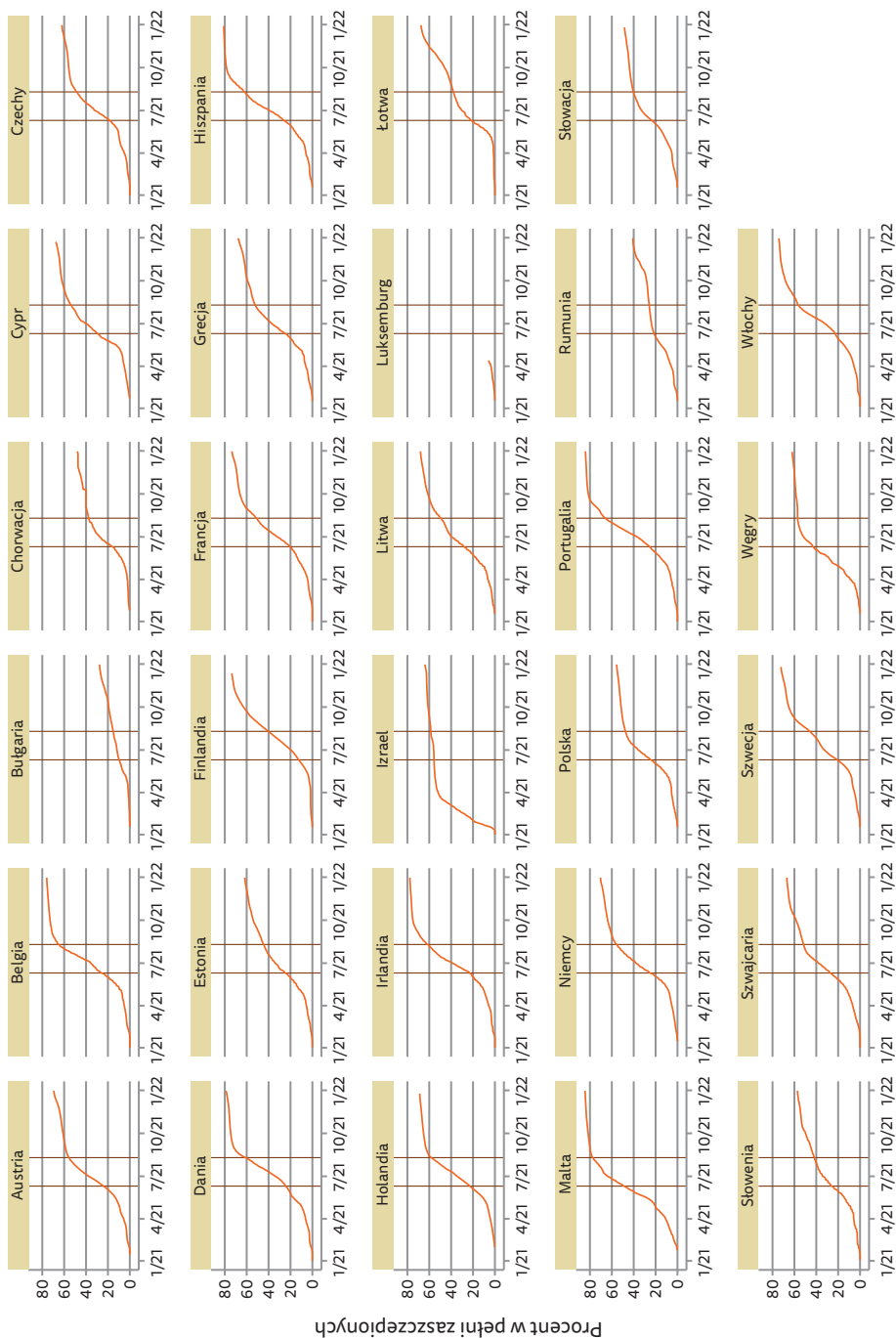
Na rysunkach 1.8 i 1.9 przedstawiony jest udział osób w pełni zaszczepionych w danym kraju, obliczony jako suma liczby osób zaszczepionych dwoma dawkami szczepionek AstraZeneca, Pfizer i Moderna oraz liczby osób zaszczepionych jedną dawką szczepionki Johnson&Johnson. Ochrona pojawia się po 14 dniach od zakończenia zalecanego schematu szczepienia z wykorzystaniem każdej z tych dawek szczepionek.

Od maja 2021 roku następował szybki wzrost odsetka w pełni zaszczepionych obywateli Polski, a także innych krajów Europy. Ten rosnący trend utrzymywał się w Polsce do ok. 31. tygodnia (połowa sierpnia), podczas gdy w wielu innych krajach postępował nadal do ok. 40. tygodnia 2021 roku. Na koniec lipca 2021 roku poziom wyszczepienia w Polsce wynosił 46%, co oznacza, że w czasie realizacji badania SHARE Corona 2 odsetek zaszczepionych mieszkańców Polski był na średnim poziomie europejskim zbliżonym do takich krajów, jak Francja, Włochy, Grecja i Litwa, a wyższym niż notowany w Szwecji, Finlandii, Rumunii i Bułgarii (zob. rysunek 1.7).

⁶ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, *Szczepionka przeciwko COVID-19*, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/covid-19-2/> (dostęp 29.06.2022).

⁷ European Centre for Disease Prevention and Control, *COVID-19 Vaccine Tracker*, <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#distribution-tab> (dostęp: 6.05.2022).

Rysunek 1.8. Poziom w pełni wyszczepionych mieszkańców krajów objętych badaniem SHARE Corona 2 w 2021 roku (w okresie od stycznia do końca grudnia 2021)

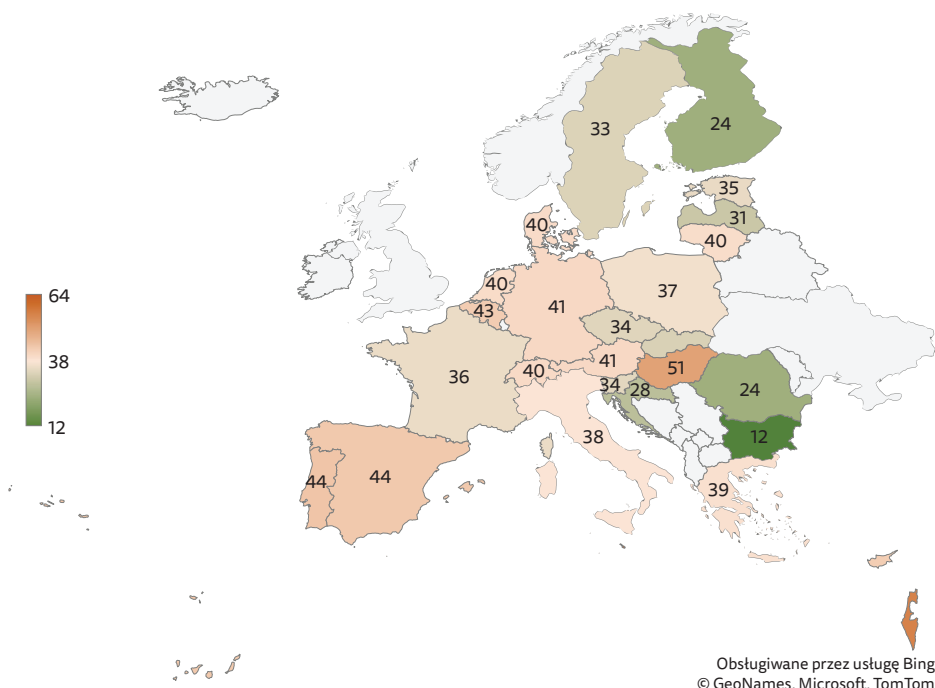


Uwaga: pionowe kreski wskazują czas realizacji telefonicznego badania SHARE Corona w 2021 roku.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Our World in Data, *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*, <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (dostęp: 29.06.2022).

Na koniec 2021 roku do najpełniej zaszczepionych krajów należała Portugalia (84% mieszkańców w pełni się zaszczepiło), Hiszpania (81%) i Islandia (77%), a także Belgia, Włochy, Francja, Finlandia, Szwecja i Norwegia – powyżej 70%. Polska z odsetkiem 56% w pełni zaszczepionych mieszkańców na koniec 2021 roku znajdowała się na dalekim 23. miejscu wśród wszystkich państw UE. Dla ogółu krajów UE wskaźnik ten wynosił 69%. Stosunkowo niski poziom wyszczepienia był notowany także w Słowacji (poniżej 50%), a najniższy w Bułgarii (15% na dzień 1.08 i 28% na koniec 2021). Ten relatywnie niski udział osób w pełni zaszczepionych w Bułgarii może wynikać z ogólnego sceptycyzmu i braku zaufania do bezpieczeństwa szczepień oraz ogólnie niskiej świadomości społecznej na temat szczepień w tym kraju. Stan ten miał swoje miejsce już wcześniej i według badań Komisji Europejskiej z 2018 roku obywatele Bułgarii mieli jedno z najniższych poziomów zaufania do szczepionek spośród mieszkańców wszystkich państw UE⁸.

Rysunek 1.9. Poziom w pełni wyszczepionych w czasie realizacji drugiego badania telefonicznego SHARE Corona 2 (w %)

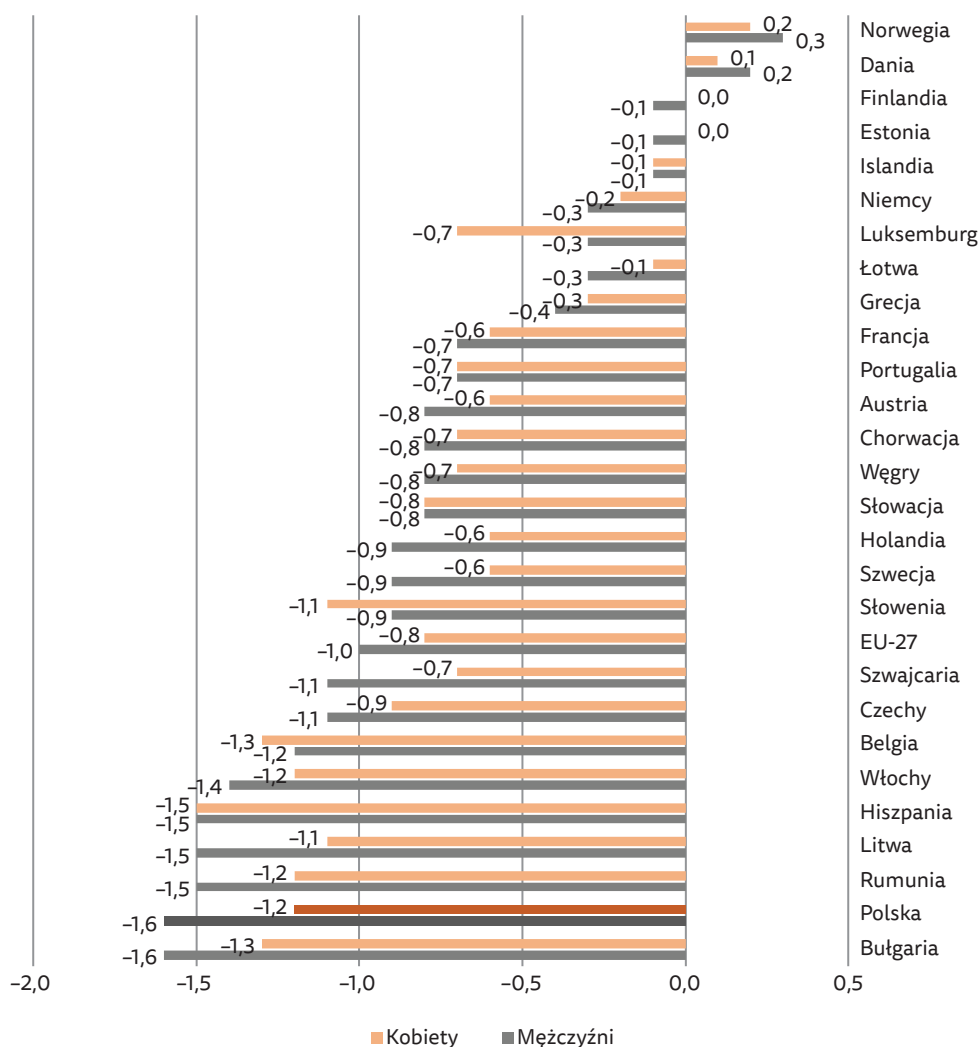


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Our World in Data, *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*, <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (dostęp: 29.06.2022).

⁸ European Commission (2018). *State of Vaccine Confidence in EU 2018*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Widoczna jest współzależność pomiędzy wskaźnikami nadmiernej umieralności w drugiej połowie 2021 roku a poziomem wyszczerpienia w poszczególnych krajach. Przykładem może być znaczne obniżenie umieralności w tym okresie w Portugalii i bardzo wysoki jej poziom w Bułgarii i na Słowacji oraz innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej, takich jak Estonia, Węgry, Chorwacja, Czechy i Polska, charakteryzujących się stosunkowo niskim poziomem wyszczerpienia.

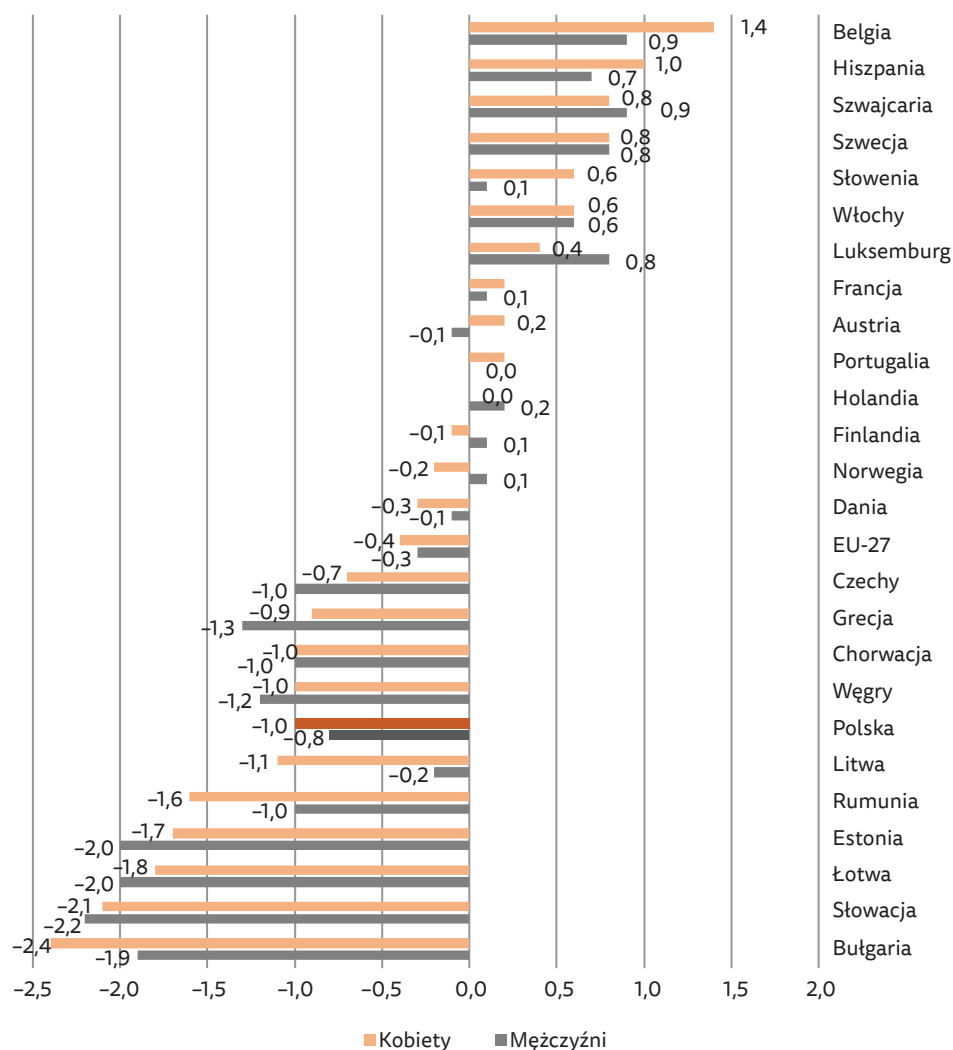
Rysunek 1.10. Różnica trwania życia w latach 2020 i 2019



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (dostęp: 30.06.2022).

Nadmierna umieralność, która była notowana w latach pandemii, uwidoczniła się w skróceniu średniej długości trwania życia, zarówno mężczyzn, jak i kobiet. W większości analizowanych krajów nastąpiło skrócenie trwania życia w 2020 roku w porównaniu do poziomu notowanego w 2019 roku (rysunek 1.10), podczas gdy w 2021 roku w odniesieniu do poziomu w 2020 roku spadek tego parametru odnotowano tylko w krajach z największymi stratami w umieralności w ciągu całego roku (rysunek 1.11).

Rysunek 1.11. Różnica trwania życia w latach 2021 i 2020



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (dostęp: 30.06.2022).

W 2020 roku tylko w Norwegii i Danii trwanie życia nie uległo obniżeniu, a nawet minimalnie wzrosło. W Finlandii i Estonii, a także na Łotwie i w Islandii odnotowane spadki były nieznaczne, a w przypadku kobiet w Finlandii i Estonii nie odnotowano żadnej zmiany. Polska należy do grupy krajów o największym obniżeniu trwania życia w 2020 roku, o blisko 1,6 roku dla mężczyzn (z 74,1 do 72,5 lat) i 1,2 roku dla kobiet (z 81,9 do 80,7 lat). Skrócenie trwania życia powyżej roku w 2020 roku w stosunku do 2019 wystąpiło także w Hiszpanii, Bułgarii, Belgii, we Włoszech i na Litwie.

W 2021 roku Belgia, Hiszpania, Szwajcaria, a także Włochy w większym bądź mniejszym stopniu odzyskały utracone lata trwania życia w pierwszym roku pandemii i trwania życia w tych krajach znacząco wzrosło. Część krajów Skandynawskich oraz Europy Zachodniej i Południowej – Francja, Portugalia, Austria, Holandia, Islandia, Finlandia, Norwegia i Dania – odnotowała nieznaczne wydłużenie trwania życia i wskaźnik ten pozostawał na zbliżonym poziomie do notowanego w 2020 roku. Polska znalazła się wśród krajów Europy Wschodniej i Południowej, dla których 2021 rok był kolejnym rokiem ze spadkiem trwania życia: dla mężczyzn był to spadek o 0,8 roku do poziomu 71,7 lat, a dla kobiet o rok do poziomu 79,7 lat. Największe obniżenie trwania życia w 2021 roku w porównaniu do 2020 roku wynoszące blisko 2 lata nastąpiło w Bułgarii, na Słowacji, Łotwie i w Estonii.

Przedstawione wskaźniki charakteryzujące wzrost umieralności w poszczególnych krajach oraz widoczne duże różnice w nadmiernej umieralności w latach pandemii między krajami mogą mieć wiele przyczyn, m.in. odzwierciedlać różne strategie dotyczące działań podejmowanych przez rządy w celu ograniczania i zwalczania pandemii oraz różnice w zdolności systemów opieki zdrowotnej do leczenia pacjentów. Ponadto na poziom umieralności w tym okresie miał wpływ stan zdrowia mieszkańców poszczególnych krajów, szczególnie osób starszych i w gorszej kondycji zdrowotnej, które były najbardziej zagrożone ciężkim przebiegiem choroby COVID-19 lub skutkami ograniczeń w dostępie do leczenia i diagnostyki.

Uzyskane wyniki są także odzwierciedleniem występujących już wcześniej nierówności w stanie zdrowia osób w wieku 50+ w krajach objętych badaniem SHARE [zob. Wróblewska, Antczak, 2019], w szczególności podziału na Europę Wschodnią i Środkową oraz pozostałe regiony Europy. W 2021 roku szczególnego znaczenia nabrały czynniki determinujące możliwość oraz chęć zaszczepienia się przez obywateli poszczególnych krajów. W krajach o wysokim poziomie wyszczepienia w drugiej połowie 2021 roku odnotowano znacznie mniejsze wzrosty natężenia zgonów w porównaniu do pozostałych objętych badaniem.

Bibliografia

European Centre for Disease Prevention and Control, *COVID-19 Vaccine Tracker*, <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#distribution-tab> (dostęp: 6.05.2022).

European Commission (2018). *State of Vaccine Confidence in EU 2018*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (dostęp: 30.06.2022).

Human Mortality Database, *Short-term mortality fluctuation data series (STMF)*, <https://www.mortality.org/Data/STMF> (dostęp: 20.01.2022).

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, *Szczepionka przeciwko COVID-19*, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/covid-19-2/> (dostęp 29.06.2022).

Our World in Data, *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*, <https://ourworldindata.org/coronavirus> (dostęp: 29.06.2022).

OxCGRT. Oxford COVID-19 Government Response Tracker, <https://github.com/OxCGRT> (dostęp: 20.01.2022).

OxCGRT. *Methodology for calculating indices*, https://github.com/OxCGRT/covid-policy-tracker/blob/master/documentation/index_methodology.md (dostęp: 20.01.2022).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 340).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 maja 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2022 r. poz. 1025).

Wróblewska, W., Antczak, R. (2019). Sytuacja zdrowotna osób w wieku okołoemerytalnym i starszych w Polsce na tle innych krajów. W: *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie* (s. 65–85), I. Kotowska, A. Chłom-Domińczak, D. Holzer-Żelaźewska (red.). Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Doświadczenie COVID-19 przez respondenta i jego bliskich

Marta Styrac

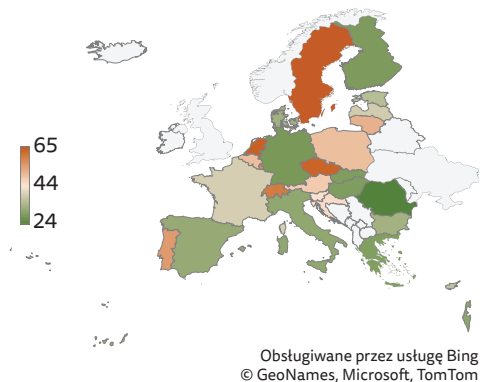
Podobnie jak we wcześniejszej rundzie badania, również w 2021 roku pytano respondentów o ich styczność z wirusem SARS-CoV-2. Pytania dotyczyły kontaktu samego respondenta oraz osób z jego otoczenia i obejmowały symptomy COVID-19, testowanie pod kątem wirusa SARS-CoV-2, pobyt w szpitalu oraz zgon z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. W tej rundzie zrezygnowano z pytania o negatywny wynik testu, zostawiając jedynie pytanie o pozytywny wynik. Zostały natomiast dodane pytania o częstość testowania, opłaty za wykonanie testów, długotrwałe objawy związane z zachorowaniem na COVID-19 oraz przyjmowanie leków dla ich złagodzenia.

W odpowiedzi na pytania, czy od czasu ostatniego wywiadu lub od lipca 2020 roku respondent lub ktokolwiek mu bliski:

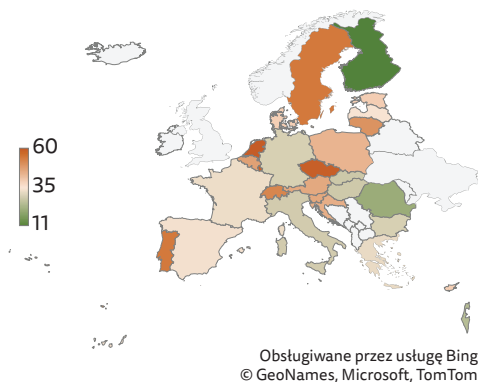
- miał symptomy zachorowania na COVID-19, np. kaszel, gorączkę, trudności z oddychaniem, utratę smaku lub węchu;
- miał wykonany test w kierunku wirusa SARS-CoV-2 i jego wynik był pozytywny;
- przebywał w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2;

twierdząco odpowiedziało odpowiednio 50%, 44% i 15% respondentów w Polsce. Dodatkowo 10% respondentów potwierdziło, że bliska im osoba zmarła w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Są to znacznie wyższe odsetki niż raportowane w badaniu SHARE Corona 1 w Polsce (odpowiednio 3%, 3%, 1%, 1%). Ten wzrost styczności z wirusem SARS-CoV-2 jest oczywiście odzwierciedleniem faktu, że pierwsza runda badania była przeprowadzana po pierwszej fali pandemii, która w Polsce miała łagodny przebieg. Natomiast na wyniki badania SHARE Corona 2 miały już wpływ druga i trzecia fala zachorowań, które dotkliwie doświadczyły Polskę. Wyraźnie widać to w porównaniu z krajami SHARE (rysunki 2.1–2.4).

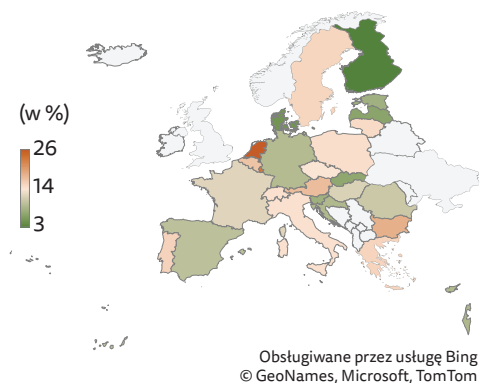
Rysunek 2.1. Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami mieli symptomy choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)



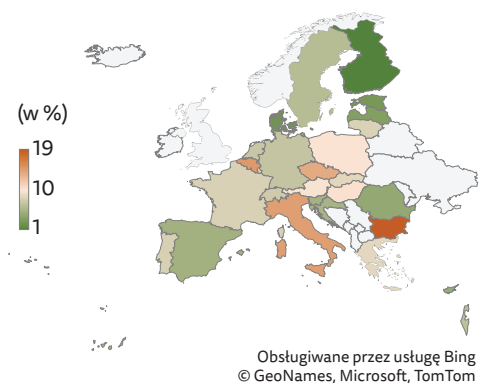
Rysunek 2.2. Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)



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



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

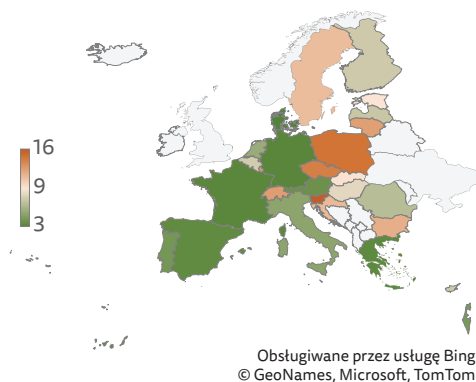


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

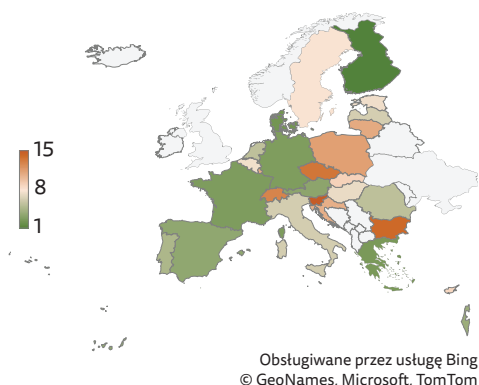
Częściej niż w Polsce respondenci lub ich bliscy odnotowali symptomy jedynie w 8 krajach: Szwecji (65%), Holandii (64%), Czechach (64%), Szwajcarii (60%), Luksemburgu (58%), Portugalii (55%), Litwie (52%), Belgii (50%). Częściej niż w Polsce respondenci lub ich bliscy mieli pozytywny wynik testu w 11 krajach (oprócz krajów wymienionych w odniesieniu do symptomów jeszcze w Słowenii, Austrii i Chorwacji). Hospitalizacje częściej niż w Polsce raportowano w 9 krajach: Holandii (26%), Luksemburgu

(23%), Bułgarii (18%), Austrii (17%), Belgii (17%), Portugalii (16%), Grecji (16%), Szwecji (15%), Litwie (15%). Częstość deklaracji dotyczących doświadczenia zgonów była wyższa niż w Polsce jedynie w 6 krajach: Bułgarii (19%), Belgii (15%), Włoszech (14%), Czechach (14%), Luksemburgu (12%) i na Węgrzech (10%).

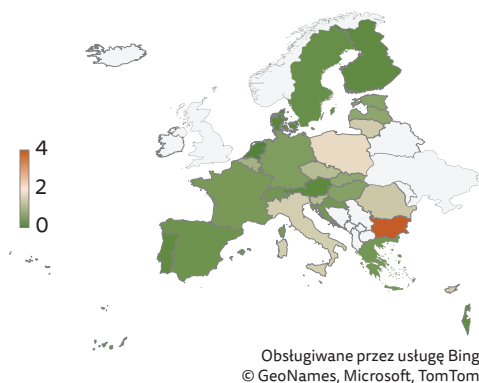
Rysunek 2.5. Odsetek respondentów, którzy mieli symptomy choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)



Rysunek 2.6. Odsetek respondentów, którzy mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)



Rysunek 2.7. Odsetek respondentów, którzy przebywali w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (w %)

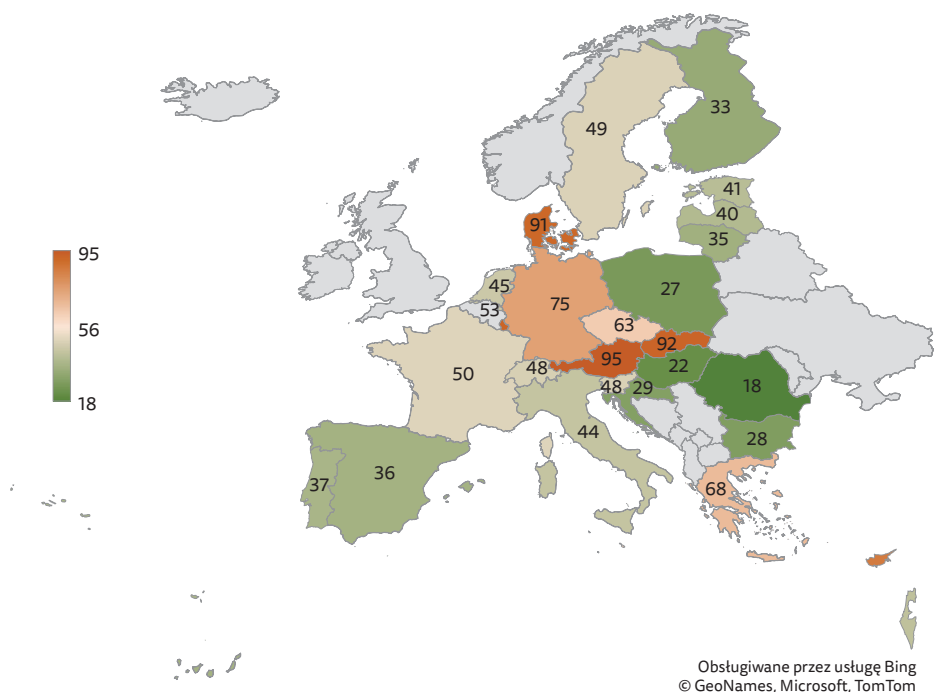


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Dotkliwość doświadczenia pandemii wirusa SAR-CoV-2 do połowy 2021 roku w Polsce jest jeszcze wyraźniejsza, jeżeli popatrzymy jedynie na odpowiedzi respondentów dotyczące ich samych (rysunki 2.5–2.7). Na odsetki prezentowane powyżej może mieć bowiem wpływ zasięg sieci społecznych respondentów oraz przepływ informacji

na temat indywidualnych doświadczeń z wirusem, które mogą różnić się pomiędzy krajami. Pod względem częstości zgłaszania przez respondentów własnych doświadczeń z wirusem SARS-CoV-2 polscy respondenci znajdują się na 2. miejscu w odniesieniu do symptomów choroby (16% w Słowenii i 15% w Polsce), na 5. miejscu w odniesieniu do pozytywnych testów (15% w Słowenii, 14% w Bułgarii, 14% w Czechach, 13% w Szwajcarii, 12% w Polsce), na 3. w odniesieniu do hospitalizacji (4% w Bułgarii, 2% na Malcie i w Polsce).

Rysunek 2.8. Odsetek respondentów, u których wykonano przynajmniej jeden test na COVID-19, według krajów (w %)

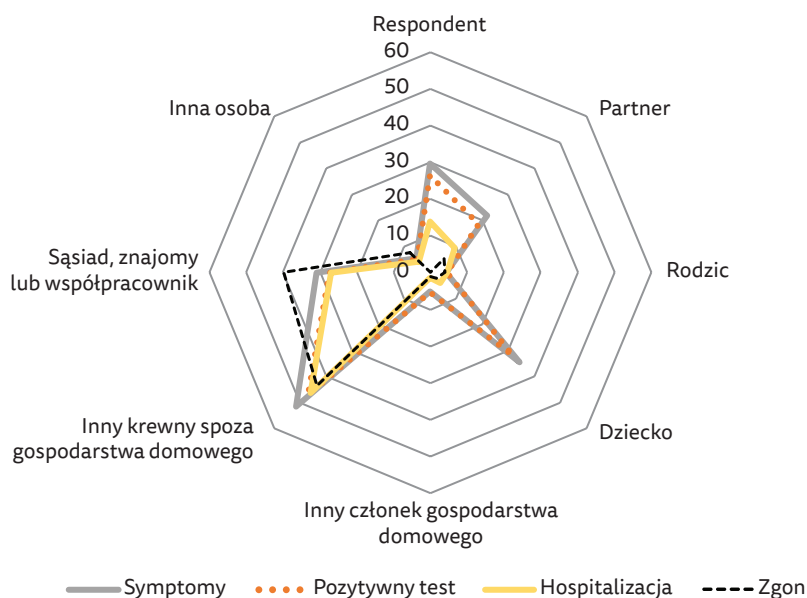


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Wysoki odsetek respondentów z pozytywnym wynikiem testu na wirusa SARS-CoV-2 w Polsce staje się jeszcze bardziej znaczący w zestawieniu ze stosunkowo niskim poziomem testowania. Rysunek 2.8 przedstawia odsetek respondentów w krajach SHARE, u których wykonano przynajmniej raz test pod kątem obecności wirusa odpowiedzialnego za COVID-19. W Polsce wyniósł on 27% przy średniej 50% dla krajów SHARE, co jest trzecim wynikiem od końca za Rumunią (18%) i Węgrami (22%). Wyrazem niskiej intensywności testowania w Polsce jest także liczba wykonanych testów. Wśród respondentów z Polski, którzy mieli wykonany test 69%, była testowana jedynie

raz, 29% dwa do pięciu razy, 1% sześć do 10 razy i 1% powyżej 10 razy. Wśród wszystkich respondentów SHARE odsetki te kształtowały się odpowiednio na poziomie: 36%, 41%, 8%, 15%. W Polsce rzadziej respondenci deklarowali, że musieli płacić cokolwiek z własnej kieszeni za którykolwiek z wykonanych testów, odsetek takich deklaracji wyniósł 8% w porównaniu do 13% wśród wszystkich respondentów SHARE.

Rysunek 2.9. Kto w otoczeniu respondenta miał styczność z COVID-19: częstość wskazania poszczególnych kategorii osób przez respondenta, który zadeklarował własne lub osób ze swojego otoczenia doświadczenie symptomów COVID-19, pozytywnego wyniku testu na wirusa SARS-CoV-2, pobytu w szpitalu z powodu COVID-19 lub zgonu z powodu COVID-19 (w %)

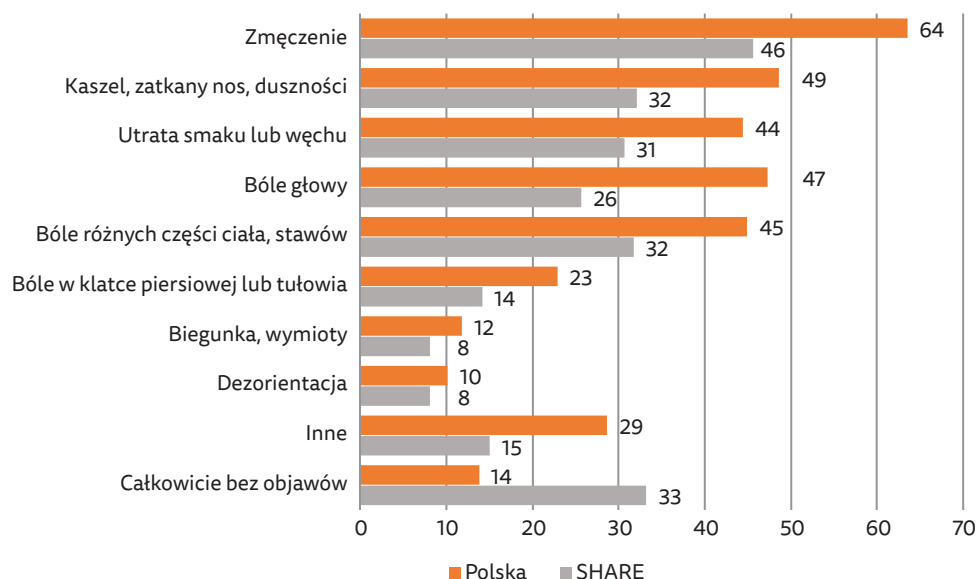


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Respondenci, którzy deklarowali u siebie lub w swoim otoczeniu występowanie symptomów zakażenia wirusem SARS-CoV-2, pozytywny wynik testu, pobyt w szpitalu lub zgon, byli następnie szczegółowo pytani, kogo dokładnie te sytuacje dotyczyły. Dla każdego aspektu styczności z pandemią najczęściej wskazywano na dalszych krewnych mieszkających poza gospodarstwem domowym (rysunek 2.9). W przypadku pytań dotyczących występowania symptomów oraz pozytywnego testu kolejne pod względem częstości wskazań były dzieci, dalej kategoria obejmująca sąsiadów, znajomych lub współpracowników, następnie sam respondent, jego partner, inne osoby i rodzice. W przypadku hospitalizacji oraz zgonów drugą w kolejności kategorią była

grupa: sąsiedzi, znajomi lub współpracownicy, natomiast osoby z najbliższego otoczenia, włączając w to samego respondenta, były wskazywane znacznie rzadziej. Wśród wszystkich krajów SHARE układ odpowiedzi na te pytania był podobny, jakkolwiek w odniesieniu do symptomów i pozytywnego testu średnio rzadziej wskazywany był respondent, partner oraz dzieci, natomiast w odniesieniu do hospitalizacji i zgonu najczęściej wskazywaną kategorią byli sąsiedzi, znajomi lub współpracownicy.

Rysunek 2.10. Częstość występowania długotrwałych lub utrzymujących się objawów COVID-19 wśród respondentów, którzy prawdopodobnie przechorowali COVID-19 (mieli symptomy lub pozytywny wynik testu) (w %)



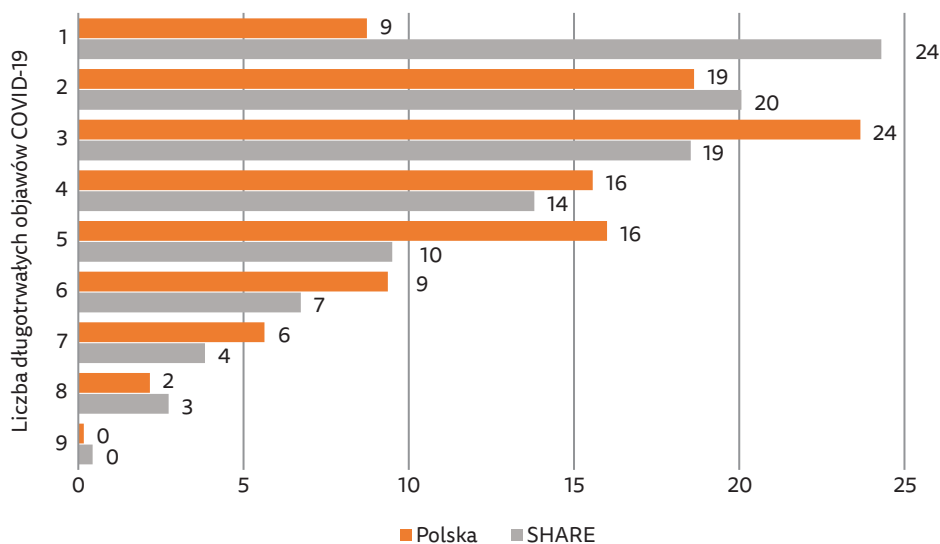
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Respondenci, którzy prawdopodobnie przechorowali COVID-19 w ciągu ostatniego roku, czyli mieli symptomy przypisywane tej chorobie lub mieli pozytywny wynik testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2, zostali również zapytani, czy doświadczali któregośkolwiek z wymienionych na liście długotrwałych lub utrzymujących się objawów COVID-19 (rysunek 2.10). Zdecydowana większość zapytanych w Polsce wskazywała na zmęczenie (64%), bardzo często wskazywano także kaszel, zatkany nos, duszności (49%), bóle głowy (47%), bóle różnych części ciała i stawów (45%), utratę smaku lub węchu (44%). Jedynie 14% polskich respondentów, którzy prawdopodobnie przechorowali COVID-19 w ciągu ostatniego roku, zadeklarowała brak długotrwałych objawów COVID-19. W ogóle krajów SHARE respondenci, którzy prawdopodobnie przeszli

COVID-19 rzadziej, w porównaniu do polskich respondentów, zgłaszali występowanie każdego z wymienionych długotrwałych skutków zakażenia, jakkolwiek najpopularniejsze były te same dolegliwości, co w Polsce. Natomiast zdecydowanie większy odsetek ogółu respondentów SHARE stwierdził całkowity brak długotrwałych objawów – 33%.

Długotrwałe objawy COVID-19 mogą współwystępować ze sobą. Zaledwie 9% polskich respondentów doświadczyło tylko jednego objawu, natomiast najczęściej respondenci zgłaszali trzy objawy (24%) lub dwa (19%) (rysunek 2.11). Również ta miara pokazuje, że – na tle wszystkich krajów SHARE – polscy respondenci dotkliwie doświadczaali utrzymujących się skutków COVID-19. Wśród wszystkich respondentów SHARE borykających się z długotrwałymi skutkami COVID-19 dominująca była grupa doświadczająca tylko jednego objawu (24%). Jednocześnie większy odsetek polskich respondentów cierpiących z powodu „długiego covidu” przyjmował leki dla złagodzenia objawów – 61%, w porównaniu do 48% we wszystkich krajach SHARE. Odsetek przyjmujących leki rósł średnio z liczbą zgłaszanych objawów.

Rysunek 2.11. Struktura respondentów, którzy doświadczaali długotrwałych skutków COVID-19 według liczby objawów (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Dane z badania SHARE Corona 1 pokazały niewielką styczność polskich respondentów z pandemią COVID-19, co stanowiło pozytywny obraz na tle ogółu krajów SHARE i jednocześnie było zgodne z danymi na temat niewielkiego natężenia zakażeń wirusem SARS-CoV-2 do lata 2020 roku w Polsce. Wyniki badania SHARE Corona 2, przeprowadzonego latem 2021 roku, zarejestrowały skutki drugiej i trzeciej fali

pandemii, które miały w Polsce dramatyczny przebieg. Polscy respondenci częściej niż ogół respondentów SHARE odnotowali w swoim otoczeniu osoby z symptomami COVID-19, osoby z pozytywnym wynikiem testu na SARS-CoV-2, pobyty w szpitalu i zgony z powodu zarażenia tym wirusem. Jeszcze bardziej negatywny obraz wyłania się, jeżeli analizuje się sytuację samych respondentów. Częstość występowania symptomów u respondentów, ich pozytywnych wyników testów i pobyków w szpitalu ułożyły Polskę w czołówce krajów SHARE. Podobnie niekorzystnie Polska wyróżniała się pod względem długotrwałych objawów COVID-19, na które uskarżało się relatywnie dużo respondentów po przechorowaniu. Respondenci w Polsce również częściej zgłaszali występowanie kilku dolegliwości jednocześnie.

Zdrowie i opieka zdrowotna w okresie pandemii

Radostław Antczak, Wiktoria Wróblewska, Anita Abramowska-Kmon, Paweł Strzelecki

3.1. Stan zdrowia a zachowania ochronne osób w wieku 50+ w czasie pandemii

Pojawienie się pandemii COVID-19 wymusiło zastosowanie interwencji publicznych na niespotkaną skalę. W początkowej fazie pandemii, gdy środki farmaceutyczne (leki, szczepionki) nie były dostępne, rządy wprowadziły liczne działania ochronne, mające na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2. Środki te zawierały takie działania, jak zamknięcie lub ograniczenie działalności gospodarczej w części branż, ograniczenie lub zamknięcie szkół, ograniczenie spotkań publicznych oraz rekomendacje stosowania indywidualnych środków ochronnych, takich jak utrzymywanie dystansu fizycznego między osobami lub noszenie masek ochronnych.

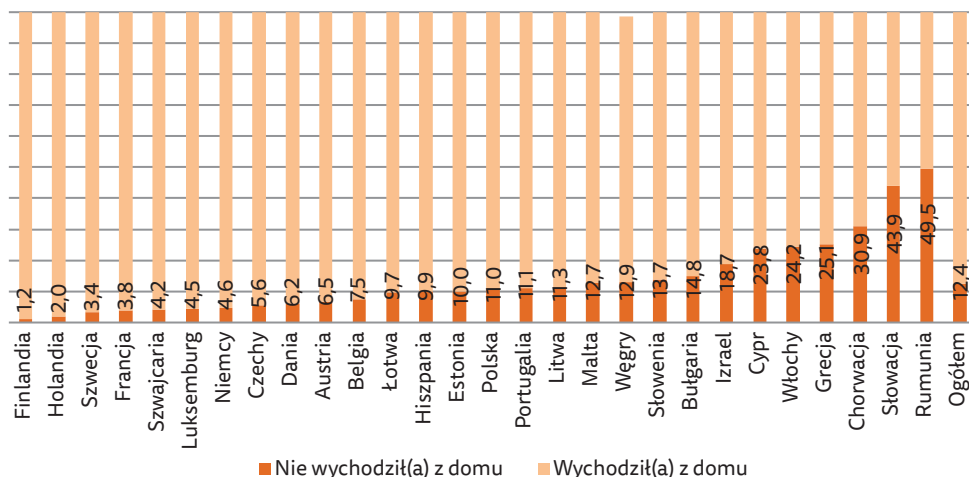
Stosowanie się do tych wytycznych znacząco różniło się między krajami oraz między poszczególnymi grupami osób na poziomie kraju. Najsilniejsze zalecenia odnośnie do stosowania indywidualnych środków ochronnych były kierowane do osób starszych oraz o gorszym stanie zdrowia jako grup szczególnie narażonych na negatywne skutki zakażenia COVID-19. W tym rozdziale skupiamy się więc na ocenie stosowania się do środków ochronnych przez osoby o dobrym i złym stanie zdrowia. W całej próbie osoby o dobrym stanie zdrowia stanowiły 64,4%, a o złym stanie zdrowia – 35,7%. Pytania w kwestionariuszu dotyczyły stosowania tych środków w ciągu ostatnich trzech miesięcy.

Wychodzenie z domu

Jednym z podstawowych zaleceń było pozostawanie w domu, a więc unikanie wszelkich kontaktów z innymi osobami. W pierwszej połowie 2021 roku wśród wszystkich krajów uczestniczących w badaniu SHARE Corona 2, 7,6%¹ osób przyznało, że nie wychodziło z domu w ciągu ostatnich trzech miesięcy przed badaniem. Różnice między krajami były znaczące: najniższy odsetek osób niewychodzących z domu był w Szwecji i Finlandii (1,4%), niewiele wyższe odsetki były w Austrii, Niemczech i Szwajcarii. Najwyższe odsetki niewychodzących notowano w Chorwacji (21,4%), Słowacji (36,9%) oraz Rumunii (44,9%). W Polsce 5,6% osób deklarowało pozostawanie w domu, co było wielkością poniżej średniej dla wszystkich krajów.

Osoby o przeciętnym lub złym stanie zdrowia częściej pozostawały w domu (12,4%) niż osoby o przynajmniej dobrym stanie zdrowia (4,9%). W zdecydowanej większości krajów osoby o słabym stanie zdrowia (przeciętnym lub złym) częściej nie wychodziły z domu niż osoby o przynajmniej dobrym stanie zdrowia (dobrym i bardzo dobrym), a wyjątkami były Holandia, Czechy, Dania i Finlandia. Największa różnica była natomiast w krajach południowej Europy (Włochy, Grecja, Cypr). W Polsce 11,0% osób o przeciętnym lub złym stanie zdrowia nie wychodziło z domu, co było wielkością niewiele niższą niż średnia dla wszystkich krajów. Dla porównania można podać, że wśród osób o dobrym stanie zdrowia odsetek niewychodzących z domu w Polsce wynosił 1,7%.

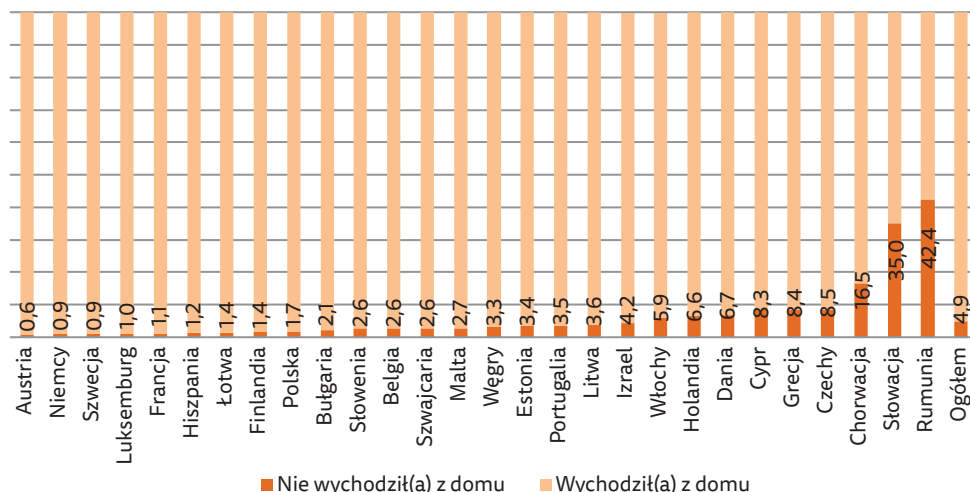
Rysunek 3.1. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według wychodzenia z domu w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

¹ Wszystkie odsetki w tym rozdziale opierają się na danych ważonych.

Rysunek 3.2. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według wychodzenia z domu w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Spotkania z osobami spoza gospodarstwa domowego

Kolejnym powszechnym zaleceniem był zakaz lub ograniczenie spotkań z osobami spoza gospodarstwa domowego. Na poziomie europejskim, czyli wszystkich krajów biorących udział w badaniu, 38,2% osób w ogóle nie spotykało się z więcej niż pięcioma osobami spoza gospodarstwa domowego². Kolejne 26,7% spotykało się, ale rzadziej niż raz w tygodniu. I wreszcie, 34,6% spotykało się raz w tygodniu lub częściej. Wynika więc z tego, że ponad 60% osób w wieku 50 lat i więcej jednak decydowało się na spotkania w większym gronie.

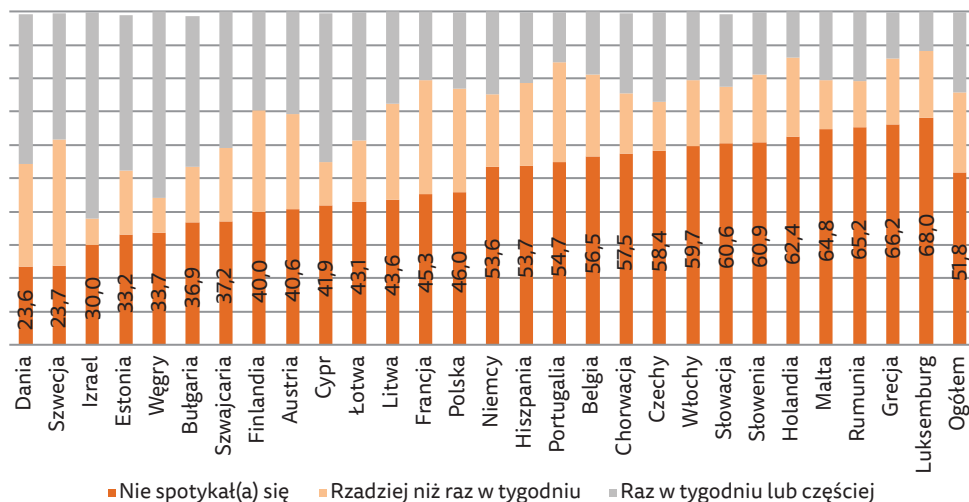
Najwięcej osób w ogóle niespotykających się było w Portugalii (61,2%), a także w Rumunii i Malcie, natomiast najmniej – w krajach skandynawskich (Szwecja – 13,4%, Dania – 15,3%). Co interesujące, najwyższe odsetki osób deklarujących częste spotkania były w krajach Europy Wschodniej – Bułgarii, Węgrzech, Estonii. W Polsce 34,9% osób deklaroowało brak spotkań, kolejne 28,9% spotykało się rzadziej niż raz w tygodniu, a 35,9% – przynajmniej raz w tygodniu. Wartości te były na bardzo zbliżonym poziomie do przeciętnej dla wszystkich krajów.

Osoby o przeciętnym lub złym stanie zdrowia w znacznie większym stopniu ograniczyły spotkania z innymi osobami: 51,8% spośród nich nie spotykało się wcale. Wśród osób o co najmniej dobrym stanie zdrowia 30,8% zrezygnowało ze spotkań. Różnice

² W tym osoby, które nie wychodziły z domu.

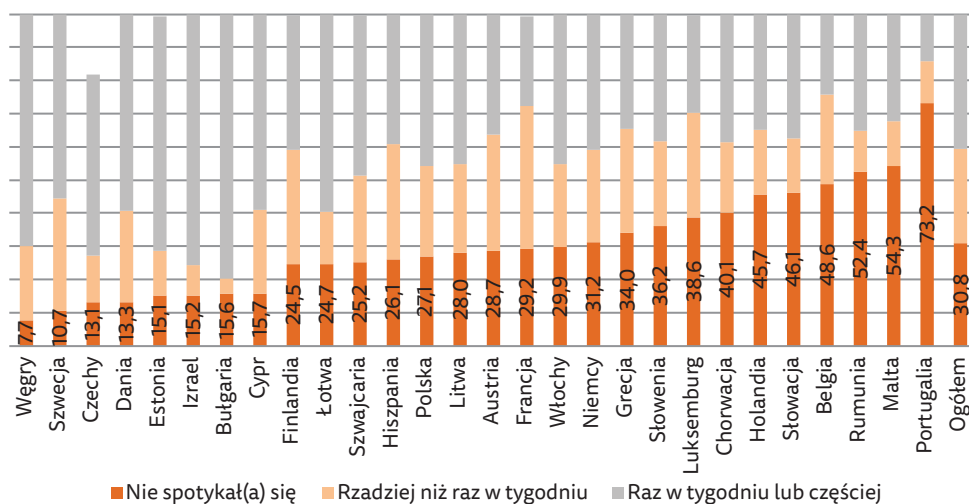
między obiema grupami w poszczególnych krajach były znaczące, np. w Czechach 13,1% osób w dobrym stanie zdrowia i aż 58,4% w złym stanie zdrowia zrezygnowało ze spotkań.

Rysunek 3.3. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według częstotliwości spotykania się z więcej niż pięcioma osobami spoza gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 3.4. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według częstotliwości spotykania się z więcej niż pięcioma osobami spoza gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

W Polsce 46,0% osób o słabym stanie zdrowia zrezygnowało ze spotkań i 27,1% o co najmniej dobrym stanie zdrowia: w obu grupach było to nieco poniżej wartości przeciętnej dla wszystkich krajów. Z drugiej strony 22,7% o złym stanie zdrowia i 45,6% o dobrym stanie zdrowia deklarowało spotkania przynajmniej raz w tygodniu. Częstotliwość spotkań w Polsce nie odbiegała więc znacząco od przeciętnej dla wszystkich krajów.

Robienie zakupów

Jednym z miejsc kontaktu z większą grupą osób są sklepy, dlatego środki ochronne zawierały też ograniczenie w częstotliwości robienia zakupów (choć trudno byłoby z tego zrezygnować zupełnie). Wśród wszystkich badanych krajów 14,0% osób całkowicie zrezygnowało z zakupów w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Kolejne 45,3% robiło zakupy raz w tygodniu lub rzadziej, a 40,4% – kilka razy w tygodniu.

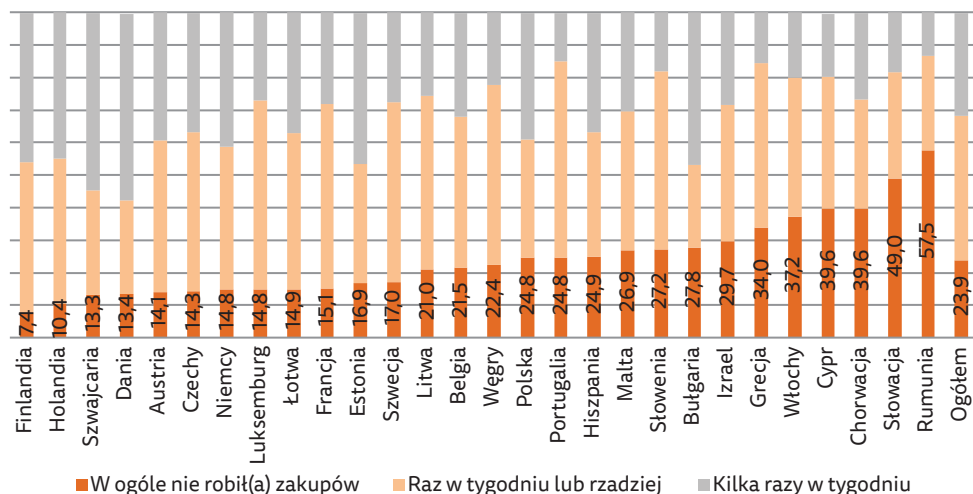
Najwyższy odsetek osób, które nie robiły zakupów, był w Rumunii (49,0%), a następnie w Słowacji (39,1%), natomiast najmniej osób rezygnujących z zakupów było w Finlandii (3,6%), a niewiele więcej w Austrii i Szwajcarii. Wysoką częstotliwość dokonywania zakupów zaobserwowano w Bułgarii, Estonii, Finlandii, Danii i Hiszpanii, gdzie ponad połowa badanych osób robiła zakupy kilka razy w tygodniu.

W Polsce 13,9% nie robiło zakupów w ogóle przez ostatnie trzy miesiące, co było wielkością bardzo zbliżoną do średniej dla wszystkich krajów. Warto jednak zauważyć, że osoby, które chodziły na zakupy, robiły to częściej niż w innych krajach, gdyż aż 50,2% deklarowało robienie zakupów kilka razy w tygodniu i był to wyższy odsetek niż przeciętna dla wszystkich badanych krajów.

Osoby o słabym zdrowiu częściej rezygnowały z zakupów, a jeśli już robiły zakupy, to rzadziej niż osoby o dobrym zdrowiu. Wśród wszystkich badanych krajów 23,9% osób o słabym zdrowiu w ogóle nie robiło zakupów, a 31,7% robiło je przynajmniej raz w tygodniu. Natomiast w grupie osób o dobrym i bardzo dobrym stanie zdrowia 8,6% w ogóle nie robiło zakupów, a 45,4% – raz w tygodniu lub częściej. Największe różnice między obiema grupami zaobserwowano w krajach południa Europy (Włochy, Hiszpania, Grecja, Cypr), a najmniejsze w krajach skandynawskich oraz w Czechach.

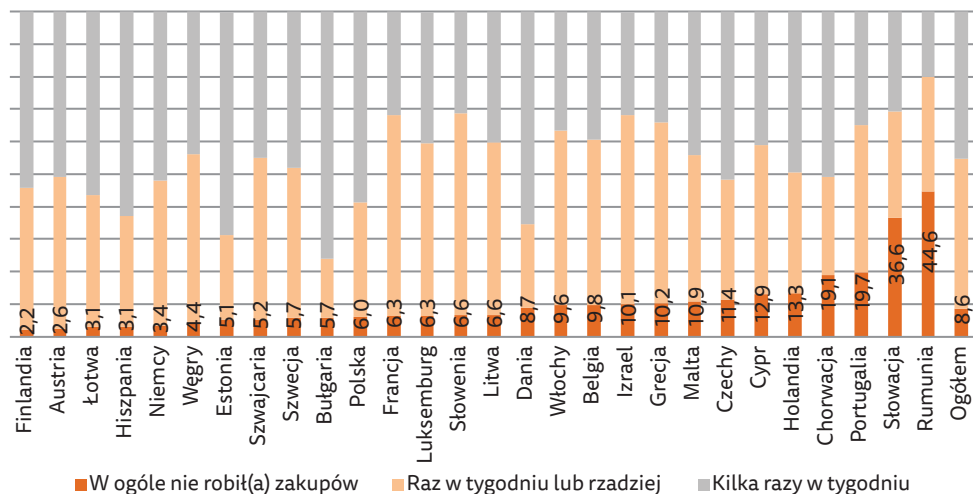
W Polsce 24,8% osób o słabym zdrowiu oraz 6,0% o przynajmniej dobrym zdrowiu zrezygnowało z zakupów, co było wielkościami zbliżonymi do przeciętnej dla wszystkich krajów. Natomiast częste zakupy (przynajmniej raz w tygodniu) deklarowało 38,9% osób o słabym zdrowiu i 58,6% osób o przynajmniej dobrym zdrowiu: w obu grupach ten odsetek był wyższy niż przeciętna dla całej badanej grupy krajów.

Rysunek 3.5. Osoby w wieku 50 lat i więcej o **przeciętnym lub złym** stanie zdrowia według częstotliwości robienia zakupów w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 3.6. Osoby w wieku 50 lat i więcej o **przynajmniej dobrym** stanie zdrowia według częstotliwości robienia zakupów w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



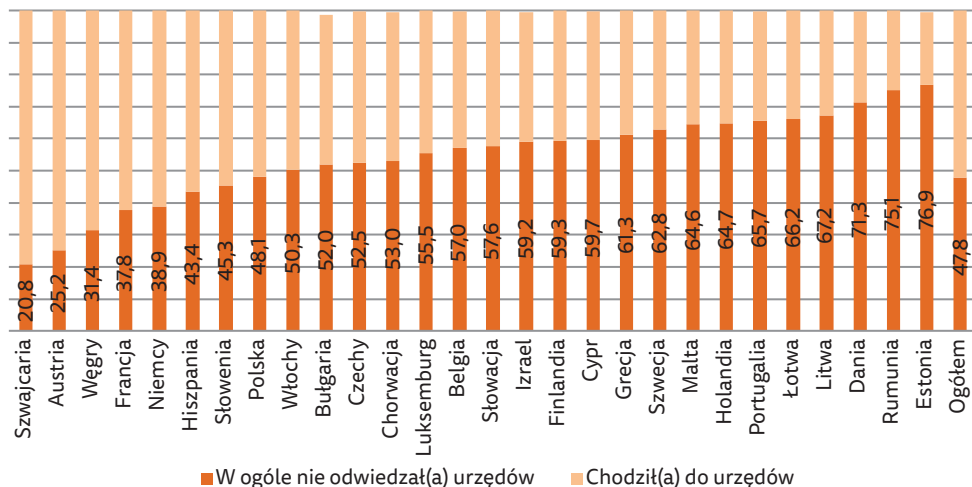
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Wizyty w urzędach, bankach, na poczcie

Kolejnym elementem zmniejszającym kontakty między osobami było ograniczenie wizyt w urzędach, bankach i innych miejscach użyteczności publicznej. W ciągu ostatnich trzech miesięcy (przed badaniem) przeciętnie we wszystkich krajach 37,6% osób w wieku 50 lat i więcej nie odwiedzało urzędów czy banków. Podobnie jak w przypadku innych ograniczeń tutaj też różnice między krajami były znaczące: od 15,9% nieodwiedzających urzędów w Austrii do 71,4% w Danii. W Polsce 37,5% osób nie odwiedzało urzędów, co było wielkością zbliżoną do przeciętnej dla wszystkich krajów.

Osoby o słabym zdrowiu w większym stopniu zrezygnowały z wizyt w urzędach niż osoby deklarujące dobry lub bardzo dobry stan zdrowia. Wśród wszystkich krajów uczestniczących w badaniu 47,8% osób o słabym zdrowiu i 32,0% osób o dobrym zdrowiu nie chodziła do urzędów. W większości krajów występowała duża różnica między tymi dwiema grupami, z wyjątkiem Szwajcarii, Holandii i Danii, gdzie osoby o dobrym zdrowiu częściej rezygnowały z wizyt w urzędach. Jednak w wielu krajach, szczególnie południowej Europy, osoby o słabym zdrowiu znacznie częściej rezygnowały z takich wizyt.

Rysunek 3.7. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według odwiedzania urzędów/banków itp. w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)

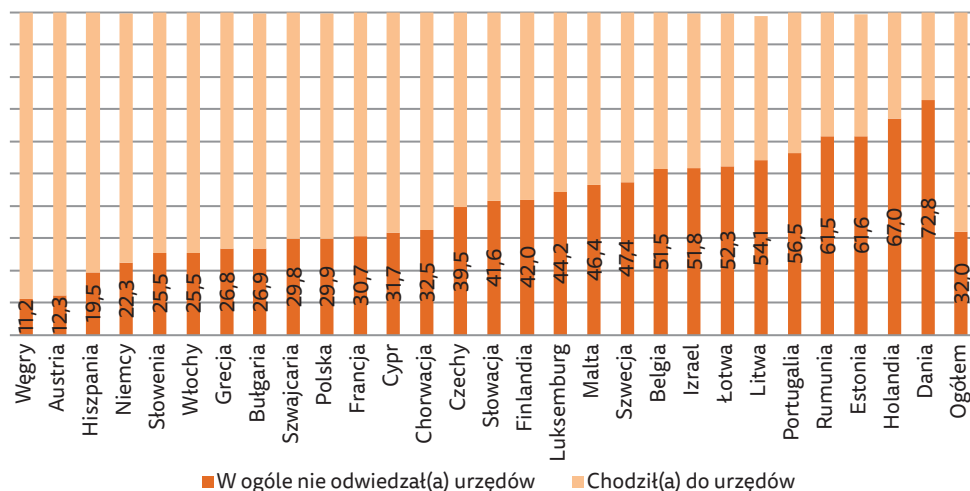


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

W Polsce 48,1% osób o słabym zdrowiu oraz 29,9% osób o przynajmniej dobrym zdrowiu zrezygnowało z wizyt w urzędach, co w obu przypadkach było wartościami

zblizonymi do przeciętniej dla wszystkich badanych krajów. Warto jednak zaznaczyć, że w badaniu nie pytano, czy rezygnacja nastąpiła z powodu obaw przed zakażeniem, czy też z powodu braku konieczności.

Rysunek 3.8. Osoby w wieku 50 lat i więcej o **przynajmniej dobrym** stanie zdrowia według odwiedzania urzędów/banków itp. w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Odwiedzanie restauracji

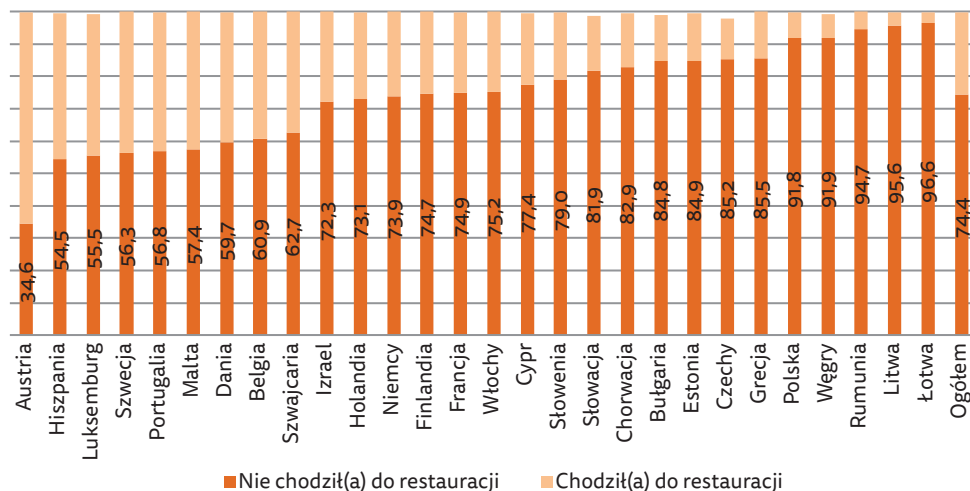
Kolejnym miejscem, którego dotknęły zakazy lub zalecenia dotyczące rezygnacji z wizyt, były restauracje i bary. Warto jednak zaznaczyć, że pytanie w kwestionariuszu nie wskazywało przyczyn rezygnacji z wizyt w tych miejscach, co oznacza, że w grupie nieodwiedzających restauracji były zarówno osoby obawiające się o swoje zdrowie, jak i te, które nie chodziły do restauracji z powodu braku potrzeby.

Tym niemniej wśród wszystkich badanych krajów 59,1% osób w wieku 50 lat i więcej nie odwiedzało restauracji w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Najwyższe odsetki zaobserwowano w krajach Europy Wschodniej: w Łotwie 93,9%, Litwie 92,6%, a także w Rumunii i Węgrzech. W Polsce ten odsetek również był wysoki i wyniósł 85,0% – znacznie powyżej przeciętniej dla wszystkich krajów. Z kolei najmniej osób rezygnujących z takich wizyt było w Austrii (24,8%), a także Hiszpanii, Szwecji i Szwajcarii.

Osoby o słabym zdrowiu wyraźnie częściej nie chodziły do restauracji niż osoby o dobrym zdrowiu. Przeciętnie we wszystkich krajach objętych badaniem SHARE Corona 2 74,4% osób o słabym zdrowiu i 50,9% o dobrym zdrowiu nie chodziło do restauracji.

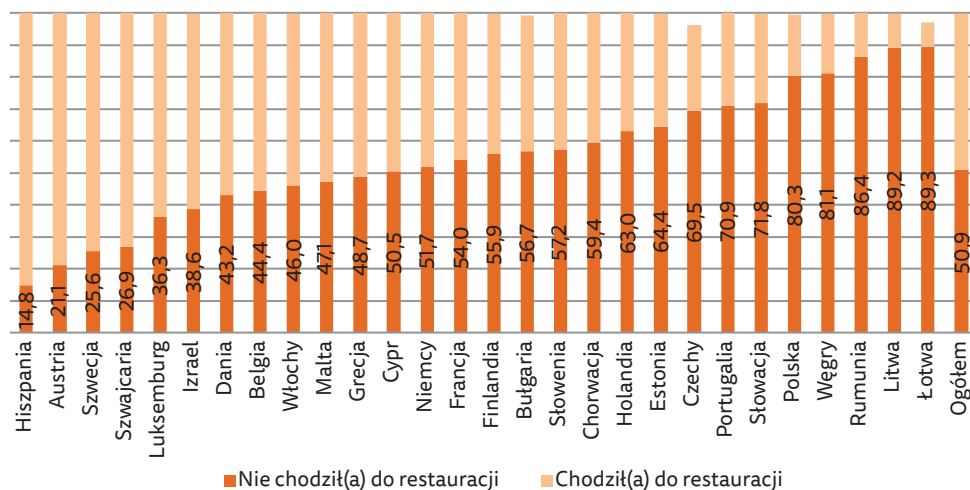
Taka różnica może sugerować, że przyczyną nieodwiedzania restauracji mogła być jednak obawa o zdrowie. Największa różnica między osobami o dobrym i słabym stanie zdrowia była w krajach południowej Europy (Grecja, Włochy, Hiszpania) oraz w Szwajcarii.

Rysunek 3.9. Osoby w wieku 50 lat i więcej o **przeciętnym lub złym** stanie zdrowia według wychodzenia do restauracji/barów w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 3.10. Osoby w wieku 50 lat i więcej o **przynajmniej dobrym** stanie zdrowia według wychodzenia do restauracji/barów w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

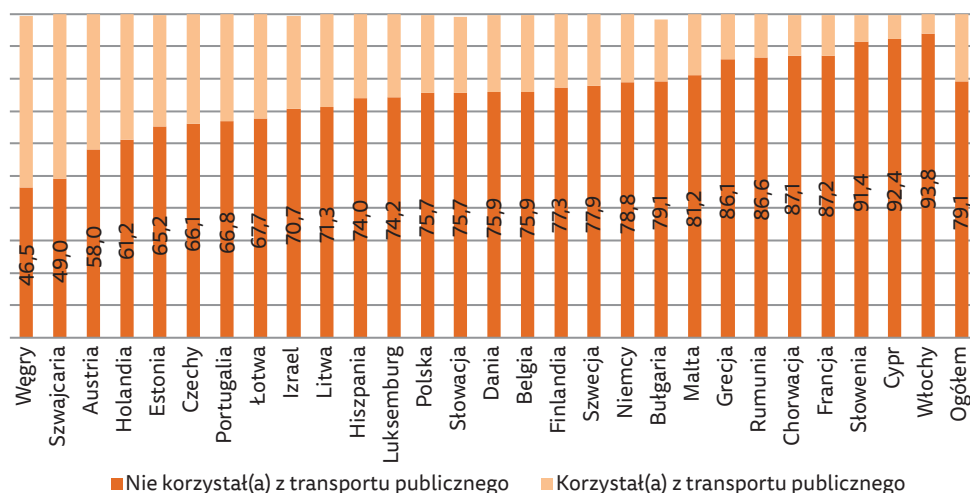
W Polsce 91,8% osób o słabym zdrowiu nie odwiedzało restauracji oraz 80,3% osób o dobrym lub bardzo dobrym zdrowiu – w obu grupach były to jedne z najwyższych wartości wśród badanych krajów. Warto jednak zauważyć, że różnica pomiędzy obiema grupami była nieznaczna, podobnie jak w innych krajach Europy Wschodniej.

Korzystanie z transportu publicznego

Podobnie jak w przypadku restauracji również rezygnacja z korzystania z transportu publicznego mogła być podyktowana różnymi czynnikami. Wśród wszystkich badanych krajów 75,8% osób nie korzystało z transportu publicznego w ciągu trzech miesięcy poprzedzających badanie. Najwięcej nie korzystających było we Włoszech (92,5%) oraz Cyprze (92,5%), wysokie odsetki były także w Słowenii i Chorwacji. Natomiast najniższe odsetki rezygnujących z transportu zaobserwowano w Szwajcarii (42,4%) i Węgrzech (43,9%). W Polsce 71,9% nie korzystało z transportu publicznego, co było wielkością nieco niższą od przeciętnej dla wszystkich krajów (i oznaczało, że w Polsce nieco więcej osób korzystało z transportu niż średnia dla badanych krajów).

Osoby o słabym zdrowiu częściej rezygnowały z używania transportu publicznego (79,1%), jednak różnica między tą grupą a osobami o dobrym zdrowiu (74,4% nie korzystało) była niewielka. To może sugerować, że w przypadku transportu stan zdrowia nie miał znaczącego wpływu na rezygnację z korzystania z tego środka przemieszczania się.

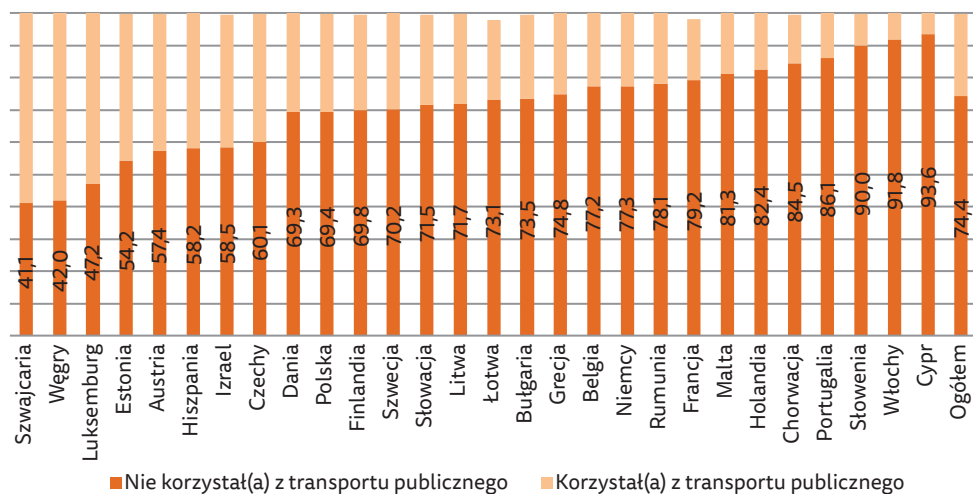
Rysunek 3.11. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według korzystania z transportu publicznego w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

W Polsce 75,7% osób o słabym zdrowiu oraz 69,4% osób o dobrym zdrowiu nie korzystało z transportu publicznego w ciągu ostatnich trzech miesięcy. W obu przypadkach były to wielkości niższe od przeciętnej dla wszystkich krajów, co oznacza, że mieszkańcy Polski częściej przemieszczali się z pomocą transportu publicznego niż przeciętnie w krajach objętych badaniem.

Rysunek 3.12. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według korzystania z transportu publicznego w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Utrzymywanie dystansu

Zachowywanie bezpiecznego dystansu od innych osób w przestrzeni publicznej było jednym z ważniejszych zaleceń w czasie pandemii. Wśród wszystkich badanych krajów 63,0% osób w wieku 50 lat i więcej deklarowało, że zawsze zachowywali dystans od innych osób w miejscach publicznych, a dodatkowo 26,5% często lub czasami. Jedynie 2,3% osób przyznało, że nigdy nie zachowywało dystansu (dodatkowo 7,6% osób nie wychodziło z domu).

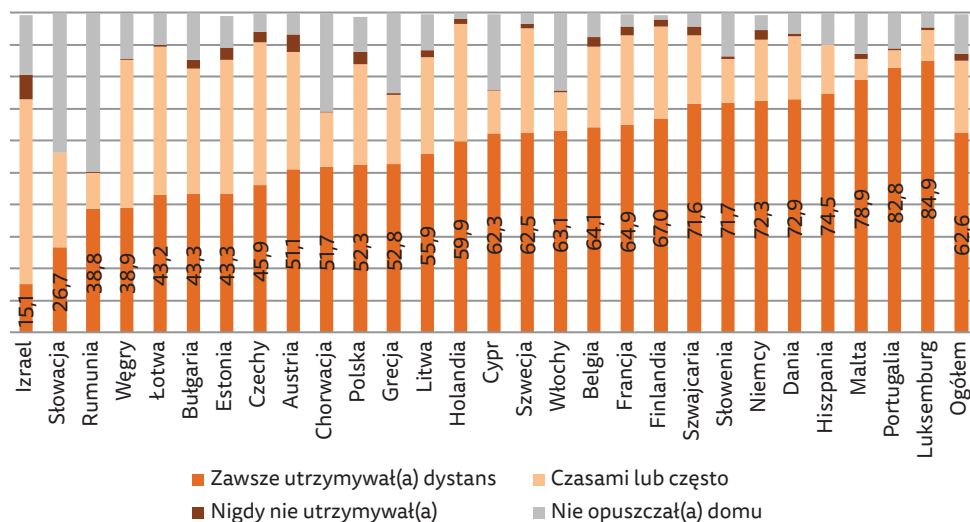
Najwięcej osób zachowujących dystans było w Malcie (85,7%) oraz Portugalii (85,3%). Wysokie odsetki utrzymujących dystans były też w Luksemburgu i Hiszpanii. Natomiast najmniej osób utrzymujących dystans było w Izraelu (24,1%), a także w Słowacji (25,1%), Rumunii (33,6%) oraz Bułgarii i Estonii, czyli głównie w krajach Europy Wschodniej, choć warto zauważyć, że w Słowacji i Rumunii były najwyższe odsetki osób nieopuszczających domu.

W Polsce 48,4% respondentów wskazało, że zawsze utrzymywało dystans (mniej niż średnia dla wszystkich krajów), ale 39,8% stwierdziło, że utrzymywało taki dystans często lub czasami (co było z kolei wartością wyższą niż średnia dla wszystkich krajów). Co ciekawe, w Polsce 5,4% przyznało, że nigdy nie zachowywało dystansu i był to najwyższy odsetek wśród wszystkich badanych krajów europejskich (odsetek ten był wyższy tylko w Izraelu).

W zakresie zachowywania dystansu od innych nie odnotowano znaczących różnic między osobami o słabym i dobrym zdrowiu. Średnio wśród wszystkich krajów europejskich 62,6% osób o słabym zdrowiu i 63,6% osób o dobrym zdrowiu zawsze utrzymywało dystans. Co ciekawe, również w przypadku osób nigdy nieutrzymujących dystansu jej udział w obu grupach był zbliżony (2,0% wśród osób o słabym zdrowiu, 2,5% osób o przynajmniej dobrym zdrowiu). Istotna różnica dotyczyła tylko osób, które nigdy nie opuszczały domu – wśród osób o słabym zdrowiu 12,4% nie opuszczało domu, w grupie osób o dobrym zdrowiu – 4,9%.

W Austrii, Grecji czy Węgrzech to osoby o dobrym zdrowiu częściej utrzymywały dystans. Natomiast w Rumunii, Litwie, Luksemburgu czy Danii to osoby o słabym zdrowiu częściej utrzymywały dystans „zawsze”.

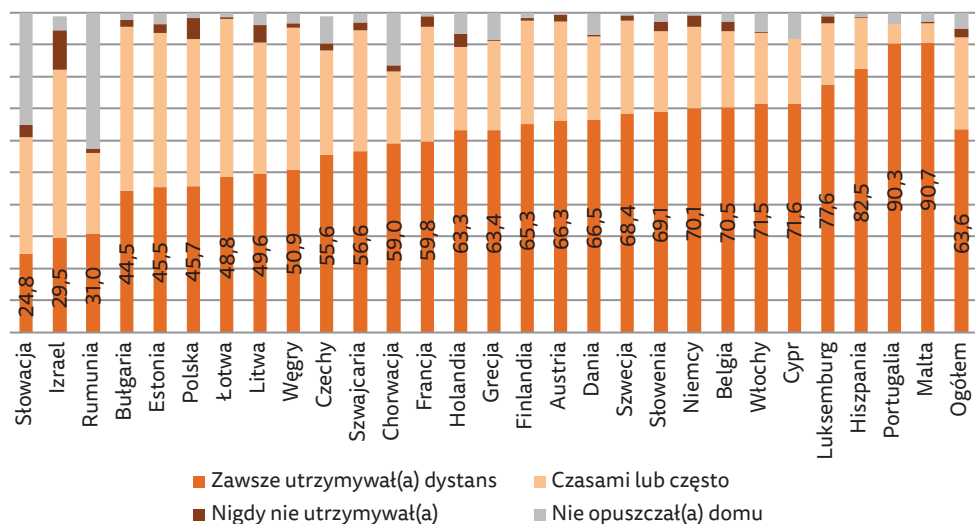
Rysunek 3.13. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według utrzymywania dystansu od innych w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

W Polsce wśród osób o słabym zdrowiu 52,3% zawsze utrzymywało dystans (poniżej średniej dla wszystkich krajów), a kolejne 31,5% – często lub czasami (powyżej średniej dla wszystkich krajów). W tej grupie było też 3,8%, które deklarowały, że nigdy nie zachowywały dystansu. Natomiast wśród osób o przynajmniej dobrym zdrowiu 45,7% zawsze utrzymywało dystans, a kolejne 46,0% często lub czasami. Podobnie jak w przypadku grupy osób o słabym zdrowiu Polacy o dobrym zdrowiu – w porównaniu do reszty badanych krajów – w mniejszym stopniu „zawsze utrzymywali dystans”, ale w większym stopniu – „często lub czasami”. I znacznie częściej „w ogóle nie utrzymywali dystansu”.

Rysunek 3.14. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według utrzymywania dystansu od innych w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Zaszczepienie przeciw COVID-19

W drugim roku pandemii były już dostępne szczepionki i dlatego warto ocenić powszechność zaszczepienia osób objętych badaniem SHARE Corona 2 w poszczególnych krajach. Należy podkreślić, że są to osoby w wieku 50 lat i więcej, a więc należące do grupy szczególnie narażonej na negatywne skutki zachorowania. Średnio wśród wszystkich badanych krajów 82,3% osób przyznało, że jest już zaszczepiona przeciw COVID-19. W większości krajów stan zaszczepienia społeczeństwa był wysoki, jednak znalazło się kilka wyjątków, dotyczących głównie Europy Wschodniej. W Bułgarii zaszczepionych

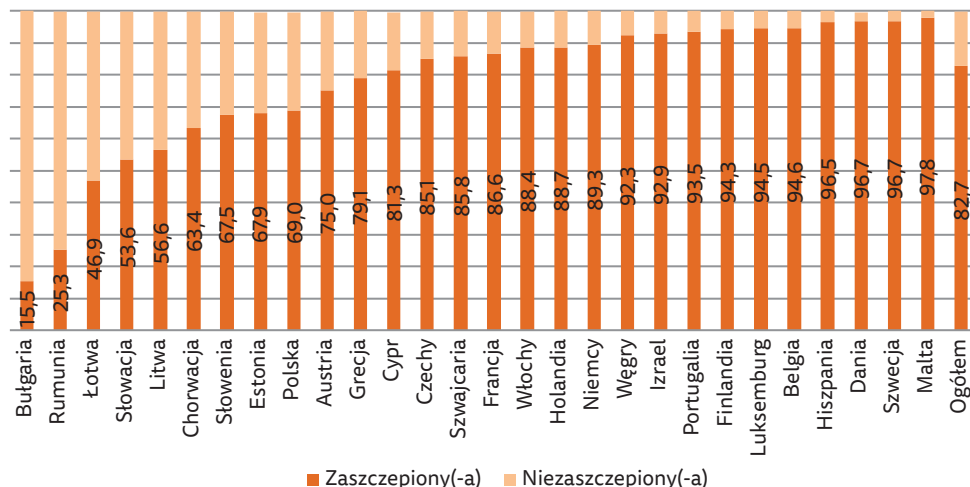
było tylko 21,5%, a w Rumunii 27,5% osób w wieku 50 lat i więcej. W pozostałych krajach tego regionu odsetki te były znacznie wyższe, jednak nadal poniżej średniej dla wszystkich krajów. Natomiast w kilku krajach poziom wyszczenia respondentów wyniósł 95% lub więcej: w Hiszpanii, Danii, Malcie.

W Polsce 70,7% osób w tej grupie wieku przyznało, że jest już zaszczepionych, co jest wynikiem poniżej średniej dla wszystkich krajów, choć z drugiej strony był to wyższy odsetek niż w większości krajów Europy Wschodniej (poza Czechami).

Stan zdrowia nie różnicował poziomu wyszczenia. Zarówno wśród osób o słabym, jak i dobrym zdrowiu blisko 83% było zaszczepionych. Występowały natomiast różnice między obiema grupami w poszczególnych krajach. Wyższy odsetek zaszczepionych wśród osób o przynajmniej dobrym zdrowiu był obserwowany np. w Słowacji, Bułgarii, Łotwie i Austrii. Natomiast wyższy odsetek zaszczepionych wśród osób o słabym zdrowiu był wyraźnie wyższy w Portugalii i Szwajcarii, a dodatkowo w Luksemburgu, Francji, Węgrzech czy Grecji. Różnice te odzwierciedlają politykę szczepień w poszczególnych krajach.

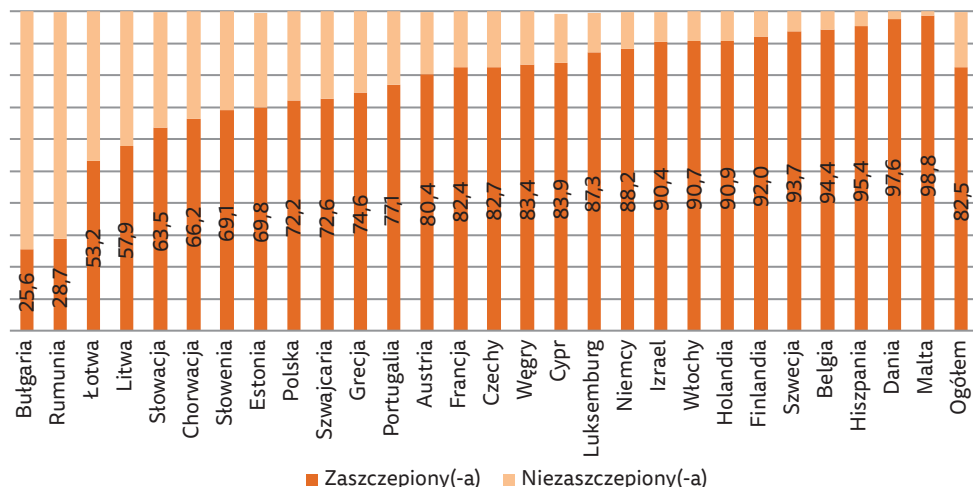
W Polsce wśród osób o słabym zdrowiu 69,0% było zaszczepionych, a wśród osób o przynajmniej dobrym zdrowiu – 72,2%. Polska należała więc do krajów, gdzie to właśnie poziom wyszczenia osób zdrowych był wyższy niż osób o gorszym stanie zdrowia.

Rysunek 3.15. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według zaszczepienia przeciw COVID-19 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 3.16. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według zaszczepienia przeciw COVID-19 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Podsumowanie

Wyniki analiz przedstawionych w tym rozdziale wskazują na znaczne zróżnicowanie zachowań służących ochronie przed zakażeniami wśród osób objętych badaniem SHARE Corona 2 w okresie trzech miesięcy przed badaniem, który przypadł na miesiące mniejszej aktywności wirusa SARS-CoV-2, od kwietnia do lipca 2021 roku. Odsetek osób stosujących poszczególne działania różnił się zależnie od kraju zamieszkania i aktywności objętej badaniem. Najczęściej rezygnowano z korzystania z transportu publicznego oraz wyjść do restauracji, urzędów, banków i innych miejsc użyteczności publicznej. Nieco rzadziej zostały ograniczone kontakty w większym gronie z innymi osobami spoza gospodarstwa domowego oraz częstość robienia zakupów. Nieznacznym był odsetek osób, które nie wychodziły w ogóle z domu w tym czasie.

Stosunkowo najmniejsze udziały osób ograniczających swoje kontakty z innymi osobami oraz stosujących inne wskazane działania były w krajach Europy Północnej, takich jak Szwecja, Finlandia, Dania, Holandia, a także w Szwajcarii, Luksemburgu, Francji, Niemczech i Austrii. Częściej takie ograniczenia stosowali mieszkańcy Rumunii, Chorwacji, Grecji, Włoch i Cypru. W przypadku zachowania dystansu częściej do tego wymogu nie stosowali się natomiast mieszkańcy krajów Europy Środkowo-Wschodniej. Wyniki dla polskich respondentów plasowały się na ogół na poziomie zbliżonym do ogólnego dla wszystkich osób objętych badaniem.

Osoby oceniające gorzej swój stan zdrowia zdecydowanie częściej niż pozostałe stosowały się do zaleceń dotyczących zachowań ochronnych w czasie pandemii. Różnice obejmują wszystkie analizowane zachowania z wyjątkiem odsetka osób zaszczepionych w tym czasie, który podlegał regulacjom zewnętrznym i procesowi organizacji szczepień w poszczególnych krajach.

Różnice widoczne pomiędzy krajami mogą odzwierciedlać różną skalę i zakres wprowadzonych restrykcji i ograniczeń, które opisuje Wskaźnik Rygoru Rządowego (zob. rozdz. 1.1). Niższe poziomy tego wskaźnika są w przypadku niektórych krajów zbliżone z wynikami dotyczącymi odsetka osób niepodlegających analizowanym działaniom i czynnościom, w szczególności dotyczy to krajów Europy Północnej. Niewątpliwie duże znaczenia odgrywały także różnice kulturowe przekładające się m.in. na kontakty i spotkania towarzyskie, w tym wychodzenie do restauracji i spotkania z osobami spoza gospodarstwa domowego.

We wszystkich krajach bardzo istotny dla analizowanych zachowań ochronnych był stan zdrowia, przy czym gorszy łączył się z większym zachowaniem ostrożności i stosowaniem środków sprzyjających ochronie przed zakażeniem. U podstaw tych różnic może być wyższe poczucie zagrożenia płynące z zakażenia się koronawirusem wśród grup bardziej wrażliwych, czyli osób starszych i w gorszym stanie zdrowia, niż wśród pozostałych. U osób zdrowszych, młodszych i aktywnych zawodowo narzucone ograniczenia mogły być postrzegane jako źródło zagrożenia finansowego lub ograniczenia relacji społecznych, co sprzyjało niestosowaniu się do wymagań i restrykcji. Na takie różnice w ocenie zagrożenia w czasie pandemii COVID-19 wskazują wyniki badań przeprowadzonych już na początku trwania pandemii [Kachanoff i in., 2020].

Wskazuje się także na możliwe powiązanie zachowań ochronnych z zaufaniem do systemów opieki zdrowotnej. Analiza danych pochodzących z pierwszej rundy badania SHARE Corona 1 pokazała, że w krajach o niskich wskaźnikach pozostawania w domu, takich jak Dania, Belgia, Szwecja, Francja, Niemcy czy Luksemburg, występował wysoki stopień zaufania do istniejącego krajowego systemu opieki zdrowotnej (86–97%). Polska ze wskaźnikiem na poziomie 32%, razem z Grecją, Rumunią i Bułgarią, należała do grupy krajów o najniższym zaufaniu do systemu opieki zdrowotnej [Sand, Bristle, 2021]. Z jednej strony ten brak zaufania mógł zwiększać poziom zagrożenia i lęku oraz motywować do zachowań ochronnych, ale także przyczyniać się do pogorszenia samopoczucia psychicznego (por. rozdz. 3.2)

3.2. Samopoczucie psychiczne: nerwowość, poczucie smutku lub przygnębienia, trudności z zasypianiem, poczucie osamotnienia

Przedłużająca się pandemia, wprowadzane i utrzymywane ograniczenia w kontaktach społecznych, zwiększone ryzyko zgonu (nie tylko z powodu COVID-19, ale także z innych przyczyn) przyczyniają się do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego [Daly i in., 2020; Usher i in., 2020; Chen i in., 2021; Clair i in., 2021; Dziedzic i in., 2021; Murphy i in., 2021]. Sytuacja ta jest szczególnie istotna z punktu widzenia osób w wieku 50 lat i więcej, które z powodu większego ryzyka negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych chorobą COVID-19 znacząco ograniczały swoją aktywność społeczną. W badaniu SHARE Corona 2 zrealizowanym w 2021 roku zadano respondentom następujące pytania dotyczące ich samopoczucia psychicznego:

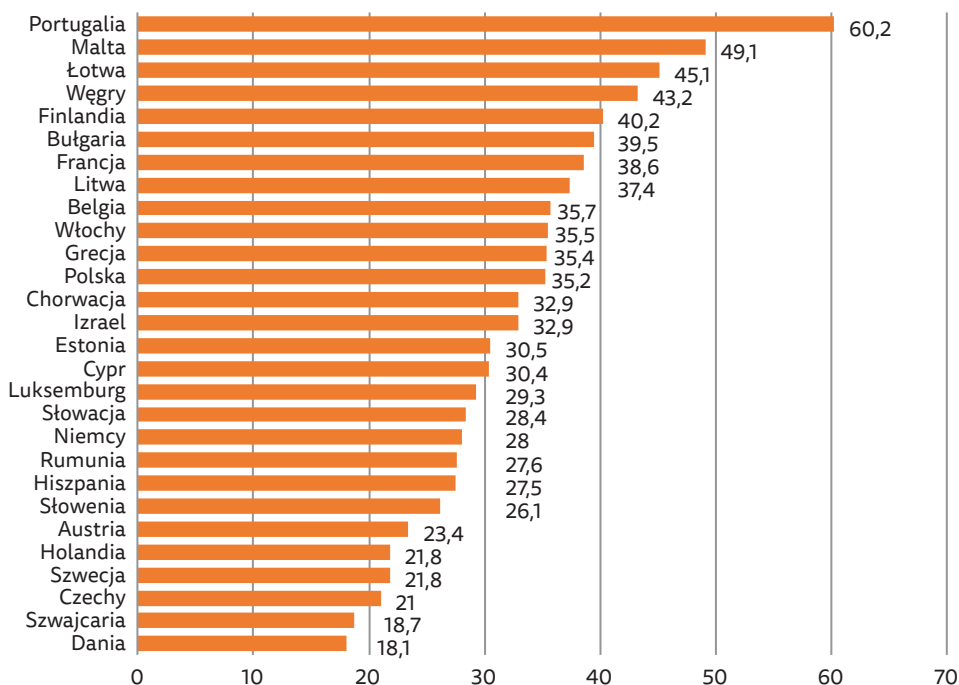
- Czy w ciągu ostatniego miesiąca był(a) Pan(i) nerwowy(-a), niespokojny(-a) lub u kresu wytrzymałości? (Odpowiedzi: tak/nie).
- Czy w ciągu ostatniego miesiąca był(a) Pan(i) smutny(-a) lub przygnębiony(-a)? (Odpowiedzi: tak/nie).
- Czy miał(a) Pan(i) ostatnio kłopoty ze snem? (możliwe odpowiedzi: 1. Kłopoty ze snem lub niedawna zmiana trybu snu, 2. Brak kłopotów ze snem).
- Jak często czuje się Pan(i) samotny(-a)? (odpowiedzi: często, czasami oraz rzadko lub nigdy).

W przypadku odpowiedzi twierdzącej na powyższe pytania ankietowani byli prośzeni o doprecyzowanie, czy było to rzadziej, częściej, czy mniej więcej tak samo jak w trakcie pierwszej fali pandemii. Ponadto respondentów, którzy odpowiedzieli negatywnie na te pytania, zapytano, czy odczuwali nerwowość, smutek oraz problemy ze snem mniej niż podczas pierwszej fali pandemii.

Samopoczucie psychiczne wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach SHARE w czasie pandemii

Wyniki analiz dla wszystkich badanych krajów pokazują, że prawie 1/3 badanych osób w wieku 50 lat i więcej (32,1%) odczuwała nerwowość, niepokój lub była u kresu wytrzymałości. Należy zaznaczyć, że udział osób doświadczających tych uczuć wzrósł w 2021 roku w porównaniu do 2020 roku. Analizowane kraje różnią się znacząco pod względem zasięgu odczuwania podenerwowania, niepokoju lub poczucia bycia na krawędzi wśród osób w wieku 50+ (rysunek 3.17): wahał się on między 18% dla Danii oraz 19% dla Szwajcarii a 49% dla Malty i 60% dla Portugalii.

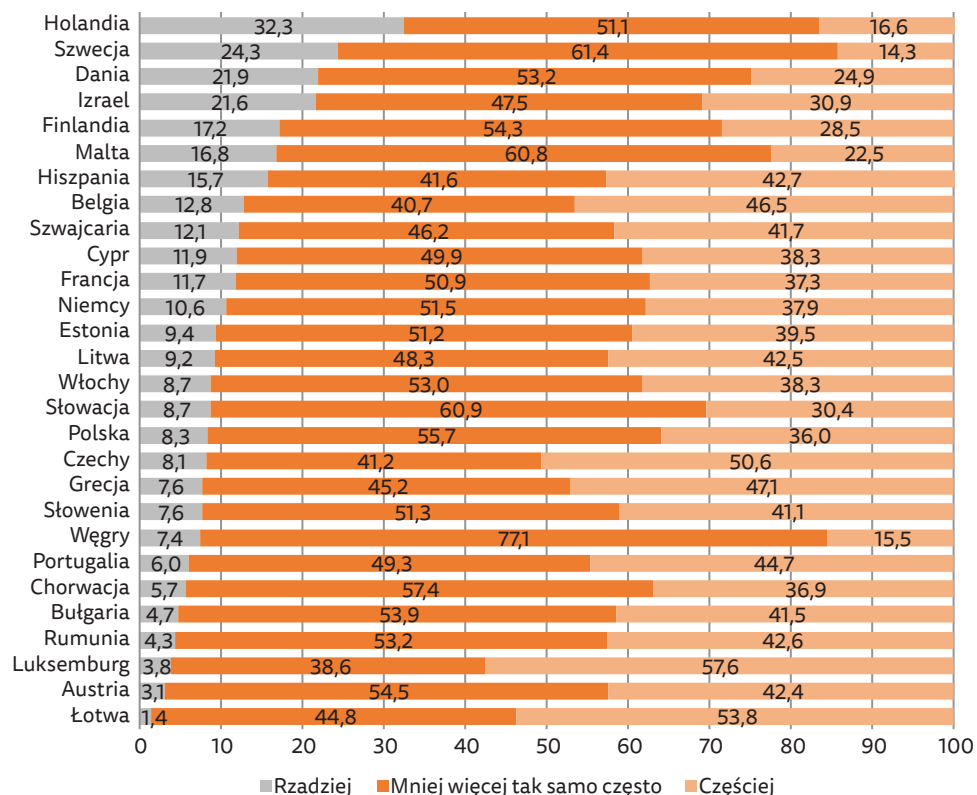
Rysunek 3.17. Udział osób odczuwających nerwowość, niepokój lub bycie na krawędzi wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

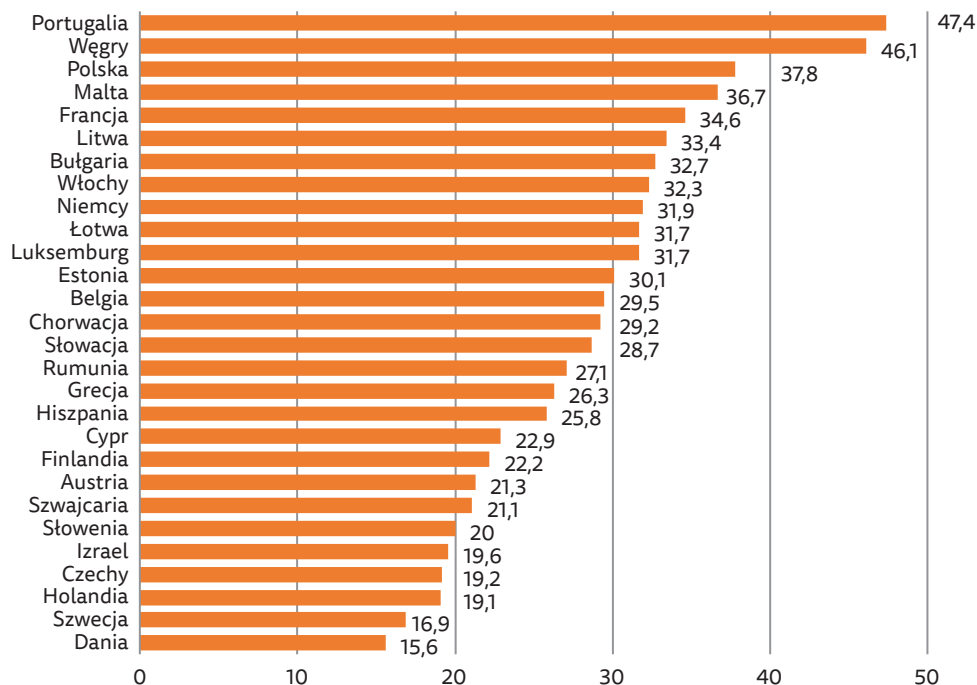
Wśród osób, które czuły się poddenerwowane, prawie 11% odczuwało te uczucia w mniejszym stopniu niż w czasie pierwszej fali, z kolei u ponad połowy (51,5%) objawy te były na podobnym poziomie, u 37,6% osób zaś nasiliły się. Analizowane kraje różniły się znacznie pod względem zmian w rozpatrywanych odczuciach (rysunek 3.18). Największy udział osób deklaruujących odczuwanie nerwowości i niepokoju w mniejszym stopniu niż w 2020 roku można zaobserwować w Holandii (32,3%) oraz w Szwecji (24,3%), najmniejszy zaś – w Łotwie (1,4%) oraz Austrii (3,1%). Jednocześnie największy odsetek respondentów doświadczających większego poddenerwowania i niepokoju niż w czasie pierwszej fali badania odnotowano w Luksemburgu (57,6%), w Łotwie (53,8%) czy w Czechach (50,6%).

Rysunek 3.18. Struktura osób odczuwających nerwowość, niepokój lub bycie na krawędzi w porównaniu do pierwszej fali wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 1 i SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

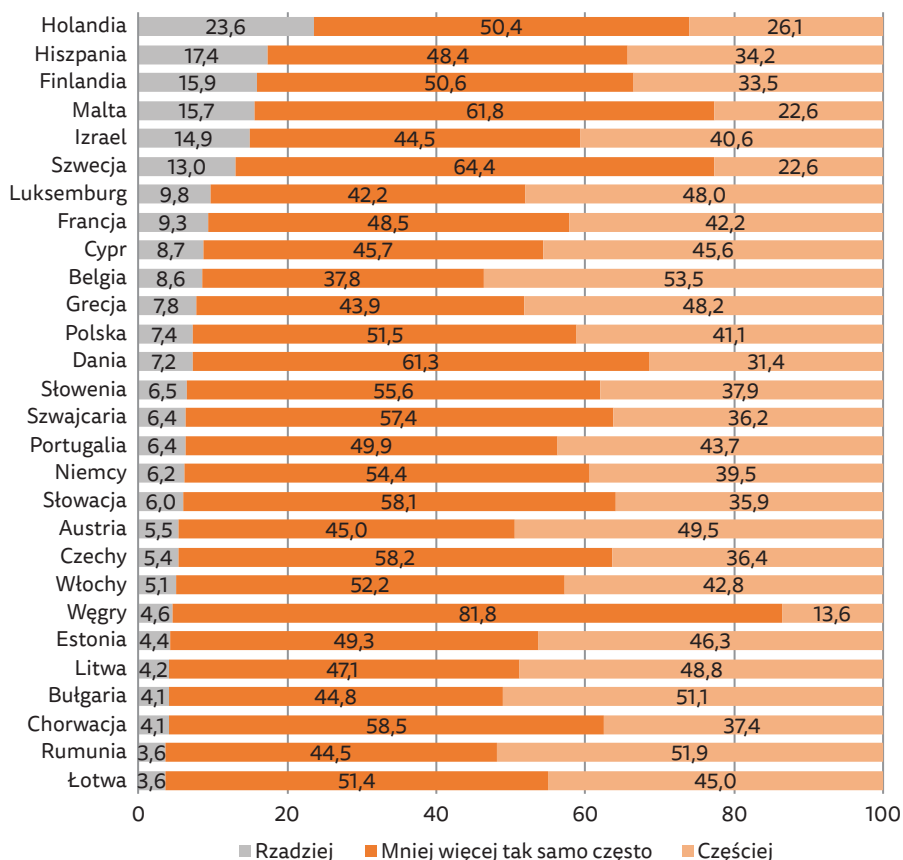
Rysunek 3.19. Udział osób odczuwających smutek lub przygnębienie wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Ponad 30% osób w wieku 50+ w analizowanych krajach odczuwało smutek lub przygnębienie i udział ten był o 2,4 p.p. wyższy niż w 2020 roku. Także pod tym względem rozpatrywane kraje różnią się znacząco: najmniejszy udział można zaobserwować dla Danii (16%), Szwecji (17%), Holandii (19%) i Czech (19%), największy zaś – dla Portugalii (47%), Węgier (46%), Polski (38%) (rysunek 3.19). Ponad 8% osób odczuwających smutek lub przygnębienie deklaroowało, że były one mniejsze niż w czasie pierwszej fali pandemii, z kolei 40% przyznało, że one wzrosły. Stopień nasilenia lub zmniejszenia tych odczuć jest także zróżnicowany między krajami. Największa poprawa nastąpiła wśród respondentów w Holandii czy Hiszpanii, pogorszenie zaś nastroju w tym zakresie miało miejsce w Belgii – ponad 54% tej zbiorowości przyznało, że poczucie smutku lub przygnębienia wzrosło w porównaniu do poprzedniego badania. Podobną opinię wyraziła połowa tej grupy w Rumunii czy Bułgarii (rysunek 3.20).

Rysunek 3.20. Struktura osób odczuwających smutek lub przygnębienie w porównaniu do pierwszej fali wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)

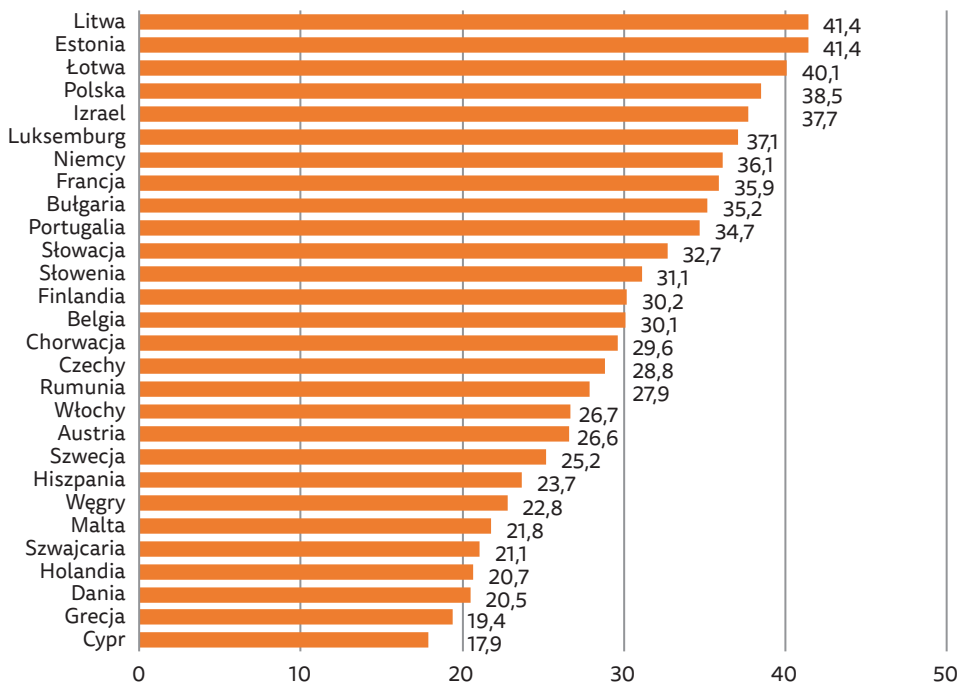


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 1 i SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Prawie 31% ankietowanych osób w wieku 50 lat i więcej przyznało, że w ostatnim czasie miało kłopoty ze snem lub zmieniło niedawno tryb snu i udział ten był o 3,7 p.p. wyższy niż w badaniu w 2020 roku. Odsetek ten różnił się między analizowanymi krajami: najniższe odnotowano dla Cypru (18%), Grecji (19%) i Danii (20%), najwyższe zaś dla Litwy (41%), Estonii (41%), Łotwy (40%) i Polski (39%) (rysunek 3.21). Wśród osób, które deklarowały problemy ze snem, prawie 4,4% miała je rzadziej niż w czasie pierwszej fali badania, 29% zaś – częściej. Największy odsetek deklarujących rzadsze problemy ze snem zaobserwowano dla Szwecji (17,2%), Izraela (7,6%) oraz Słowenii (7,2%), najmniejszy zaś dla Portugalii (1,1%), Austrii (1,4%), Czech (1,5%) (rysunek 3.22). Z kolei w czterech krajach udział osób wskazujących na częstsze problemy ze snem wyniósł

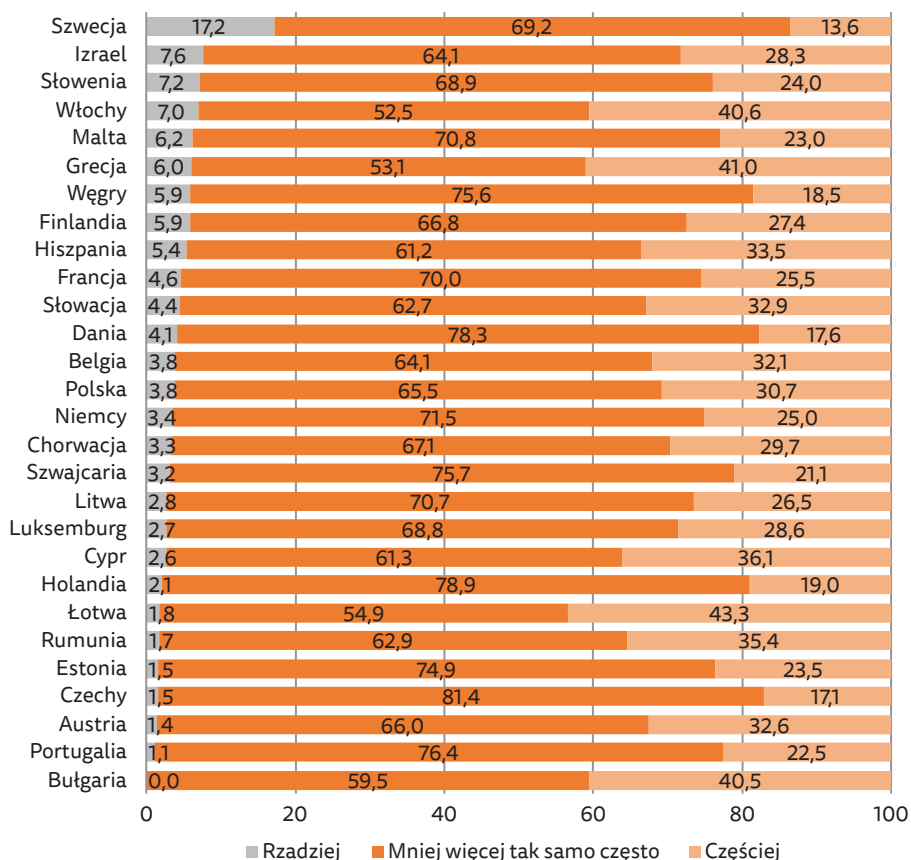
ponad 40% (Włochy, Grecja, Bułgaria i Łotwa), w pięciu – poniżej 20% (Szwecja, Węgry, Dania, Holandia i Czechy).

Rysunek 3.21. Udział osób deklarujących kłopoty ze snem wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

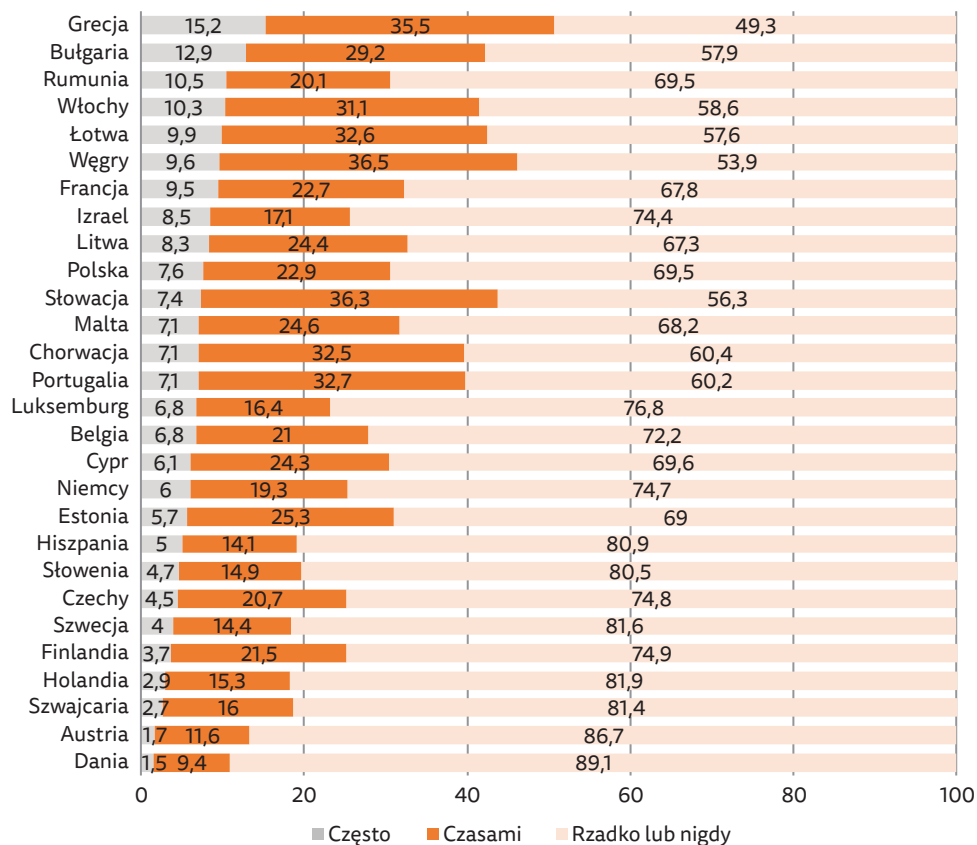
Rysunek 3.22. Struktura osób deklarujących problemy ze snem w porównaniu do pierwszej fali wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 1 i SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

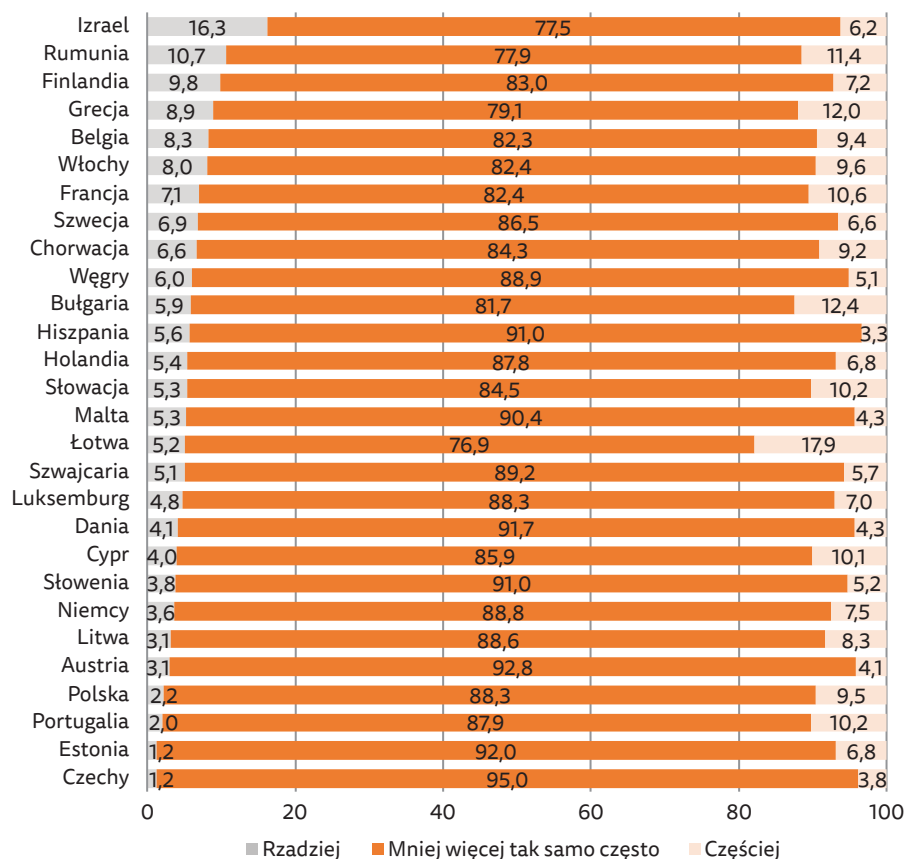
Odsetek osób, które czuły się osamotnione przynajmniej czasami, nieznacznie zmalał w porównaniu do wyników badania z 2020 roku i wyniósł prawie 30%, w tym 7% respondentów deklaroowało częste odczuwanie tego stanu. Udział osób czujących osamotnienie przynajmniej czasami był zróżnicowany w analizowanej grupie krajów i wahał się od 10,9% dla Danii do 50,7% dla Grecji (rysunek 3.23). Natomiast udział osób deklaruujących częste poczucie osamotnienia przyjmował wartości między 1,5% (w Danii) i 1,7% (Austrii) a 12,9% (w Bułgarii) i 15,2% (w Grecji). Zdecydowana większość respondentów w wieku 50+ (86%) odczuwała osamotnienie w podobnym zakresie jak podczas pierwszej fali pandemii, natomiast 8% – częściej. Najczęściej ankietowani w Łotwie zgłaszali częstsze poczucie osamotnienia (17,9%), najrzadziej zaś Hiszpanie (3,3%) (rysunek 3.24).

Rysunek 3.23. Udział osób deklarujących, że czują się samotni często lub od czasu do czasu wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 3.24. Struktura osób odczuwających osamotnienie w porównaniu do pierwszej fali wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)



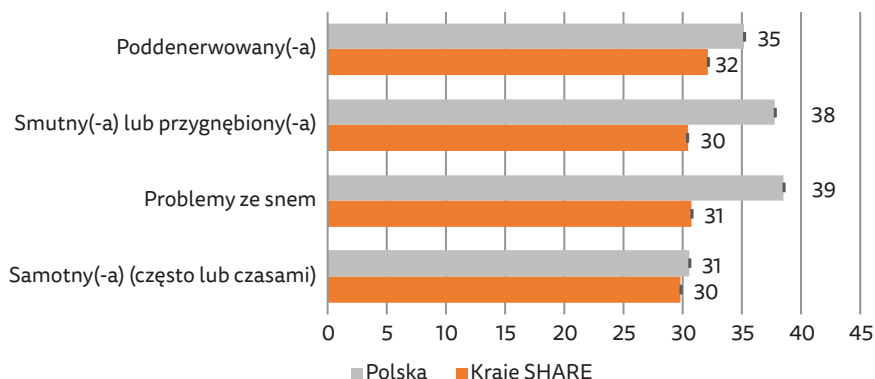
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 1 i SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Samopoczucie psychiczne wśród osób w wieku 50+ w Polsce

Stan zdrowia psychicznego, wyrażonego przez cztery wymienione wyżej zmienne, wśród respondentów w wieku 50+ w Polsce był gorszy niż w analizowanych krajach SHARE ogółem (rysunek 3.25). Polacy częściej odczuwali poddenerwowanie (35,2%), smutek (37,8%) i mieli kłopoty ze snem (38,5%) niż ankietowani ogółem (wartości te wyniosły odpowiednio 32,1%, 30,4%, 30,7%). Niewielkie różnice można zaobserwować dla udziału osób osamotnionych (często lub czasami). Warto podkreślić, że dla wszystkich analizowanych wymiarów zdrowia psychicznego odnotowano wzrost ich występowania w porównaniu do 2020 roku. Można zatem przypuszczać, że przedłużająca się pandemia, ograniczanie kontaktów z innymi ludźmi, a także stres związany

ze stanem zdrowia swoim i bliskich przyczyniły się do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce. Występowanie problemów psychicznych w 2021 roku było zróżnicowane według różnych grup społeczno-demograficznych (płci, grup wieku, statusu na rynku pracy i wielkości gospodarstwa domowego oraz w mniejszym stopniu poziom wykształcenia).

Rysunek 3.25. Udział osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających problemy psychiczne w czasie drugiej rundy badania SHARE Corona (w %)

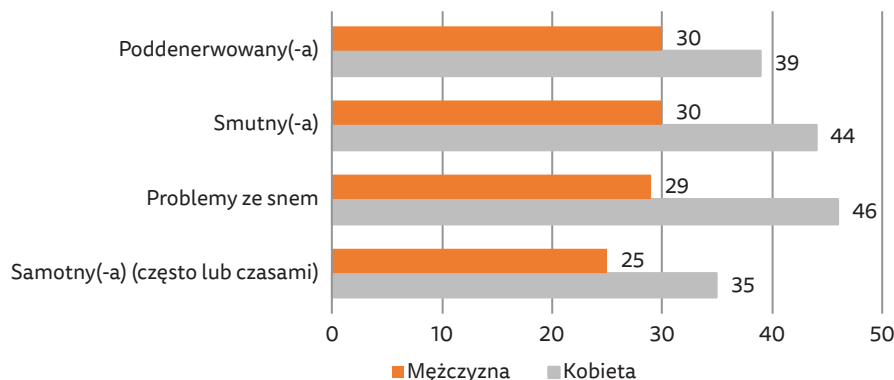


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszały dolegliwości psychiczne (rysunek 26). Na przykład odsetek kobiet odczuwających poddenerwowanie lub niepokój wyniósł 39%, dla mężczyzn zaś był o 9 p.p. niższy. Smutek odczuwało 44% kobiet i 30% mężczyzn, a problemy ze snem deklarowało 46% kobiet w porównaniu do 29% mężczyzn. Ponadto 35% kobiet oraz nieco ponad 25% mężczyzn czuło się osamotnionych (często lub czasami). Można przypuszczać, że różnice te wynikają z odmiennych struktur zbiorowości kobiet i mężczyzn w wieku 50 lat i więcej, np. według wieku, poziomu wykształcenia, statusu na rynku pracy czy wielkości gospodarstwa domowego. Udział osób sędziwych (80+) wśród kobiet jest większy niż wśród mężczyzn, rzadziej są aktywne zawodowo i częściej mieszkają same. Czynniki te znacząco różnicują występowanie różnych dolegliwości psychicznych w czasie drugiej fali badania, co zostało opisane w dalszej części niniejszego podrozdziału.

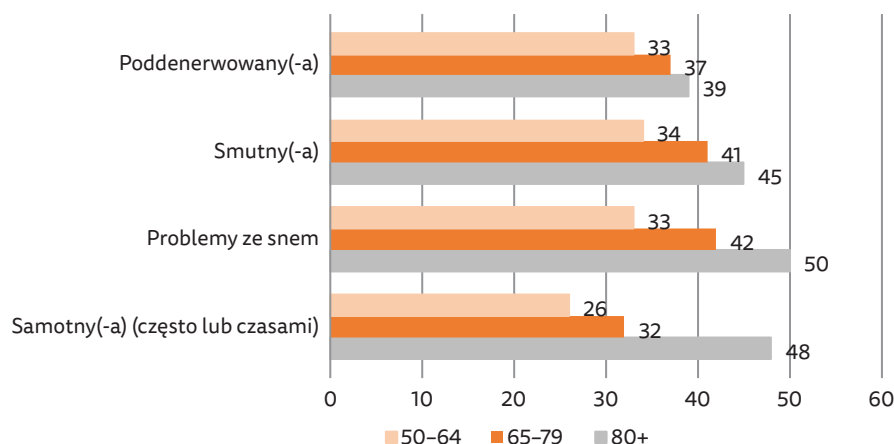
Wiek także różnicował odsetek osób deklarujących analizowane problemy psychiczne (rysunek 3.27). Generalnie osoby najstarsze (80+) najczęściej je zgłaszały. Na przykład połowa osób w wieku 80+ deklarowała problemy ze snem, 45% tej grupy zgłaszało smutek, 46% – odczuwanie osamotnienia (często lub czasami), a 39% doświadczało poddenerwowania lub niepokoju. Dla osób w młodszych grupach wieku – odsetki te były o kilka lub kilkanaście punktów procentowych niższe.

Rysunek 3.26. Udział osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących problemy psychiczne w Polsce według płci (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

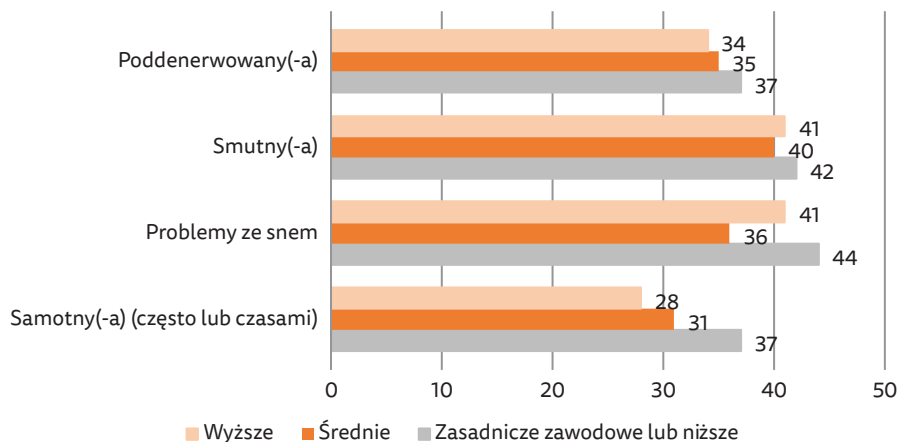
Rysunek 3.27. Udział osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących problemy psychiczne w Polsce według grup wieku (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Poziom wykształcenia najbardziej różnicował częstość występowania problemów ze snem oraz osamotnienia (rysunek 3.28). Generalnie najwyższy odsetek osób zgłaszających dolegliwości psychiczne odnotowano dla osób najslabiej wykształconych, najniższy zaś – dla osób z wykształceniem wyższym. Na przykład 44% respondentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym, 36% z wykształceniem średnim i 41% z wykształceniem wyższym zgłaszało problemy ze snem. Podobnie 37% osób w wieku 50+ najslabiej wykształconych odczuwało przynajmniej od czasu do czasu osamotnienie, w porównaniu do 28% osób z wykształceniem wyższym.

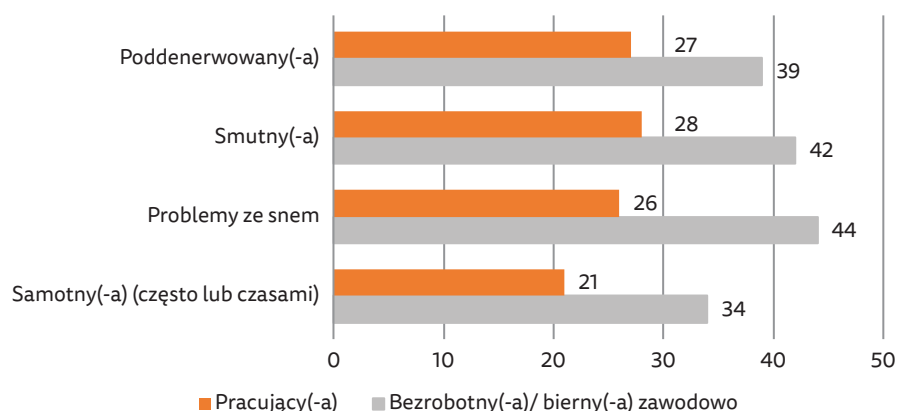
Rysunek 3.28. Udział osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących problemy psychiczne w Polsce według poziomu wykształcenia (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Udział osób odczuwających dolegliwości psychiczne był także zróżnicowany według statusu na rynku pracy (rysunek 3.29). Osoby niepracujące (bierne zawodowo lub bezrobotne) częściej zgłaszały poddenerwowanie i niepokój (39%), smutek (42%), problemy ze snem (44%) i osamotnienie (34%) niż osoby pracujące, dla których odsetek ten wyniósł odpowiednio 27%, 28%, 26% i 21%.

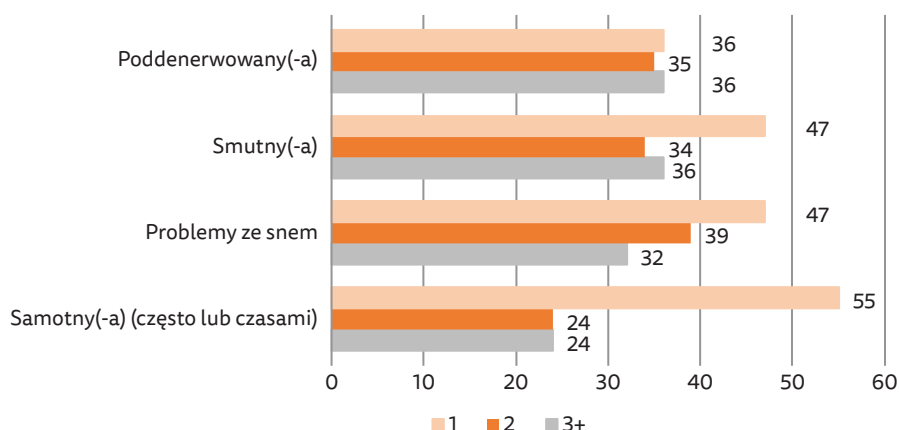
Rysunek 3.29. Udział osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących problemy psychiczne w Polsce według statusu na rynku pracy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Wielkość gospodarstwa domowego (inaczej fakt zamieszkiwania z innymi osobami) także różnicował częstość odczuwania problemów psychicznych (w szczególności: smutku, problemów ze snem i osamotnienia) (rysunek 3.30). Osoby tworzące jednoosobowe gospodarstwo domowe częściej niż te mieszkające z innymi ludźmi zgłaszały smutek (47%), problemy ze snem (47%) i poczucie osamotnienia (55%).

Rysunek 3.30. Udział osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących problemy psychiczne w Polsce według wielkości gospodarstwa domowego (w %)

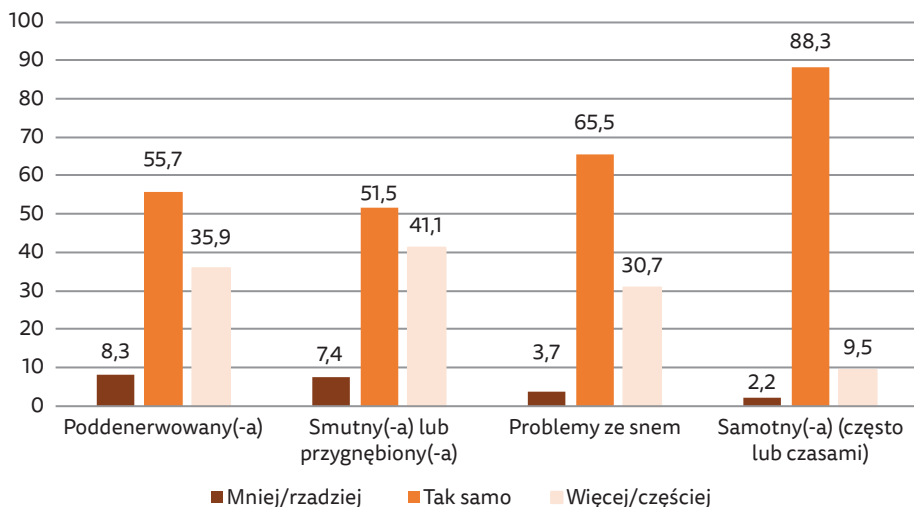


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Spośród osób, które deklarowały występowanie rozpatrywanych problemów psychicznych, (zdecydowana) większość odczuwała je w podobnym nasileniu jak podczas pierwszej fali pandemii w 2020 roku (rysunek 3.31). Należy jednak zaznaczyć, że część analizowanej zbiorowości odczuwała je więcej lub częściej. Na przykład 1/3 tej grupy częściej była poddenerwowana lub miała problemy ze snem, 41% zaś bardziej doświadczało smutku. Uzyskane wyniki do pewnego stopnia były różnicowane przez cechy społeczno-demograficzne.

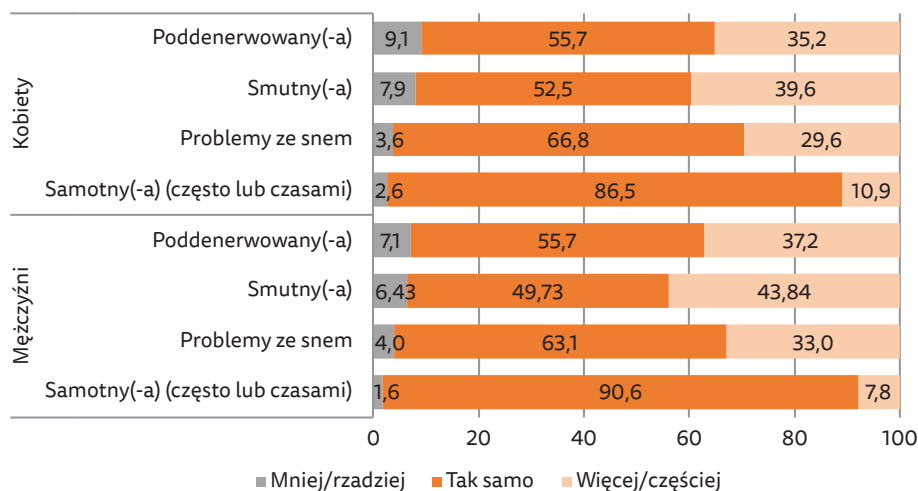
Płeć w niewielkim stopniu różnicowała struktury osób doświadczających problemów psychicznych według częstości ich występowania w porównaniu do wyników w badaniu SHARE Corona 1 (rysunek 3.32). W przypadku wieku to osoby najstarsze (80+) częściej deklarowały większe nasilenie poddenerwowania i smutku w porównaniu do osób młodszych. Jednak osoby w wieku 50–64 lat częściej niż te w wieku 80+ wskazywały na wzmożenie występowania problemów ze snem oraz poczucia osamotnienia niż w czasie pierwszej fali (rysunek 3.33).

Rysunek 3.31. Struktura osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających różne problemy psychiczne w Polsce według częstotliwości ich występowania w porównaniu do pierwszej fali pandemii (w %)



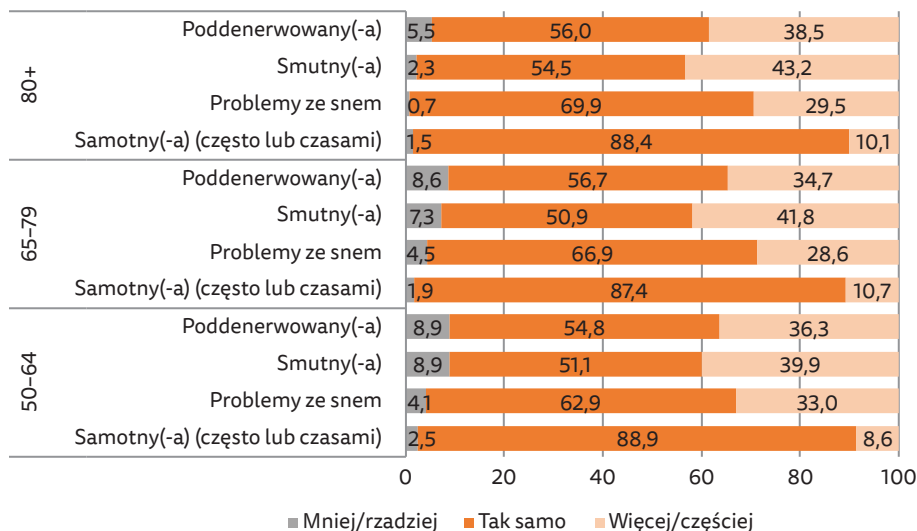
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 3.32. Struktura osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających różne problemy psychiczne w Polsce według częstotliwości ich występowania w porównaniu do pierwszej fali pandemii według płci (w %)



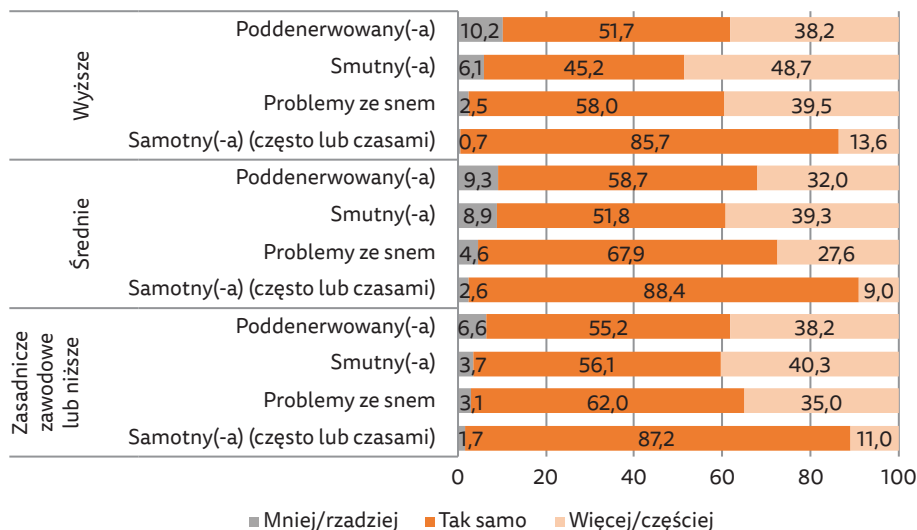
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 3.33. Struktura osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających różne problemy psychiczne w Polsce według częstotliwości ich występowania w porównaniu do pierwszej fali pandemii według grup wieku (w %)



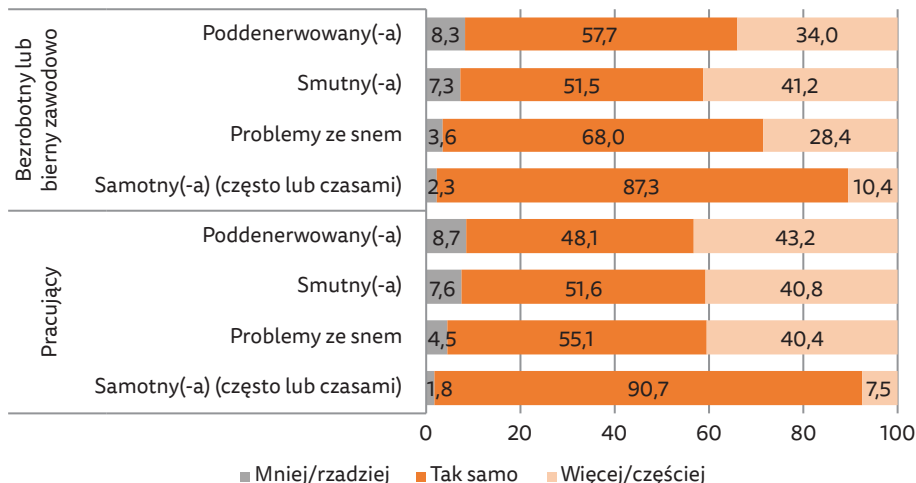
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 3.34. Struktura osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających różne problemy psychiczne w Polsce według częstotliwości ich występowania w porównaniu do pierwszej fali pandemii według poziomu wykształcenia (w %)



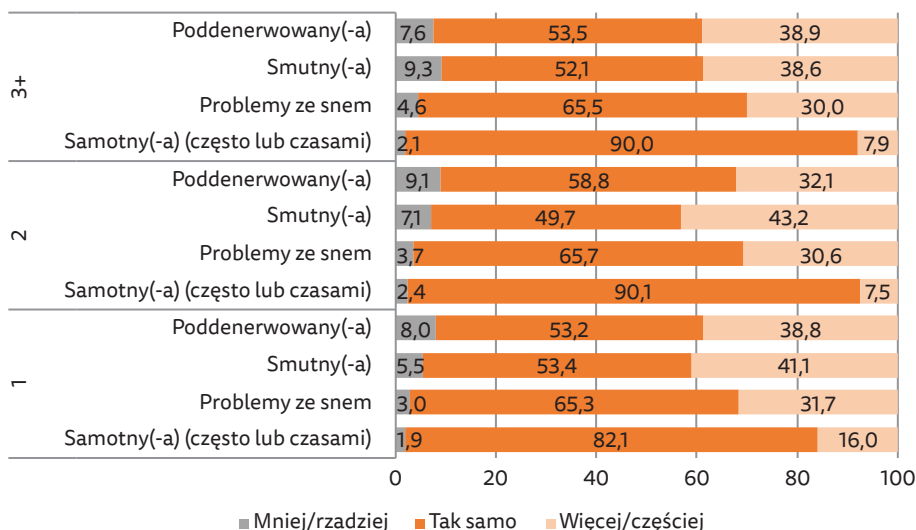
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 3.35. Struktura osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających różne problemy psychiczne w Polsce według częstotliwości ich występowania w porównaniu do pierwszej fali pandemii według statusu na rynku pracy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 3.36. Struktura osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających różne problemy psychiczne w Polsce według częstotliwości ich występowania w porównaniu do pierwszej fali pandemii według wielkości gospodarstwa domowego (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Osoby z wykształceniem wyższym częściej niż respondenci o niższych kategoriach wykształcenia deklarowały nasilenie bądź utrzymywanie się na tym samym poziomie smutku, problemów ze snem czy poczucia osamotnienia (rysunek 3.34). Z kolei osoby pracujące częściej niż niepracujące zgłaszały intensyfikację odczuwania podenerwowania oraz problemów ze snem w porównaniu do pierwszej fali pandemii (rysunek 3.35). Natomiast poczucie osamotnienia nasiliło się w największym stopniu u osób mieszkających samotnie (rysunek 3.36).

Podsumowanie

Uzyskane wyniki pokazały, że zasięg występowania różnych problemów psychicznych wśród osób w wieku 50 lat i więcej w czasie badania SHARE Corona 2 w analizowanych krajach był dość znaczny, a co więcej – uległ on zwiększeniu w porównaniu do wyników badania z 2020 roku. Należy zaznaczyć, że podobnie jak w czasie pierwszej rundy badania istnieją znaczne różnice między analizowanymi krajami pod tym względem. Wyniki dla Polski pokazały, że udział osób odczuwających problemy psychiczne był wyższy niż przeciętnie dla wszystkich krajów łącznie biorących udział w badaniu, a ponadto uległ on zwiększeniu w porównaniu do stanu obserwowanego w czasie pierwszej fali pandemii COVID-19. Można zatem sądzić, że przedłużająca się pandemia, utrzymywane ograniczenia dotyczące kontaktów z innymi osobami oraz stres związany z ryzykiem zakażenia, doświadczanie choroby u siebie lub kogoś bliskiego lub zgon bliskiej osoby wpłynęły negatywnie na stan zdrowia psychicznego osób w wieku 50+ w Polsce. Warto jednak podkreślić, że wyniki dla Polski różnią się znacząco po uwzględnieniu takich czynników jak płeć, wiek, poziom wykształcenia, status na rynku pracy czy wielkość gospodarstwa domowego. Największe natężenie problemów obrazujących stan zdrowia psychicznego odnotowano wśród kobiet, osób najstarszych, niepracujących (bezrobotne lub bierne zawodowo) i mieszkających samotnie. Co więcej, osoby deklarujące utrzymywanie się różnych negatywnych symptomów psychicznych (poddenerwowania, problemów ze snem, smutku czy poczucia osamotnienia), w zdecydowanej większości zgłaszały, że były one co najmniej na tym samym poziomie jak w czasie pierwszej fali pandemii. Ustalenia te są bardzo ważne z punktu widzenia zdrowia publicznego, zwłaszcza że nie są znane długoterminowe skutki pandemii i wprowadzanych ograniczeń na stan zdrowia psychicznego ludności.

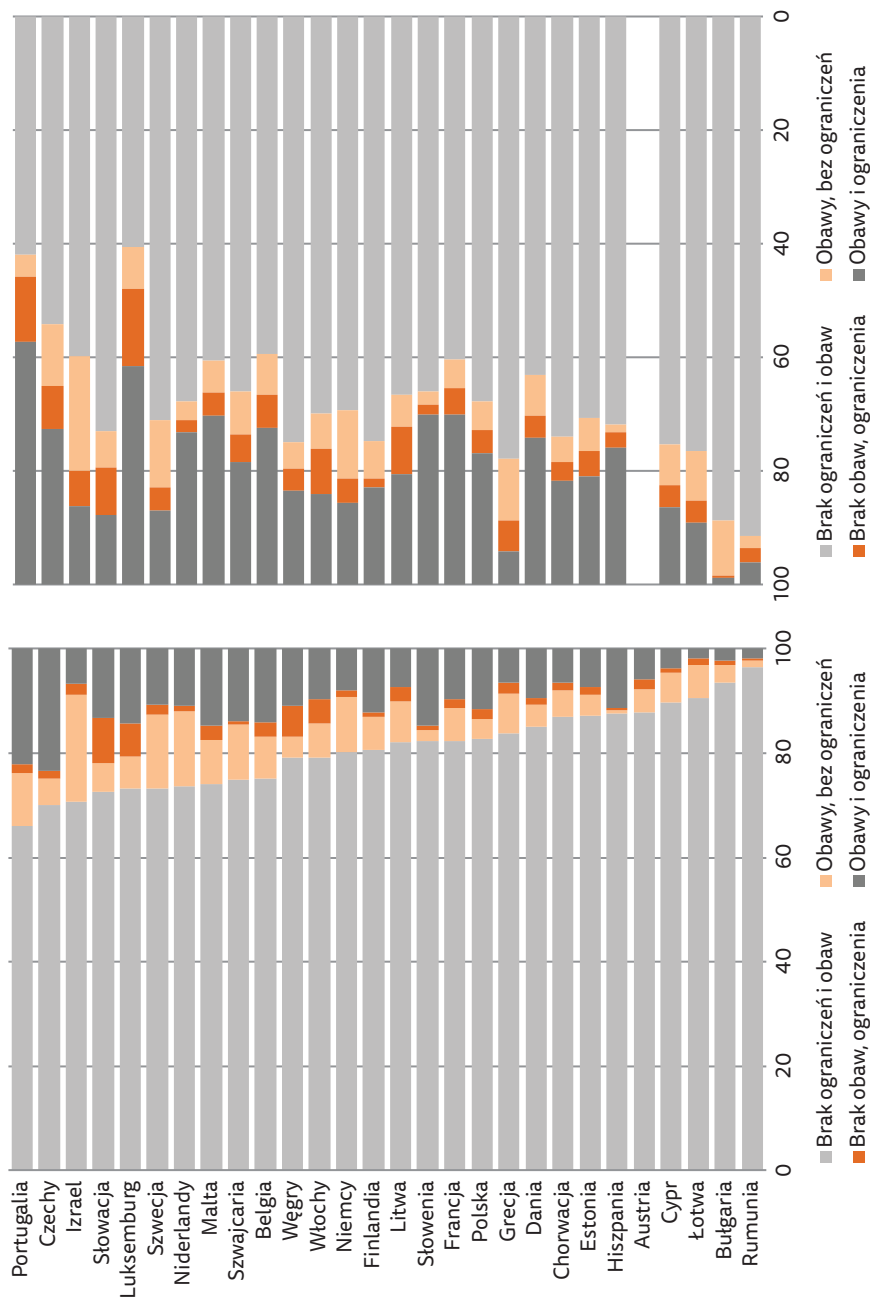
3.3. Rezygnacja lub przełożenie wizyt lekarskich w okresie pandemii

Pandemia COVID-19 wpłynęła zarówno na dostępność usług medycznych nie związanych bezpośrednio z leczeniem tej choroby, jak i na zapotrzebowanie na usługi medyczne ze strony potencjalnych pacjentów, którzy obawiali się zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Ankiety SHARE Corona 1 i 2 pozwalają na ocenę skali występowania obu zjawisk w populacji osób w wieku 50 lat i więcej zarówno na początku pandemii (2020), jak i według danych z 2021 roku.

W ankiecie SHARE Corona 2 zostały zidentyfikowane zjawiska związane z ograniczeniem korzystania z opieki medycznej związanym z dwoma różnymi czynnikami. Po pierwsze obawami o ryzyko zarażenia się w miejscach publicznych. Czynnik ten można interpretować jako ograniczenie mające charakter popytowy – mniej osób z własnej woli zgłaszało zapotrzebowanie na usługi medyczne. Po drugie miarą czynnika mającego charakter podaży były odpowiedzi na pytanie o zauważoną przez respondentów trudność spowodowaną COVID-19 z przekładaniem już umówionych wizyt oraz brakiem możliwości zapisania się na leczenie po raz pierwszy.

Ze względu na wyniki odpowiedzi na pytania o rezygnację z wizyt u lekarza z powodu własnych obaw oraz rezygnacje spowodowane ograniczeniami w dostępie do usług medycznych, ludność poszczególnych krajów można podzielić na cztery grupy: 1) osoby, które nie doświadczyły żadnych ograniczeń w korzystaniu z opieki medycznej; 2) osoby, których ograniczenia w opiece medycznej wynikały tylko z unikania kontaktów w miejscach publicznych ze względu na własne obawy; 3) osoby deklarujące, że doświadczały jedynie problemów związanych z przekładaniem lub umawianiem wizyt oraz 4) osoby, które nie korzystały z opieki medycznej zarówno ze względu na własne obawy, jak i z powodu ograniczeń w dostępności usług medycznych spowodowanych COVID-19. Porównanie odpowiedzi w poszczególnych krajach w pierwszym oraz drugim roku pandemii (rysunek 3.37) wskazuje po pierwsze, że ograniczenia w korzystaniu ze służby zdrowia były przeciętnie niższe w 2021 roku niż w 2020 roku. Wynikało to z coraz lepszego rozpoznania mechanizmów rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, zastosowania szczepionek oraz dostosowania opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach do funkcjonowania w warunkach pandemii. Po drugie istnieje wysokie skorelowanie wyników w obu okresach, co może wskazywać, że zarówno nastawienie osób, jak i ograniczenia wynikające z funkcjonowania służby zdrowia były trwałe i specyficzne dla krajów, a w stosunkowo mniejszym stopniu były związane z nasileniem się pandemii, która była w różnych regionach zmienna w czasie. W 2020 roku najwyższe odsetki ogółem osób zmniejszających korzystanie z opieki zdrowotnej ze względu na pandemię były obserwowane w Luksemburgu, Portugalii, Czechach, Belgii i Izraelu.

Rysunek 3.37. Porównanie odsetków osób, które nie korzystały z opieki zdrowotnej z powodu własnych obaw i braku dostępności opieki lekarskiej w latach 2020–2021



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

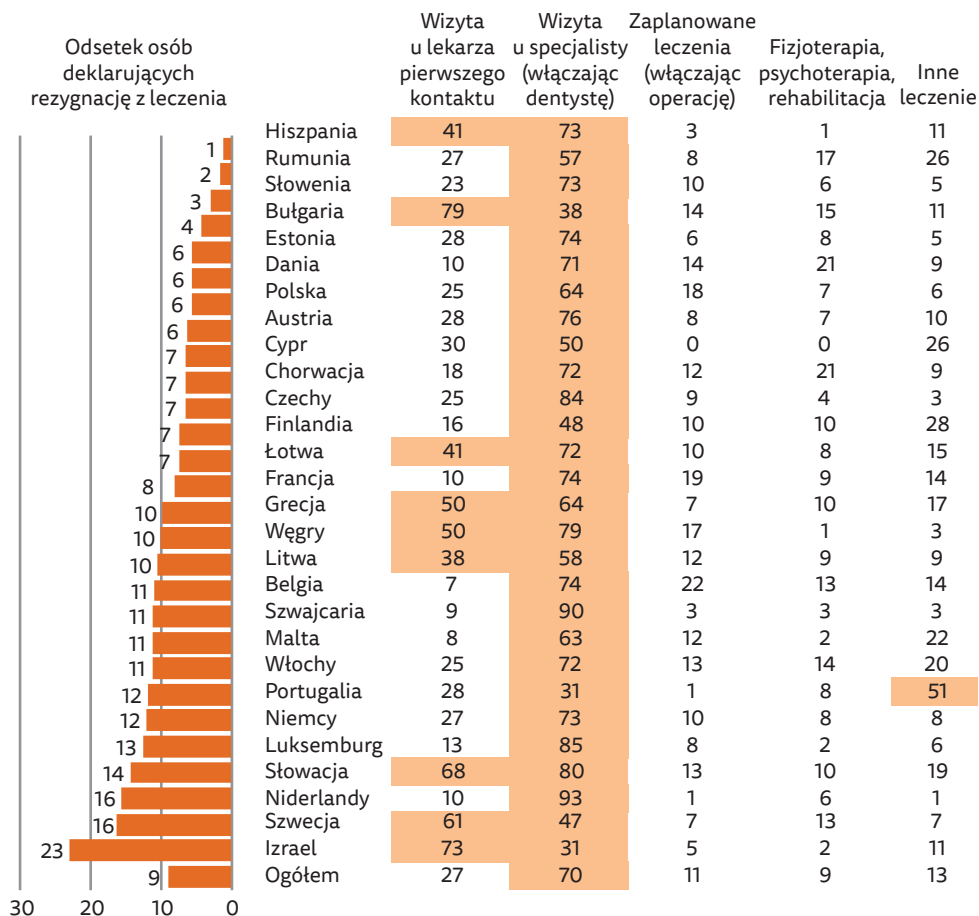
W 2021 roku jedynie Belgia opuściła tę piątkę państw ze względu na poprawę sytuacji (mniejsze przeszkody w korzystaniu z opieki zdrowotnej), a pozostałe państwa, choć w nieco innej kolejności, cały czas miały podobne wyniki. Podobnie z państwami o relatywnie najniższych odsetkach osób deklarujących jakiekolwiek ograniczenia korzystania z opieki zdrowotnej. W takich państwach jak Rumunia, Bułgaria, Łotwa czy Cypr wykazywały najniższe odsetki zarówno w 2020, jak i 2021 roku (powyżej 90% ankietowanych deklaroowało brak jakichkolwiek przeszkód w korzystaniu z opieki medycznej wynikających z COVID-19). Sytuacja relatywnie pogorszyła się natomiast Grecji.

Jeśli chodzi o wyniki dla Polski, to w 2020 roku brak napotkanych ograniczeń związanych z dostępem do opieki medycznej zgłaszało 68% respondentów, a w 2021 było to 83%, co pozwoliło Polsce na awansowanie z 15. na 11. miejsce pod względem braku ograniczeń w dostępie do opieki medycznej. O ile w pierwszym roku pandemii w Polsce i większości innych krajów dominowały odpowiedzi, że ograniczenia w dostępie do służby zdrowia są zarówno związane z obawami o zarażenie się, jak i z ograniczeniami w dostępie do świadczeń, to w 2021 roku coraz częściej były podawane odpowiedzi niezwiązane z funkcjonowaniem samej opieki zdrowotnej, a bardziej z obawami zgłaszanymi przez poszczególne osoby. Również w przypadku Polski zmniejszyły się przede wszystkim odsetki osób wskazujących, że ograniczenia wynikały tylko z dostępu do opieki zdrowotnej lub zarówno dostępu, jak i obaw przed zarażeniem natomiast dość stabilny (4–5%) był odsetek tych, którzy deklarowali, że rzadziej korzystali z opieki zdrowotnej tylko ze względu na własne obawy.

Dodatkowe pytania dotyczące rzadszego korzystania z opieki medycznej podczas pandemii dotyczyły uszczegółowienia zakresu ograniczenia korzystania z usług medycznych dotyczących pięciu kategorii: „wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu”, „wizyt u lekarzy specjalistów”, „wizyt związanych z planowym leczeniem”, „wizyt związanych z rehabilitacją lub psychoterapią” oraz „pozostałych typów wizyt”. Rezygnacja z leczenia z powodu własnych obaw o zarażenie się wirusem była relatywnie najczęstsza w Izraelu oraz w Szwecji (rysunek 3.38). W krajach tych decyzje ludzi prowadziły głównie do ograniczenia wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu, natomiast relatywnie znacznie rzadziej zostały ograniczone wizyty u lekarzy specjalistów, zabiegi planowe oraz rehabilitacja. W pozostałych krajach, poza Portugalią i Bułgarią, ograniczenia w zdecydowanej większości dotyczyły wizyt u lekarzy specjalistów (włączając stomatologię). W Polsce relatywnie niski był odsetek osób zgłaszających obawę przed leczeniem jako powód ograniczeń korzystania ze służby zdrowia (6% wobec przeciętnie 9%). Natomiast niepokoić może struktura usług medycznych, z których rezygnowano. Względnie często dotyczyło to wizyt u lekarzy specjalistów (64% deklarujących ograniczenia), a szczególnie rezygnacji z zabiegów planowych (18% deklaruujących wobec przeciętnie 11% w grupie ankietowanych krajów). W Polsce nieco poniżej przeciętnej

dla ankietowych krajów rezygnacja z leczenia dotyczyła wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu oraz rehabilitacji.

Rysunek 3.38. Procedury medyczne, z których zrezygnowali sami respondenci ze względu na obawę przed zarażeniem wirusem SARS-CoV-2. Ogólny odsetek osób deklarujących rezygnację z leczenia oraz odsetki deklarujących poszczególne procedury wśród osób, które zadeklarowały, że zrezygnowały przynajmniej z jednej (w %)



Uwaga: odsetki w wierszach nie sumują się do 100% w każdym kraju ze względu na możliwość kilku odpowiedzi dotyczących rezygnacji przez jednego respondenta. W każdym wierszu tabeli kolorem zostały zaznaczone odpowiedzi częste – przekraczające 30%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

W przypadku wizyt lekarskich, które były zaplanowane, ale musiały zostać przełożone przez lekarza lub placówkę medyczną ze względu na koronawirusa, najwyższy odsetek wskazań był odnotowany w Portugalii i w Czechach (rysunek 3.39).

Rysunek 3.39. Wizyty lekarskie, które były zaplanowane, ale musiały zostać odłożone ze względu na decyzję lekarza spowodowaną epidemią wirusa SARS-CoV-2. Ogólny odsetek osób deklarujących odwołanie zaplanowanych wizyt oraz odsetki deklarujących poszczególne procedury wśród osób, które zadeklarowały, że zrezygnowały przynajmniej z jednej (w %)



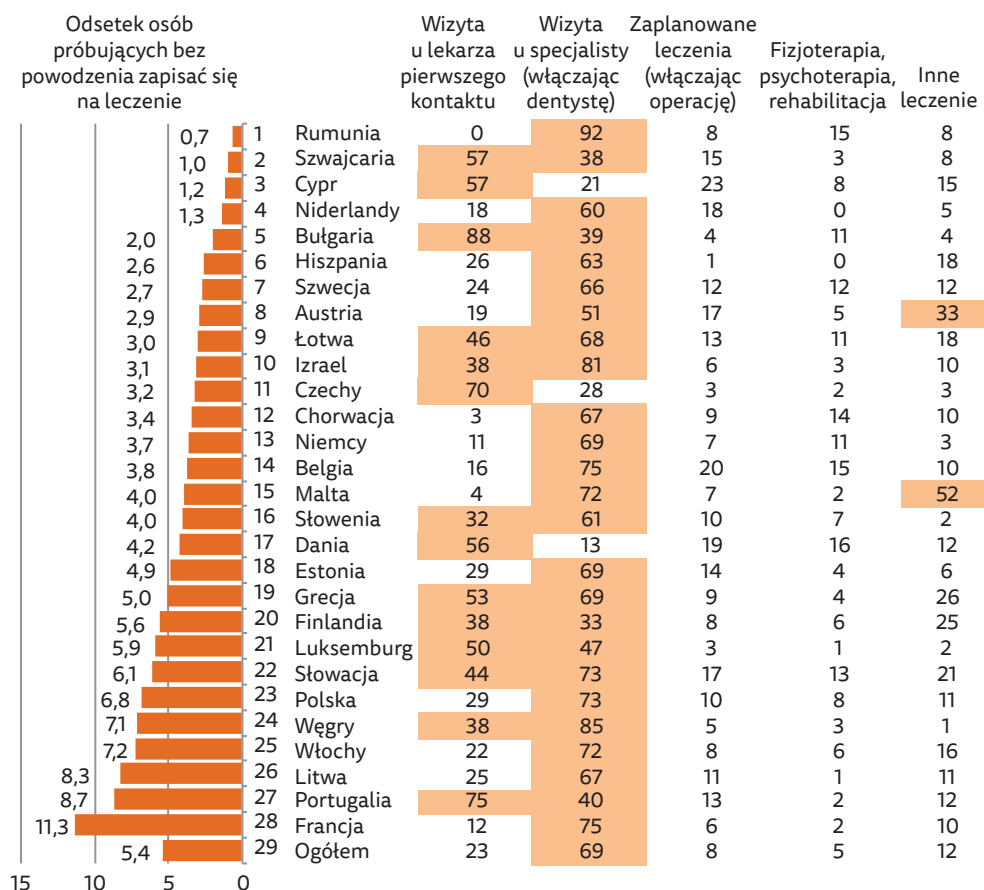
Uwaga: odsetki w wierszach nie sumują się do 100% w każdym kraju ze względu na możliwość kilku odpowiedzi dotyczących rezygnacji przez jednego respondenta. W każdym wierszu tabeli kolorem zostały zaznaczone odpowiedzi częste – przekraczające 30%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Poza kilkoma wyjątkami odwoływane wizyty dotyczyły głównie wizyt u specjalistów (także stomatologii). Jedynie w Grecji, Bułgarii i Portugalii większość odwołanych wizyt stanowiły wizyty u lekarzy pierwszego kontaktu, a w Szwajcarii najczęściej odwoływane były z tego powodu planowe zabiegi medyczne. Pod względem odpowie-

dzi na to pytanie Polska zajmowała miejsce zbliżone do średniej pod względem ogólnej częstości odwołanych wizyt z tego powodu (13% w porównaniu do średniej 12%). W przypadku szczegółowych odpowiedzi wyżej niż przeciętna były oceniane trudności z dostępem do wizyt u specjalistów (79% odpowiedzi wobec przeciętnej 72%). Ograniczenia dotyczące pozostałych rodzajów procedur medycznych były oceniane w przybliżeniu podobnie jak przeciętna we wszystkich krajach lub nawet – w przypadku odwołanych wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu – jako mniej częste.

Rysunek 3.40. Wizyty/ procedury lekarskie, o które prosił respondent, ale nie mógł umówić ze względu na epidemię wirusa SARS-CoV-2. Ogólny odsetek osób próbujących bez powodzenia zapisać się na leczenie oraz odsetki deklarujących poszczególne procedury wśród osób, które zadeklarowały, że zrezygnowały przynajmniej z jednej (w %)



Uwaga: odsetki w wierszach nie sumują się do 100% w każdym kraju ze względu na możliwość kilku odpowiedzi dotyczących rezygnacji przez jednego respondenta. W każdym wierszu tabeli kolorem zostały zaznaczone odpowiedzi częste – przekraczające 30%.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Inną kategorią ograniczeń w dostępie do usług medycznych były procedury, które nie były możliwe do zaplanowania (zapisania się) ze względu na pandemię (rysunek 3.40). Generalnie wśród ogółu respondentów ze wszystkich krajów ograniczenia takie były zgłaszane rzadziej (przeciętnie 5%) niż ograniczenia związane z przekładaniem wizyt w ramach już rozpoczętego leczenia (przeciętnie 12%), co wynikało prawdopodobnie z faktu, że dążenie do umawiania nowych wizyt było związane z pojawianiem się nowych symptomów chorobowych. Zdecydowanie najczęściej takie przypadki były deklarowane we Francji, ale w czołówce wskazań były także Portugalia i Litwa. Najrzadziej problemy z dostępem do tego rodzaju procedur medycznych były deklarowane w Rumunii i Bułgarii, ale także w Szwajcarii, na Cyprze i w Niderlandach. W większości krajów najczęściej deklarowany był brak możliwości zapisania się do lekarza specjalisty. Często problemy dotyczyły też zapisywania się na wizyty do lekarzy pierwszego kontaktu – ten rodzaj odpowiedzi padał najczęściej w krajach, gdzie problemy z zapisaniem się na nowe wizyty były ogólnie rzadko obserwowane (Szwajcaria, Cypr, Bułgaria), ale także w Czechach i w Portugalii.

W Polsce odpowiedzi na to pytanie wskazują na wyższe niż przeciętnie w całej próbie krajów problemy z zapisywaniem się na nowe wizyty (7% wskazań wobec przeciętnej 5%). Częstsze niż przeciętnie wśród ogółu krajów były problemy z zapisywaniem się na wszystkie wymienione szczegółowo typy wizyt. Trudności dotyczyły zapisów na specjalistyczne wizyty (73% wobec przeciętnej 69%), do lekarzy pierwszego kontaktu (29% wobec przeciętnej 23%), a także na zaplanowane leczenie (10% wobec przeciętnej 8%) oraz psychoterapii, fizjoterapii itd. (8% wobec przeciętnej 5%). Jedynie w przypadku „innych wizyt” odsetek odpowiedzi w Polsce był minimalnie poniżej przeciętnej.

Bibliografia

- Chen, P.J., Pusica, Y., Sohaei, D., Prassas, I., Diamandis, E.P. (2021). An Overview of Mental Health during the COVID-19 Pandemic, *Diagnosis*, 8(4), s. 403–412. Walter de Gruyter GmbH. DOI: 10.1515/dx-2021-0046.
- Clair, R., Gordon, M., Kroon, M., Reilly, C. (2021). The Effects of Social Isolation on Well-being and Life Satisfaction during Pandemic, *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(28), s. 1–6. DOI: 10.1057/s41599-021-00710-3.
- Daly, M., Sutin, A., Robinson, E. (2020). Longitudinal Changes in Mental Health and the COVID-19 Pandemic: Evidence from the UK Household Longitudinal Study, *Psychological Medicine*, 52(13), s. 2549–2558. DOI: 10.1017/S0033291720004432.
- Dziedzic, B., Idzik, A., Kobos, E., Sienkiewicz, Z., Kryczka, T., Fidecki, W., Wysokiński, M. (2021). Loneliness and Mental Health among the Elderly in Poland during the COVID-19 Pandemic, *BMC Public Health*, 21(1), s. 1–12. DOI: 10.1186/s12889-021-12029-4.

Kachanoff, F.J., Bigman, Y.E., Kapsaskis, K., Gray, K. (2020). Measuring Realistic and Symbolic Threats of COVID-19 and Their Unique Impacts on Well-being and Adherence to Public Health Behaviors, *Social Psychological and Personality Science*, 12(5), s. 603–616. DOI: 10.1177/1948550620931634.

Murphy, L., Markey, K., O'Donnell, C., Moloney, M., Doody, O. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic and Its Related Restrictions on People with Pre-existent Mental Health Conditions: A Scoping Review, *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(4), s. 375–394. DOI: 10.1016/j.apnu.2021.05.002.

Sand, G., Bristle, J. (2021). The Relationship of Threat Perceptions and Optimistic Attitude with Protective Behavior in the COVID-19 Crisis, *MEA Discussion Paper* No. 05–2021. DOI: 10.1038/s41562-021-01122-8AARN.

Usher, K., Bhullar, N., Jackson, D. (2020). Life in the Pandemic: Social Isolation and Mental Health, *Journal of Clinical Nursing*, 29(15), s. 2756–2757. DOI: 10.1111/jocn.15290.

Aktywność zawodowa i wykonywanie pracy w okresie pandemii

Agnieszka Chłoń-Domińczak, Iga Magda

W rozdziale zostały omówione podstawowe aspekty związane z aktywnością zawodową i sposobem wykonywania pracy osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce i w Europie. Obejmują one zmianę aktywności zawodowej i odejście na emeryturę, zmiany sposobu wykonywania pracy. Są opisane również nierówności związane z wpływem pandemii i wprowadzanych przez państwa polityk na sytuację kobiet i mężczyzn na rynku pracy, jak również związek między aktywnością zawodową i zdrowiem psychicznym.

4.1. Zmiany aktywności zawodowej osób w wieku 50+ w okresie pandemii

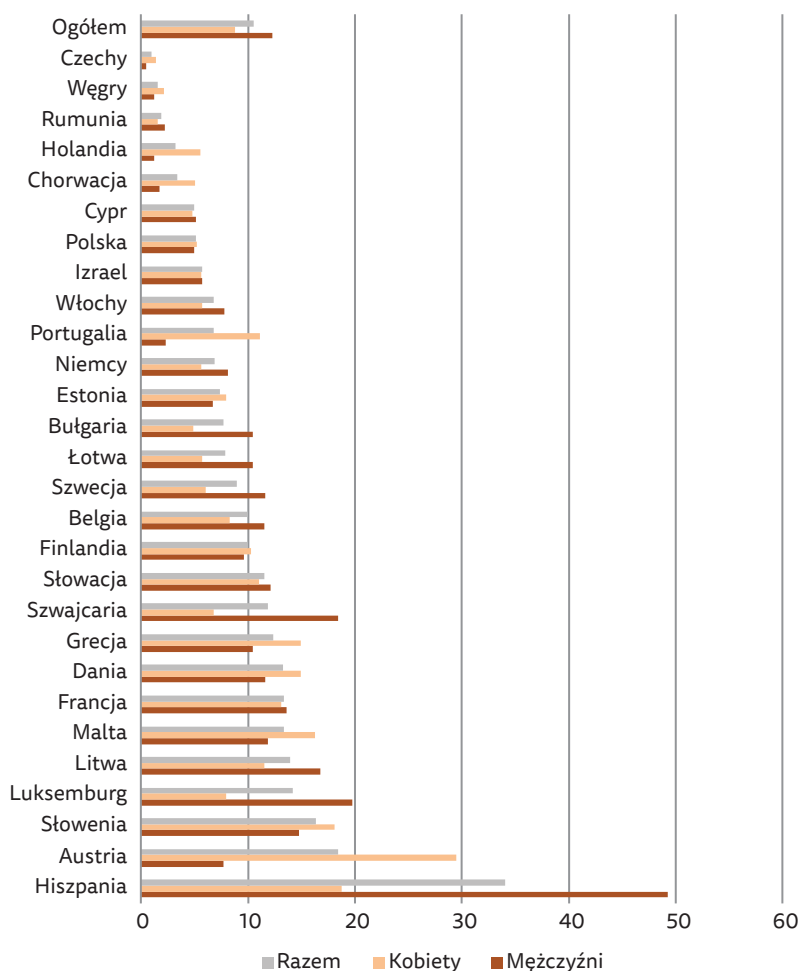
Utrata pracy

Wyniki badania SHARE Corona 2 pokazują, że od czasu przeprowadzenia pierwszego badania SHARE Corona 1 w okresie pandemii (tj. od lipca 2020) w badanych krajach pracę straciło średnio ok. 10,5% osób, które wcześniej były aktywne zawodowo. Odsetek ten obejmuje zarówno osoby zwolnione, jak i te, które straciły pracę w wyniku likwidacji swojego pracodawcy, czy takie, które zakończyły prowadzenie własnej działalności (rysunek 4.1).

Najczęściej pracę tracili Hiszpanie, Austriacy i Słoweńcy, natomiast najrzadziej – Czesi, Węgrzy i Rumuni. W Polsce pracę w analizowanym okresie straciło 5,1% osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, co jest jednym z niższych odsetków. Warto zauważyć, że odsetek ten jest niższy niż w Niemczech, Szwecji czy Finlandii, co potwierdza, że rynek pracy w Polsce w okresie pandemii był stosunkowo stabilny.

(tj. większy odsetek osób, które straciły pracę wśród tych z niższym wykształceniem) można zaobserwować m.in. w Austrii, Francji, Szwajcarii, Słowacji, Belgii i Włoszech.

Rysunek 4.2. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które straciły pracę od lipca 2020 roku według płci (w %)



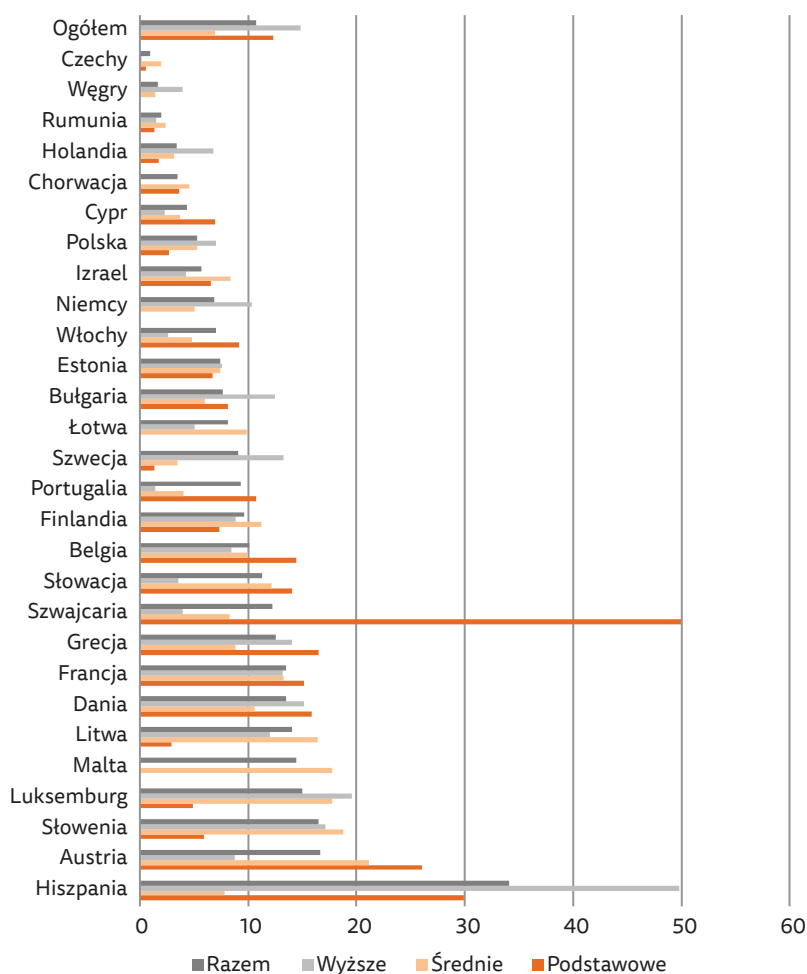
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Pogłębione analizy¹ wskazują, że w całej badanej populacji pracę częściej tracili osoby młodsze (w wieku 55–59 lat), z wykształceniem podstawowym lub wyższym

¹ Z wykorzystaniem modeli regresji logistycznej, w których uwzględniono następujące zmienne: płeć, grupa wieku, wykształcenie, wielkość gospodarstwa domowego HDI kraju przed pandemią, poziom indeksu rygoru rządowego, relatywna liczba zgonów z powodu COVID-19 relatywna liczba zachorowań na COVID-19, zmiana PKB w 2021 roku, zmiana wskaźnika zatrudnienia w 2021 roku.

(w porównaniu do osób z wykształceniem średnim). Rzadziej natomiast dotyczyło to osób pracujących w wieku powyżej emerytalnego 65–74 lata, a także mieszkających samotnie. W Polsce natomiast analizy nie wykazały, aby jakakolwiek cecha społeczno-ekonomiczna w statystycznie istotny sposób zwiększała lub zmniejszała prawdopodobieństwo utraty pracy. Oznacza to w szczególności, że obserwowane wyższe ryzyko utraty pracy przez osoby z wyższym wykształceniem nie jest statystycznie istotne.

Rysunek 4.3. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które straciły pracę od lipca 2020 roku według wykształcenia (w %)

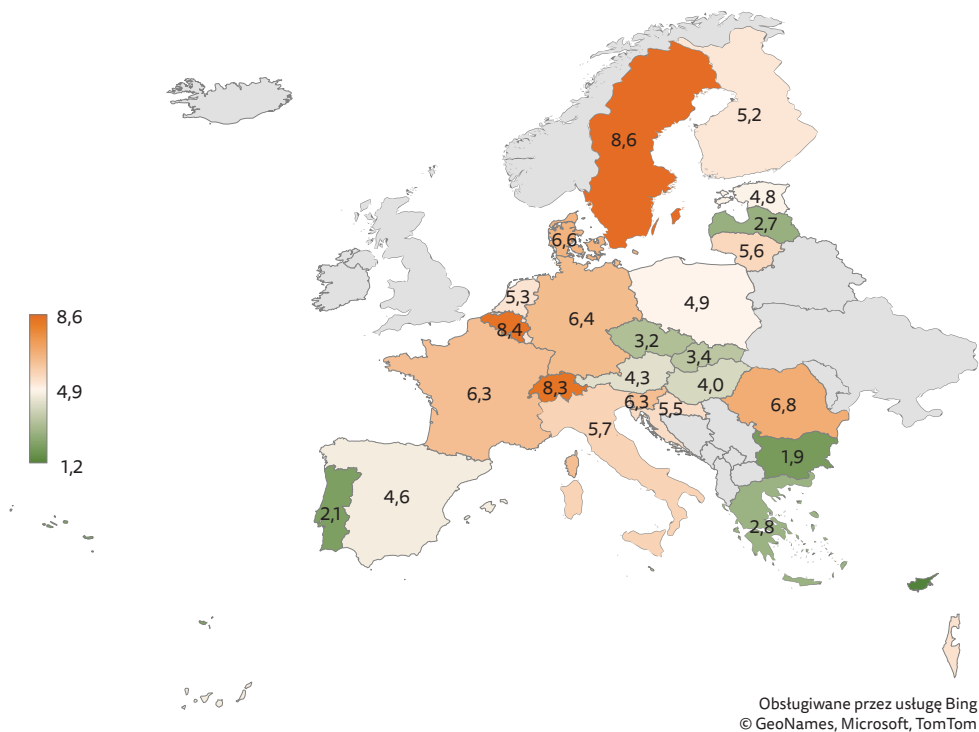


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Przejście na emeryturę

Część osób w wieku 50 lat i więcej w okresie pandemii zdecydowała się przejść na emeryturę. Ogółem w krajach objętych badaniem SHARE grupa ta stanowiła 5,6% tej populacji, a w Polsce było to 4,9% (również w tym przypadku poniżej średniej w Europie). Częściej na emeryturę decydowali się mieszkańcy Szwecji, Belgii i Szwajcarii. Rza-dziej natomiast decyzję o przejściu na emeryturę podejmowali mieszkańcy Cypru, Bułgarii, Portugalii, Łotwy i Grecji (rysunek 4.4). Nieco więcej osób przeszło na emeryturę w 2020 roku (najwięcej pomiędzy lipcem a wrześniem), a mniej w pierwszej połowie 2021 roku. Podobnie również było w Polsce.

Rysunek 4.4. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które odeszły na emeryturę po wybuchu pandemii (w latach 2020–2021, w %)

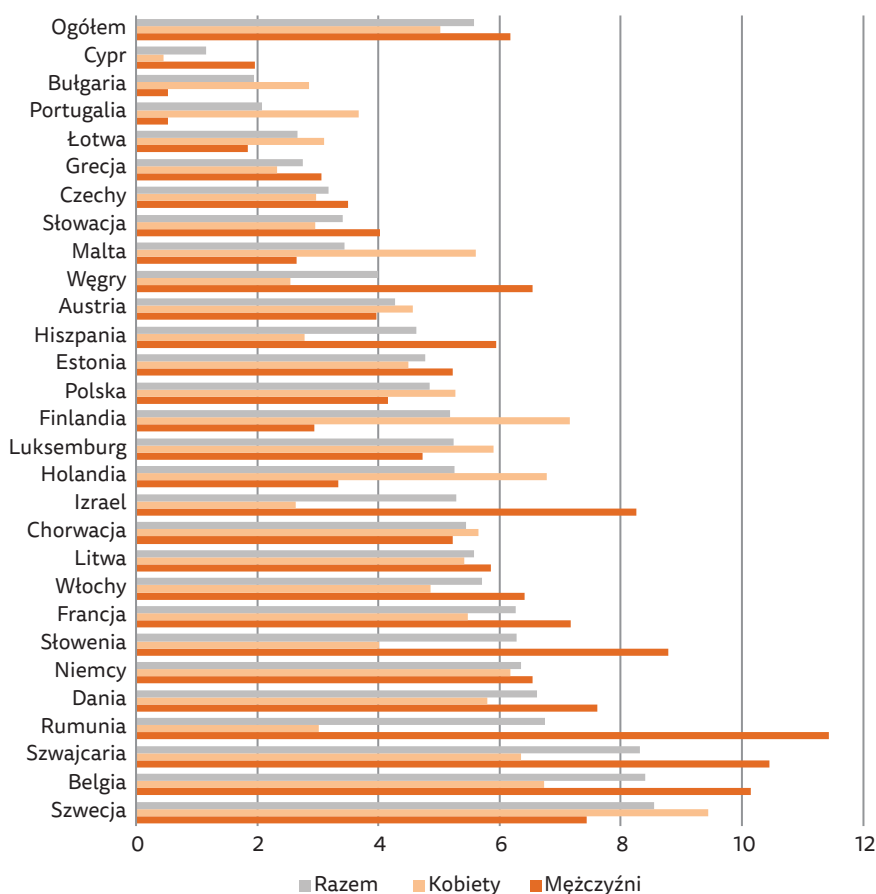


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Jak w przypadku utraty pracy, tak i wśród przechodzących na emeryturę można zaobserwować różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami (rysunek 4.5). Ogółem wśród całej populacji objętej badaniem SHARE nieco częściej na emeryturę przechodzili mężczyźni (6,2%) niż kobiety (5,0%). W Polsce z kolei częściej na emeryturę

przechodziły kobiety (5,3% w porównaniu do 4,2% wśród mężczyzn). Spośród krajów objętych badaniem największa nadwyżka mężczyzn nad kobietami wśród przechodzących na emeryturę była w Rumunii, Słowenii, Szwajcarii i Węgrzech. Natomiast znacząco więcej kobiet w porównaniu do mężczyzn przechodziło na emeryturę w Finlandii, Niderlandach i Portugalii.

Rysunek 4.5. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które odeszły na emeryturę po wybuchu pandemii (w latach 2020–2021) według płci (w %)

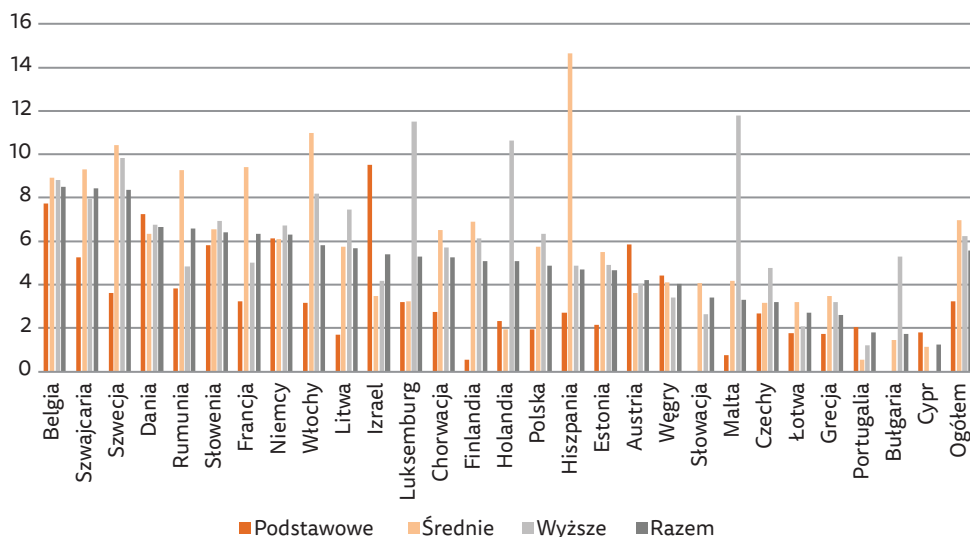


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Decyzje emerytalne również różnią się ze względu na wykształcenie (rysunek 4.6). W Europie najczęściej na przejście na emeryturę decydowały się osoby z wykształceniem średnim (7%), natomiast najrzadziej z wykształceniem podstawowym (3,24%). W Polsce na emeryturę przeszło 6,3% spośród osób z wykształceniem wyższym, 5,8%

z wykształceniem średnim oraz 1,9% osób z wykształceniem podstawowym. W dwunastu krajach najwyższy odsetek odchodzących na emeryturę był wśród osób z wykształceniem średnim, a w dziewięciu – wśród osób z wyższym wykształceniem.

Rysunek 4.6. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które odeszły na emeryturę po wybuchu pandemii (w latach 2020–2021) według wykształcenia (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Pogłębione analizy wskazują, że istotnym czynnikiem wpływającym na decyzję o przejściu na emeryturę był wiek. W całej badanej populacji w porównaniu do osób w wieku 65–69 lat częściej na emeryturę przechodziły osoby młodsze (w wieku 55–64 lata). Częściej również były to osoby mieszkające w gospodarstwach domowych z trójką lub więcej mieszkańców. W krajach o bardziej restrykcyjnych politykach związanych z pandemią, a także w tych, gdzie było więcej zachorowań na COVID-19, również częściej były podejmowane decyzje o przechodzeniu na emeryturę. Rzadziej natomiast przechodziły na emeryturę osoby z niższym wykształceniem (w porównaniu do tych z wykształceniem średnim). Co ciekawe, również rzadziej decydowali o przejściu na emeryturę mieszkańcy krajów, w których wyższa była liczba zgonów z powodu COVID-19. W Polsce statystycznie częściej decyzje o przechodzeniu na emeryturę podejmowały osoby w wieku 60–64 lata, w tym szczególnie kobiety w tej grupie wieku, natomiast inne charakterystyki społeczno-ekonomiczne (wykształcenie, wielkość gospodarstwa domowego) nie różnicowały takich decyzji.

Spośród osób, które przeszły na emeryturę, ok. 2/3 w całej populacji objętej badaniem zrobiła to zgodnie z planem, natomiast jedna na cztery osoby przeszła na emeryturę wcześniej, niż zamierzała (rysunek 4.7). W niektórych krajach (Hiszpania, Cypr, Rumunia, Łotwa) wcześniej niż planowo przeszła na emeryturę ok. połowa osób, które zdecydowały się na zakończenie aktywności zawodowej. W Polsce 78,7% osób przeszło na emeryturę zgodnie z planem, a 14,6% wcześniej, niż zamierzało – oznacza to, że relatywnie mniej osób przyspieszyło decyzję o przechodzeniu na emeryturę w porównaniu do średniej w Europie. Relatywnie mało osób pojęło decyzję o opóźnieniu przejścia na emeryturę – najczęściej decydowali się na to Estończycy i Słoweńcy.

Rysunek 4.7. Rozkład osób według terminu przejścia na emeryturę w porównaniu do wcześniejszych zamierzeń (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Kobiety częściej od mężczyzn przechodziły na emeryturę wcześniej niż było to planowane w większości krajów (największa różnica była w Łotwie, Cyprze, Malcie i Włoszech). Mężczyźni częściej decydują o przejściu wcześniej na emeryturę podejmowali w ośmiu krajach, a największa różnica była obserwowana w Hiszpanii, Luksemburgu i Rumunii (rysunek 4.8).

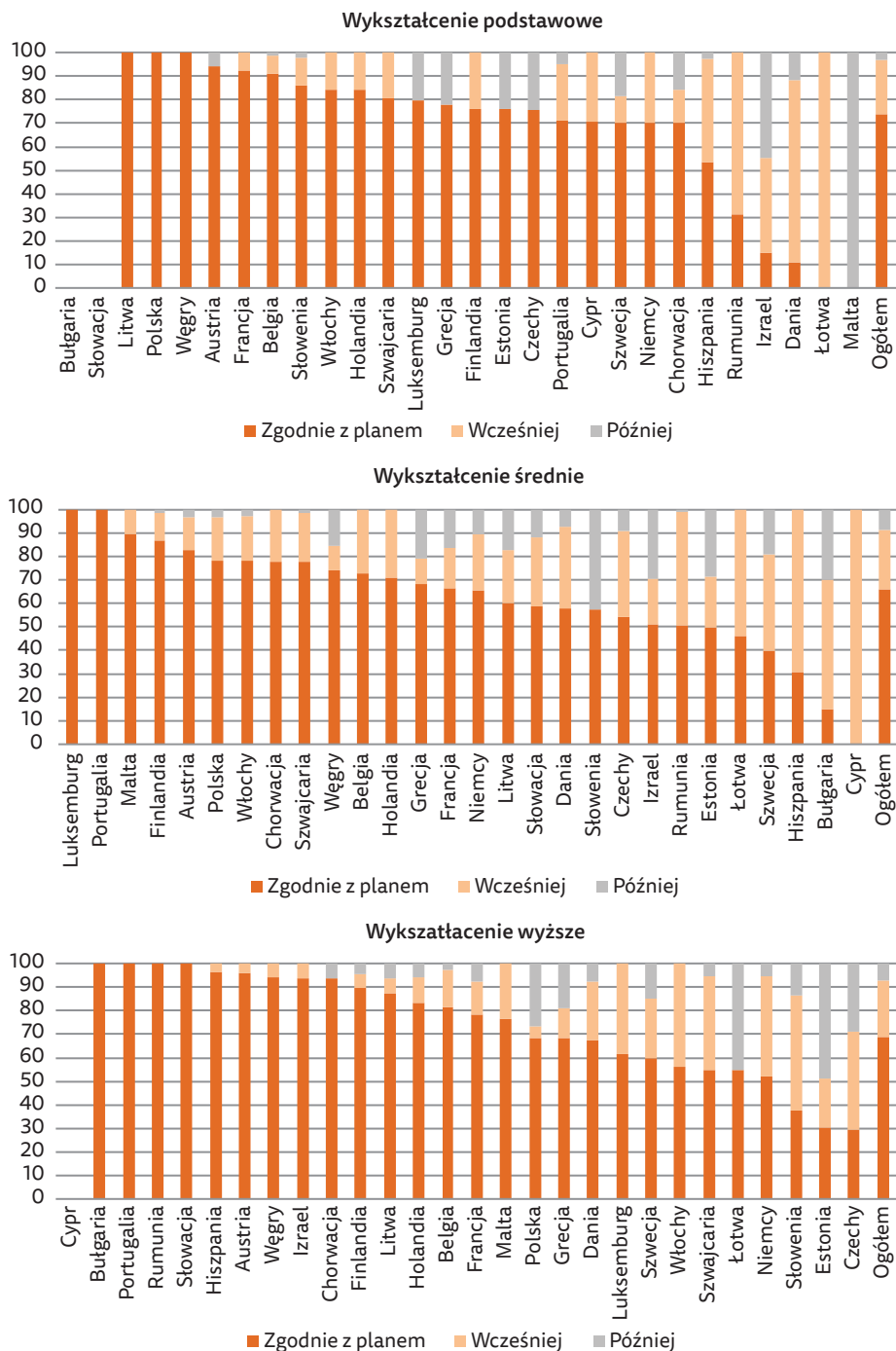
Wykształcenie miało zróżnicowany wpływ na decyzje o przechodzeniu na emeryturę w poszczególnych krajach (rysunek 4.9). W Danii, Łotwie i Rumunii najczęściej przechodziły na emeryturę wcześniej, niż planowały osoby z wykształceniem podstawowym. W Polsce, Szwecji, Niemczech, Hiszpanii, Bułgarii – osoby z wykształceniem

średnim, a w Niemczech, Włoszech, Szwajcarii, Czechach, Luksemburgu i Słowenii – osoby z wykształceniem wyższym.

Rysunek 4.8. Odsetek osób przechodzących wcześniej niż zgodnie z planem na emeryturę według płci (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 4.9. Odsetek osób przechodzących wcześniej niż zgodnie z planem na emeryturę według wykształcenia (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

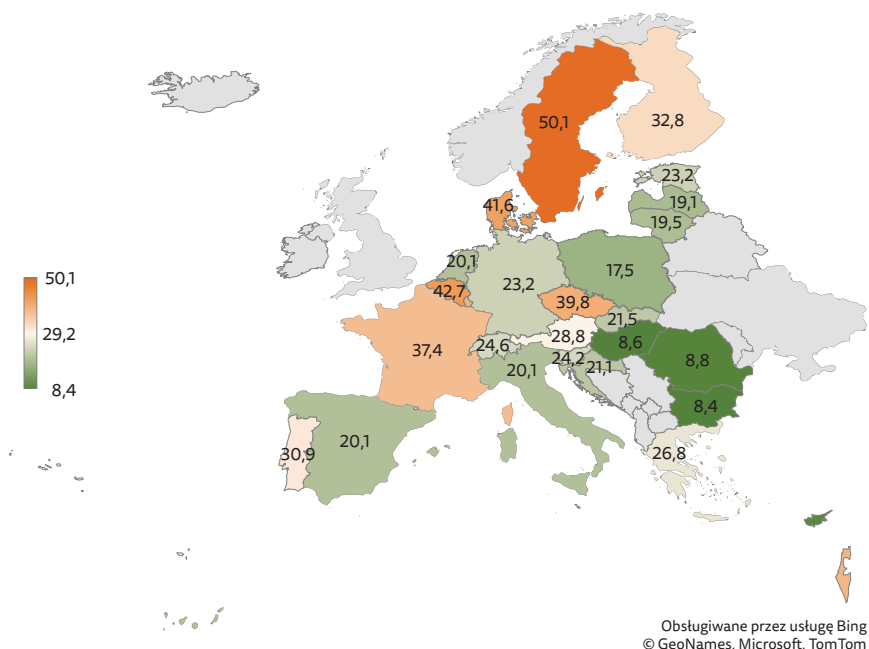
4.2. Zmiany sposobu wykonywania pracy osób w wieku 50+ w okresie pandemii

W okresie pandemii nastąpiły istotne zmiany sposobu wykonywania pracy. Po pierwsze, ze względu na wprowadzone polityki ograniczania kontaktu, praktycznie w całej Europie wprowadzono na szeroką skalę możliwość pracy zdalnej, z domu. Po drugie, wprowadzano różnego typu rozwiązania pozwalające na skrócenie czasu pracy, co pozwalało na zachowanie miejsc pracy, a jednocześnie przeniesienie części kosztów tego rozwiązania na transfery publiczne. Jednocześnie jednak w wielu zawodach (np. medycznych) wraz z pandemią wzrosło zapotrzebowanie na pracę i liczba godzin pracy zwiększyła się.

Miejsce wykonywania pracy w okresie pandemii

W okresie pandemii nastąpiło zróżnicowanie miejsc wykonywania pracy. Podstawową zmianą dotyczącą organizacji pracy było powszechne wprowadzenie możliwości pracy zdalnej.

Rysunek 4.10. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy z domu w okresie pandemii (w %)

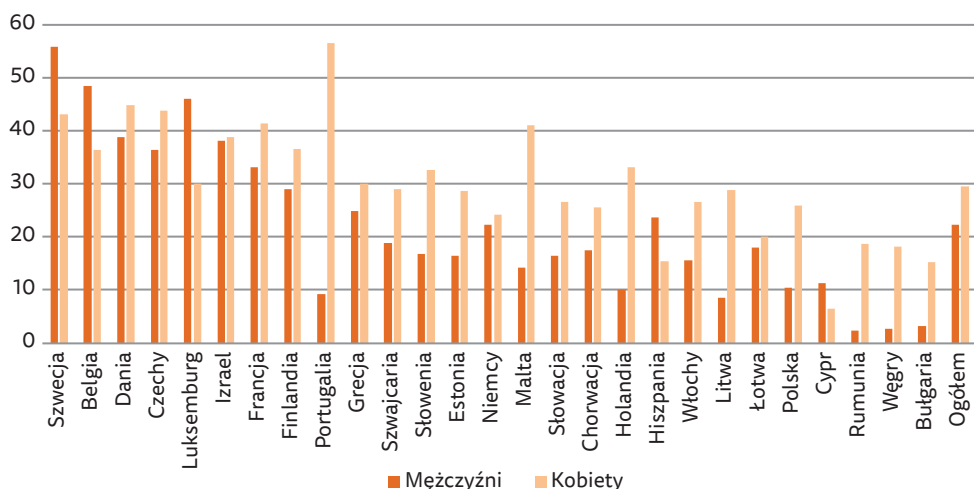


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Z takich możliwości skorzystał przeciętnie co czwarty mieszkaniec w wieku 50 lat i więcej krajów objętych badaniem. Z domu pracował co drugi mieszkaniec Szwecji, wysokie odsetki pracujących z domu były również w Danii, Belgii, Czechach i we Francji. W Polsce 17,5% osób w wieku 50+ pracowało z domu. Najrzadziej z możliwości pracy zdalnej skorzystali mieszkańcy Bułgarii, Węgier i Rumunii (rysunek 4.10).

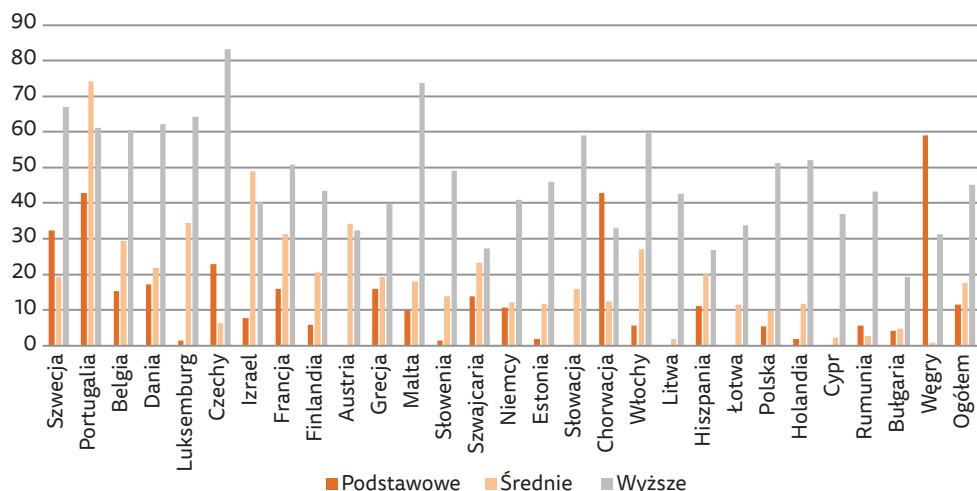
Kobiety częściej niż mężczyźni korzystały z możliwości pracy w domu (rysunek 4.11). Jedynie w pięciu krajach (Szwecja, Belgia, Luksemburg, Hiszpania, Cypr) mężczyźni częściej niż kobiety wskazywali na doświadczenie pracy z domu. W Polsce 10,4% mężczyzn i 26% kobiet w wieku 50 lat i więcej wykonywało pracę zdalną. Największe różnice pomiędzy częstością pracy zdalnej kobiet i mężczyzn były widoczne w Portugalii, Holandii, Malcie, Rumunii, Węgrzech i Bułgarii. W ostatnich trzech krajach praktycznie niemal wyłącznie kobiety pracowały z domu.

Rysunek 4.11. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy z domu w okresie pandemii według płci (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Cechą różnicującą częstość pracy zdalnej jest również wykształcenie (rysunek 4.12). Niemal we wszystkich krajach osoby z wyższym wykształceniem najczęściej wykonywały pracę zdalną, np. w Czechach ponad 80% osób z wyższym wykształceniem wskazało, że pracowało z domu w trakcie pandemii. W Polsce 51,3% osób z wyższym wykształceniem pracowało zdalnie, w porównaniu do ok. 10% osób z wykształceniem średnim i 5,3% osób z wykształceniem podstawowym.

Rysunek 4.12. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy z domu w okresie pandemii według wykształcenia (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

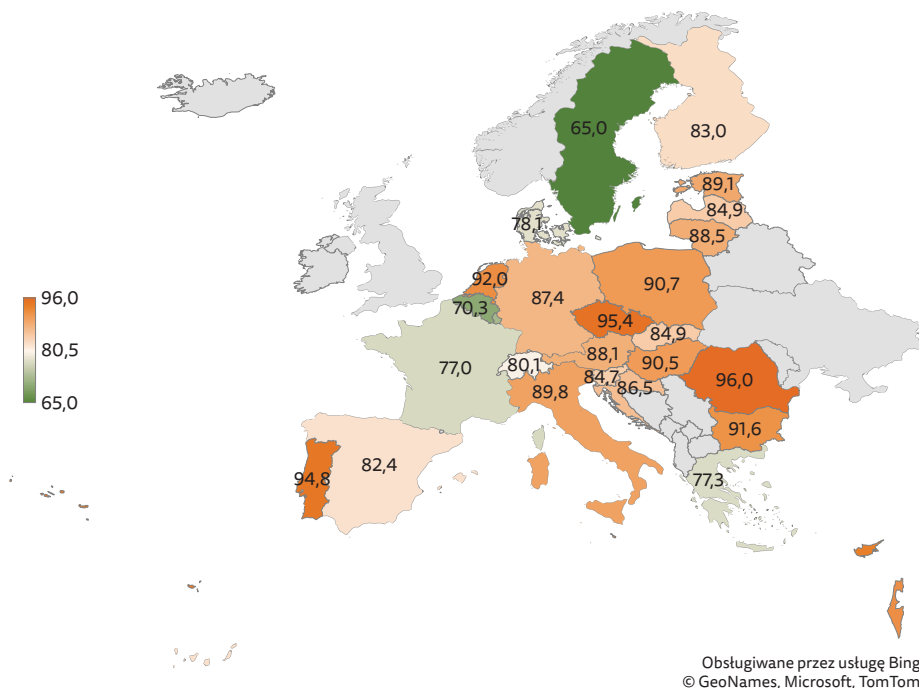
Pogłębione analizy² pokazują, że statystycznie częściej z domu pracowały kobiety, osoby aktywne zawodowo powyżej 70. roku życia (zarówno w Europie, jak i w Polsce), w szczególności także kobiety w wieku 55–59 lat (w Europie). Częściej również pracę zdalną wykonywały osoby z wyższym wykształceniem, zarówno w Europie, jak i w Polsce (co potwierdza prezentowane wcześniej statystyki opisowe), a także mieszkańcy krajów, w których była wdrożona bardziej restrykcyjna polityka w okresie pandemii, oraz tam, gdzie była większa liczba zachorowań. Rzadziej natomiast z tej formy wykonywania pracy korzystały osoby z niższym wykształceniem (co ponownie potwierdza wcześniejsze analizy).

Warto podkreślić, że dominująca część osób (85,3%) deklarowała, że wykonywała pracę w swoim typowym miejscu pracy³. Najczęściej w typowym miejscu pracowały osoby w wieku 50 lat i więcej w Rumunii, Portugalii, Czechach. W Polsce był to również odsetek wyższy niż przeciętna 90,7%. Natomiast znacznie rzadziej niż przeciętnie w swoim standardowym miejscu pracy pracowali Szwedzi, Belgowie, Grecy i Francuzi (rysunek 4.13).

² Z wykorzystaniem modeli regresji logistycznej.

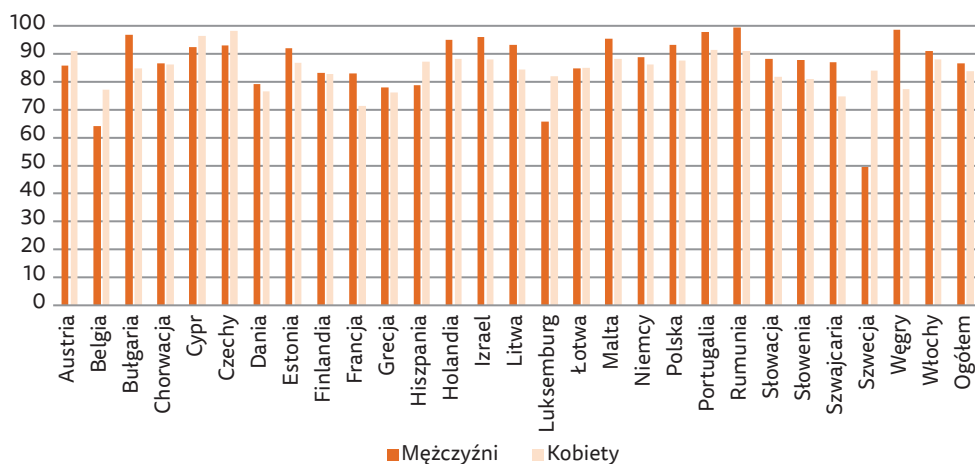
³ Ponieważ osoby mogły wykonywać pracę w różnych formach, w sposób mieszany, podane odsetki nie sumują się do 100%.

Rysunek 4.13. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy w typowym miejscu pracy w okresie pandemii (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 4.14. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy w typowym miejscu pracy w okresie pandemii według płci (w %)



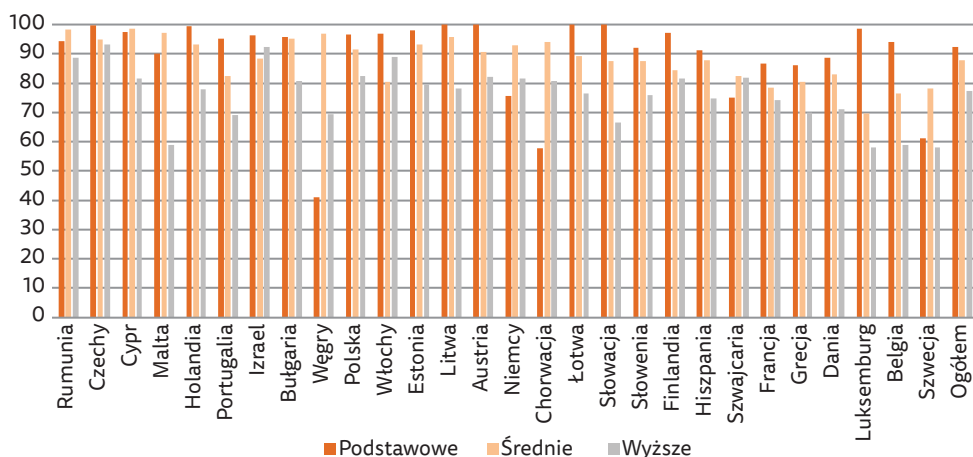
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Przeciętnie w Europie, także w Polsce, mężczyźni częściej niż kobiety deklarowali wykonywanie pracy w typowym miejscu. W siedmiu krajach (Szwecja, Luksemburg, Belgia, Hiszpania, Czechy, Austria, Cypr) kobiety częściej deklarowały pracę z typowego miejsca pracy (rysunek 4.14).

Jak można było oczekiwać, osoby z niższym wykształceniem częściej deklarowały wykonywanie pracy z typowego miejsca pracy (rysunek 4.15). W niektórych krajach jednak w grupie osób z najniższym poziomem wykształcenia odsetki te były niższe niż wśród osób z wykształceniem średnim (Węgry, Niemcy, Szwecja, Szwajcaria, Rumunia, Chorwacja, Malta i Cypr). W Izraelu i we Włoszech z kolei osoby z wykształceniem wyższym częściej niż z te z wykształceniem średnim pracowały w typowym miejscu pracy. W Polsce rozkład osób deklarujących wykonywanie pracy w typowym miejscu był zgodny z przeciętnym, przy czym udział takich osób w każdej grupie wykształcenia był wyższy niż średnia dla wszystkich krajów.

Pogłębione analizy pokazują, że wśród wszystkich respondentów badania kobiety rzadziej pracowały w typowym miejscu pracy, tak samo było w przypadku starszych pracowników (po 65. roku życia). Analizy te również potwierdzają, że osoby z wyższym wykształceniem rzadziej pracowały w typowym miejscu pracy. W przypadku respondentów z Polski wyniki wskazują na istotność statystyczną jedynie wykształcenia – podobnie jak dla całej próby osoby z wyższym wykształceniem rzadziej pracowały w typowym miejscu pracy. Warto jednak podkreślić, że przy mniejszej wielkości próby oszacowania parametrów mają znacznie większe błędy, co ma wpływ na ocenę istotności analizowanych cech.

Rysunek 4.15. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy w typowym miejscu pracy w okresie pandemii według wykształcenia (w %)

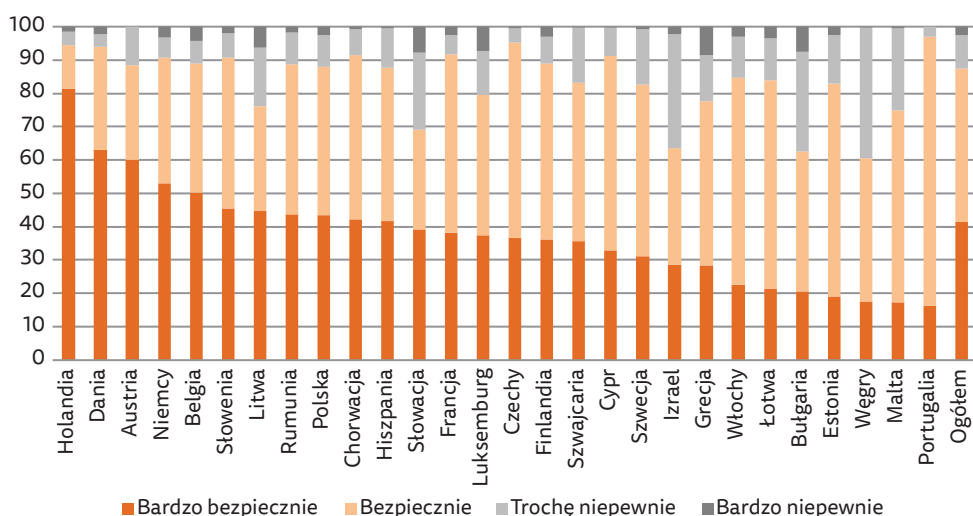


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

4.3. Poczucie bezpieczeństwa w pracy

W badaniu SHARE Corona 2 pytano respondentów, czy w związku z pandemią czuli się bezpiecznie w miejscu pracy. Uzyskane wyniki pokazały, że większość badanych czuła się bezpiecznie lub bardzo bezpiecznie. Jedynie w kilku krajach (Węgry, Bułgaria, Izrael czy Słowacja) odsetek osób wskazujących, że czują się niepewnie, wykonując pracę, przekraczał 30%. W Polsce niemal 90% pracujących w wieku 50+ deklarowało, że czuje się bezpiecznie lub bardzo bezpiecznie w pracy (rysunek 4.16).

Rysunek 4.16. Struktura osób według poczucia bezpieczeństwa w pracy (w %)



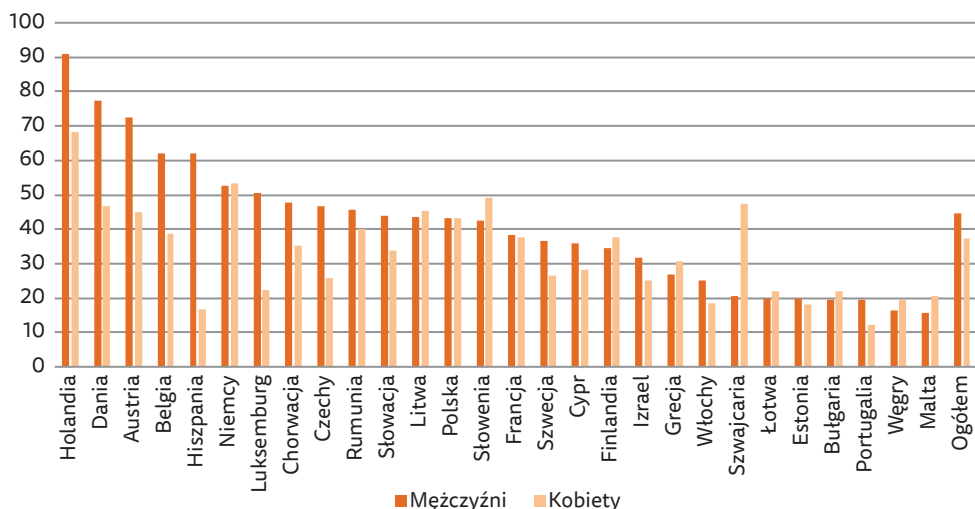
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

W większości krajów mężczyźni deklarowali, że czuli się bezpiecznie w miejscu pracy. Wśród wszystkich krajów 44,8% mężczyzn w porównaniu do 37,3% kobiet stwierdziło, że w pracy czuli się „bardzo” bezpiecznie (rysunek 4.17). W Polsce odsetek kobiet i mężczyzn deklarujących poczucie wysokiego bezpieczeństwa był podobny i wynosił odpowiednio 43,4% i 43,3%. Największa różnica pomiędzy mężczyznami i kobietami występowała w Hiszpanii, Danii, Luksemburgu i Austrii. W dziesięciu krajach to kobiety czuły się bardziej bezpiecznie, ale duża różnica w poczuciu bezpieczeństwa na korzyść kobiet jest odnotowywana jedynie w Szwajcarii.

Poczucie bezpieczeństwa w pracy również różniło się pod względem wykształcenia. Przy czym, jak widać na rysunku 4.18, zależności te różnią się istotnie pomiędzy krajami. W Belgii, Litwie, Polsce, Słowacji, Luksemburgu, Finlandii, Cyprze, Izraelu, Łotwie, Malcie i Estonii poczucie bezpieczeństwa było najwyższe wśród osób z naj-

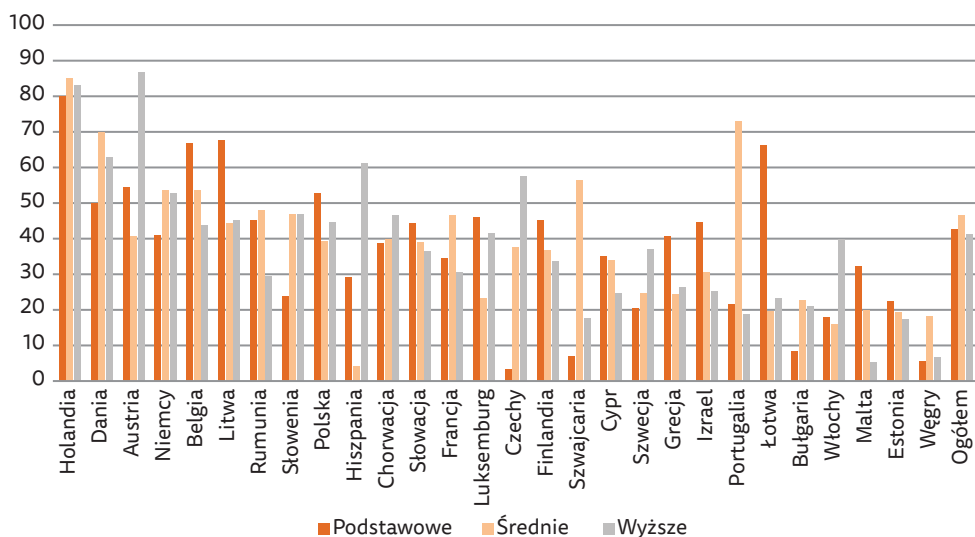
niższym wykształceniu. Z kolei w Austrii, Słowenii, Hiszpanii, Chorwacji, Czechach, Szwecji i Włoszech osoby z najwyższym poziomem wykształcenia częściej deklarowały, że czuły się bardzo bezpiecznie.

Rysunek 4.17. Osoby deklarujące, że czują się „bardzo bezpiecznie” w pracy według płci (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 4.18. Osoby deklarujące, że czują się „bardzo bezpiecznie” w pracy według wykształcenia (w %)



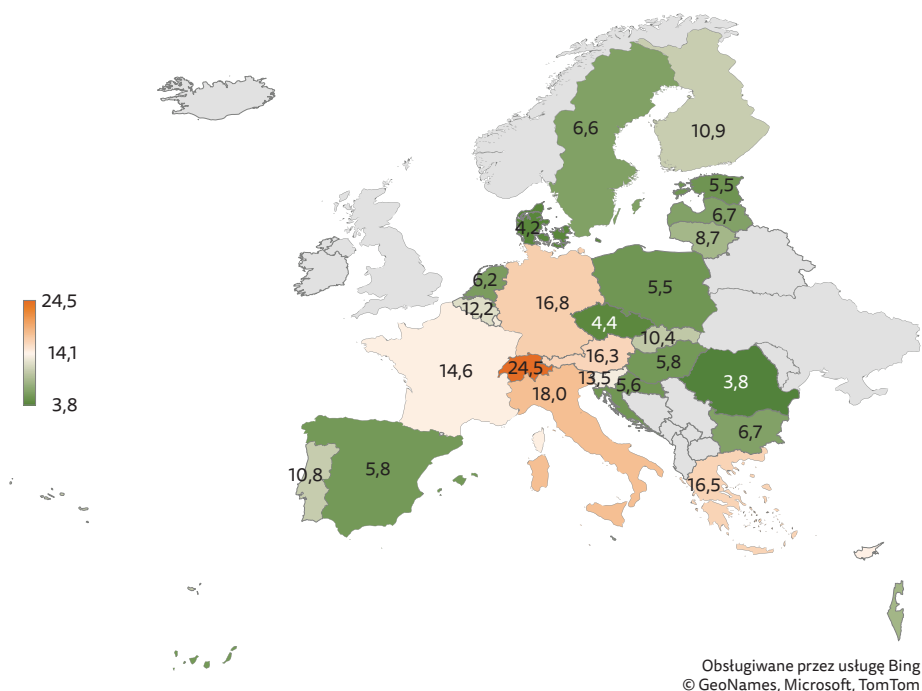
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Pogłębione analizy pokazały, że wśród wszystkich respondentów częściej bezpiecznie lub bardzo bezpiecznie w pracy czuły się osoby w wieku 50–64 lata, a rzadziej osoby powyżej 70. roku życia (w porównaniu do osób w wieku 65–69 lat). Z kolei rzadziej kobiety, osoby zamieszkałe w gospodarstwach domowych z trzema lub więcej osobami, a także osoby z wyższym wykształceniem. Wśród respondentów z Polski istotne zależności były obserwowane jedynie w przypadku wieku – bezpieczniejszy czuły się w pracy osoby poniżej 65. roku życia.

4.4. Czas pracy

Ostatnim aspektem związanym z wykonywaniem pracy w trakcie pandemii, który był badany w SHARE, był wydłużony lub skrócony czas pracy.

Rysunek 4.19. Odsetek osób deklaruujących wykonywanie pracy ze zmniejszoną liczbą godzin w okresie pandemii (w %)



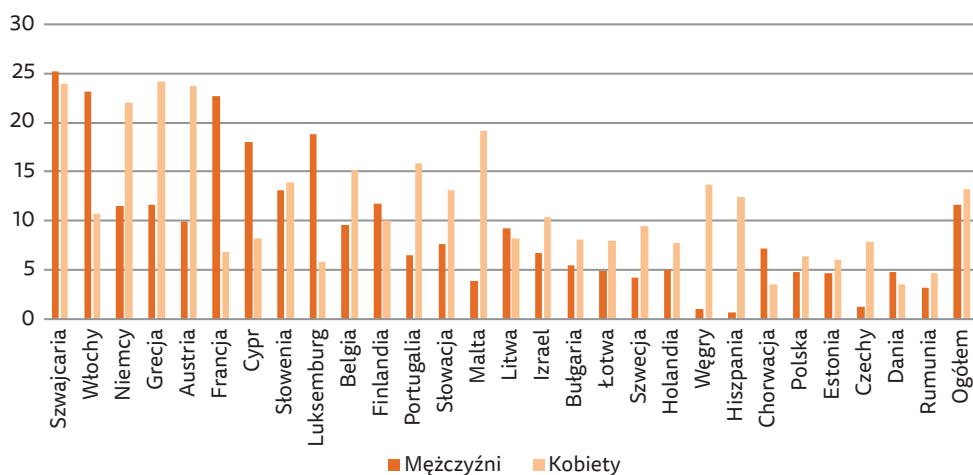
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Ogółem w badanych krajach 12,4% pracujących w wieku 50 lat i więcej wskazało, że w trakcie pandemii ich czas pracy był krótszy niż standardowo (rysunek 4.19).

Najczęściej w krótszym wymiarze pracowali mieszkańcy Szwajcarii, Włoch, Niemiec, Grecji i Austrii. Najrzadziej zmniejszoną liczbę godzin pracy sygnalizowali mieszkańcy Rumunii, Danii i Czech. W Polsce 5,5% osób (a więc znacznie mniej niż przeciętnie) wskazywało, że miały krótsze godziny pracy.

Przeciętnie we wszystkich badanych krajach nieco więcej kobiet niż mężczyzn pracowało krócej niż standardowo (odpowiednio 13,2% w porównaniu do 11,6%). Również w Polsce kobiety częściej pracowały krócej (6,4% kobiet w porównaniu do 4,8% mężczyzn), co ilustruje rysunek 4.20. Warto jednak zauważyć, że w kilku krajach (w szczególności Włochy, Francja, Cypr, Luksemburg, Chorwacja) więcej mężczyzn deklaroowało pracę w krótszych godzinach. Różnica pomiędzy kobietami i mężczyznami była również większa w Niemczech, Grecji, Austrii, Belgii, Portugalii, Słowacji, Węgrzech, Hiszpanii i Czechach.

Rysunek 4.20. Odsetek osób deklaruujących wykonywanie pracy ze zmniejszoną liczbą godzin w okresie pandemii według płci (w %)



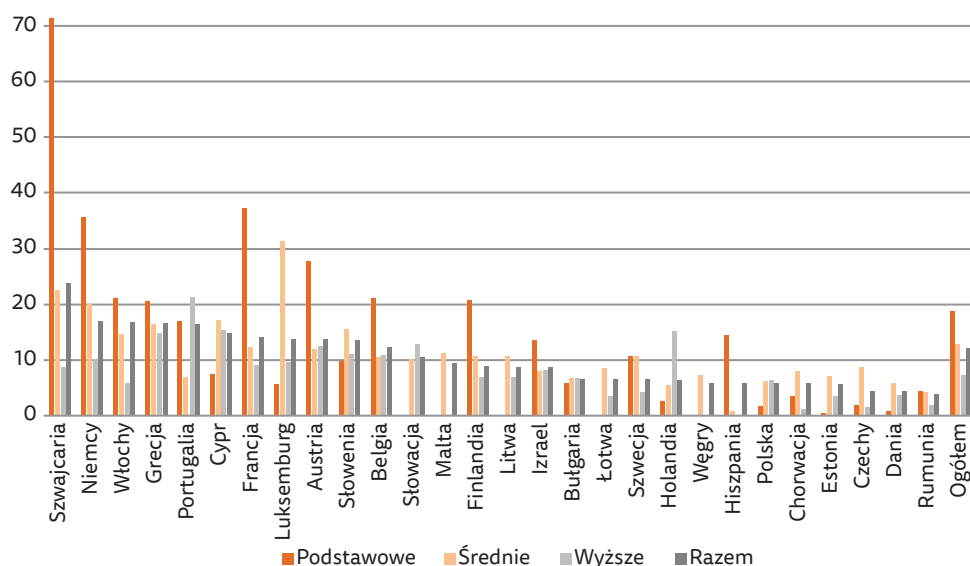
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Wykształcenie także różnicowało czas wykonywania pracy. W całej populacji badanych częściej zmniejszoną liczbę godzin pracy deklarowały osoby z niższym wykształceniem, szczególnie w Szwajcarii, Francji, Niemczech, Austrii i Finlandii (rysunek 4.21). W Polsce sytuacja kształtowała się odmiennie – osoby z niższym wykształceniem najrzadziej deklarowały pracę w krótszym wymiarze – 1,7% osób w porównaniu do 6,5% wśród osób z wyższym wykształceniem.

Pogłębione analizy pokazują, że wśród całej badanej populacji częściej mniejszą liczbę godzin pracowały kobiety, osoby w wieku 70–74 lata oraz z niższym poziomem wykształcenia. Częściej także krócej pracowały osoby mieszkające w krajach, w których

był wyższy wskaźnik rygoru rządowego. Natomiast osoby z wyższym wykształceniem rzadziej deklarowały pracę w skróconych godzinach. W Polsce jedyna statystycznie istotna zależność jest obserwowana wśród osób najmłodszych, w wieku 50–54 lata.

Rysunek 4.21. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zmniejszoną liczbą godzin w okresie pandemii według wykształcenia (w %)

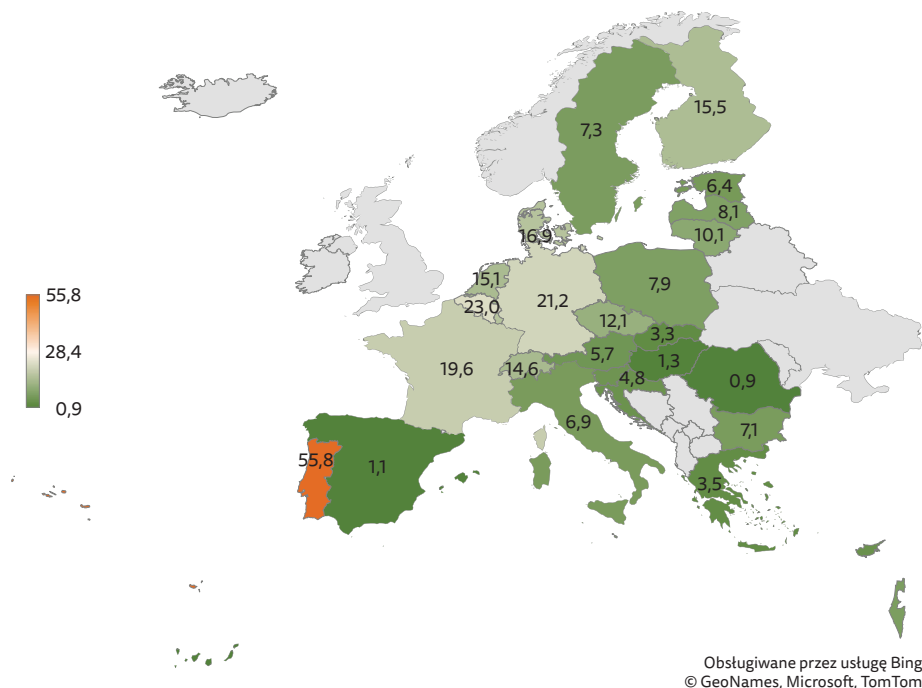


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Część osób w trakcie pandemii pracowała również dłużej (rysunek 4.22). Ogółem wśród całej populacji badanych pracę dłużej deklarowało 13,6% osób (a więc nieco więcej niż pracę skróconą). Wśród badanych krajów wyróżnia się Portugalia, gdzie pracę wydłużoną deklarowało 55,8% pracujących powyżej 50. roku życia, w Belgii i Niemczech zaś więcej niż jeden na pięciu pracujących w tej grupie wieku. W Polsce 7,9% osób wskazało, że pracowało dłużej niż zwykle. Najrzadziej dłuższą pracę deklarowali mieszkańcy Rumunii, Hiszpanii i Węgier.

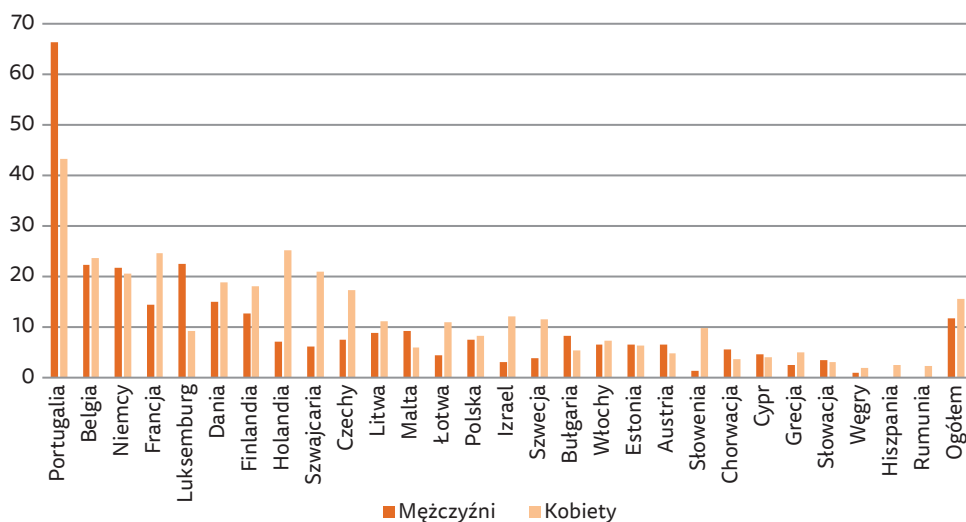
Podobnie jak w przypadku pracy skróconej również w przypadku wydłużonego czasu pracy częściej takiej sytuacji doświadczały kobiety (rysunek 4.23). Przewaga kobiet była szczególnie widoczna w Holandii, Szwajcarii, Czechach, Francji, Izraelu, Szwecji i Słowenii. W dziesięciu krajach mężczyźni częściej pracowali dłużej, różnica ta była szczególnie widoczna w Portugalii i Luksemburgu. W Polsce nieco więcej kobiet deklarowało pracę ze zwiększoną liczbą godzin, chociaż różnica nie była duża (7,6% mężczyzn i 8,3% kobiet).

Rysunek 4.22. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zwiększoną liczbą godzin w okresie pandemii (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

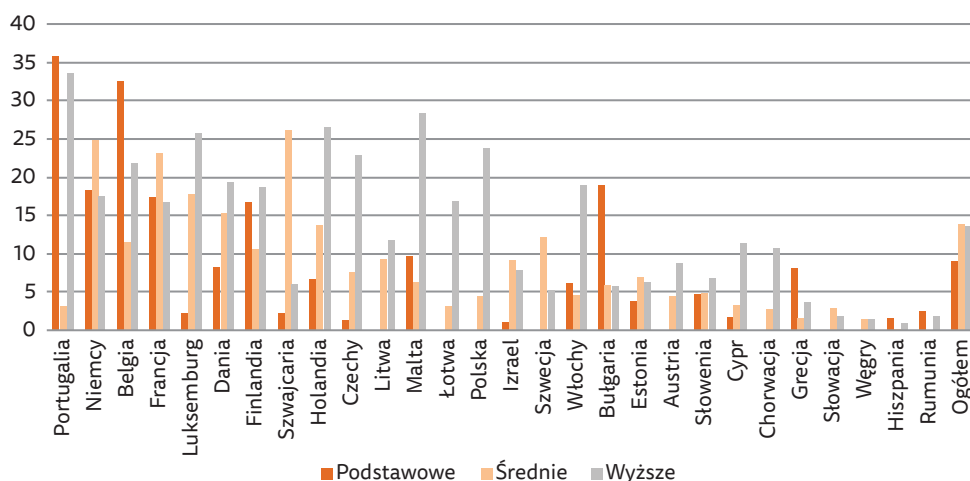
Rysunek 4.23. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zwiększoną liczbą godzin w okresie pandemii według płci (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Wydłużony czas pracy częściej deklarowały osoby z wykształceniem średnim lub wyższym (rysunek 4.24). Taka zależność była szczególnie widoczna w Luksemburgu, Czechach, Malcie, Łotwie, Polsce, Włoszech i Cyprze. Natomiast w Portugalii, Belgii, Bułgarii i Grecji najwyższy udział pracujących w wydłużonym czasie był odnotowany wśród osób z wykształceniem podstawowym.

Rysunek 4.24. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zwiększoną liczbą godzin w okresie pandemii według wykształcenia (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Pogłębione analizy pokazały, że wśród wszystkich respondentów badania rzadziej w wydłużonych godzinach pracowali najstarsi pracownicy (powyżej 75. roku życia), a także osoby z krajów, w których odnotowano więcej zgonów z powodu zakażenia COVID-19. Z kolei częściej taką pracę wykonywały osoby mieszkające w krajach o wyższej wartości Wskaźnika Rygoru Rządowego, a także wyższej częstości zachorowań na COVID-19. Z kolei w Polsce jedynym istotnym czynnikiem okazało się wyższe wykształcenie.

4.5. Kobiety i mężczyźni na rynku pracy w okresie pandemii COVID-19

Analiza przedstawiona w poniższym podrozdziale jest ograniczona do próby osób w wieku 50–64 lata, z uwagi na koncentrację na zagadnieniu aktywności zawodowej. Celem jest odpowiedź na pytanie, czy polityki wprowadzone w reakcji na pandemię

COVID-19 miały taki sam wpływ na sytuację na rynku pracy kobiet i mężczyzn. Badana próba osób dotyczy respondentów z krajów, w których przeprowadzono badanie Share Corona 2. Sekcja ta powtarza część informacji analizowanych we wcześniejszych częściach raportu, skupiamy się jednak na pokazaniu różnic między sytuacją kobiet i mężczyzn na rynku pracy. Z tego względu też ograniczamy się do osób w wieku 50–64 lata, w większości nadal aktywnych zawodowo. Interesuje nas także przecięcie wymiaru aktywności zawodowej i zdrowia. Pokazujemy sytuację w Polsce na tle pozostałej próby krajów, dla każdego z analizowanych wymiarów.

Prawie 47% analizowanej próby to respondenci, którzy nadal pracują. Odsetek pracujących jest wyższy wśród mężczyzn (53%) niż wśród kobiet (42%). Ponad 28% respondentów jest na emeryturze, co częściej dotyczy mężczyzn (32%) niż kobiet (25%). Kobiety znacznie częściej deklarują wykonywanie pracy domowej (25%). Odsetek osób bezrobotnych jest niewielki: 4% kobiet, 6% mężczyzn. W Polsce niższy jest odsetek osób pracujących (44%), co wynika przede wszystkim z niższego udziału pracujących kobiet (39%). Jednocześnie Polska wyróżnia się wysokim odsetkiem kobiet, które są na emeryturze – 43% całej ankietowanej próby. Odsetek Polaków na emeryturze jest względnie niski na tle średniej dla badania (22%).

Stan zdrowia badanych kobiet i mężczyzn jest względnie podobny. Około 27% respondentów i 25% respondentek deklaruje bardzo dobry stan zdrowia, ok. 46% – dobry, ok. 27% – zły stan zdrowia. Różnice w odsetkach deklaracji wśród kobiet i mężczyzn są niewielkie i statystycznie nieistotne. Tylko ok. 5% respondentów zadeklarowało, że ich zdrowie poprawiło się w ciągu trzech ostatnich miesięcy (poprzedzających badanie). W badanej populacji poprawa zdrowia w podobnym stopniu dotyczyła kobiet i mężczyzn. Częściej odnotowano pogorszenie sytuacji zdrowotnej u 10% ankietowanych respondentów, ale w podobnym stopniu obejmowało to kobiety i mężczyzn. Mieszkańcy Polski częściej deklarowali pogorszenie stanu zdrowia (niż średnio w pozostałych ankietowanych 27 krajach), a rzadziej jego poprawę. Odmienne niż w całej próbie w Polsce zmiana sytuacji zdrowotnej kobiet i mężczyzn była różna. Zdrowie Polek pogorszyło się bardziej niż Polaków, takie pogorszenie zadeklarowała co piąta Polka w analizowanej grupie.

Odsetek respondentów w całej próbie, którzy odpowiedzieli pozytywnie na pytanie o przechorowanie COVID-19, sięga 7%. Odsetek ten był nieznacznie wyższy wśród mężczyzn. Jednocześnie wśród respondentów z Polski znacznie częściej padały deklaracje przejścia COVID-19 – dotyczyło to ponad 13% próby Polaków, przy przewadze zachorowań wśród kobiet (14%, przy 12% ozdrowieńców wśród mężczyzn z Polski).

Niespełna 6% respondentów zadeklarowało, że od ostatniego badania straciło pracę (zostało zwolnionych lub musiało zamknąć działalność gospodarczą). Utrata pracy dotyczyła nieznacznie częściej mężczyzn niż kobiet. W Polsce odsetek osób tracących

pracę był dwukrotnie niższy, co potwierdza obserwacje makroekonomiczne dotyczące relatywnie słabszego wpływu COVID-19 na rynek pracy w Polsce. Podobnie jak w innych krajach utrata pracy częściej dotyczyła w Polsce mężczyzn niż kobiety w Polsce, różnice nie są jednak statystycznie istotne (3% wśród mężczyzn, 2,7% wśród kobiet).

W badanych krajach nieco ponad 4% pracowników przeszło na emeryturę po wybuchu pandemii COVID-19. Wycofanie się z rynku pracy na emeryturę częściej dotyczyło mężczyzn (5%) niż kobiet (3,3%). Niestety z uwagi na małą liczebność próby nie można ustalić, w jakim stopniu wycofanie się z rynku pracy do bierności zawodowej było podyktowane wybuchem pandemii. W Polsce odsetek osób przechodzących na emeryturę był wyższy (5%), w szczególności wśród kobiet (6% przy 3,7% dla mężczyzn).

Ponad 10% łącznej próby respondentów zadeklarowało, że miało możliwość pracy z domu. Odsetek ten był nieznacznie wyższy wśród kobiet (11%) niż mężczyzn (10%). W Polsce możliwość pracy z domu była rzadsza: dotyczyła łącznie 8% ankietowanych pracowników, z wyraźną różnicą płciową. Praca z domu dotyczyła 10% Polek i 6% Polaków, co częściowo można wyjaśnić lepszym wykształceniem kobiet i ich częstszym zatrudnieniem na miejscach pracy, w których praca z domu jest możliwa.

Niewielki odsetek łącznej liczby respondentów (ok. 6%) zadeklarował, że od ostatniego wywiadu pracuje krócej (mniejszą liczbę godzin, czasowo lub na stałe). Nieco mniejszy odsetek pracowników (4%) pracuje dłużej. Zmiany te w podobnym stopniu dotknęły mężczyzn i kobiety. W Polsce odsetek osób pracujących krócej jest dwukrotnie niższy niż średnio w badaniu, ale wzorce także są podobne wśród kobiet i mężczyzn. Odsetek osób pracujących dłużej w Polsce także wynosi ok. 4%, i jest wyższy wśród mężczyzn.

Wsparcie finansowe w okresie pandemii (rekompensata krótszego czasu pracy, zasiłki dla osób bezrobotnych, wsparcie finansowe w ramach pomocy społecznej) otrzymał co dziesiąty respondent, odsetek ich jest prawie identyczny wśród kobiet i mężczyzn. W Polsce wsparcie było wyraźnie rzadsze: otrzymało je 5% ankietowanych, i były to częściej kobiety.

Jednym z czynników, które mogłyby różnicować wpływ COVID-19 na aktywność zawodową kobiet i mężczyzn jest potencjalnie różny odsetek zaszczepionych osób wśród kobiet i mężczyzn. Dane wskazują jednak, że taka sytuacja nie ma miejsca. Ponad 75% respondentów badania SHARE twierdzi, że jest zaszczepiony, i nie ma większej różnicy między kobietami i mężczyznami (odpowiednio: 75% i 77% zaszczepionych). W Polsce odsetek osób zaszczepionych jest niższy (ok. 68%), z nieznaczną przewagą odsetka zaszczepionych wśród kobiet.

Podsumowując, w okresie pandemii sytuacja badanych kobiet i mężczyzn w wieku 50–64 lata w Europie jest różna pod wieloma względami. Kobiety rzadziej pracują, rzadziej są też na emeryturze, a częściej deklarują się jako pracujące w domu. Mężczyźni

częściej tracili pracę w okresie pandemii i częściej wycofywali się na emeryturę. Jednocześnie zmiany stanu zdrowia kobiet i mężczyzn były podobne w okresie pandemicznym.

Polska wyróżnia się spośród innych ankietowanych krajów pod kilkoma względami. Po pierwsze, Polki mają wyraźnie niższy wskaźnik zatrudnienia w porównaniu do mieszkanki innych badanych krajów (i w porównaniu do Polaków), a w okresie pandemii różnice te pogłębiły się, z uwagi na częstsze przechodzenie Polek na emeryturę. Po drugie, pogorszyło się zdrowie dużego odsetka kobiet w Polsce. Po trzecie, względnie wysoki odsetek Polaków i Polek zadeklarował, że chorował na COVID-19. Ponadto uwidacznia się mało elastyczna reakcja polskiego rynku pracy na pandemię – rzadszej pracy z domu, rzadszego ograniczenia czasu pracy – choć warto podkreślić, że także przed pandemią rynek pracy w Polsce charakteryzowała niska elastyczność czasu pracy. Częstszą reakcją była dezaktywizacja zawodowa, co tłumaczy też częściowo niski poziom bezrobocia w analizowanej grupie. Wsparcie finansowe było rzadkie.

4.6. Zmiany w zdrowiu psychicznym a aktywność zawodowa

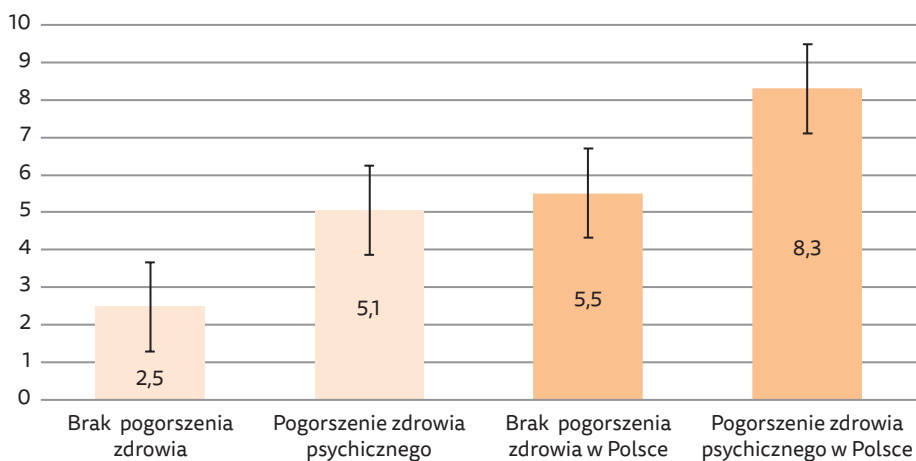
Także w tym podrozdziale analiza jest ograniczona do próby osób w wieku 50–64 lata z uwagi na koncentrację na zagadnieniu aktywności zawodowej. Uwzględnieni są respondenci z krajów, w których przeprowadzono badanie SHARE Corona 2. Sekcja ta powtarza część informacji analizowanych we wcześniejszych częściach raportu, skupiamy się jednak na pokazaniu różnic między sytuacją kobiet i mężczyzn na rynku pracy w kontekście ich aktywności zawodowej i zdrowia psychicznego. Pokazujemy sytuację w Polsce na tle pozostałej próby krajów, dla każdego z analizowanych wymiarów.

Sytuacja w zakresie zdrowia psychicznego była wyraźnie zróżnicowana płciowo wśród osób w wieku 50–64 lata. Jedna czwarta ankietowanych zadeklarowała, że w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem odczuwała smutek lub przygnębienie. Odsetek ten był wyraźnie wyższy wśród kobiet (30%) niż mężczyzn (19%). Prawie 11% respondentów odczuło częstsze uczucie smutku lub depresji w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie, i znacznie częściej dotyczyło to kobiet (13%) niż mężczyzn (8%). W Polsce odsetek osób, które od miesiąca częściej czują się smutne lub z objawami depresji, jest jeszcze wyższy: 14% (16% kobiet i 11% mężczyzn).

Pogorszenie stanu zdrowia psychicznego (mierzone jako odczuwanie smutku lub depresji) było rzadsze wśród osób pracujących (9%) niż niepracujących (12%). W Polsce obserwowano podobny wzorec. Wśród niepracujących częstszy smutek lub depresję deklarowały przede wszystkim osoby z (deklarowaną przez siebie) niepełnosprawnością – dotyczyło to przeciętnie 18% respondentów (19% w Polsce). Ponadto widać wyraźną korelację między sytuacją na rynku pracy a stanem zdrowia psychicznego:

osoby, które straciły pracę, dwukrotnie częściej deklarowały częstsze poczucie smutku i depresji (rysunek 4.25). W Polsce wśród osób, którym pogorszyło się zdrowie psychiczne, wyższy był odsetek tracących pracę. Konieczne jest podkreślenie, że nie przesądza to o zależnościach przyczynowo-skutkowych i ich kierunku: pogorszenie zdrowia psychicznego może być konsekwencją utraty pracy, ale także jej przyczyną. Obserwowane różnice są istotne statystycznie.

Rysunek 4.25. Utrata pracy a stan zdrowia psychicznego w krajach objętych badaniem SHARE Corona 2 ogółem (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Ponadto w analizowanych krajach pogorszenie zdrowia psychicznego (częstsze odczuwanie smutku i depresji) częściej dotyczyło osób przechodzących na emeryturę. Ponownie nie przesądza to kierunku przyczynowości.

Zmiany sytuacji finansowej gospodarstw domowych osób w wieku 50+ w trakcie rozwoju pandemii

Tomasz Panek, Jan Zwierzchowski

Po wybuchu pandemii COVID-19 państwa europejskie wprowadzały różnego rodzaju ograniczenia dotyczące funkcjonowania gospodarki, które skutkowały m.in. pogorszeniem się sytuacji na rynku pracy, co jest szczegółowo omówione w poprzednim rozdziale. Ponadto wiele osób, szczególnie starszych, w obawie o zdrowie dobrowolnie rezygnowało lub ograniczało swoją aktywność ekonomiczną, co także prowadziło do spadku ich dochodów. Spadek dochodów powodował, że gospodarstwa domowe posiadające oszczędności musiały z nich korzystać, aby zaspokoić swoje potrzeby. Gdy nie posiadały one wystarczających środków finansowych nagromadzonych w poprzednich okresach, aby zaspokoić swoje podstawowe potrzeby, były zmuszone do znacznych ograniczeń swoich wydatków, w tym nie regulować na bieżąco płatności za czynsz, odkładać spłatę pożyczek i kredytów oraz opłaty za różnego rodzaju inne zobowiązania.

Aby złagodzić negatywne efekty ograniczeń w życiu gospodarczym i przeciwdziałać pogarszaniu się sytuacji materialnej ludności, państwa wprowadzały różne rozwiązania osłonowe skierowane do firm, samorządów oraz osób prywatnych. Zmniejszenie aktywności ekonomicznej osób starszych spowodowane pandemią oraz działania osłonowe państwa z różną siłą oddziaływały na sytuację finansową gospodarstw domowych osób 50+ w trakcie pandemii. W niniejszym rozdziale podjęto próbę oceny zmian sytuacji finansowej tej grupy gospodarstw domowych w Polsce w trakcie trwania pandemii na tle wybranych krajów europejskich.

5.1. Metodyka analiz

O ocenie sytuacji finansowej gospodarstwa domowego osób w wieku 50 lat i więcej decyduje nie tylko poziom ich miesięcznych dochodów netto. Na ocenę tej sytuacji powinny składać się również kategorie odnoszące osiągnięte dochody do potrzeb gospodarstw domowych. W niniejszym badaniu w tym celu zostały wykorzystane takie kategorie, jak:

- posiadanie oszczędności;
- subiektywne odczucia badanych osób odnośnie do stopnia trudności „wiązania końca z końcem” przy uzyskiwanych miesięcznych dochodach przez ich gospodarstwa domowe, a w efekcie:
- konieczność sięgnięcia po oszczędności, aby pokryć niezbędne codzienne wydatki,
- konieczność odkładania regularnych płatności.

Sytuacja finansowa w drugiej fazie pandemii ze względu na jej poszczególne komponenty

W prowadzonym badaniu w pierwszym etapie dokonano analizy sytuacji finansowej gospodarstw domowych osób w wieku 50+ w drugiej fazie pandemii (w badaniu SHARE Corona 2) ze względu na jej poszczególne komponenty. W opisie tej sytuacji uwzględniono wskazania osób w wieku 50+ dotyczące stopnia trudności „wiązania końca z końcem” ich gospodarstw domowych, posiadania oszczędności, konieczności sięgnięcia po oszczędności oraz konieczności odłożenia regularnych płatności (tabela A3 w Aneksie).

Sytuacja finansowa ogółem w drugiej fazie pandemii

Do oceny sytuacji finansowej ogółem (ze względu na wszystkie jej komponenty łącznie) w drugiej fazie pandemii wykorzystano syntetyczny wskaźnik stanu sytuacji finansowej ogółem. W celu obliczeń wartości syntetycznego wskaźnika negatywnej oceny sytuacji finansowej osoby 50+ opisywanej przez dany komponent (trudności „wiązania końca z końcem” przez gospodarstwo domowe przy jego miesięcznym dochodzie netto, nieposiadanie oszczędności, korzystanie z oszczędności, odkładanie regularnych płatności, tabela A3 w Aneksie) przypisywano temu komponentowi wartość wskaźnika cząstkowego równą 0, a pozytywnej ocenie równą 1 (łatwość „wiązania końca z końcem” przez gospodarstwo domowe przy jego miesięcznym dochodzie netto, posiadanie oszczędności, niekorzystanie z oszczędności, nieodkładanie regularnych płatności, tabela A3 w Aneksie). Następnie agregowano wskaźniki cząstkowe dla danej

osoby 50+ za pomocą formuły średniej arytmetycznej. Syntetyczne wskaźniki stanu sytuacji finansowej obliczone w powyższy sposób przyjmują wartości z przedziału od zera do jeden, gdzie jeden oznacza, że stan sytuacji finansowej gospodarstwa domowego danej osoby 50+ jest potencjalnie najbardziej pozytywny z potencjalnie możliwych do osiągnięcia, a zero – że jest potencjalnie najbardziej negatywny z możliwych do osiągnięcia. Ponadto wartości wskaźnika syntetycznego poniżej 0,5 wskazują na negatywną ocenę sytuacji finansowej, a powyżej 0,5 – na ocenę pozytywną. Syntetyczne wskaźniki stanu sytuacji finansowej dla badanych krajów są obliczane poprzez agregację tych wskaźników dla osób 50+ z tych krajów. Zaproponowana metoda pozwala na porównanie sytuacji finansowej badanych krajów w drugiej fazie pandemii.

Zmiany sytuacji finansowej pomiędzy fazami pandemii ze względu na jej poszczególne komponenty

Ocena zmian dochodów uzyskiwanych przez gospodarstwo domowe pomiędzy fazami pandemii bazowała na porównaniach jego minimalnych miesięcznych dochodów netto w badanych fazach pandemii (sprawdzenie, czy był on niższy, czy też wyższy).

W przypadku pozostałych komponentów w analizie porównawczej operowano porównaniami wskazań osób 50+ z tych gospodarstw dotyczących stopnia trudności „wiązanego końca z końcem” przy uzyskiwanych miesięcznych dochodach, konieczności sięgnięcia po oszczędności oraz konieczności odłożenia regularnych płatności. Tego typu postępowanie prowadzi do możliwości porównań uzyskanych wyników zarówno pomiędzy badanymi okresami, jak i krajami (tabela A4 w Aneksie).

Zmiany sytuacji finansowej ogółem pomiędzy fazami pandemii

W ocenie zmiany sytuacji finansowej ogółem gospodarstw domowych osób 50+ pomiędzy fazami pandemii uwzględniono łączny wpływ zmiany dochodów, subiektywnej oceny dochodów, konieczności korzystania z oszczędności oraz odkładania bieżących płatności. Do pomiaru zmian sytuacji finansowej pomiędzy fazami pandemii wykorzystano syntetyczny wskaźnik stopnia zmian tej sytuacji o analogicznej konstrukcji, jak syntetyczny wskaźnik stanu sytuacji finansowej. W celu obliczeń wartości tego wskaźnika negatywnej ocenie zmian sytuacji finansowej osoby 50+ opisywanej przez dany komponent (pogorszenie sytuacji, tabela A4 w Aneksie) przypisywano temu komponentowi wartość wskaźnika cząstkowego równą 0, pozytywnej ocenie wartość równą 1, a sytuacji braku zmian wartość 0,5. Następnie agregowano wskaźniki cząstkowe dla danej osoby 50+ za pomocą formuły średniej geometrycznej. Syntetyczne wskaźniki zmian sytuacji finansowej obliczone w powyższy sposób przyjmują

wartości z przedziału od zera do jeden, gdzie jeden oznacza, że zmiana sytuacji finansowej gospodarstwa domowego danej osoby 50+ jest potencjalnie najbardziej pozytywną z potencjalnie możliwych do osiągnięcia, a zero – że jest potencjalnie najbardziej negatywną z możliwych do osiągnięcia. Ponadto wartości wskaźnika syntetycznego poniżej 0,5 wskazują na negatywną ocenę zmian sytuacji finansowej, a powyżej 0,5 na ocenę pozytywną tych zmian. Wskaźniki stopnia zmian sytuacji finansowej dla badanych krajów są obliczane poprzez agregację tych wskaźników dla osób 50+ z tych krajów. Zaproponowana metoda pozwala na porównanie zmian sytuacji finansowej badanych krajów pomiędzy fazami pandemii.

Ocena związku między stopniem zmian sytuacji finansowej a wiekiem

Jedną z podstawowych determinant wpływających na stopień zmian sytuacji finansowej osób 50+ jest wiek respondentów. Dla oceny wpływu zmian wieku respondenta na zmiany sytuacji finansowej (na zmiany wartości syntetycznego wskaźnika zmian sytuacji finansowej) wyznaczono rozkłady wartości syntetycznego wskaźnika stopnia zmian sytuacji finansowej ze względu na wiek za pomocą regresji jądrowej dla każdego badanego kraju osobno. Regresja jądrowa jest metodą pozwalającą na znalezienie nieliniowej zależności (wyznaczenie krzywej regresji) między parą zmiennych losowych, którymi w naszym badaniu są syntetyczny wskaźnik stopnia zmian sytuacji finansowej i wiek badanych osób [Blundell, Duncan, 1998].

5.2. Analiza porównawcza zmian sytuacji finansowej gospodarstw domowych osób w wieku 50+ w trakcie pandemii w wybranych krajach europejskich

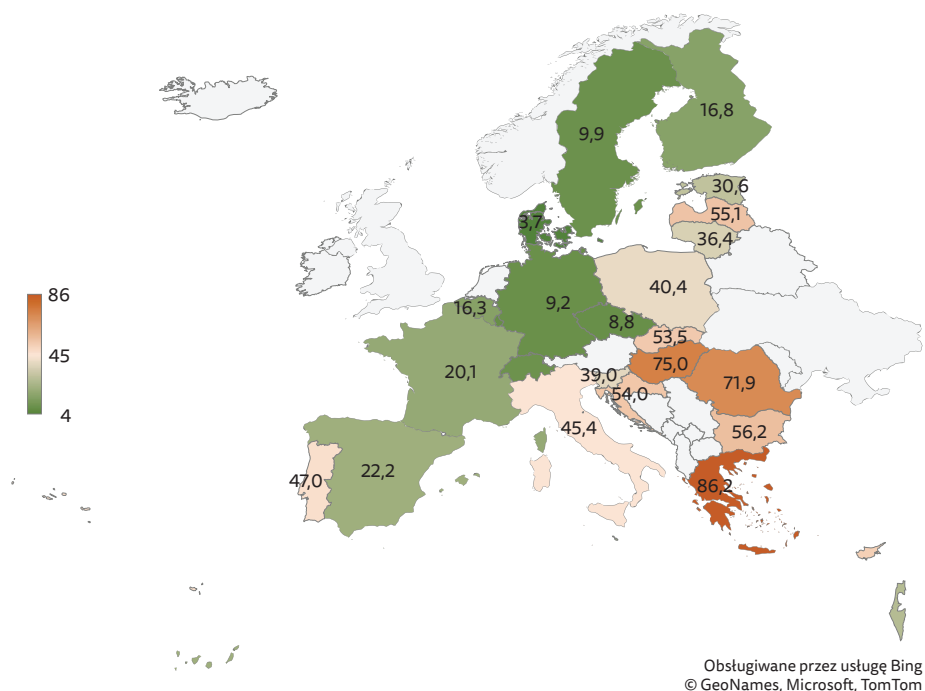
Zakres analizy

Ocena swojej sytuacji finansowej przez respondentów badania SHARE Corona 2 pokazuje jej znaczące zróżnicowanie w zależności od kraju. Jak to widać na rysunku 5.1, mieszkańcy krajów Europy Zachodniej i Północnej oceniają swoją sytuację znacznie lepiej niż mieszkańcy krajów w Europie Centralnej, Wschodniej i Południowej.

Szczegółową ocenę stopnia zmian sytuacji finansowej gospodarstw domowych przeprowadzono dla następujących czterech grup krajów europejskich, reprezentujących różne systemy opieki społecznej i systemy emerytalne, które są istotne dla wyjaśnienia tych zmian.

- grupa nordycka obejmuje Szwecję;
- grupa kontynentalna, w skład której wchodzi Francja i Niemcy;
- grupa śródziemnomorska, do której należą Grecja i Hiszpania;
- grupa wschodnioeuropejska obejmująca Czechy i Polskę.

Rysunek 5.1. Odsetek osób deklarujących trudności w „wiążaniu końca z końcem”



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Porównanie sytuacji finansowej osób w wieku 50+ w drugiej fazie pandemii w wybranych krajach europejskich

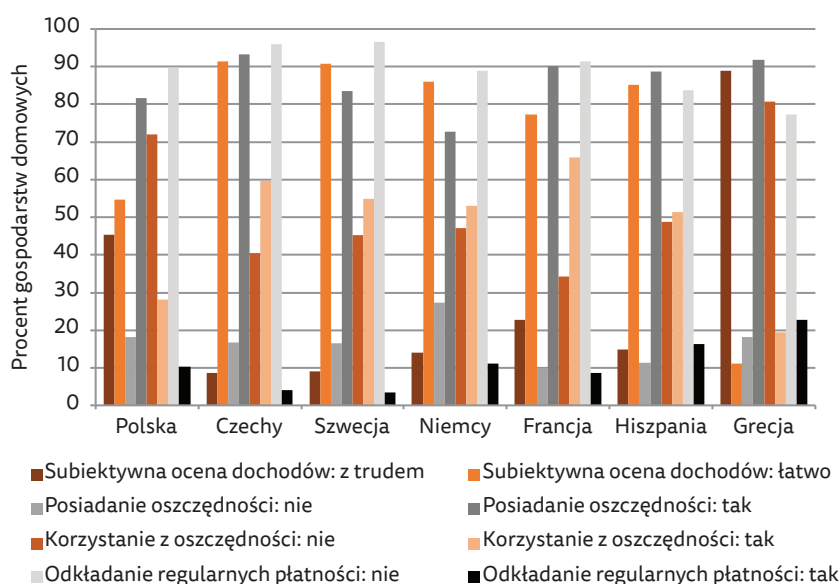
Rysunek 5.2 przedstawia średnie wartości czterech analizowanych wskaźników dla osób w wieku 50+ w badanych krajach. Ze względu na łatwość „wiążania końca z końcem” (subiektywna ocena dochodów) zdecydowanie wyróżnia się Grecja, gdzie niemal 90% osób wskazuje na trudną sytuację materialną. W Polsce ok. 45% osób w wieku 50+ ocenia subiektywnie sytuację materialną jako trudną. Spośród analizowanych krajów najniższa wartość tego wskaźnika została zaobserwowana w Czechach, gdzie jedynie 8% ocenia sytuację jako trudną, a ponad 90% wskazuje na łatwe „wiążanie końca z końcem”. Spośród analizowanych krajów Europy Zachodniej najgorsza sytuacja występuje we Francji, gdzie niemal 25% osób w wieku 50+ ma trudności w „wiążaniu końca

z końcem”. Odsetki te są niższe w pozostałych analizowanych krajach Europy Zachodniej i w Szwecji.

We wszystkich analizowanych krajach zdecydowana większość osób w wieku 50+ deklaruje posiadanie oszczędności. Odsetek ten jest najwyższy w Czechach, Grecji i Francji (ponad 90%), a najniższy w Niemczech – 73%.

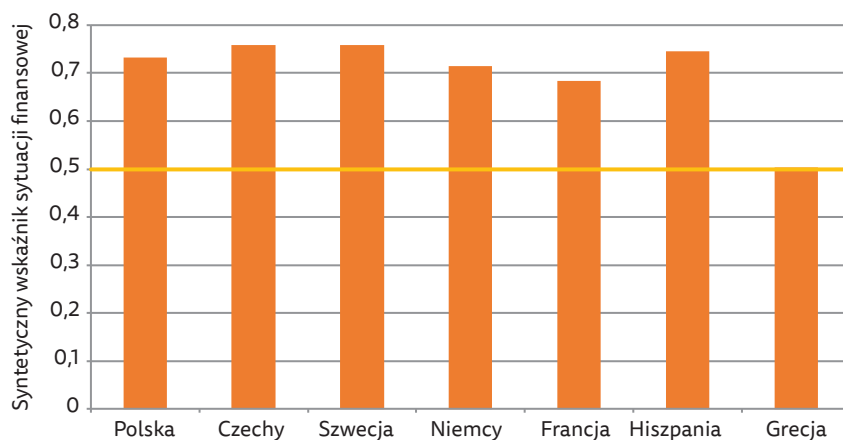
Trzecim analizowanym wymiarem jest fakt korzystania z oszczędności w drugiej fazie pandemii. Najwyższy odsetek osób w wieku 50+ korzystających z oszczędności dla zaspokojenia potrzeb bieżących zaobserwowano we Francji (66%), Czechach (60%), Szwecji (55%), Niemczech (53%) oraz Hiszpanii (51%). Co ciekawe, w Grecji, gdzie subiektywnie osoby w wieku 50+ najgorzej oceniają swoją sytuację materialną, a jednocześnie ponad 90% osób posiada oszczędności, odsetek osób faktycznie korzystających z oszczędności był najniższy i wyniósł jedynie 19%. W Polsce 28% osób w wieku 50+ deklarowało korzystanie z oszczędności.

Rysunek 5.2. Sytuacja finansowa osób w wieku 50 lat i więcej ze względu na jej komponenty w drugiej fazie pandemii (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli A5 w Aneksie.

Rysunek 5.3 przedstawia przeciętną sytuację finansową gospodarstw domowych osób 50+ w drugiej fazie pandemii. W najgorszej ogólnej sytuacji finansowej w drugiej fazie pandemii znalazły się osoby w wieku 50+ mieszkające w Grecji. Najwyższa wartość przeciętnej oceny sytuacji finansowej ogółem została zaobserwowana dla Hiszpanii, Szwecji i Czech. Nieco niższa dla Polski, Niemiec i Francji.

Rysunek 5.3. Sytuacja finansowa ogółem gospodarstw domowych osób w wieku 50 lat i więcej w drugiej fazie pandemii

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli A7 w Aneksie.

Porównanie zmian sytuacji finansowej osób w wieku 50 lat i więcej w trakcie pandemii w wybranych krajach europejskich

We wszystkich analizowanych krajach z wyjątkiem Francji i Hiszpanii większość osób w wieku 50+ ma niższe dochody ekwiwalentne niż na początku pandemii. W Szwecji ponad 2/3 osób w wieku 50+ wskazuje na pogorszenie dochodów. W Czechach, Grecji, Niemczech i Polsce odsetek ten przekracza 50%. We Francji ponad 40% osób wskazało na pogorszenie sytuacji finansowej. Z grupy analizowanych krajów wyróżnia się Hiszpania, gdzie zaledwie nieco ponad 10% osób w wieku 50+ wskazuje na pogorszenie się sytuacji dochodowej w trakcie trwania pandemii. Z drugiej strony, w Hiszpanii ponad 80% osób w wieku 50+ ma wyższe dochody ekwiwalentne¹ niż na początku pandemii.

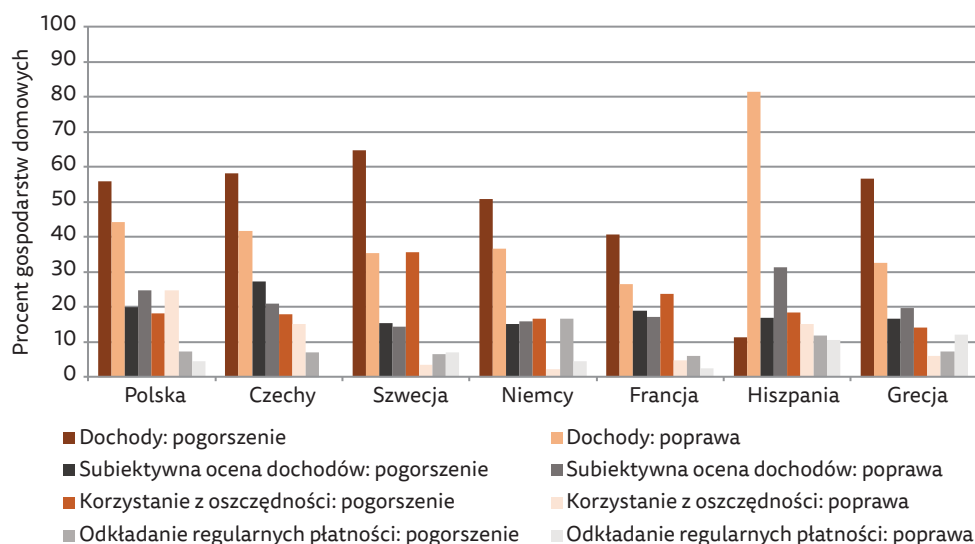
Podobnie w subiektywnej ocenie sytuacji materialnej najwyższy odsetek osób, które stwierdziły, że sytuacja dochodowa (zmiany stopnia trudności „wiązania końca z końcem” przy uzyskiwanych miesięcznych dochodach) poprawiła się, zaobserwowano w Hiszpanii – ponad 30%. W Polsce odsetek ten wynosi 25% i jest wyższy niż w innych analizowanych krajach. Najniższą wartość zaobserwowano w Szwecji, gdzie jedynie 15% osób w wieku 50+ stwierdziło poprawę subiektywnie odbieranej sytuacji materialnej. Do największego pogorszenia oceny subiektywnej sytuacji materialnej doszło

¹ Dochody ekwiwalentne to dochody porównywalne między gospodarstwami domowymi, o różnym składzie demograficznym, ze względu na możliwości zaspokojenia ich potrzeb [Panek, 2011].

w Czechach, gdzie 28% osób zanotowało istotne pogorszenie łatwości „wiązania końca z końcem”. Najniższy odsetek osób, którym jest trudniej „związać koniec z końcem”, zaobserwowano w Niemczech i Szwecji – po 15%.

W wymiarze korzystania z oszczędności poprawę sytuacji w najwyższym stopniu zaobserwowano w Czechach, Hiszpanii i Polsce, gdzie ok. 18% osób w wieku 50+ mających trudności w „wiązaniu końca z końcem” musiało korzystać z oszczędności w pierwszej fazie pandemii, ale nie musiało korzystać w drugiej na skutek ogólnego polepszenia sytuacji materialnej. Największe pogorszenie zanotowano w Szwecji, gdzie aż 36% osób w wieku 50+ doświadczających trudności ekonomicznych musiało zacząć korzystać z oszczędności w kolejnych falach pandemii. Znaczny odsetek osób, które zostały zmuszone do rozpoczęcia korzystania z oszczędności, zaobserwowano również we Francji (24%). W pozostałych analizowanych krajach wyniósł on mniej niż 20%, a najniższą wartość przyjął dla Grecji (14%).

Rysunek 5.4. Zmiany sytuacji finansowej osób w wieku 50 lat i więcej pomiędzy fazami pandemii ze względu na jej komponenty (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli A5 w Aneksie.

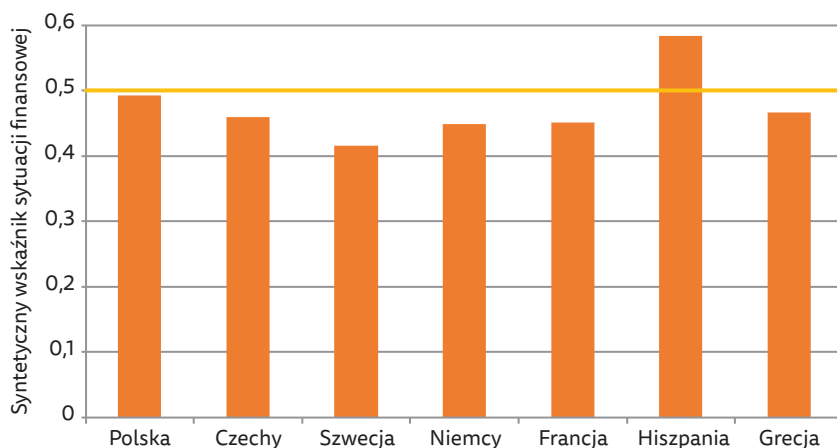
Ostatnim z analizowanych wymiarów było odkładanie płatności na skutek trudnej sytuacji finansowej. Największe pogorszenie sytuacji w tym wymiarze zanotowano w Niemczech, gdzie ponad 15% osób w wieku 50+ zaczęło odkładać płatności w drugiej fazie pandemii na skutek pogorszenia sytuacji materialnej. Co ciekawe, relatywnie wysoki odsetek takich osób, ponad 10%, zaobserwowano również w Hiszpanii. W pozostałych krajach odsetek ten mieścił się pomiędzy 5% a 10%. W Grecji i Hiszpanii

zaobserwowano najwyższą poprawę w tym wymiarze – ponad 10% osób w wieku 50+ doświadczających trudności w „wiązaniu końca z końcem” musiało odkładać płatności w pierwszej fazie pandemii, ale na skutek polepszenia sytuacji finansowej nie musi odkładać płatności w drugiej fazie pandemii.

Rysunek 5.5 przedstawia zmianę sytuacji ogółem osób w wieku 50+ w wybranych krajach europejskich przy użyciu zaproponowanego wskaźnika. Linia na poziomie 0.5 oznacza poziom, przy którym przeciętna sytuacja nie ulega zmianie. Hipotetyczna wartość 0 oznacza, że sytuacja wszystkich osób pogorszyła się w możliwie maksymalnym stopniu, tj. w każdym z analizowanych wymiarów. Podobnie wartość 1 oznaczałaby, że w danym kraju sytuacja wszystkich osób poprawiła się w każdym z analizowanych wymiarów.

Pośród analizowanych krajów jedynie w Hiszpanii zaobserwowano poprawę przeciętnej sytuacji finansowej osób w wieku 50+. W pozostałych krajach nastąpiło pogorszenie ogólnej sytuacji finansowej. Do pogorszenia w najwyższym stopniu doszło kolejno w Szwecji, Francji, Niemczech, Czechach i Grecji. W Polsce przeciętna sytuacja finansowa ogółem osób 50+ niemal się nie zmieniła.

Rysunek 5.5. Zmiany sytuacji finansowej ogółem osób w wieku 50 lat i więcej pomiędzy fazami pandemii



Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli A7 w Aneksie.

Ocena zależności między wiekiem a sytuacją finansową osób w wieku 50+

Rysunek 5.6 przedstawia zależność pomiędzy sytuacją finansową ogółem a wiekiem w grupie osób w wieku 50+ w analizowanych krajach. Zwraca uwagę skrajnie różny przebieg linii regresji w dwóch krajach o najwyższym ogólnym poziomie przeciętnej sytuacji finansowej – Hiszpanii i Szwecji. W Szwecji najlepszą sytuacją finansową spo-

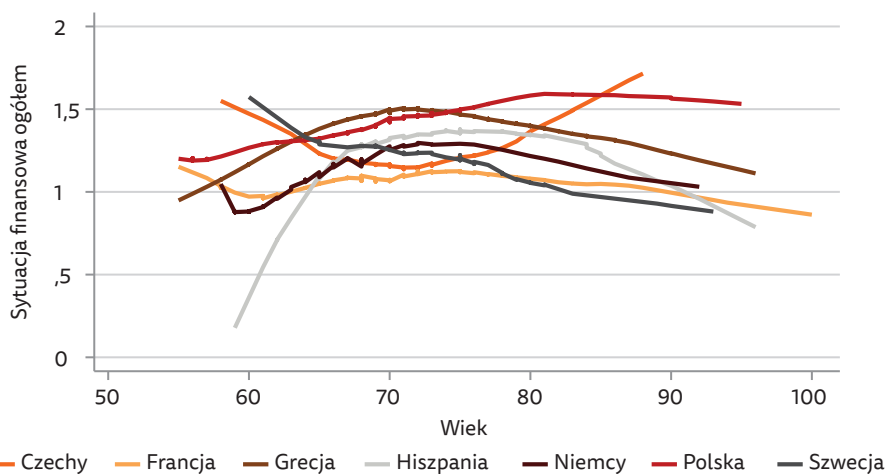
śród osób 50+ posiadają osoby w wieku najmłodszym, a najgorszą w wieku najstarszym, przy czym ta sytuacja pogarsza się w dość stałym tempie wraz z wiekiem. W Hiszpanii natomiast najgorszej sytuacji materialnej doświadczają osoby w wieku najmłodszym i najstarszym w badanej grupie, tj. poniżej 65 lat i powyżej 85 lat. Podobny przebieg funkcji regresji, na nieco niższym poziomie, występuje w Niemczech.

Odwrotna niż w Hiszpanii zależność występuje w Czechach, gdzie najlepszą sytuacją cieszą się osoby relatywnie młodsze (poniżej 65. r.ż.) oraz najstarsze (powyżej 85. r.ż.), a relatywnie najgorszą osoby we wczesnym wieku emerytalnym.

W Polsce wartość przeciętna dla sytuacji finansowej ogółem rośnie wraz z wiekiem dla osób od 55. do ok. 80. r.ż., by następnie nieco opaść. We Francji przeciętna wartość utrzymuje się na relatywnie stałym poziomie dla kolejnych grup wiekowych. Można zauważyć lokalne minimum w okolicy 60. r.ż. i nieznaczne pogorszenia się sytuacji materialnej po 80. r.ż.

W Grecji, gdzie przeciętny poziom sytuacji materialnej ogółem jest zdecydowanie najniższy, w analizowanej grupie krajów można zaobserwować podobny przebieg funkcji regresji do Hiszpanii, tj. najniższe wartości dla osób najmłodszych i najstarszych oraz relatywnie najwyższe dla osób w wieku ok. 70 lat.

Rysunek 5.6. Zależność sytuacji finansowej ogółem osób w wieku 50 lat i więcej w drugiej fazie pandemii od wieku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

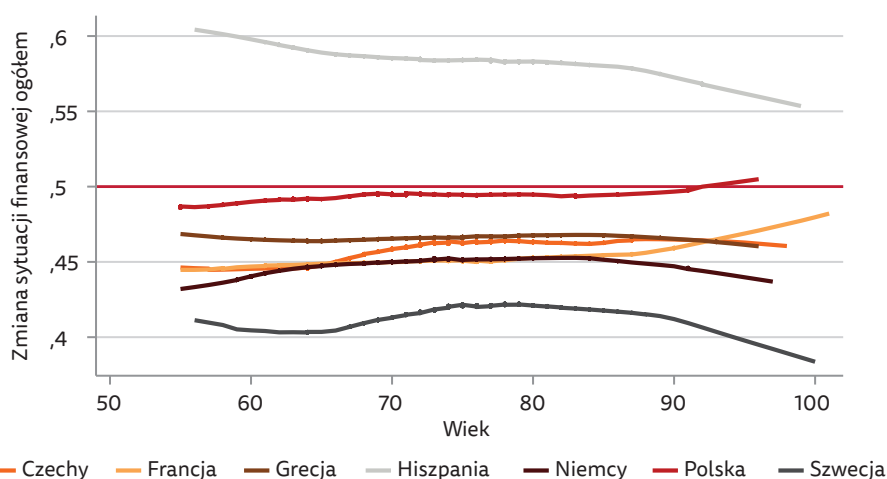
Rysunek 5.7 przedstawia zależność pomiędzy zmianą sytuacji finansowej ogółem osób w wieku 50+ a wiekiem. W porównaniu z rysunkiem 5.5 zróżnicowanie kształtu linii (krzywej) regresji jest zdecydowanie niższe – w prawie wszystkich krajach można

zaobserwować podobny poziomy przebieg linii regresji, wskazujący na słabą zależność pomiędzy zmianą sytuacji materialnej ogółem a wiekiem.

W Hiszpanii przeciętna wartość zmiany ogółem zmniejsza się wraz z wiekiem, co wskazuje na relatywnie mocniejszą pozytywną zmianę dla osób młodszych niż starszych. Linia regresji pozostaje nad linią 0.5 w całym przebiegu, co oznacza, że przeciętnie sytuacja finansowa poprawiła się we wszystkich grupach wieku osób starszych.

W pozostałych krajach przeciętnie zmiana sytuacji finansowej była negatywna dla osób we wszystkich grupach wieku, z wyjątkiem Polski, gdzie można zaobserwować przecięcie linii 0.5 przez linię regresji w punkcie odpowiadającym wiekowi nieco ponad 90 lat, co oznacza, że dla osób najstarszych zaobserwowano pozytywną zmianę sytuacji finansowej, w odróżnieniu od reszty badanych osób. Podobny przebieg ma linia regresji dla Francji, gdzie zaobserwowano relatywnie mniejsze pogorszenie sytuacji finansowej ogółem dla najstarszych seniorów.

Rysunek 5.7. Zależność zmiany sytuacji finansowej ogółem osób w wieku 50 lat i więcej pomiędzy fazami pandemii od wieku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Podsumowanie

Przeprowadzone analizy wskazują, że wraz z trwaniem pandemii sytuacja materialna osób w wieku 50+ pogarsza się. Wskazują na to zarówno miary obiektywne, jak wysokość dochodu, jak i subiektywne, tj. deklarowana trudność „wiązania końca z końcem”. W analizowanej grupie krajów jedynym wyjątkiem jest Hiszpania, gdzie sytuacja finansowa osób w wieku 50+ poprawiła się pomiędzy drugą i pierwszą fazą pandemii.

Przeprowadzona analiza zależności sytuacji finansowej ogółem oraz jej zmian od wieku wskazuje, że różne grupy wiekowe mogą być w różnym stopniu narażone na zmiany sytuacji finansowej w trakcie trwania pandemii. Zwraca uwagę szczególnie różnica w sytuacji finansowej ogółem pomiędzy grupami w wieku aktywności zawodowej i wieku emerytalnym, gdzie w pewnych krajach w relatywnie lepszej sytuacji są emeryci, a w innych osoby będące w wieku produkcyjnym, co może być wynikiem prowadzonych polityk rynku pracy, systemu emerytalnego czy struktury rynku pracy i gospodarki.

Bibliografia

Blundell, R., Duncan, A. (1998). Kernel Regression in Empirical Microeconomics, *The Journal of Human Resources*, 33(1), s. 62–87.

Panek, T. (2011). *Ubóstwo, wykluczenie społeczne i nierówności: Teoria i praktyka pomiaru*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.

Kontakty społeczne w okresie pandemii

Anita Abramowska-Kmon, Wojciech Łątkowski, Milena Chetchowska,
Anna Ruzik-Sierdzińska

Kontakty społeczne są ważne z punktu widzenia dobrostanu psychicznego jednostki, także z perspektywy szans otrzymywania wsparcia emocjonalnego i opieki osobistej czy pomocy przy wykonywaniu różnych prac. Aspekty te są ważną częścią badania SHARE i zostały uwzględnione w badaniu SHARE Corona 2. Respondentów pytano m.in. o częstotliwość kontaktów osobistych oraz z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej z różnymi osobami. Ponadto zbierano dane o udzielaniu wsparcia innym osobom (rodzicom, krewnym, znajomym itp.), a także otrzymywaniu pomocy od różnych osób, w tym od osób dostarczających profesjonalnych usług opiekuńczych. Oprócz tego pytano o działalność wolontariacką. W niniejszym rozdziale zostały przedstawione wyniki analiz poświęcone szeroko pojętym kontaktom społecznym wśród osób w wieku 50 lat i więcej w czasie badania SHARE Corona 2 przeprowadzonego w 2021 roku w Polsce na tle pozostałych krajów biorących udział w tym badaniu.

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

Podobnie jak w badaniu SHARE Corona 1 w badaniu SHARE Corona 2 w 2021 roku, zapytano respondentów o częstotliwość kontaktów z różnymi osobami (własnymi dziećmi, rodzicami, innymi krewnymi oraz przyjaciółmi i znajomymi) w trzech miesiącach poprzedzających badanie. Pytania te dotyczyły zarówno kontaktów bezpośrednich (osobistych), jak i z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej (telefon, mail itp.). W obu przypadkach możliwe odpowiedzi były następujące: codziennie, kilka razy w tygodniu, raz w tygodniu, rzadziej, nigdy oraz nie dotyczy (kategoria ta odnosiła się do sytuacji, gdy respondent nie miał dzieci, żyjących rodziców lub innych osób).

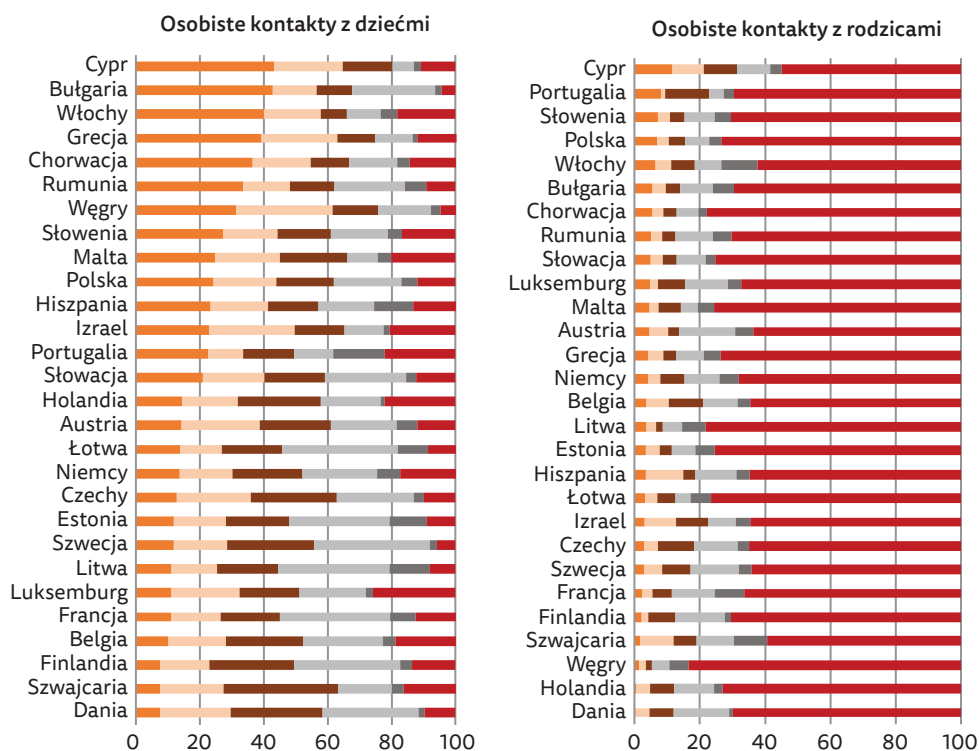
Kontakty osobiste z innymi osobami

W czasie drugiej rundy badania SHARE Corona ponad 1/5 respondentów w wieku 50+ we wszystkich krajach biorących udział w badaniu deklarowała codzienne, osobiste kontakty z własnymi dziećmi, kolejne zaś 17,8% wskazywało na kontakty, które miały miejsce kilka razy tygodniu. Niewielki odsetek (6,4%) nie utrzymywał żadnych kontaktów ze swoimi dziećmi. Jeśli chodzi o kontakty bezpośrednie z rodzicami to 2/3 ankietowanych osób w wieku 50+ nie miała żyjących rodziców, co także przekłada się na niskie odsetki osób, które kontaktowały się z rodzicami często (codziennie – 4,2% czy kilka razy w tygodniu – 4,8%). Dużo rzadziej analizowani respondenci kontaktowali się z innymi osobami, zwłaszcza z innymi krewnymi czy znajomymi lub przyjaciółmi. Na codzienne kontakty z krewnymi wskazywało zaledwie 2,5% respondentów, kolejne zaś 7,6% utrzymywało je kilka razy w tygodniu. Analizowana grupa częściej utrzymywała codzienne kontakty z przyjaciółmi i znajomymi (18,4%) lub kilka razy w tygodniu (22,2%). Warto podkreślić, że struktury te różniły się między dwoma falami badania, zwłaszcza jeśli chodzi o kontakty z dziećmi i przyjaciółmi lub znajomymi. W szczególności w drugiej rundzie badania udział osób w wieku 50+ kontaktujących się osobiście z dziećmi przynajmniej kilka razy w tygodniu był o prawie 8 p.p. wyższy niż w czasie pierwszej fali badania. Z kolei odsetek osób utrzymujących kontakty z przyjaciółmi i znajomymi co najmniej kilka razy w tygodniu w 2021 roku był o niemal 17 p.p. wyższy niż w 2020 roku. Biorąc pod uwagę wszystkie rodzaje kontaktów, warto podkreślić, że ponad 2/3 analizowanej zbiorowości zgłaszała częste kontakty (przynajmniej kilka razy w tygodniu) z innymi osobami, natomiast co setna osoba w wieku 50 lat i więcej nie kontaktowała się wcale z innymi osobami w ciągu ostatnich trzech miesięcy przed badaniem.

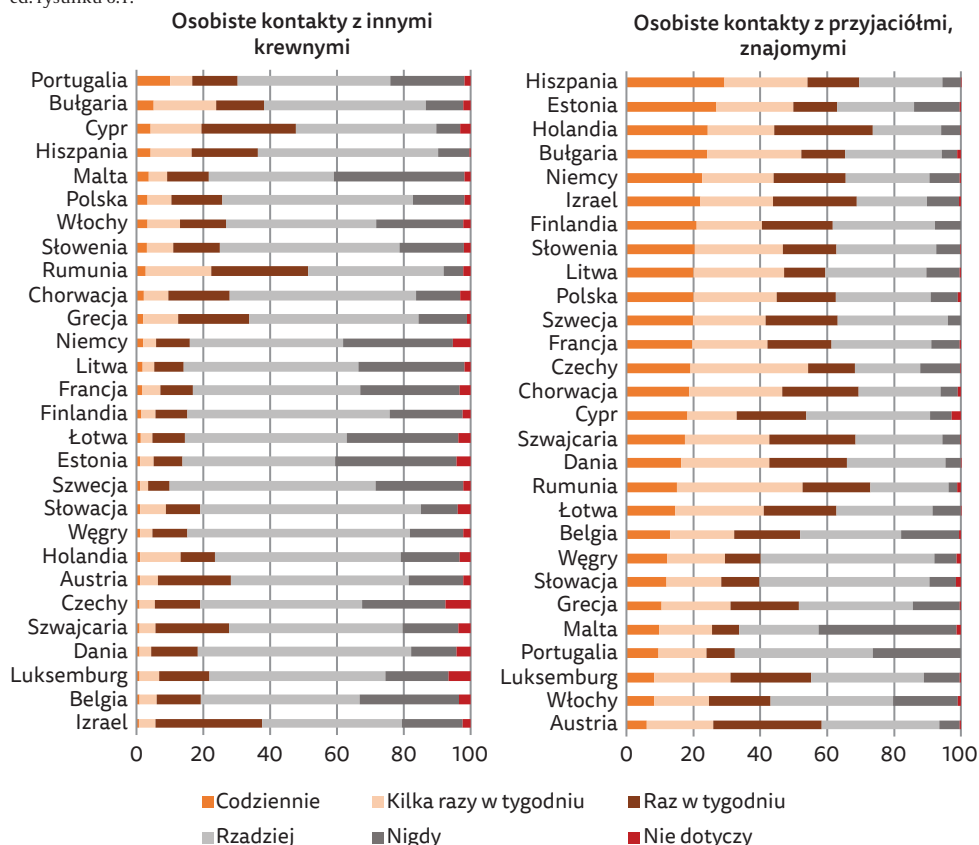
Analizowane kraje różniły się istotnie pod względem częstotliwości osobistych kontaktów z innymi osobami podczas badania SHARE Corona 2. Największe różnice można zaobserwować w przypadku osobistych kontaktów z dziećmi oraz z przyjaciółmi i znajomymi (rysunek 6.1). Jeśli chodzi o bezpośrednie kontakty z dziećmi, to podobnie jak w badaniu SHARE Corona 1 można odnotować znaczne różnice między krajami Europy Zachodniej i Północnej oraz Południowej i Środkowo-Wschodniej. Respondenci w wieku 50+ w takich krajach jak Dania, Finlandia, Szwajcaria czy Belgia najrzadziej deklarowali codzienne bezpośrednie kontakty z dziećmi (odpowiednio: 7,6%, 7,6%, 7,6% oraz 10,2%), z kolei ich rówieśnicy na Cyprze (43,2%), w Bułgarii (42,8%), we Włoszech (40,1%) czy w Grecji (39,2%) najczęściej zgłaszali codzienne osobiste kontakty z dziećmi. Odsetek osób spotykających się z dziećmi kilka razy w tygodniu kształtował się między 10,9% (Portugalia) a 30,2% (Węgry). W przypadku osobistych kontaktów z rodzicami udział osób deklaruujących częste kontakty (codziennie lub kilka razy

w tygodniu) przyjmował dość niskie wartości z uwagi na fakt, że zdecydowana większość respondentów nie posiadała żyjących rodziców (60–80%). Największy odsetek respondentów deklarujących częste spotkania z rodzicami (przynajmniej kilka razy w tygodniu) odnotowano dla Cypru (21,3%), Hiszpanii (14,9%), Izraela (12,7%), najmniejszy zaś dla Holandii (4,7%), Finlandii (4,3%) i Węgier (3,4%). Warto podkreślić, że odsetek osób w wieku 50 lat i więcej, które wcale nie kontaktowały się z innymi osobami w ciągu trzech miesięcy poprzedzających badanie, różnił się znacząco między analizowanymi krajami. Najczęściej ta sytuacja odnosiła się do respondentów w Portugalii (5,9%) i na Malcie (4,5%), a najrzadziej w Danii (0,3%) i Holandii (0,4%). Co więcej, ponad 80% osób w wieku 50 lat i więcej miało częste kontakty z innymi osobami (przynajmniej kilka razy w tygodniu) w Rumunii i na Cyprze, najmniejszy zaś odsetek takich osób zaobserwowano dla Belgii, Portugalii i Finlandii (ponad 55%).

Rysunek 6.1. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób 50 lat i więcej w krajach europejskich (w %)



cd. rysunku 6.1.



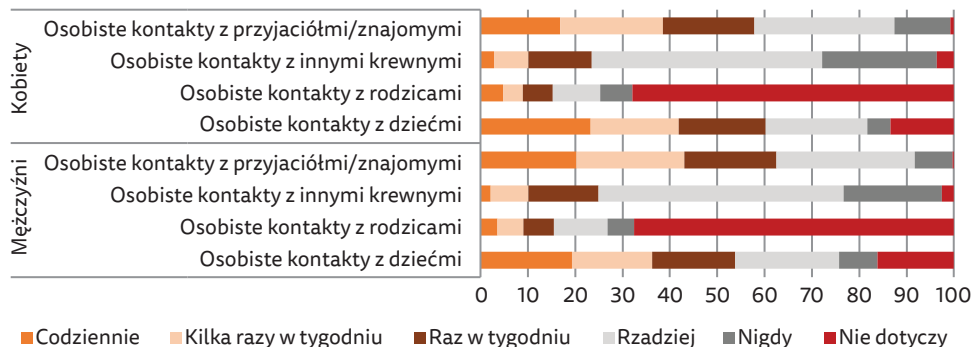
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Mimo że badani Europejczycy w wieku 50+ rzadko spotykali się w czasie badania SHARE Corona 2 z innymi członkami rodziny, odbywało się to nieznacznie częściej niż rok wcześniej, w trakcie badania SHARE Corona 1. Odsetek osób spotykających się osobiście z krownymi rzadziej niż raz w tygodniu lub nigdy różnił się znacząco między analizowanymi krajami, przyjmując wartości od 46,4% w Rumunii do 87,9% w Szwecji (podczas gdy w pierwszej fali badania wynosił od 60,2% w Portugalii do 91,7% na Litwie). Respondenci częściej deklarowali częste kontakty ze znajomymi, przyjaciółmi czy sąsiadami, choć należy podkreślić, że udział osób, które rzadziej niż raz w tygodniu spotykały się z nimi, był największy w Portugalii (67,5%), a najmniejszy w Holandii i Rumunii (26%).

Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami zależy od typu relacji między tymi osobami oraz charakterystyk respondentów. Na przykład kobiety w wieku 50+ częściej niż mężczyźni w tym samym wieku utrzymywały częstsze bezpośrednie kontakty z własnymi dziećmi (41,8% wobec 36,3%), mężczyźni zaś częściej utrzy-

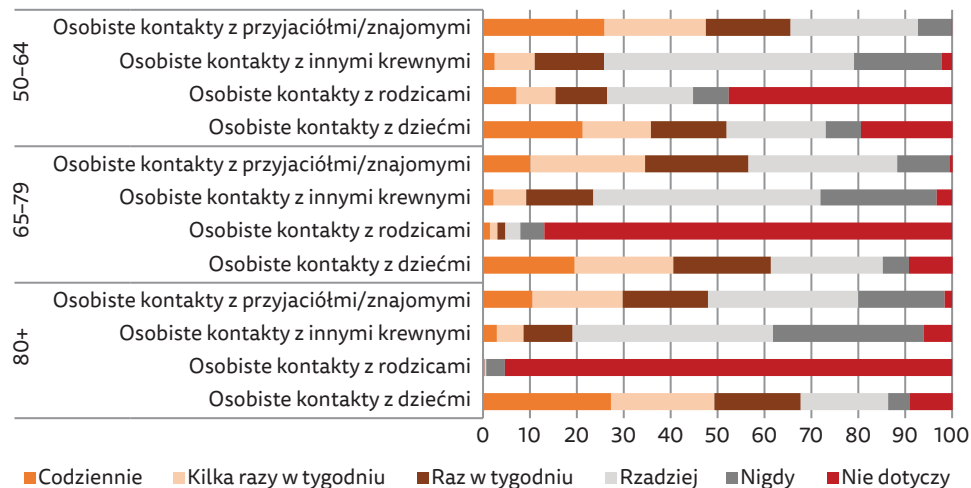
mywali częste osobiste kontakty ze znajomymi i przyjaciółmi (43,1% wobec 38,5%) (rysunek 6.2). Wiek jest kolejnym czynnikiem różnicującym częstotliwość kontaktów z innymi osobami (rysunek 6.3).

Rysunek 6.2. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według płci (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 6.3. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według grup wieku (w %)



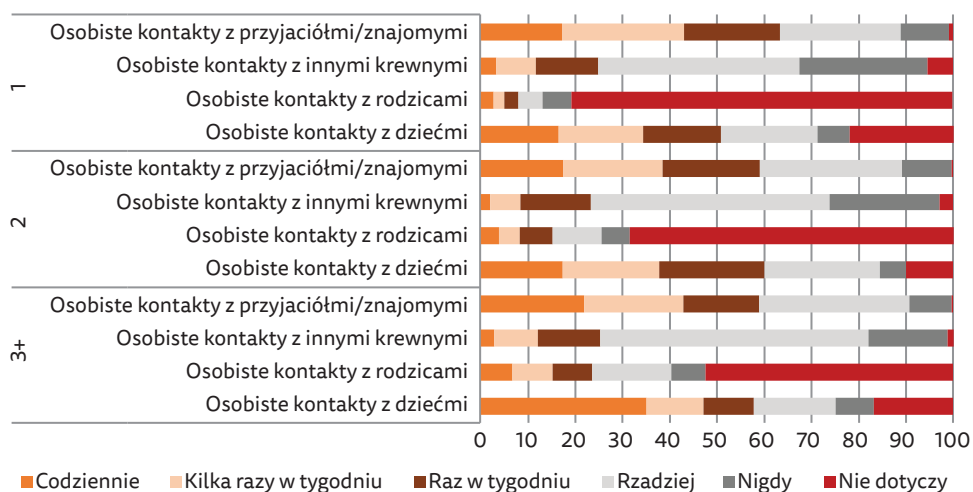
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Na przykład prawie połowa zbiorowości osób w wieku 80 lat lub więcej utrzymywała osobiste kontakty z dziećmi przynajmniej kilka razy w tygodniu (49,3%), odsetek

ten dla osób w wieku 50–64 lata wyniósł zaś 35,8%. Z kolei osoby w wieku 50–64 lata częściej utrzymywały częste kontakty z przyjaciółmi i znajomymi niż osoby w starszych grupach wieku (47,5% wobec 34,5% dla osób w wieku 65–79 lat oraz 29,8% dla osób w wieku 80+). Warto podkreślić, że wiek nie różnicował istotnie częstotliwości kontaktów z innymi krewnymi. Należy także zaznaczyć, że ponad 15% osób w wieku 50–64 lata utrzymywało osobiste kontakty z rodzicami przynajmniej kilka razy w tygodniu.

Wielkość gospodarstwa domowego także różnicowała częstotliwość kontaktów z innymi osobami, zwłaszcza z dziećmi i rodzicami (por. rysunek 6.4). Osoby mieszkające w gospodarstwach domowych z co najmniej trzema osobami częściej wskazywały na codzienne bezpośrednie kontakty z dziećmi lub rodzicami niż osoby tworzące jedno- lub dwuosobowe gospodarstwa domowe, co może odzwierciedlać częstsze współzamieszkiwanie wielopokoleniowych gospodarstw domowych.

Rysunek 6.4. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według wielkości gospodarstwa domowego (w %)

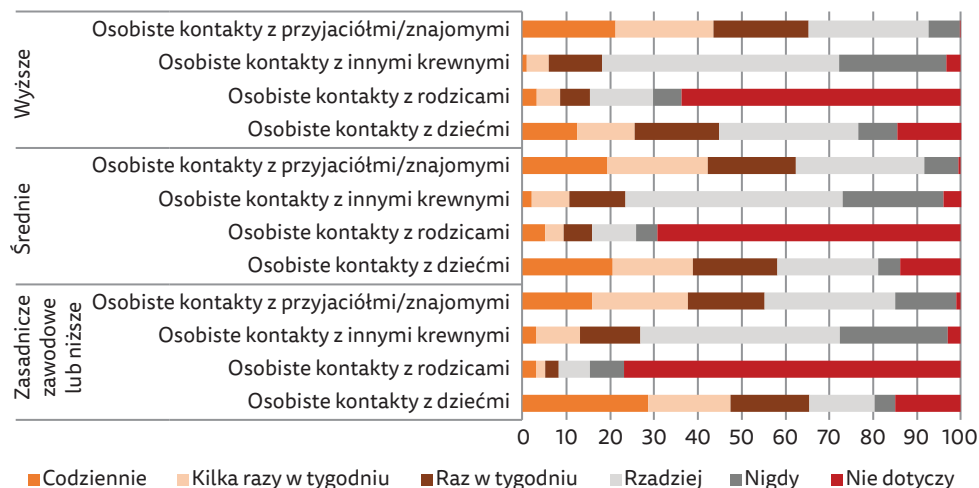


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Poziom wykształcenia także różnicuje rozpdy respondentów w wieku 50+ według częstotliwości kontaktów z innymi osobami (rysunek 6.5). Osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym częściej deklarowały codzienne kontakty z własnymi dziećmi (47,5%) niż osoby z wykształceniem średnim (38,8%) oraz osoby z wykształceniem wyższym (25,6%). Z kolei na częstsze kontakty z przyjaciółmi/znajomymi (przynajmniej kilka razy w tygodniu) częściej wskazywali respondenci z wykształceniem wyższym (43,5%) oraz średnim (42,3%) niż osoby o niższych katego-

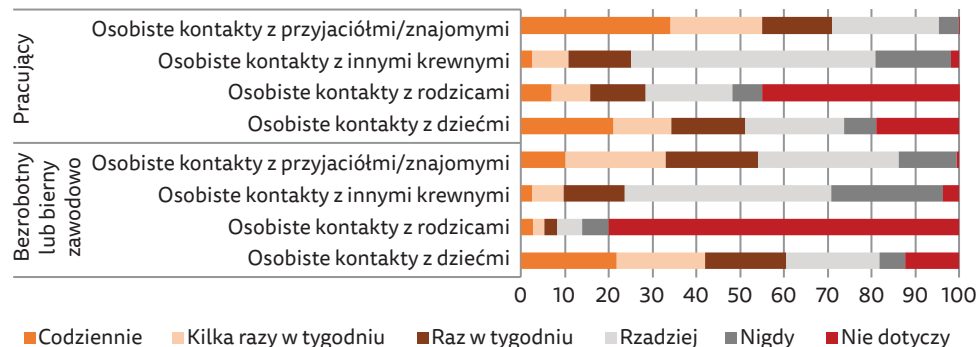
riach wykształcenia (37,7%). Osoby o najniższych kategoriach wykształcenia deklarowały bezpośrednie kontakty z innymi krewnymi przynajmniej kilka razy w tygodniu częściej (13%) wobec 5,9% wśród osób z wykształceniem wyższym.

Rysunek 6.5. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według poziomu wykształcenia (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 6.6. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według statusu na rynku pracy (w %)



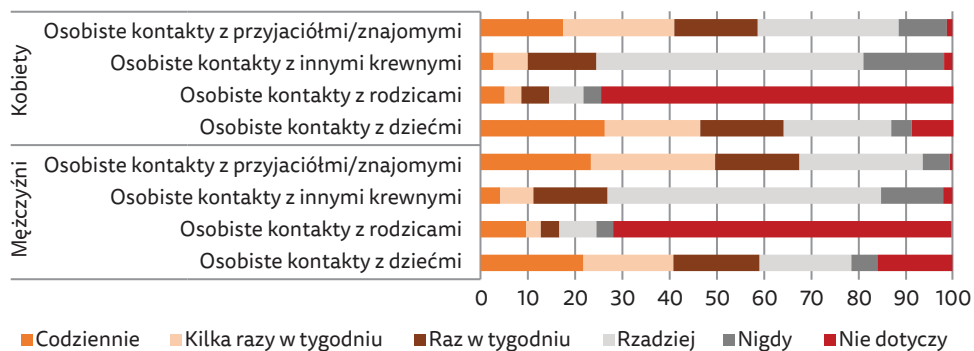
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ważonych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Status na rynku pracy w większym stopniu różnicował częstotliwość osobistych kontaktów z rodzicami oraz znajomymi i przyjaciółmi niż z dziećmi czy innymi

krewnymi (rysunek 6.6). Przede wszystkim osoby pracujące zdecydowanie częściej niż osoby niepracujące (bierne zawodowo lub bezrobotne) utrzymywały częste bezpośrednie kontakty z rodzicami. Należy podkreślić, że jest to związane z wiekiem tych osób i posiadaniem żyjących rodziców. Ponadto osoby pracujące deklarowały częste kontakty ze znajomymi lub przyjaciółmi (przynajmniej kilka razy w tygodniu) niż osoby niepracujące (55% wobec 32,9%), osoby niepracujące zaś – osobiste kontakty z dziećmi (41,2% wobec 34,2%).

Wyniki z badania SHARE Corona 2 pokazują, że Polska należy do grupy krajów, w których deklarowane były częste (przynajmniej kilkukrotnie tygodniowo) bezpośrednie kontakty z innymi osobami w czasie drugiej rundy badania. Wyniki analiz dla Polski pokazały, że 24,2% respondentów w wieku 50+ utrzymywało codzienne, osobiste kontakty ze swoimi dziećmi (w pierwszej fali badania odsetek ten wynosił 21%), a kolejne 19,8% spotykało się z nimi kilka razy w tygodniu (w 2020 roku odsetek wyniósł 11,9%), a 26,1% bardzo rzadko (rzadziej niż raz w tygodniu lub nigdy) kontaktowała się z dziećmi osobiście (wobec 41% rok wcześniej). Uwzględniając wszystkie rodzaje kontaktów, należy zaznaczyć, że co setna osoba w wieku 50 lat i więcej nie kontaktowała się z nikim w ciągu ostatnich trzech miesięcy przed badaniem, ponad 71% zaś utrzymywała częste osobiste kontakty z innymi (przynajmniej kilka razy w tygodniu).

Rysunek 6.7. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według płci (w %)

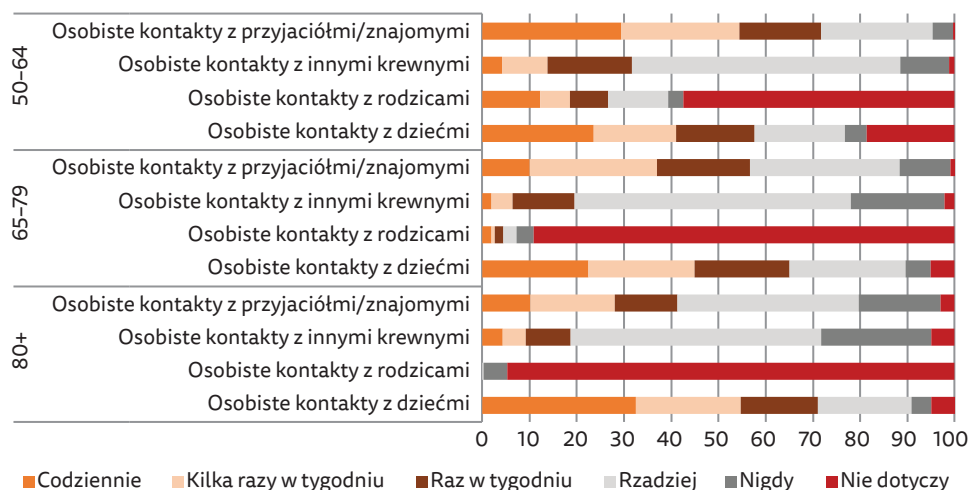


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Podobnie jak w przypadku pozostałych krajów europejskich biorących udział w badaniu SHARE Corona 2 w 2021 roku częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród Polaków w wieku 50+ była zróżnicowana w zależności od cech demograficzno-społecznych (np. według płci, wieku, wykształcenia czy statusu na rynku pracy). Przede wszystkim kobiety w wieku 50+ częściej niż mężczyźni w tym samym wieku miały codzienne, osobiste kontakty z własnymi dziećmi (26,3% wobec 21,7%).

Z kolei mężczyźni częściej utrzymywali codzienne lub prawie codzienne kontakty ze znajomymi i przyjaciółmi (49,7%) niż kobiety (41,1%) (rysunek 6.7). Podobnie jak dla wszystkich krajów łącznie wiek także różnicował częstotliwość kontaktów z innymi osobami wśród respondentów w wieku 50+ w Polsce: 1/3 zbiorowości osób w wieku 80+ codziennie spotykała się osobiście z własnymi dziećmi w porównaniu do 23,6% wśród osób w wieku 50–64 lata oraz do 22,5% osób w wieku 65–79 lat. Z kolei osoby w wieku 50–64 lata najczęściej kontaktowały się codziennie osobiście z rodzicami oraz znajomymi i przyjaciółmi niż osoby w starszych grupach wieku (rysunek 6.8).

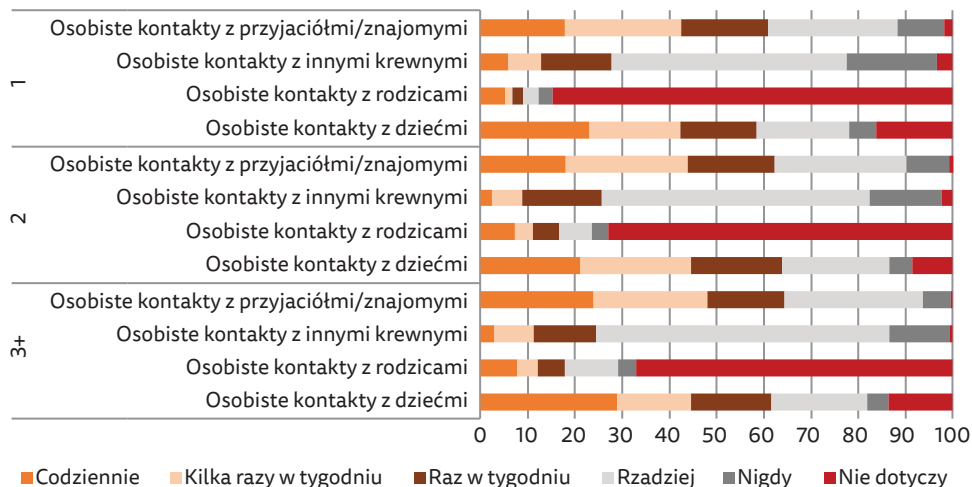
Rysunek 6.8. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według grup wieku (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

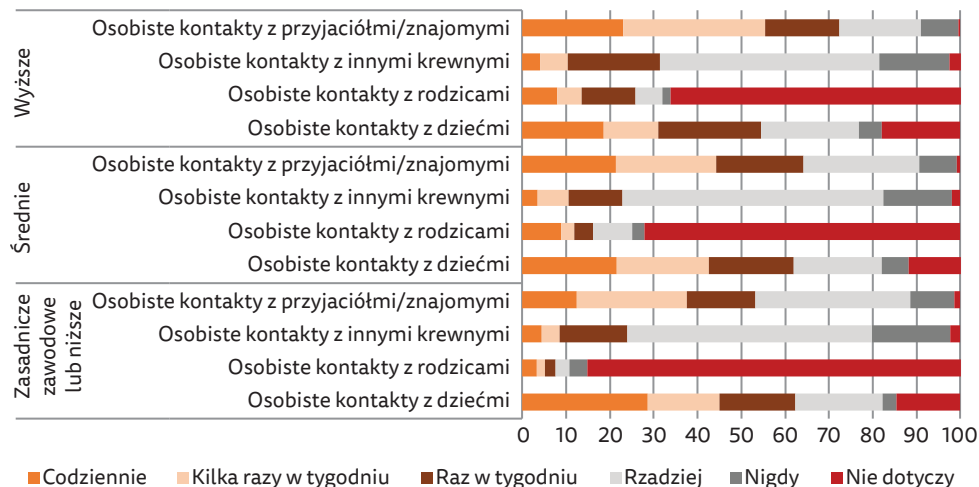
Jeśli zaś chodzi o różnice w strukturze częstotliwości bezpośrednich kontaktów z innymi osobami wśród respondentów w wieku 50+ w Polsce według poziomu wykształcenia oraz statusu na rynku pracy, to są one podobne jak dla analizowanych krajów europejskich łącznie. Osoby o najniższych kategoriach wykształcenia częściej deklarowały częste (przynajmniej kilka razy w tygodniu) osobiste kontakty z dziećmi (45%) niż osoby z wykształceniem wyższym (31%) (rysunek 6.10). Z kolei osoby odznaczające się wykształceniem wyższym znacznie częściej kontaktowały się osobiście co najmniej kilka razy w tygodniu z przyjaciółmi lub znajomymi (55,4%) niż osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym (37,5%). Osoby pracujące zdecydowanie częściej odznaczały się częstymi kontaktami osobistymi ze znajomymi i przyjaciółmi (codziennie lub kilka razy w tygodniu) – 65,5% (wobec 36,5% dla osób niepracujących), a także z rodzicami – 19,5% (rysunek 6.11).

Rysunek 6.9. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według wielkości gospodarstwa domowego (w %)



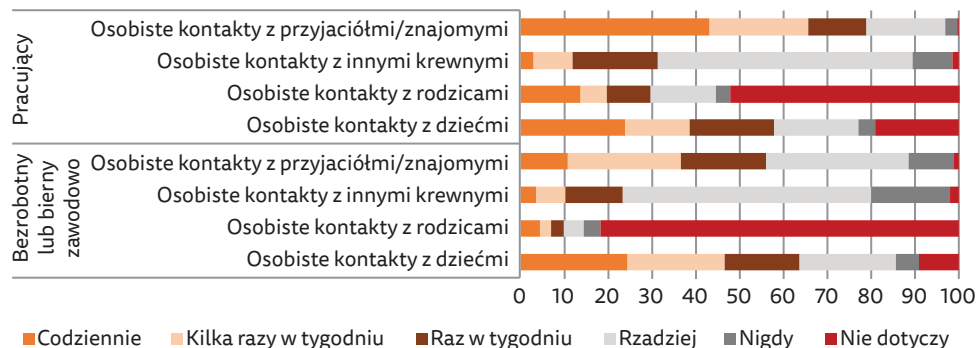
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 6.10. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według poziomu wykształcenia (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 6.11. Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według statusu na rynku pracy (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

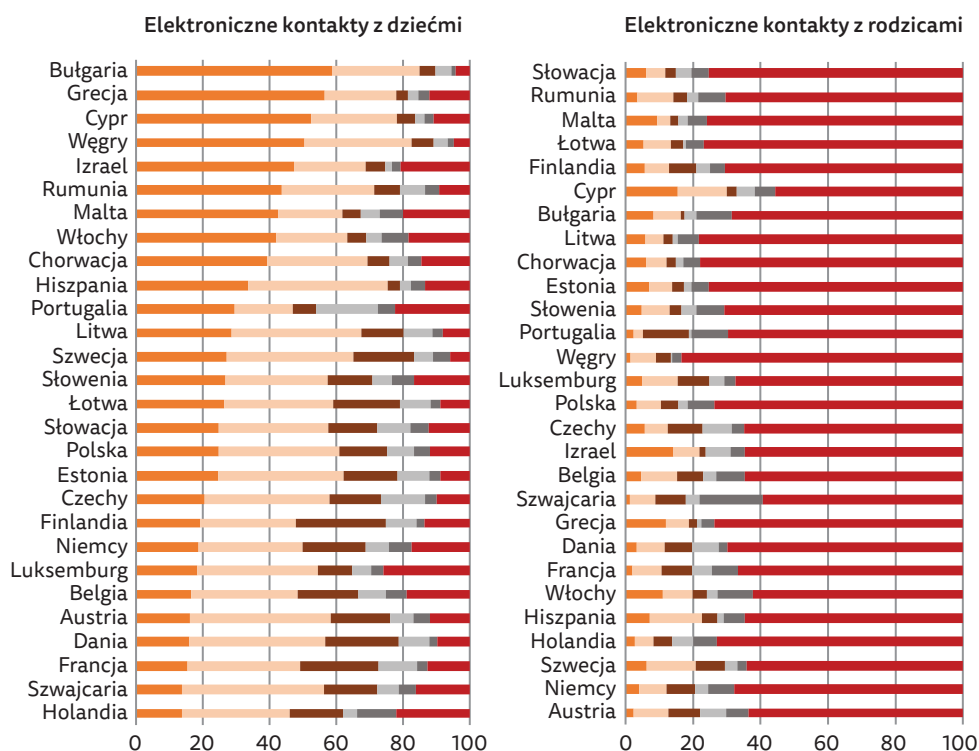
Kontakty z innymi osobami z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej

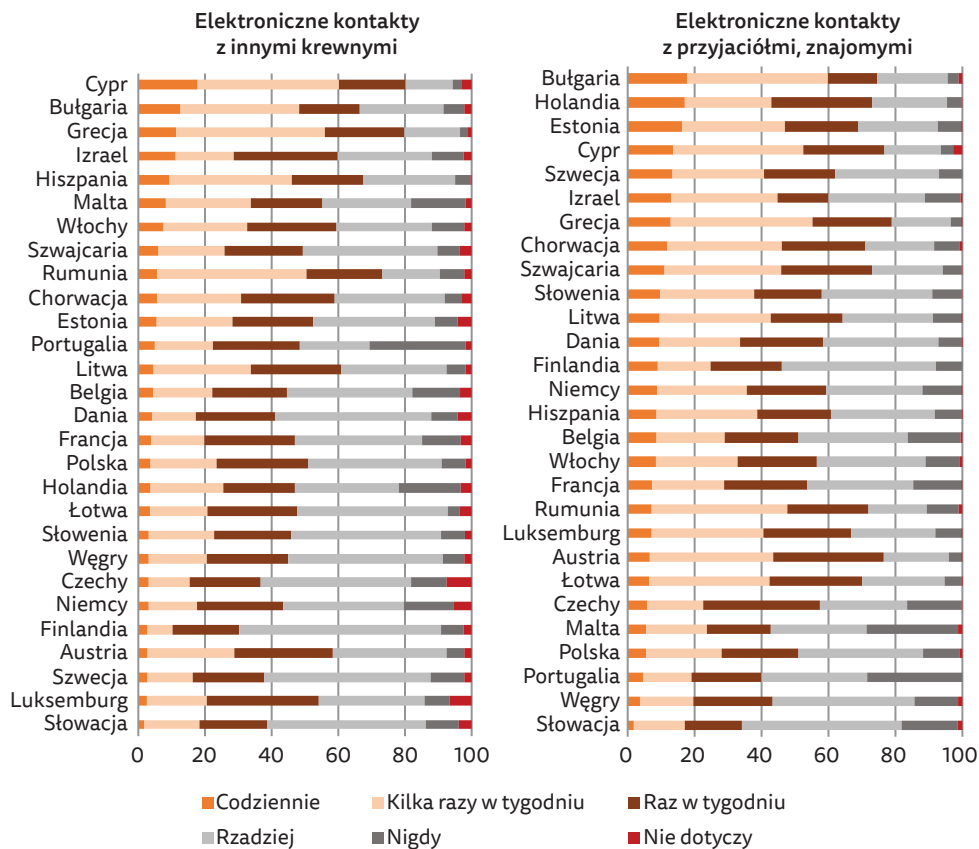
Podobnie jak podczas badania SHARE Corona 1 także w drugiej fali tego badania respondenci w wieku 50+ w analizowanych krajach europejskich częściej deklarowali częste kontakty z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej z innymi osobami niż w przypadku kontaktów bezpośrednich. Co czwarty respondent w wieku 50+ (27,6%) deklarował codzienne kontakty z dziećmi z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, kolejne zaś 31,5% kontaktowało się w ten sposób kilka razy w tygodniu. Co dwudziesty ankietowany nie utrzymywał tego typu kontaktów ze swoimi dziećmi. Częste kontakty z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej z rodzicami (przynajmniej kilka razy w tygodniu) były zgłaszane raczej rzadko – zaledwie 14,3% osób w analizowanej próbie osób w wieku 50+. Co ważne, 7,7% osób w tej grupie nigdy nie kontaktowało się ze swoimi rodzicami w ten sposób. Ponad 5% respondentów utrzymywało codzienne elektroniczne kontakty z innymi krewnymi, natomiast kolejne 22,1% robiło to kilka razy w tygodniu. Co dziesiąta osoba w wieku 50+ nigdy nie utrzymywała takich kontaktów z krewnymi. Nieco częściej badani respondenci kontaktowali się codziennie przy użyciu środków komunikacji elektronicznej z przyjaciółmi lub znajomymi (8,6%), co czwarty (26,3%) zaś robił to kilka razy w tygodniu. Ponad 10% ankietowanych nigdy nie kontaktowało się z przyjaciółmi/znajomymi w ten sposób.

Uzyskane wyniki pokazują znaczące zróżnicowanie rozpatrywanych krajów pod tym względem (rysunek 6.12). Na przykład największy udział osób w wieku 50 lat i więcej kontaktujących się codziennie z dziećmi za pomocą komunikacji elektronicznej

zaobserwowano dla Bułgarii (58,8%), Grecji (56,5%) i na Cyprze (52,5%), najmniejszy zaś dla Szwajcarii i Holandii (poniżej 14%). Warto też podkreślić, że w krajach odznaczających się mniejszymi udziałami osób kontaktujących się elektronicznie z dziećmi codziennie respondenci częściej zgłaszali takie kontakty kilka razy w tygodniu. Z kolei codzienne kontakty z rodzicami deklarowało od 1,2% ankietowanych w Szwajcarii i 1,3% w Węgrzech do 14,1% ankietowanych w Izraelu oraz 15,4% na Cyprze. Codzienne elektroniczne kontakty z innymi członkami rodziny też należały do rzadkości: najczęściej deklarowali je mieszkańcy Cypru (17,8%) i Bułgarii (12,7%), najrzadziej zaś mieszkańcy Słowacji (1,8%) i Luksemburga (2,5%). Z kolei elektroniczne kontakty z tymi osobami kilka razy w tygodniu były wskazywane częściej niż w przypadku kontaktów codziennych: odsetek ten kształtował się między 7,5% dla Finlandii a 44,6% dla Grecji i 44,8% dla Rumunii. Podobnie jak w przypadku kontaktów bezpośrednich respondenci częściej deklarowali codzienne elektroniczne kontakty z przyjaciółmi, znajomymi i sąsiadami niż z członkami rodziny (poza dziećmi): od 1,8% ankietowanych w Słowacji do 17,8% mieszkańców w wieku 50+ w Bułgarii.

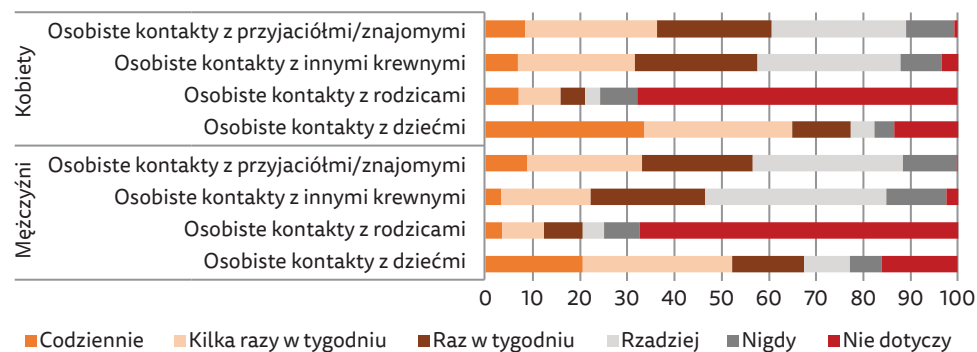
Rysunek 6.12. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich (w %)





Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

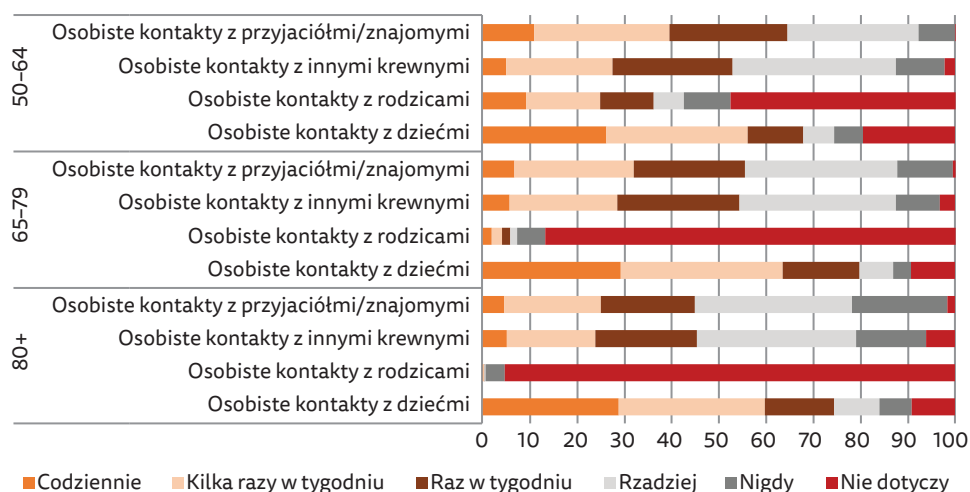
Rysunek 6.13. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według płci (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Częstotliwość kontaktów z innymi osobami z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej wśród osób w wieku 50+ różni się znacząco ze względu na cechy respondentów. Podobnie jak w przypadku kontaktów bezpośrednich kobiety deklarowały częściej codzienne kontakty z dziećmi niż mężczyźni (33,6% wobec 20,5%), a także z innymi krewnymi (rysunek 6.13). W przypadku kontaktów z rodzicami oraz z przyjaciółmi/znajomymi nie odnotowano większych różnic dla obu płci. Wiek w największym stopniu różnicował częstotliwość elektronicznych kontaktów z rodzicami oraz z przyjaciółmi i znajomymi (rysunek 6.14). Największy odsetek osób deklarujących częste kontakty (przynajmniej kilka razy w tygodniu) można zaobserwować dla osób w wieku 50–64 lata: z rodzicami 24,8% oraz ze znajomymi i przyjaciółmi 39,5%.

Rysunek 6.14. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według grup wieku (w %)

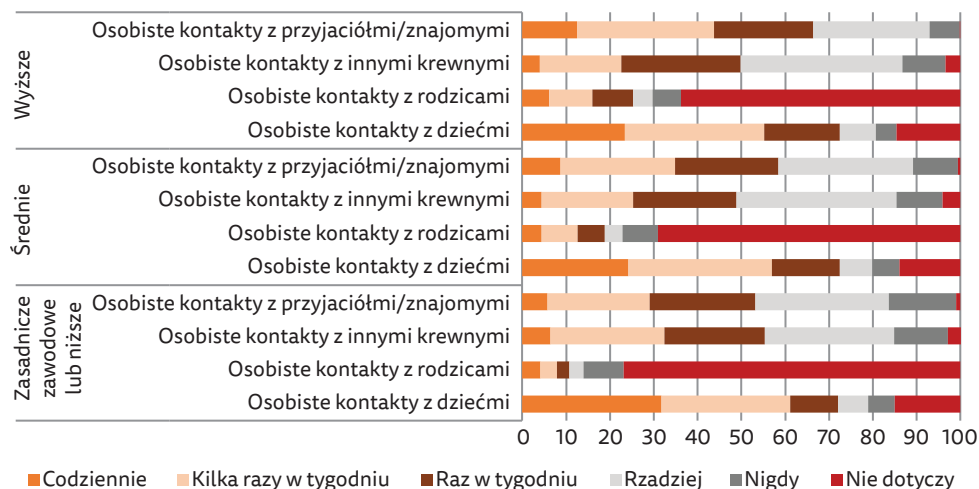


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Poziom wykształcenia także różnicował częstotliwość kontaktów elektronicznych z innymi osobami (rysunek 6.15). Co ciekawe, osoby o niższych kategoriach wykształcenia najczęściej codziennie lub kilka razy w tygodniu kontaktowały się z dziećmi i innymi krewnymi z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej niż osoby lepiej wykształcone. Osoby z wykształceniem wyższym zaś częściej w ten sposób kontaktowały się przynajmniej kilka razy w tygodniu z rodzicami oraz przyjaciółmi i znajomymi. Z kolei wzorzec częstotliwości elektronicznych kontaktów z innymi osobami według statusu na rynku pracy jest podobny jak w przypadku kontaktów bezpośrednich. Osoby posiadające zatrudnienie częściej kontaktowały się przynajmniej kilka razy w tygodniu

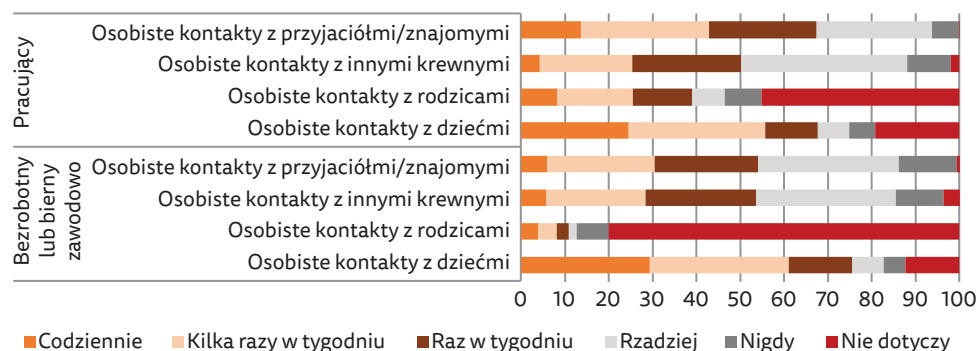
z rodzicami oraz przyjaciółmi /znajomymi przy wykorzystaniu środków komunikacji elektronicznej, a osoby niepracujące – z dziećmi i innymi krewnymi (rysunek 6.16).

Rysunek 6.15. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według poziomu wykształcenia (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 6.16. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według statusu na rynku pracy (w %)

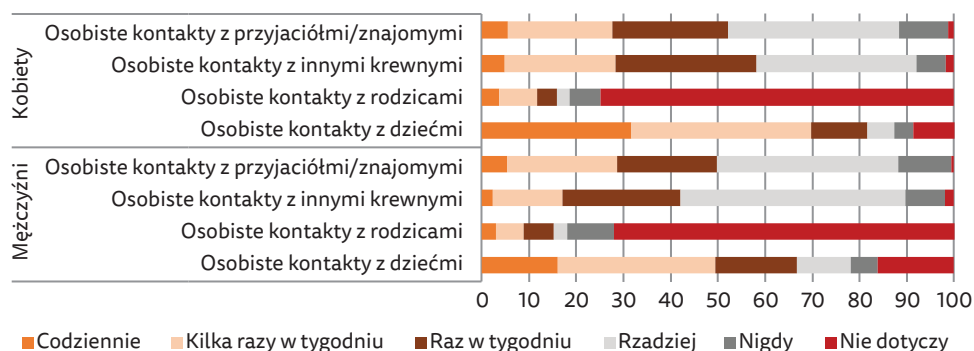


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Wyniki uzyskane dla Polski pokazują, że w czasie badania SHARE Corona 2 w 2021 roku, podobnie jak w pierwszej fali, kontakty elektroniczne z innymi osobami były częstsze niż kontakty osobiste. Prawie 61% badanej grupy miało częste, elektro-

niczne kontakty z dziećmi (codziennie lub kilka razy w tygodniu), kolejne zaś 14,3% – raz w tygodniu. W pierwszej fali badania odsetki te wynosiły odpowiednio 62% i 12,5%. Osoby w wieku 50 lat i więcej rzadziej zgłaszały częste kontakty elektroniczne z rodzicami – co dziesiąta osoba robiła to codziennie lub kilka razy w tygodniu. Należy podkreślić, że badani respondenci z innymi krewnymi utrzymywali kontakty głównie elektroniczne: 23,4% ankieterowanych robiło to przynajmniej kilka razy w tygodniu. Z kolei elektroniczne częste kontakty z przyjaciółmi, znajomymi czy kolegami były rzadziej zgłaszane przez osoby w wieku 50+ (odsetek ten wyniósł 28,1%) niż w przypadku kontaktów osobistych, co również nie zmieniło się znacząco w stosunku do pierwszej fali badania w 2020 roku.

Rysunek 6.17. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według płci (w %)

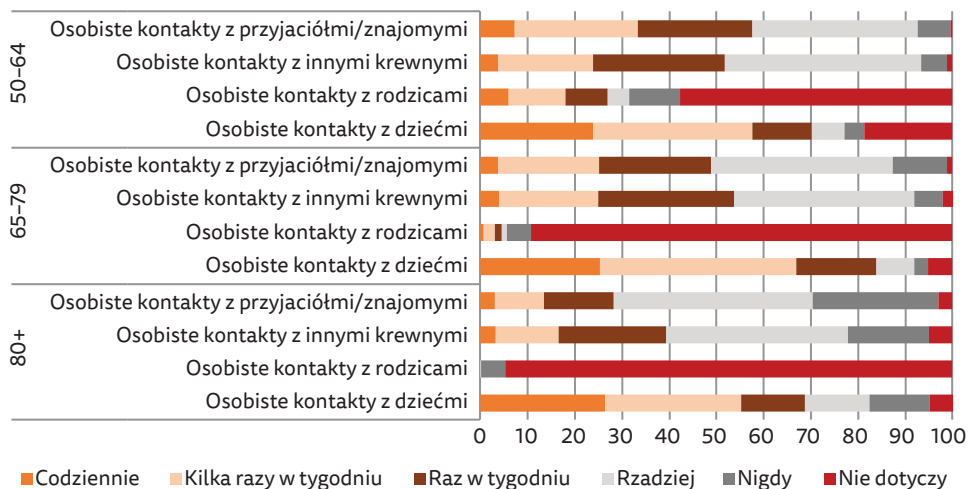


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rozkład częstotliwości kontaktów z innymi osobami z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej różnił się ze względu na charakterystyki respondentów. Warto podkreślić, że w niektórych przypadkach różnice te były inne niż w przypadku wyników opisanych dla analizowanych krajów. Przede wszystkim kobiety znacząco częściej deklarowały kontakty przynajmniej kilka razy w tygodniu ze swoimi dziećmi niż mężczyźni (69,8% wobec 49,4%), a także z innymi krewnymi (28,4% wobec 17,1%) (rysunek 6.17). W przypadku kontaktów z rodzicami oraz z przyjaciółmi, znajomymi i kolegami nie odnotowano większych różnic. Jeśli chodzi o zróżnicowanie częstotliwości elektronicznych kontaktów z innymi osobami według wieku, to należy podkreślić, że osoby w młodszych grupach (tj. w wieku 50–64 lata) częściej kontaktowały się w ten sposób przynajmniej kilka razy w tygodniu z innymi osobami (w szczególności z rodzicami i przyjaciółmi/znajomymi) (rysunek 6.18). Z kolei osoby mieszkające samotnie lub w dwuosobowych gospodarstwach domowych częściej kontaktowały się z innymi osobami z wykorzystaniem telefonu lub innych środków komunikacji

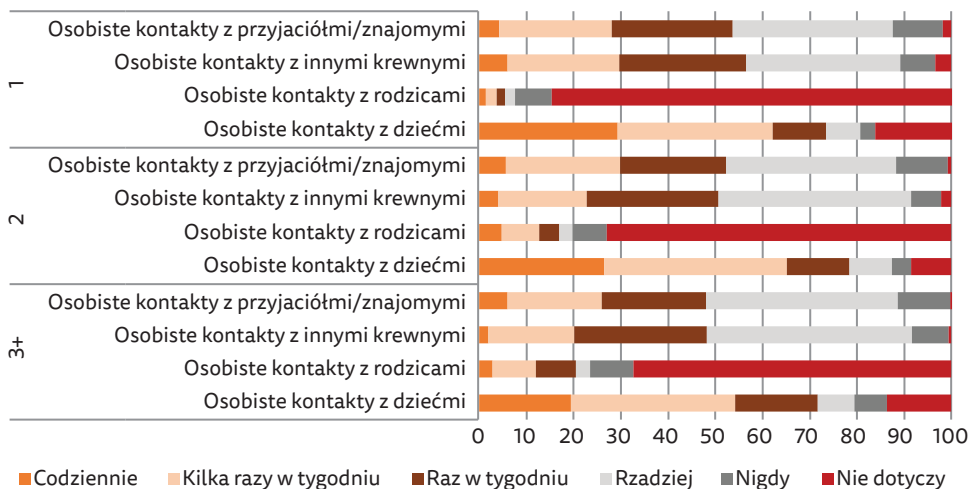
niż osoby mieszkające w większych gospodarstwach domowych, zwłaszcza z dziećmi i innymi krewnymi (rysunek 6.19).

Rysunek 6.18. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według grup wieku (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

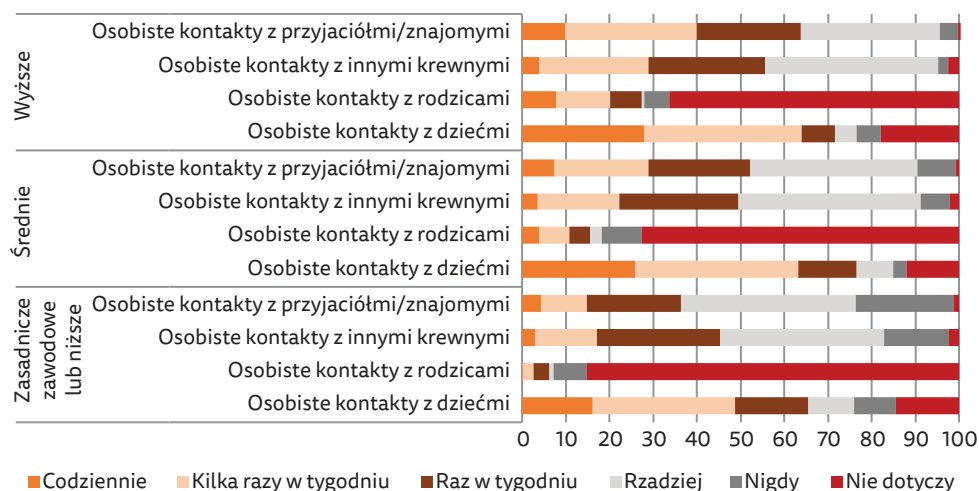
Rysunek 6.19. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według wielkości gospodarstwa domowego (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

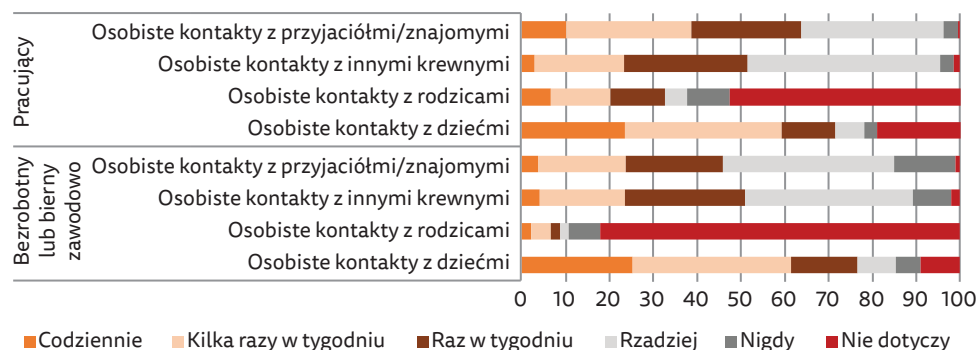
Respondenci z wyższym wykształceniem częściej kontaktowali się elektronicznie z innymi osobami przynajmniej kilka razy w tygodniu niż ankietowani o niższych kategoriach wykształcenia (rysunek 6.20). Status na rynku pracy różnicował głównie odsetek osób kontaktujących się często z rodzicami oraz z przyjaciółmi i znajomymi – osoby pracujące robiły to częściej niż osoby niepracujące (rysunek 6.21).

Rysunek 6.20. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według poziomu wykształcenia (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 6.21. Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według statusu na rynku pracy (w %)



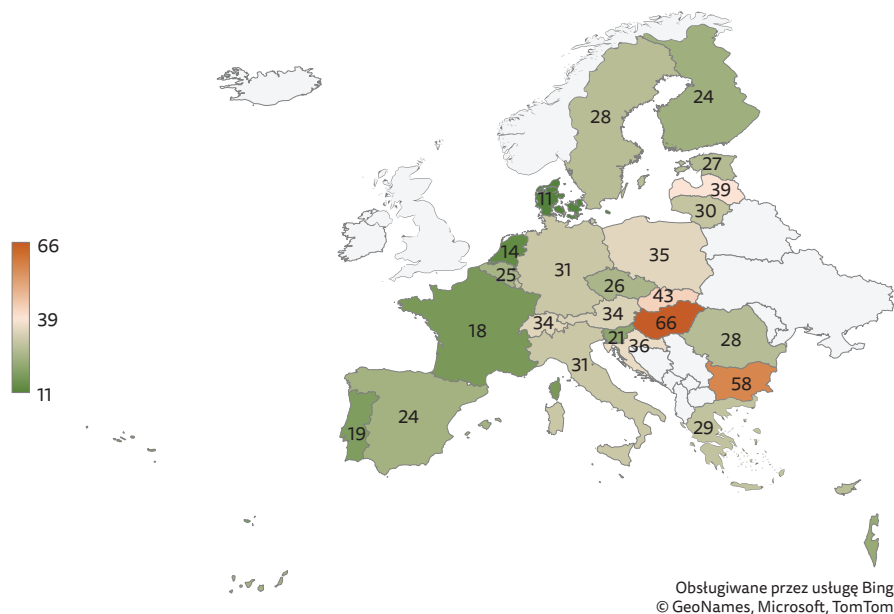
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

6.2. Otrzymane wsparcie od rodziny i znajomych.

Opieka długoterminowa

W ramach badania SHARE Corona 2 zapytano respondentów o otrzymywanie pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw (np. zakupów jedzenia, leków, pilnych naprawach w domu) od osób spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii. Dla wszystkich badanych krajów odsetek osób deklaruujących uzyskiwanie takiej pomocy wyniósł 28%, tj. o 6 p.p. więcej w porównaniu do badania SHARE Corona 1 w 2020 roku. Najwyższy odsetek respondentów, którzy zadeklarowali otrzymywanie takiej pomocy, znajdował się na Węgrzech (66%), w Bułgarii (58%) oraz na Słowacji (43%), najniższy zaś w Danii (11%) i Holandii (14%) (rysunek 6.22).

Rysunek 6.22. Udział osób, które zadeklarowały otrzymywanie pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw od osób spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu epidemii (w %)



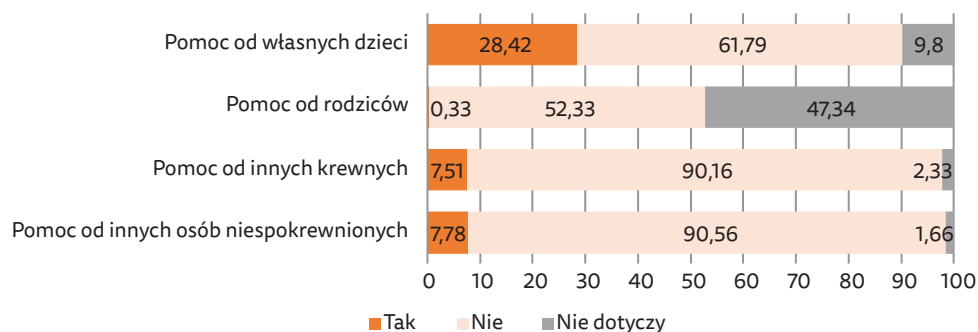
Uwaga: w badaniu SHARE Corona 2 zmienił się sposób odpowiedzi na pytanie o otrzymywanie pomocy od osób spoza gospodarstwa domowego – zamiast jednego pytania dotyczącego uzyskiwania pomocy zadawano cztery osobne, wyróżniając, kto świadczył pomoc: własne dzieci, rodzice, inni krewni oraz inne osoby niespokrewnione. Do przygotowania rysunku przyjęto, że otrzymywanie pomocy od osób z co najmniej jednej kategorii oznacza otrzymywanie jej w ogóle.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

W Polsce odsetek osób deklaruujących uzyskanie tego rodzaju pomocy wyniósł niemal 35%, przekraczając tym samym średnią europejską, a także wynik z poprzedniej rundy (22%). Najczęstsze źródło pomocy stanowiły dzieci, natomiast uzyskiwanie

pomocy od rodziców było niezwykle rzadkie (por. rysunek 6.23). Po raz kolejny odsetek dla kobiet był niemal dwukrotnie większy niż dla mężczyzn (wyniósł odpowiednio 43% i 25% wobec 29% i 15% podczas pierwszej rundy badania) oraz zwiększał się wraz z wiekiem (rysunek 6.24). Podobnie jak w badaniu w 2020 roku starsze kobiety częściej niż starsi mężczyźni deklarowały otrzymywanie tego typu wsparcia od osób 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 częściej niż osoby, które mieszkały z co najmniej jedną osobą (55% wobec 29%). Fakt zamieszkiwania ze współmałżonkiem lub partnerem/partnerką obniżał odsetek osób deklarujących otrzymywanie pomocy z zewnątrz gospodarstwa (26%) w porównaniu do osób współzamieszkujących z innymi osobami, ale bez współmałżonka lub partnera/partnerki w gospodarstwie domowym (41%). Ważnym czynnikiem różnicującym otrzymywanie pomocy z zewnątrz był również stan zdrowia respondenta. Wraz z gorszą samooceną obecnego stanu zdrowia zwiększał się odsetek deklaracji otrzymywania wsparcia od osób spoza gospodarstwa domowego (rysunek 6.25).

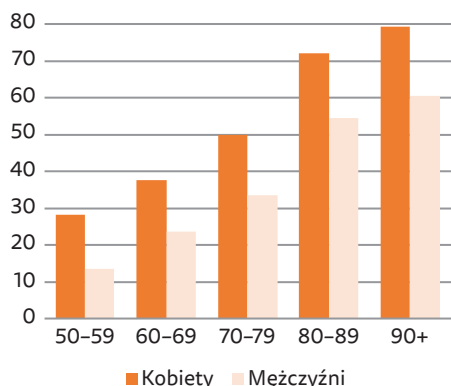
Rysunek 6.23. Otrzymywanie pomocy od osób spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w Polsce (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Intensywność otrzymywania pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw od osób spoza gospodarstwa domowego od wybuchu pandemii wzrosła. Znaczna część ankietowanych osób deklarowała, że otrzymuje ją częściej. Dotyczyło to zwłaszcza pomocy od innych osób niespokrewnionych, jako że 52% przebadanych osób zadeklarowało częstsze otrzymywanie pomocy od tej grupy osób. Dodatkowo 45% i 34% respondentów deklarowało uzyskiwanie więcej pomocy od odpowiednio: innych krewnych oraz własnych dzieci. Rzadziej takie wsparcie – bez względu na to, kto je świadczył – deklarowało 7% badanych (rysunek 6.26).

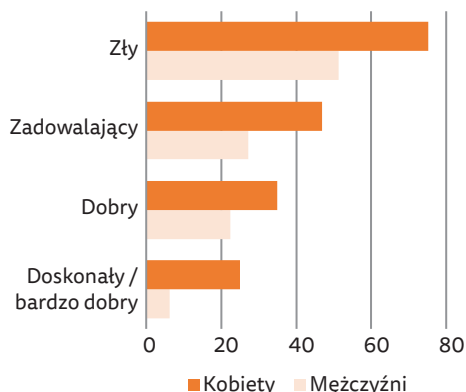
Rysunek 6.24. Udział osób otrzymujących pomoc spoza domu w załatwianiu niezbędnych spraw według grup wieku i płci w Polsce (w %)



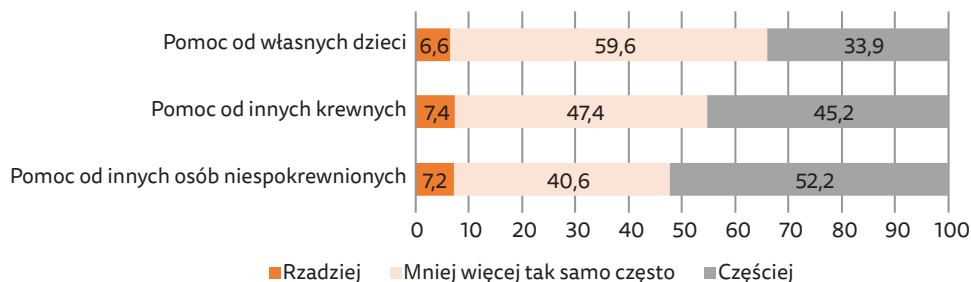
Uwaga: jak przy rysunku 6.22.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 6.25. Udział osób otrzymujących pomoc spoza domu w załatwianiu niezbędnych spraw według samooceny stanu zdrowia w Polsce (w %)



Rysunek 6.26. Struktura respondentów według częstotliwości otrzymywania pomocy od osób spoza gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich trzech miesięcy od czasu wybuchu pandemii w Polsce (w %)



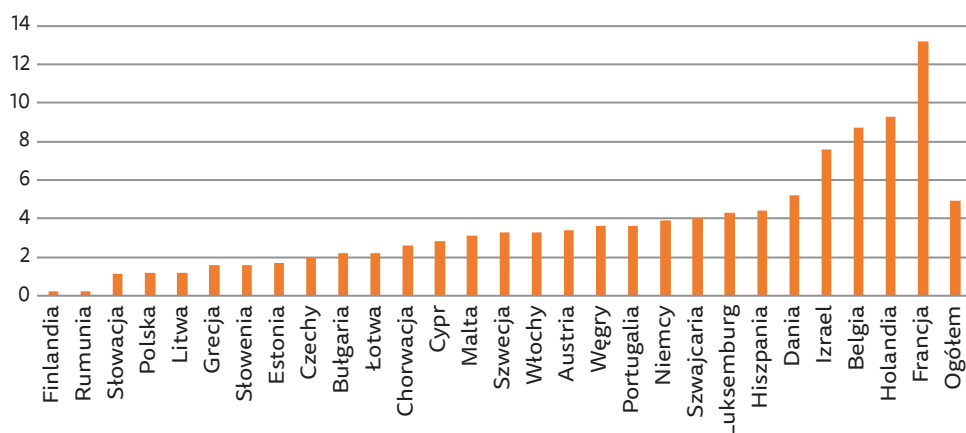
Uwaga: wyniki dla pomocy od rodziców nie pokazano ze względu na zbyt małe liczebności. Odpowiedź „mniej więcej tak samo często” była zaznaczana przez ankietę dla osób, które deklarowały brak zmiany w zakresie otrzymywanego wsparcia. Może to oznaczać zarówno sytuację, gdy: 1) respondent otrzymywał pomoc 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 z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

W badaniu SHARE Corona 2 zebrano także dane dotyczące otrzymywania opieki formalnej w ciągu trzech miesięcy poprzedzających badanie. Niemal co dwudziesta osoba w wieku 50 lat i więcej otrzymywała formalne usługi opiekuńcze od profesjonalnego

opiekuna (rysunek 6.27). Udział ten był zróżnicowany między analizowanymi krajami i wahał się między 0,2% w Rumunii i w Finlandii do 13,2% we Francji. W Polsce wyniósł on 1,2%. Indywidualne charakterystyki respondentów różnicowały odsetek osób otrzymujących opiekę formalną. Kobiety częściej niż mężczyźni otrzymywały takie wsparcie (6% wobec 3,7%), osoby sędziwe zaś (w wieku 80+) znacznie częściej niż młodsze (17,9% wobec 1,8% dla osób w wieku 50–64 lata oraz 4,4% dla osób w wieku 65–79 lat). Osoby z najniższymi kategoriami wykształcenia częściej otrzymywały tego typu pomoc niż osoby z wyższym wykształceniem (7,9% wobec 4,6%). Z kolei dla osób tworzących jednoosobowe gospodarstwa domowe udział ten wyniósł 10,2% wobec 3,9% dla osób mieszkających z jedną osobą oraz 1,8% mieszkających z co najmniej dwoma innymi osobami. Bardzo rzadko ankietowani zgłaszali trudności przy uzyskiwaniu opieki – odsetek ten wyniósł zaledwie 0,3%.

Rysunek 6.27. Udział osób w wieku 50 lat i więcej otrzymujących opiekę formalną (od profesjonalnego opiekuna) w analizowanych krajach (w %)



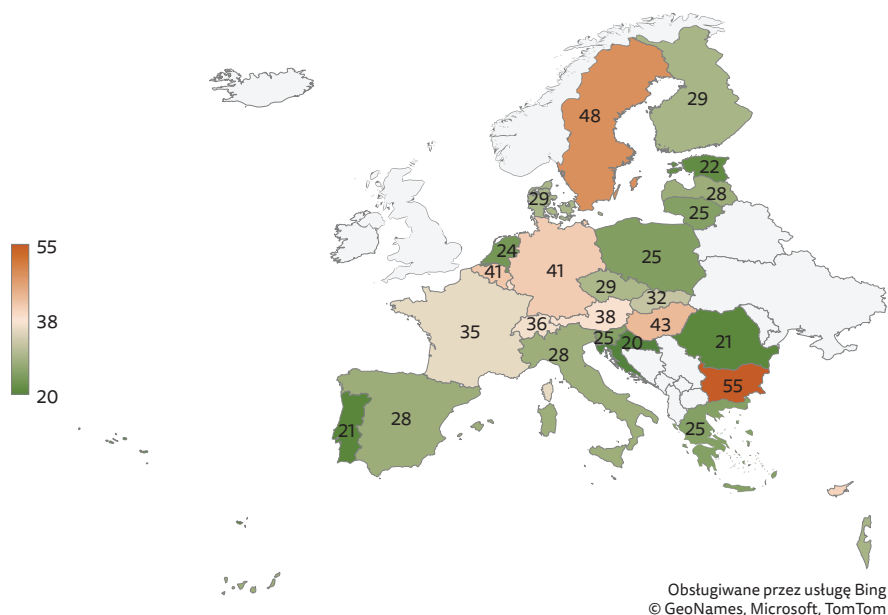
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

6.3. Udzielanie wsparcia rodzinie i znajomym. Wolontariat i aktywność społeczna w trakcie pandemii COVID-19

Osoby w wieku 50 lat i więcej są także źródłem wsparcia dla innych. W Polsce co czwarty respondent badania SHARE Corona 2 zadeklarował udzielanie pomocy innym osobom spoza gospodarstwa domowego w załatwianiu niezbędnych spraw (np. zakupach, nabyciu leków czy pilnych naprawach w gospodarstwie domowym) od czasu wybuchu pandemii. Na tle 28 państw biorących udział w badaniu Polska zajęła 22.

miejsce w rankingu. Największy odsetek respondentów udzielających wsparcia zaobserwowano w Bułgarii (55%), Szwecji (48%) oraz na Węgrzech (43%) (rysunek 6.28).

Rysunek 6.28. Udział osób udzielających pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego w załatwianiu niezbędnych spraw, np. kupna jedzenia, leków lub pilnych napraw od czasu wybuchu pandemii w analizowanych krajach (w %)



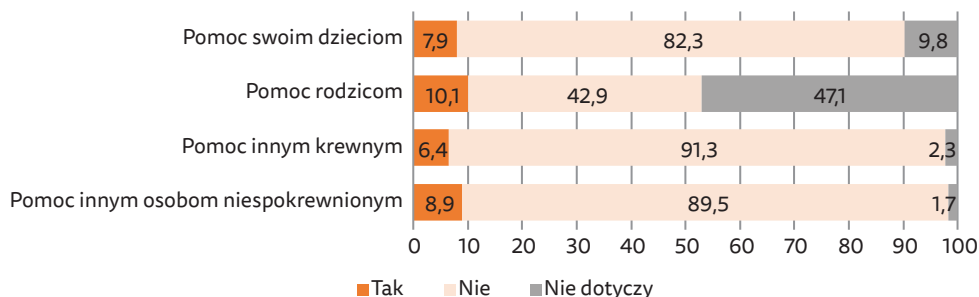
Uwaga: w badaniu SHARE Corona 2 zmienił się sposób odpowiedzi na pytanie o udzielanie pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego – zamiast jednego pytania dotyczącego udzielania pomocy zadawano cztery osobne, wyróżniając udzielanie pomocy: swoim dzieciom, swoim rodzicom, innym krewnym oraz innym osobom niespokrewnionym. Do przygotowania rysunku przyjęto, że udzielanie pomocy osobom z co najmniej jednej kategorii oznacza udzielanie jej w ogóle.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

W Polsce rozważany typ pomocy w najwyższym stopniu dotyczył pomocy skierowanej do rodziców (por. rysunek 6.29). Wśród respondentów posiadających rodziców mieszkających poza ich gospodarstwem domowym 19% zadeklarowało udzielanie im pomocy od czasu wybuchu pandemii. W równym stopniu respondenci deklarowali świadczenie pomocy swoim dzieciom oraz innym osobom niespokrewnionym – po 9%. Najrzadziej, bo 6,6% respondentów, udzielało pomocy innym krewnym niemieszkającym we wspólnym gospodarstwie domowym. W strukturze odpowiedzi nie widać zróżnicowania według płci – 24% mężczyzn i 25% kobiet świadczyło pomoc na zewnątrz gospodarstwa domowego. Zauważalne jest natomiast zróżnicowanie według wieku – największe zaangażowanie w świadczenie pomocy wykazywały osoby najmłodsze (tj. w wieku 50–59 lat), co może mieć związek ze stanem zdrowia oraz faktem posiadania

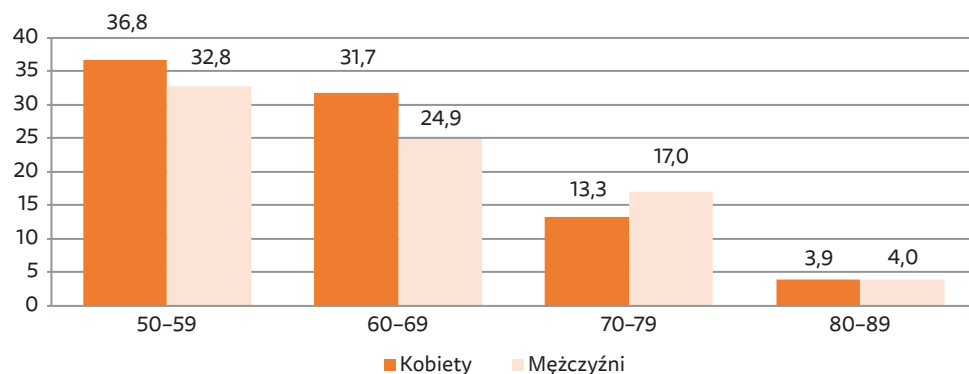
żyjących rodziców (por. rysunek 6.30). Nieco częściej dostarczanie pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego deklarowały osoby współzamieszkujące z małżonkiem lub partnerem (28%) niż osoby mieszkające samotnie lub z innymi osobami (20%).

Rysunek 6.29. Udzielanie pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w Polsce (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 6.30. Udział osób pomagających osobom spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w załatwianiu niezbędnych spraw w Polsce według płci i grupy wieku (w %)



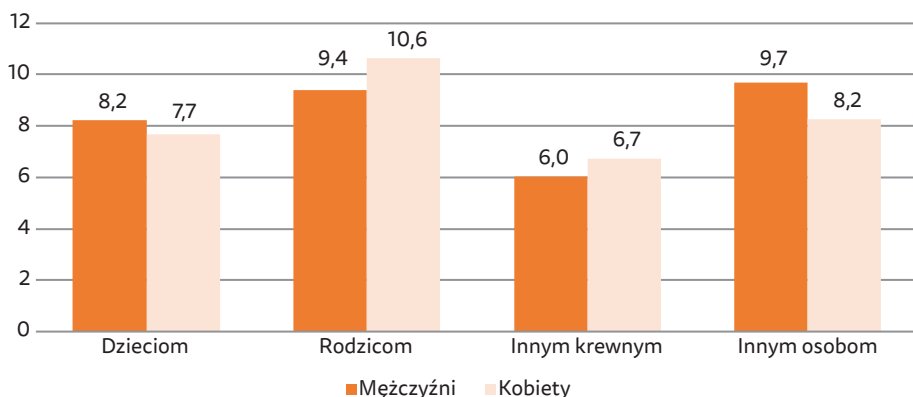
Uwaga: jak przy rysunku 6.28. Grupa najstarsza (90+) została pominięta na zestawieniu ze względu na zbyt małą liczbę odpowiedzi udzielonych na pytanie o udzielanie wsparcia osobom spoza gospodarstwa domowego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Pomoc w obu analizowanych obszarach – załatwianiu niezbędnych spraw i opieki – najczęściej świadczone własnym rodzicom, czyli osobom, które prawdopodobnie ponosiły największe ryzyko ciężkiego przebiegu choroby ze względu na wiek, i były obciążone różnymi dodatkowymi chorobami (rysunek 6.31). Rzadziej respondenci udzielali pomocy własnym dzieciom, jednak co 12 respondent deklarował, że pomagał własnym dzieciom w załatwianiu niezbędnych spraw w czasie pandemii. Być może

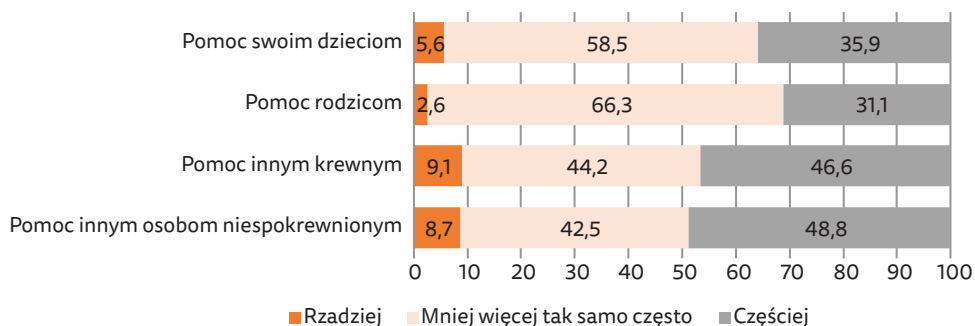
wynika to z jednej strony z potrzeb zgłaszanych przez dorosłe dzieci, a z drugiej z obaw związanych z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.

Rysunek 6.31. Udzielanie pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w Polsce według płci (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 6.32. Częstość udzielania pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw osobom spoza domu w ciągu ostatnich trzech miesięcy w porównaniu do pierwszej fali pandemii (w %)



Uwaga: pytanie dotyczy respondentów posiadających żyjących rodziców, dzieci, wnuków lub krewnych.

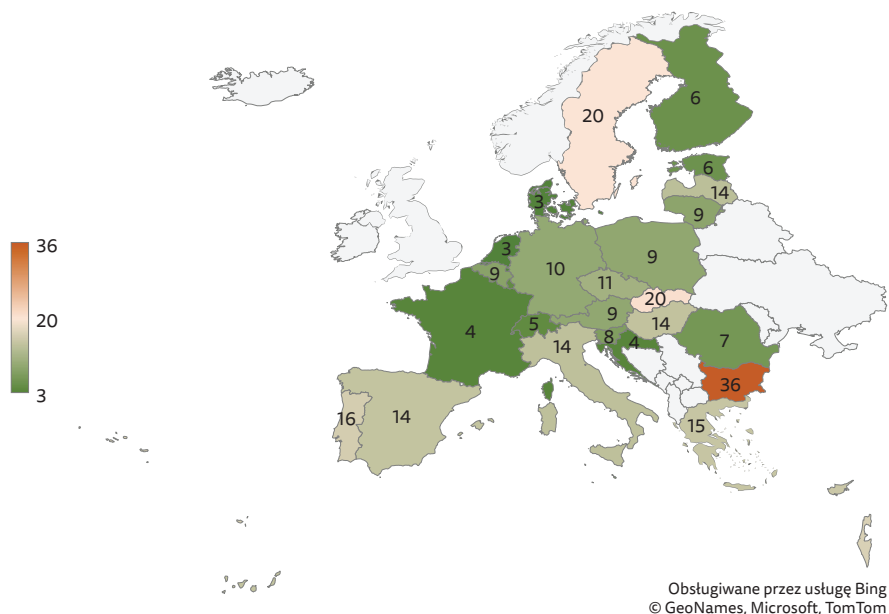
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

W porównaniu do pierwszej fali pandemii można zaobserwować intensyfikację świadczenia pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw osobom spoza gospodarstwa domowego (rysunek 6.32). Wśród respondentów badania SHARE w Polsce, którzy deklarowali świadczenie pomocy, ponad 90% wskazało, że udzielali wsparcia nie rzadziej niż na początku pandemii, a jedynie co najwyżej 9% badanych wskazywało na rzadszą pomoc. Częstsze wsparcie w załatwianiu niezbędnych spraw dotyczyło zarówno osób

niespokrewnionych, takich jak sąsiedzi, znajomi czy współpracownicy (49%), innych krewnych (47%), swoich dzieci (36%) oraz rodziców (31%). Można przypuszczać, że jedną z przyczyn wzrostu intensywności wsparcia była mniejsza niepewność co do działania wirusa SARS-CoV-2 w trakcie drugiej rundy badania w porównaniu do pierwszej fali badania oraz słabsze restrykcje dotyczące mobilności ludności.

W badaniu, oprócz kwestii udzielania pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw, poruszono również temat zaangażowania osób w wieku 50 lat i więcej w udzielanie opieki osobistej osobom spoza gospodarstwa domowego. W porównaniu do rundy badania z 2020 roku odsetek respondentów deklarujących udzielanie tej formy opieki wzrósł z 4% do 10,5%. Opiekę osobistą osobom spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii najczęściej udzielano w Bułgarii (36%) oraz w Słowacji i w Szwecji (po 20%) (rysunek 6.33). W Polsce udział osób w wieku 50+ sprawujących opiekę osobistą nad osobami spoza gospodarstwa domowego wzrósł niemal dwukrotnie, z nieco ponad 5% do niemal 9,5%, co plasuje nasz kraj na 15. pozycji w rankingu 28 krajów-uczestników badania. Podobnie jak w pierwszej edycji badania SHARE Corona znacznie częściej opiekę osobistą świadczyli młodszy Polacy – szczególnie ci w wieku 50–64 lata, a także kobiety (11,0%) w porównaniu do mężczyzn (7,3%).

Rysunek 6.33. Udział osób udzielających opieki osobistej osobom spoza swojego gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w analizowanych krajach (w %)

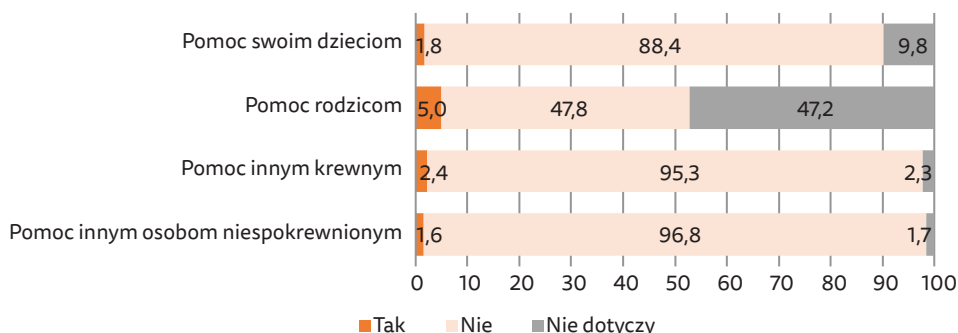


Uwaga: jak do rysunku 6.28.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

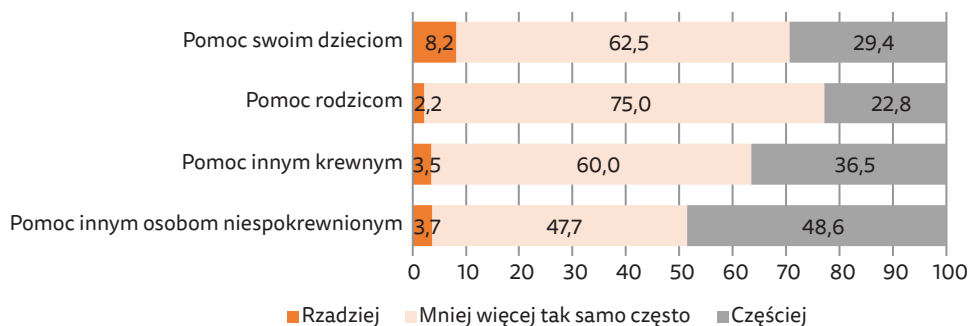
Wśród respondentów posiadających rodziców mieszkających poza ich gospodarstwem domowym 9,5% zadeklarowało udzielanie im opieki osobistej od czasu wybuchu pandemii. Dla pozostałych kategorii osób, tj. dzieci, innych krewnych oraz osób niespokrewnionych spoza domu, odsetek badanych udzielających opieki osobistej wynosił ok. 2% (rysunek 6.34).

Rysunek 6.34. Udzielanie opieki osobistej osobom spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w Polsce (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Rysunek 6.35. Częstość udzielania opieki osobistej osobom spoza domu w ciągu ostatnich trzech miesięcy w porównaniu do pierwszej fali pandemii w Polsce (w %)



Uwaga: pytanie dotyczy respondentów posiadających żyjących rodziców, dzieci, wnuków lub krewnych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Podobnie jak dla udzielania pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw świadczenie opieki osobistej uległo intensyfikacji w porównaniu do pierwszej fali pandemii. Przeważająca część osób udzielającej opieki osobistej robiła to mniej więcej tak samo często, ale odsetek respondentów deklaruujących częstszą pomoc znacznie przewyższał odsetek osób udzielających ją rzadziej (rysunek 6.35). W największym stopniu

intensyfikacji uległa pomoc świadczona innym osobom niespokrewnionym (49% deklaracji zwiększonej częstotliwości), a w najmniejszym stopniu pomoc świadczona rodzicom (75% deklaracji braku zmian częstotliwości). Warto podkreślić, że 9,7% mężczyzn i 8,2% kobiet deklarowało, że pomagało w załatwianiu niezbędnych spraw takim osobom, jak sąsiedzi, przyjaciele czy znajomi. Uzyskane wyniki pokazują, że w drugiej fali badania respondenci angażowali się w pomoc osobom spoza własnego gospodarstwa domowego tak samo albo częściej niż w fali pierwszej. Relatywnie najslabszy wzrost zaangażowania w pomoc własnym rodzicom wynika z faktu, że ta grupa w największym stopniu była objęta wsparciem już od początku pandemii.

Zaangażowanie osób w wieku 50 lat i więcej w wolontariat w 2021 roku w porównaniu do 2020 roku wzrosło w zdecydowanej większości analizowanych krajów. Podczas pierwszej fali badania jedynie w dwóch krajach (Holandii i Francji) odsetek respondentów świadczących pomoc jako wolontariusze przekroczył 10%. W 2021 roku takich krajów było już 12, przy czym największą popularność wolontariatu zaobserwowano w Holandii (25%) oraz Bułgarii i Danii (po 19%). W Polsce ten rodzaj aktywności społecznej występował znacznie rzadziej. W drugiej rundzie badania zaangażowanie w jakikolwiek wolontariat zgłosiło jedynie 2,1% ankietowanych (wobec 1,7% w pierwszej rundzie). Pod tym względem Polska uplasowała się na 25. miejscu rankingu wszystkich 28 krajów biorących udział w badaniu. Taką aktywność w ostatnich trzech miesiącach przed badaniem zadeklarowało w Polsce 2,5% mężczyzn i 1,7% kobiet w wieku 50 lat i więcej. Warto odnotować, że spośród osób udzielających się jako wolontariusze w Polsce zdecydowana większość (72%) zadeklarowała brak zmian w częstości zaangażowania. Osoby deklarujące mniejsze zaangażowanie stanowiły 8% ogółu udzielających odpowiedzi, 20% pozostałych osób stwierdziło zaś, że angażuje się częściej w ten rodzaj aktywności. Jednocześnie 17% mężczyzn i 24% kobiet zadeklarowało, że częstość ich wolontariatu wzrosła w porównaniu z pierwszą falą pandemii, a 9% mężczyzn i 6% kobiet stwierdziło, że ten typ aktywności był w drugiej fali rzadszy.

Zaobserwowane zjawisko niskiej aktywności w ramach wolontariatu w czasie pandemii nie wynikało raczej z wprowadzonych ograniczeń kontaktów społecznych. Partycypacja społeczna osób starszych w Polsce od lat pozostaje na relatywnie niskim poziomie. Część ekspertów sugeruje, że wskaźniki zaangażowania w wolontariat nie pokazują pełnego obrazu aktywności społecznej wśród osób starszych, gdyż w Polsce – historycznie – te formy aktywności nie są zbyt popularne. Natomiast nieformalna aktywność społeczna i rodzinna była zawsze wyższa. Niektóre analizy wskazują, że część seniorów jest bardzo aktywna społecznie, ale ta aktywność odbywa się głównie na rzecz własnej rodziny, znajomych lub w parafii [Klimczuk i in., 2018].

Podsumowanie

Podsumowując, wyniki badania SHARE Corona 2 zrealizowanego w 2021 roku pokazały zmiany, jakie zaszły w obszarze kontaktów społecznych osób w wieku 50+ w Polsce i w innych krajach uczestniczących w tym badaniu. Uzyskane rezultaty pokazały, że kontakty bezpośrednie z innymi osobami były częstsze niż w 2020 roku, choć należy podkreślić utrzymywanie się znacznych różnic między krajami oraz różnymi grupami społeczno-demograficznymi. Okres pandemii wiązał się z większą koniecznością wspierania innych osób w codziennym funkcjonowaniu w warunkach lockdownu, kwarantann i zwiększonego ryzyka zachorowania na COVID-19. Mimo wielu ograniczeń można zauważyć, że zaangażowanie w pomoc osobom spoza gospodarstwa domowego wzrosło w ciągu roku, co jest odnotowane w wynikach badania SHARE Corona 2 w porównaniu do badania SHARE Corona 1. W szczególności wyniki analiz pokazują, że w Polsce 19,8% osób w wieku 50+ świadczyło pomoc w załatwianiu codziennych spraw różnym osobom, 9,4% zaś świadczyło opiekę osobistą nad innymi (głównie starszymi rodzicami). Najrzadziej Polacy angażowali się w wolontariat.

Bibliografia

Klimczuk, A., Szatur-Jaworska B., Kubicki, P., Niezabitowski, M., Majer, R., Cieśla, A., Rudnicka, M. (2018). Dyskusja redakcyjna. Polityka senioralna w Polsce, *Studia z Polityki Publicznej*, 5(4)(20), s. 97–143.

Aktywne starzenie się w okresie pandemii COVID-19

Jolanta Perek-Białas, Ania Ruzik-Sierdzińska, Katarzyna Saczuk

Analizy dotyczące idei aktywnego starzenia nie tylko dla Polski były prowadzone na podstawie badań SHARE jeszcze przed pandemią [m.in. Zaidi i in., 2018]. Wówczas możliwości oceny, czy osoby 50+ w Polsce wykorzystują swój potencjał zarówno w zakresie aktywności zawodowej, społecznej, jak i w ramach aktywnego, bezpiecznego, niezależnego i zdrowego funkcjonowania wraz ze sprzyjającymi warunkami do realizacji aktywności (m.in. więzi, wykształcenie, dobrostan psychiczny), jak jest to rekomendowane m.in. przez Światową Organizację Zdrowia [WHO, 2002], były planowane z wykorzystaniem danych z badania SHARE (runda 7., runda 8. i najnowsza obecnie runda 9.; [Perek-Białas, Zwierzchowski, 2022]). Było to możliwe przy wykorzystaniu rekomendowanego przez UNECE oraz Komisję Europejską wskaźnika aktywnego starzenia (*active ageing index* [Zaidi i in., 2012, Abramowska-Kmon i in., 2021]) uwzględniającego: aktywność zawodową, aktywność społeczną (m.in. opieka nad innymi członkami rodziny, wolontariat), zdrowie, bezpieczne i niezależne od innych życie (w tym aktywność fizyczną, uczenie się, tzw. *life-long learning*) oraz zdolność i przygotowanie otoczenia do wykorzystania potencjału osób starszych (m.in. dzięki więziom społecznym).

Wcześniejsze analizy z badania SHARE (runda 7. [por. Perek-Białas, Zwierzchowski, 2020]) prezentowały realizację idei aktywnego starzenia dla Polski dla różnych grup społeczno-ekonomicznych, m.in. według wykształcenia czy miejsca zamieszkania. W czasie pandemii (runda z 2020 roku [Perek-Białas, Zwierzchowski, 2022]) możliwości utrzymania aktywnego starzenia były już ograniczone, gdyż nie można było utrzymać dotychczasowego poziomu aktywności (niezależnie od sytuacji osób badanych i ich zdrowia oraz z powodu wielu ograniczeń wprowadzonych przez decydentów). Ze względu na ograniczoną w czasie pandemii dostępność danych w analizach pokazywano wartości wskaźników ogółem.

W niniejszym rozdziale przeanalizowano wybrane aktywności w sposób umożliwiający ocenę zmiany sytuacji między pierwszym a drugim rokiem pandemii (badanie SHARE Corona 1 w 2020 roku oraz badanie SHARE Corona 2 w 2021 roku). Podjęto próbę oceny, czy w czasie pandemii wybrane aspekty powiązane z koncepcją aktywnego starzenia uległy zmianie i w jakim zakresie oraz jak na tym tle wypada Polska. Biorąc pod uwagę wyzwanie, jakim jest pokazanie wszystkich wskaźników, próbujemy opisać zmiany zaobserwowane w czasie pandemii w wybranych obszarach (aktywność zawodowa, społeczna) uwzględnianych w aktywnym starzeniu się. Zmiany wybranych aspektów aktywnego starzenia w Polsce porównano z innymi krajami Europy, biorącymi udział w badaniu SHARE w latach 2020 i 2021.

7.1. Zmiany aktywności w czasie pandemii

Aktywność zawodowa

W 2021 roku osoby aktywne zawodowo (czyli pracujące lub bezrobotne) stanowiły średnio 38,3% populacji osób w wieku 50+ w badanych krajach. Aktywność zawodowa tej grupy była bardzo zróżnicowana pomiędzy krajami. Najwyższą odnotowano w Holandii (prawie 50%), w dalszej kolejności Szwecji, Estonii, Danii i na Litwie (powyżej 45%), a najniższą w Rumunii, Chorwacji, Austrii i na Malcie (poniżej 30%). Polskę charakteryzował relatywnie niski (piąty najniższy) poziom aktywności (31,9%).

Pytania w kwestionariuszach badania ankietowego SHARE Corona 1 i 2, choć są nieidentyczne¹, umożliwiają porównanie aktywności zawodowej między III kwartałem 2021 roku a momentem wybuchu pandemii, czyli w zależności od kraju – w I lub II kwartale 2020 roku.

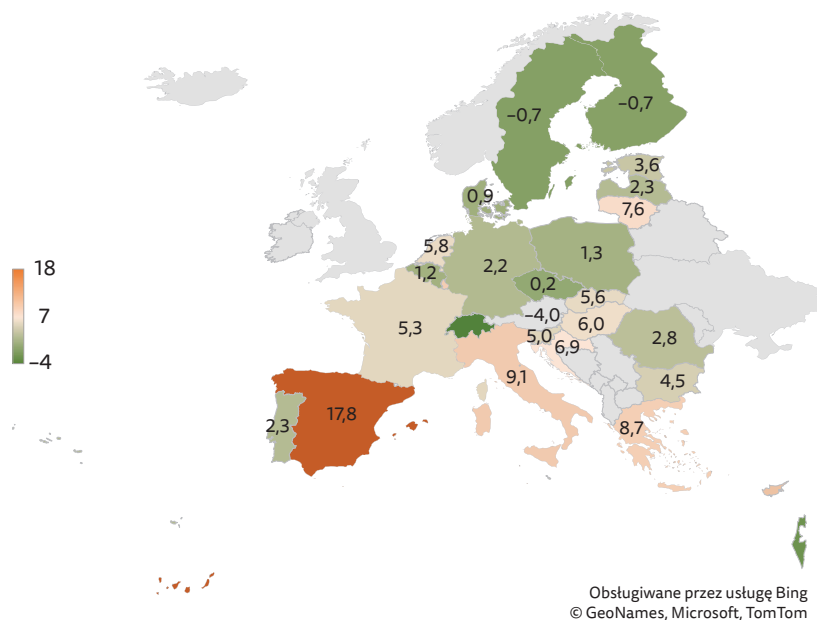
Rysunek 7.1 ilustruje różnice aktywności zawodowej między badaniami SHARE Corona 1 i 2 (w punktach procentowych – p.p.). Aktywność pomiędzy rundami wzrosła w 23 z 27 analizowanych w tej sekcji krajów, średnio o 4,2 p.p. Najwyższe wzrosty odnotowano w Hiszpanii (17,7 p.p.), na Cyprze (9,6 p.p.), we Włoszech (9,07 p.p.), w Luxemburgu (8,8 p.p.) i Grecji (8,69). Spadki aktywności były największe w Szwajcarii (9,6 p.p.) oraz w Izraelu, Finlandii i Szwecji. Wzrosty aktywności w 2021 roku mogą wynikać z bardziej restrykcyjnych ograniczeń gospodarczych związanych z lockdownami, które prowadziły do obniżenia aktywności zawodowej w krajach najbar-

¹ W badaniu SHARE Corona 2 wykorzystano standardowe pytanie o subiektywną ocenę respondentów swojej sytuacji na rynku pracy. Natomiast w pierwszej rundzie szacowano aktywność na podstawie uproszczonego pytania o aktywność zawodową w czasie wybuchu pandemii. Współczynniki aktywności zawodowej w każdej rundzie oszacowano dla wszystkich respondentów, którzy odpowiedzieli na pytanie.

dzień dotkniętych pierwszą falą pandemii (w 2020 roku), jak Hiszpania czy Włochy, podczas gdy w drugiej fali pandemii restrykcje sanitarne nie miały już tak dużego znaczenia. Spadki obserwowanych wartości aktywności w badaniu SHARE Corona 2 pokazują dynamikę i ograniczenia dla aktywności zawodowej (kolejne ograniczenia) w 2021 roku. Szwecja od początku pandemii nie miała tak dużych restrykcji w pierwszej fali jak inne kraje, z kolei w Finlandii i Izraelu dodatkowo z obawy przed kolejnymi już falami pandemii wprowadzano ograniczenia, w czasie gdy w innych krajach biorących udział w badaniu nie były one utrzymywane. Jednocześnie można zauważyć, że sytuacja osób 50+ ogółem na rynku pracy była uzależniona od czynników makro, polityk, które miały wpływ na zatrudnienie.

Dodatkowo do wykazania wzrostu aktywności zawodowej w wielu krajach mogły przyczynić się również tzw. zgony nadmiarowe (czyli większa liczba zgonów niż średnio odnotowywana w poprzednich latach) oraz selektywny charakter zgonów związanych z pandemią. Ponieważ zdecydowana większość zgonów związanych z pandemią oraz nadmiarowych dotyczyła osób powyżej 50 lat, a na śmierć z powodu COVID-19 najbardziej narażone były osoby o słabszym zdrowiu – w przeważającej części nieaktywne zawodowo, to liczba zgonów statystycznie zwiększa udział osób aktywnych w populacji.

Rysunek 7.1. Zmiana współczynnika aktywności zawodowej osób w wieku 50 lat i więcej pomiędzy drugą rundą SHARE Corona a wybuchem pandemii COVID-19 (w p.p.)



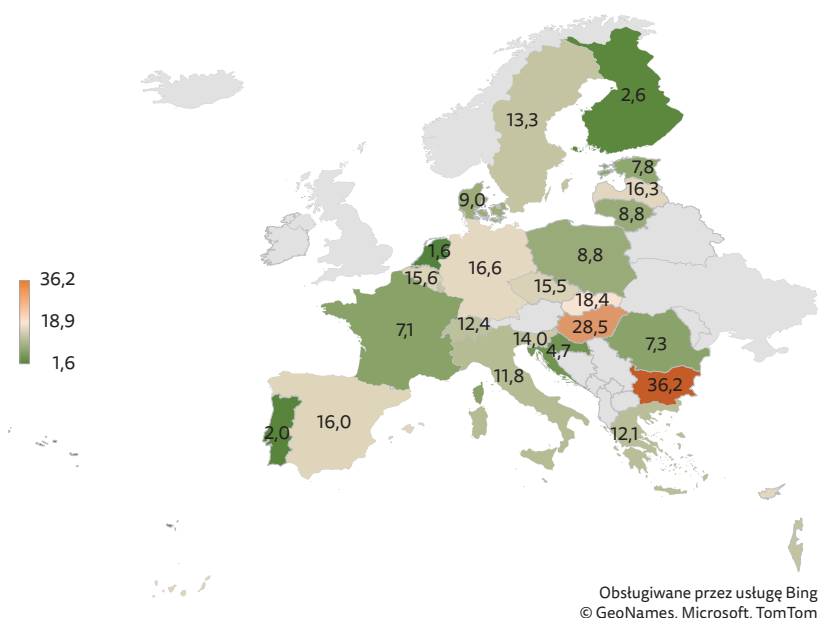
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 1 i SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Częściowo wyniki mogą być również zaburzone sezonowością zjawiska, choć ze względu na sposób pomiaru aktywności zawodowej w badaniu SHARE oraz badaną populację w tym przypadku ma ona relatywnie niewielkie znaczenie.

Aktywność społeczna

Aktywność społeczna, obok aktywności zawodowej, jest jednym z ważnych elementów składających się na ocenę realizacji przez społeczeństwa koncepcji aktywnego starzenia. Tak jak w poprzedniej fali i tym razem pytano o pomoc udzielaną innym dorosłym osobom spoza gospodarstwa domowego, np. przez robienie zakupów czy załatwianie codziennych spraw. W koncepcji aktywnego starzenia jest to przejaw aktywności uwzględniany na równi z aktywnością zawodową. Wyniki zaprezentowane na rysunku 7.2 wskazują, że generalnie, o ile w pierwszym roku pandemii nie można było realizować tej pomocy tak powszechnie, to w analizowanym drugim roku we wszystkich krajach zauważono wzrost tej aktywności: największy w Bułgarii (36,2 p.p.) oraz na Węgrzech (28,5 p.p.).

Rysunek 7.2. Zmiana odsetka osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących pomoc innym pomiędzy pierwszą i drugą rundą badania SHARE Corona (w p.p.)

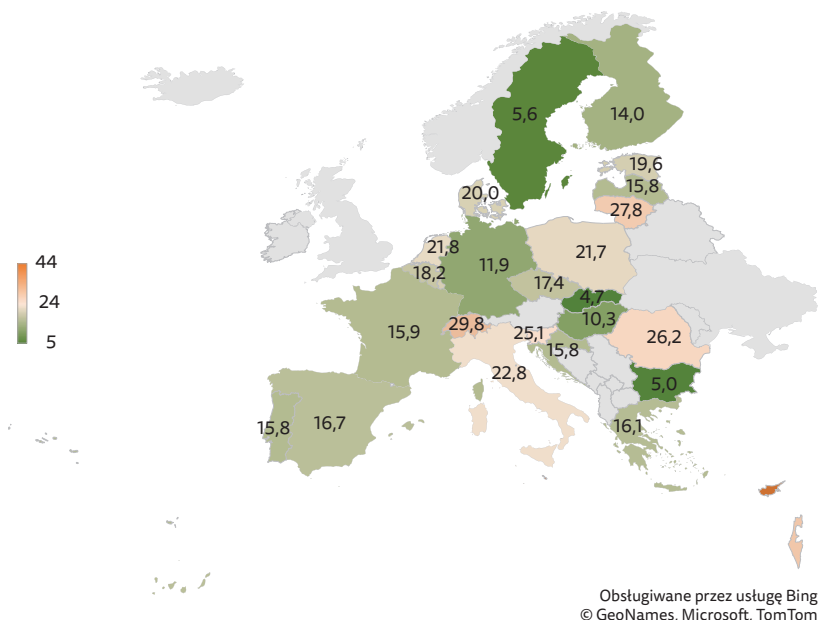


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 1 i SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

7.2. Więzi społeczne a realizacja aktywnego starzenia się

Aby ocenić, na ile otoczenie jest przygotowane na wykorzystanie potencjału osób starszych, uwzględnia się także więzi społeczne mające znaczenie dla budowania relacji, w tym międzygeneracyjnych. Pandemia – z powodu restrykcji – wymusiła ograniczenie kontaktów osobistych, co było zauważalne w rundzie wcześniejszej [Perek-Białas, Zwierchowski, 2022]. Oprócz pytania o osobiste kontakty i ich częstotliwość w badaniu SHARE Corona 2 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 pandemicznej².

Rysunek 7.4. Zmiana odsetka osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących kontakty z innymi przynajmniej raz w tygodniu między badaniami SHARE Corona 1 i 2 (w p.p.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 1 i SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Analiza dotycząca kontaktów osobistych³ osób w wieku 50+ w Polsce wskazuje, że w badaniu SHARE Corona 2 (2021) więcej osób wskazywało, że ma kontakty przynaj-

² Szerzej temat ten omówiony jest w rozdziale 6.

³ „Podczas ostatnich trzech miesięcy, jak często miał(a) Pan(i) osobisty kontakt, to znaczy twarzą w twarz, z następującymi osobami spoza Pana(i) domu? Czy było to codziennie, kilka razy w tygodniu, mniej więcej raz w tygodniu, rzadziej czy nigdy? – odpowiedzi przynajmniej raz w tygodniu”.

mniej raz w tygodniu (w Polsce było to prawie 90%) z innymi osobami. Niestety ok. 10% osób w wieku 50+ nie miało nawet takich kontaktów, co może wskazywać na istotny problem wykluczenia i osamotnienia szczególnie dotkliwy w pandemii.

Porównując sytuację w Polsce do innych krajów, znacząco więcej kontaktów miały osoby 50+ w Izraelu (96,5%), a najmniej (poniżej 80%) na Słowacji i na Litwie. Z kolei największe zmiany w wartości tego wskaźnika między pierwszą i drugą rundą odnotowano na Cyprze i Malcie (ponad 40 p.p., rysunek 7.4).

Podsumowanie

W publikacji Perek-Białas, Zwierchowski [2022] dotyczącej analizy aktywnego starzenia się na podstawie badania SHARE Corona 1 (w pierwszym roku pandemii) wskazywano, że analiza aktywnego starzenia się jest wyzwaniem w tak trudnym okresie (m.in. ograniczenia wynikające z restrykcji dot. wybranych aktywności np. na rynku pracy). Konieczność innego sposobu pomiaru zagadnień uwzględniających tę nieprzewidywalną sytuację zaowocowała zmianą treści pytań w ramach telefonicznego badania SHARE Corona 1 i Corona 2 (tj. dostosowywanie pytań, tak aby uwzględniały kontekst pandemii i restrykcji, mimo że nie daje to możliwości porównań z okresami przed pandemią). Jednak porównywanie zmian aktywności już w czasie pandemii daje inny obraz fluktuacji aktywności w zależności od czynników niezależnych od badanych osób i ich predyspozycji (np. ze względu na wykształcenie), ale przede wszystkim uwarunkowań zewnętrznych (zmiany dotyczące wszystkich ze względu na ich wprowadzenie systemowo).

Pozytywne jest to, że nawet jeśli pierwszy rok pandemii (2020) zaburzył analizę trendów tych aktywności i trudno było jednoznacznie wykazać, jak są realizowane idee aktywnego starzenia, to już w kolejnym okresie (prezentowanym w tym rozdziale) widać na wybranych wskaźnikach wchodzących w skład ogólnego wskaźnika aktywnego starzenia pozytywne zmiany we wszystkich krajach. Jeśli były spadki, to niewielkie i nakładające się z restrykcjami oraz kolejnymi falami zachorowań w tych krajach.

Bibliografia

Abramowska-Kmon, A., Kubicki, P., Perek-Białas, J., Szveda-Lewandowska, Z. (2021). Aktywne starzenie się w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej – uwarunkowania demograficzne a propozycje polityk. W: *Raport SGH i Forum Ekonomicznego 2021* (s. 87–113), A. Chłóń-Domińczak, R. Sobiecki, M. Strojny, B. Majewski (red.). Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.

Perek-Białas, J., Zwierzchowski, J. (2020). Czy potencjał osób starszych w Polsce jest odpowiednio wykorzystywany. 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. 55–65), I. Kotowska, A. Chłóń-Domińczak, D. Holzer-Żelażewska (red.). Warszawa: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Perek-Białas, J., Zwierzchowski, J. (2022), Aktywne starzenie się w pierwszym roku pandemii COVID-19. W: *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”* (s. 89–96), A. Abramowska-Kmon i in. (red.). Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.

World Health Organization (WHO). (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.

Zaidi, A., Gasior, K., Hofmarcher, M.M., Lelkes, O., Marin, B., Rodrigues, R., Schmidt, A., Vanhuysse, P., Zolyomi, E. (2012). *Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology and Final Results*. Vienna: European Centre.

Zaidi, A., Harper, S., Howse, K., Lamura, G., Perek-Białas, J. (2018). Towards an Evidence-based Active Ageing Strategy. W: *Building Evidence for Active Ageing Policies* (s. 1–15), A. Zaidi, S. Harper, K. Howse, G. Lamura, J. Perek-Białas (red.). Singapore: Palgrave Macmillan. DOI: 10.1007/978-981-10-6017-5.

Wnioski i rekomendacje

Agnieszka Chłóń-Domińczak

Badanie SHARE Corona 2 pozwala na pogłębienie wiedzy dotyczącej zachowań i sytuacji osób w wieku 50 lat i więcej w okresie pandemii, w tym skutków prowadzonych polityk związanych z ograniczaniem rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 dla zdrowia, aktywności zawodowej i społecznej oraz procesów przechodzenia na emeryturę tej populacji. W Polsce badanie objęło niemal 3 tys. respondentów i była to jedna z bardziej licznych przebadanych w ramach badania prób. Większość badanych w Polsce osób była w wieku od 55 do 74 lat, a więc w wieku, który charakteryzuje się licznymi zmianami sytuacji zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej osób oraz rodzin. Badanie było przeprowadzone w Polsce po dwóch widocznych falach zachorowań i zgonów spowodowanych COVID-19, w drugiej połowie 2020 roku oraz w pierwszej połowie 2021 roku. Warto przypomnieć, że umieralność w Polsce w drugim roku pandemii była znacznie wyższa niż w pierwszym roku i wcześniej – trudna sytuacja dotyczyła nie tylko Polski, ale też innych krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Efektem nadmiernej umieralności było również skrócenie dalszego trwania życia, obserwowane w latach 2020 i 2021, który łącznie dla dwóch lat wyniósł w Polsce 2,2 lat dla kobiet i 2,4 lat dla mężczyzn. Był to jeden z wyższych spadków odnotowanych w Europie.

Badanie było przeprowadzone w okresie, kiedy znaczna część osób otrzymała co najmniej jedną dawkę szczepionki. W trakcie przeprowadzenia badania stan zaszczepienia w Polsce wynosił 46% i był zbliżony do średniej. W końcu 2021 roku jednak już wzrósł dystans Polski do krajów, w których udział osób korzystających z tej możliwości był najwyższy. W Polsce wówczas poziom wyszczepienia był stosunkowo niski i wynosił 56%, podczas gdy w większości krajów w Europie Zachodniej, Południowej i Północnej wynosił ponad 70%, a w Portugalii i Hiszpanii ponad 80%.

Był to również okres stopniowego odstępowania od ograniczeń związanych z rygiem polityk publicznych. Skala ograniczeń wprowadzonych przez rząd w Polsce w trakcie trwania badania mierzona Wskaźnikiem Rygoru Rządowego była na przeciętnym poziomie w porównaniu do innych krajów biorących udział w badaniu, co również ma znaczenie przy porównywaniu otrzymanych wyników.

Wyniki badania SHARE Corona 2 wskazały na znaczącą skalę doświadczenia zachorowania na COVID-19 przez respondentów i ich bliskich w Polsce. Połowa osób w wieku 50 lat i więcej lub ich bliscy odczuwała symptomy zachorowania na COVID-19, a 44% miało pozytywny wynik testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2. W badanej populacji 15% osób było hospitalizowanych, a 10% potwierdziło, że w wyniku zakażenia wirusem zmarła bliska im osoba. Odsetki te plasują Polskę w pierwszej dziesiątce krajów pod względem częstości doświadczenia zachorowania na COVID-19, natomiast w pierwszej trójce, jeżeli uwzględnimy własne doświadczenia COVID-19 wśród respondentów. Pomimo dużego odsetka osób wskazujących na własne doświadczenia COVID-19 udział osób deklarujących, że osobiście miały przeprowadzony test pod kątem obecności wirusa SARS-CoV-2, był niemal dwukrotnie niższy niż średnia w badaniu (26% w Polsce w porównaniu do 50% ogółem).

Polacy w wieku 50+ stosunkowo często odnotowywali długotrwałe lub utrzymujące się objawy COVID-19. Długotrwałe zmęczenie dotknęło 64% osób, które przechorowały lub prawdopodobnie przechorowały COVID. Kaszel, zatłakany nos, duszności, utratę smaku lub węchu, bóle głowy, stawów lub innych części ciała wskazywało ponad 40% tej grupy. Niemal 50% osób wskazywało na cztery lub więcej objawów związanych z długotrwałymi skutkami zachorowania, co również było znacznie powyżej średniej dla całej Europy (poniżej 40%).

Polacy rzadziej niż przeciętnie stosowali się do rekomendowanych zachowań ochronnych, przy czym częstość takich postaw mocno zależała od stanu zdrowia respondenta. Osoby deklarujące zły stan zdrowia częściej dostosowały się do rekomendowanych zachowań ochronnych, natomiast osoby deklarujące dobry stan zdrowia przestrzegały tych rekomendacji znacznie rzadziej. Wyjątkiem jest tutaj zauważalnie mniejsza częstość chodzenia respondentów do restauracji, szczególnie w porównaniu do innych krajów. Przy czym należy podkreślić, że może to również wynikać z ogólnie rzadszego chodzenia do restauracji tego pokolenia w Polsce, także przed pandemią. Osoby w wieku 50+ rzadziej niż przeciętnie w Europie deklarowały, że zawsze utrzymywały dystans od innych, natomiast znaczna część utrzymywała ten dystans czasami lub często.

Podsumowując – Polacy podchodzili do kwestii utrzymywania dystansu i zachowań ochronnych relatywnie mniej restrykcyjnie niż w krajach, w których rozwiązania te były znacznie bardziej powszechne, szczególnie wśród krajów Europy Południowej. Jednocześnie skala występowania wirusa oraz liczba zgonów spowodowanych COVID-19 powinny skłaniać do bardziej ostrożnych zachowań.

Wyniki badania SHARE również potwierdzają stosunkowo niski odsetek osób zaszczepionych. W Polsce niemal 71% osób wskazało, że jest zaszczepione, co jest powyżej odsetków obserwowanych w krajach Europy Wschodniej, ale poniżej średniej dla wszystkich krajów.

Uzyskane dane potwierdzają potrzebę **budowania świadomości zachowań zdrowotnych** wśród osób w wieku 50+, a także młodszych. Szczególnie należy zwrócić uwagę na rolę tego typu postaw w sytuacji pandemii (trzymanie odpowiedniego dystansu, szczepienia, profilaktyka).

Wyniki badania SHARE Corona 2 pokazują również narastające wyzwanie związane z pojawiającymi się problemami psychicznymi, takimi jak nerwowość, trudności z zasypianiem, poczucie osamotnienia czy odczuwanie smutku. Problemy te dotyczą osoby w wieku 50+, które w dużym stopniu przeżyły pandemię odizolowane od ich typowych sieci społecznych. Jeden na trzech Polaków w tej grupie wieku odczuwa nerwowość lub niepokój, niemal 40% smutek i przygnębienie, podobny odsetek deklaruje także występowanie kłopotów ze snem. Zjawiska te w Polsce występowały częściej niż przeciętnie w badanych krajach. Przedłużająca się pandemia, ograniczenie kontaktów z innymi ludźmi, a także stres związany ze stanem zdrowia swoim i bliskich przyczyniły się do pogorszenia stanu zdrowia. Częściej problemy psychiczne odczuwały kobiety, osoby najstarsze czy słabiej wykształcone, a także osoby samotne, mieszkające w gospodarstwach jednoosobowych. Aktywność zawodowa również miała znaczenie – osoby bierne zawodowo i bezrobotne częściej deklarowały występowanie tego typu problemów. Dane te wskazują na potrzebę prowadzenia działań mających na celu poprawę stanu psychicznego osób 50+, szczególnie osób najstarszych i samotnych. Mogą to być na przykład **programy zdrowia publicznego, inicjowane przez rząd oraz przez samorządy, sprzyjające integracji i odtwarzaniu kontaktów społecznych osób starszych**, szczególnie kobiet, osób samotnych i osób z niższym wykształceniem.

Kolejnym istotnym aspektem związanym z pandemią jest korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. W 2021 roku ok. 6% respondentów nie korzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej, ze względu na obawy o swoje zdrowie, większość osób rezygnowała przede wszystkim z wizyt u specjalistów. Rezygnacja z konsultacji może w dłuższym okresie prowadzić do dalszego pogorszenia stanu zdrowia. Kolejną rekomendacją jest **prowadzenie działań zachęcających do wizyt lekarskich i regularnej kontroli stanu zdrowia**.

Dane z badania SHARE potwierdzają wyniki uzyskane z innych badań (np. Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności), wskazujące, że sytuacja na rynku pracy, także dla osób w wieku 50 lat i więcej, była w Polsce stosunkowo stabilna. W okresie pandemii ok. 5% osób w tej grupie wieku straciło pracę, nie było tu również istotnych różnic ze względu na płeć. Co więcej, tylko niecałe 5% osób w Polsce (co było niższym odsetkiem niż ogółem we wszystkich krajach) zdecydowało się w okresie pandemii przejść na emeryturę. Częściej takie decyzje podejmowały kobiety, ale też należy pamiętać, że kobiety w Polsce mają niższy wiek emerytalny, przez co mają łatwiejszy dostęp do emerytury. Co więcej, jedynie 15% z grupy osób, które przeszły na emeryturę, zrobiło to wcześniej

niż zamierzało, co również było niższym odsetkiem niż obserwowany przeciętnie we wszystkich krajach. Osoby z wykształceniem średnim częściej przechodziły na emeryturę wcześniej, niż zamierzały, natomiast rzadziej – osoby z wykształceniem wyższym. Wyniki te mogą wskazywać, że w Polsce nadal utrzymuje się rynek pracownika. Długotrwałe tendencje demograficzne i kurczenie się zasobów pracy może skutkować tym, że pracodawcy niechętnie decydują się na zwolnienia, a pracownicy są zachęcani do wydłużania pracy. Dlatego **warto upowszechniać rozwiązania, które w coraz większym stopniu sprzyjają wydłużaniu aktywności zawodowej.**

Jedną z cech rynku pracy w okresie pandemii było upowszechnienie pracy zdalnej, przy czym korzystanie z tej formy pracy było w Europie mocno zróżnicowane. Nadal również dominującą formą była praca w standardowym miejscu pracy. Polacy stosunkowo rzadko deklarowali wykonywanie pracy zdalnie, a ponad 90% osób w wieku 50+ pracowało w typowym miejscu pracy. Jedynie w przypadku osób z wyższym wykształceniem widoczne było znaczne upowszechnienie takiej formy pracy. Ponad połowa osób w wieku 50 lat i więcej z wykształceniem wyższym deklarowało wykonywanie pracy zdalnie w okresie pandemii. Pracujące osoby w wieku 50+ również czuły się dość bezpiecznie w pracy, w Polsce ok. 10% osób odczuwało niepewność związaną z ryzykiem zachorowania na COVID-19. Uzyskane dane pozwalają stwierdzić, że **pandemia nie przyczyniła się do wzrostu niepewności związanej z wykonywaną pracą**, co też może tłumaczyć niski odsetek osób, które zrezygnowały z pracy czy zdecydowały się na wcześniejsze przejście na emeryturę.

Pandemia również w nieznaczny sposób wpłynęła na długość czasu pracy osób w wieku 50+. W Polsce więcej osób deklarowało, że pracowało dłużej niż przed pandemią, niż że pracowało krócej. Natomiast zarówno udział osób, które pracowały dłużej, jak i tych, którzy pracowali krócej, był niższy niż przeciętnie w Europie. Znacznie częściej dłużej pracowały osoby z wykształceniem wyższym.

Podsumowując, analizowane aspekty aktywności zawodowej osób w wieku 50+ w okresie pandemii wskazują, że pomimo początkowych obaw **pandemia w relatywnie niewielkim stopniu miała wpływ na sytuację tej grupy osób na rynku pracy.** To, co przede wszystkim jest widoczne, to zróżnicowanie związane ze sposobem wykonywania pracy ze względu na wykształcenie, co może wskazywać na dalszą segmentację rynku pracy. Osoby z wyższym wykształceniem znacznie częściej pracowały z domu, częściej również pracowały dłużej w okresie pandemii. Ponadto częstsze przechodzenie na emeryturę kobiet skutkowało pogłębiającą się różnicą wskaźników zatrudnienia kobiet i mężczyzn w wieku okołoemerytalnym. **Rekomendowane jest prowadzenie działań wspierających utrzymanie zatrudnienia wśród kobiet w wieku 50+. Powinny one uwzględniać również aspekty godzenia ról zawodowych i opiekuńczych, w tym opieki długoterminowej ze względu na dominujący udział kobiet wśród opiekunów.**

Kolejnym podjętym obszarem analiz była sytuacja finansowa osób w wieku 50+ w trakcie pandemii. Subiektywna ocena sytuacji finansowej Polaków była znacznie gorsza niż mieszkańców Europy Zachodniej czy Północnej, ale lepsza niż krajów Europy Południowo-Wschodniej. W Polsce lepiej swoją sytuację finansową oceniali starsi respondenci badania – ocena sytuacji finansowej rośnie dla osób od 55. do 80. roku życia. Przy uwzględnieniu różnych aspektów sytuacji materialnej w Polsce obserwowane jest pogorszenie tej sytuacji pomiędzy pierwszą a drugą rundą badania SHARE Corona. Gorsza ocena sytuacji finansowej była wskazywana głównie przez osoby w wieku okołoemerytalnym, które były bardziej narażone na utratę dochodów w związku ze stosowanymi politykami ograniczenia rozprzestrzeniania się pandemii. **Rekomendowane jest wdrażanie działań, które będą wspierać aktywność zawodową osób dotkniętych utratą pracy lub zwiększonym ryzykiem utraty pracy w sytuacjach nadzwyczajnych, w tym w pandemii, aby ograniczyć długookresowy efekt pogorszenia sytuacji finansowej gospodarstw domowych.**

Okres pandemii był również wyzwaniem z perspektywy utrzymywania kontaktów społecznych z rodziną, przyjaciółmi czy znajomymi. Kontakty te są ważne nie tylko z punktu widzenia dobrostanu psychicznego, ale też szans na uzyskanie wsparcia w postaci opieki osobistej, wykonywania różnych prac czy też wsparcia emocjonalnego. Znaczna część osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce utrzymywała częste kontakty z bliskimi. Niemal połowa mężczyzn i ponad 40% kobiet utrzymywało codzienne kontakty ze znajomymi i przyjaciółmi, a nieco więcej niż 1/4 kobiet i 1/5 mężczyzn utrzymywała codzienne kontakty z dziećmi. **Jedna na trzy osoby w najstarszych grupach wieku (80 lat lub więcej) wskazywała na codzienne osobiste spotkania z własnymi dziećmi.** Częściej osobiste kontakty z rodziną i znajomymi deklarowały osoby z niższym poziomem wykształcenia.

Status na rynku pracy również był powiązany z częstotliwością kontaktów – osoby pracujące częściej deklarowały kontakty nie tylko ze znajomymi, ale też z rodzicami. Uzyskane wyniki wskazują na istotną społeczną rolę środowiska pracy, w tym wykonywania pracy w standardowym miejscu, co skutkuje w naturalny sposób utrzymywaniem kontaktów i sieci społecznej. Dlatego też ważne jest, aby **pracodawcy, wykorzystując korzyści wynikające z pracy zdalnej, organizowali pracę osób w wieku 50 lat i więcej w sposób, który sprzyja odbudowaniu kontaktów społecznych w miejscu pracy.**

Poza kontaktami osobistymi **respondenci deklarowali również utrzymywanie kontaktów z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej.** Osoby w wieku 50+ w Polsce stosunkowo częściej wykorzystywały tę formę kontaktu z dziećmi i krewnymi, rzadziej z rodzicami (zapewne ze względu na brak umiejętności ze strony rodziców), a także znajomymi. Warto podkreślić występujący gradient społeczny – osoby

z niższym wykształceniem stosowały tę formę kontaktów głównie z rodziną, podczas gdy osoby z wykształceniem wyższym – do kontaktów ze znajomymi.

Okres pandemii był również wyzwaniem z perspektywy organizacji opieki długoterminowej i wspierania osób starszych w załatwianiu spraw wymagających kontaktów (zakupy jedzenia, lekarstw itp.). Po półtora roku doświadczenia pandemii odsetek osób, które uzyskały taką pomoc wzrósł w porównaniu do lata 2020 roku. W Polsce co trzecia osoba w wieku 50 lat i więcej uzyskiwała tego typu pomoc, głównie od własnych dzieci. Jednocześnie jedynie 1,2% osób korzystało z opieki formalnej. Dużemu odsetkowi osób, które otrzymywały wsparcie w Polsce towarzyszył relatywnie niski odsetek osób, które deklarowały, że udzielały wsparcia. Jedna na cztery osoby zadeklarowała pomaganie innym spoza gospodarstwa domowego, głównie wspierając rodziców. Nastąpiła intensyfikacja udzielanego wsparcia – ponad 90% osób w wieku 50+ udzielało pomocy nie rzadziej niż przed pandemią. Udział osób sprawujących opiekę osobistą nad osobami spoza gospodarstwa domowego niemal podwoił się, co pokazuje, że **w Polsce utrzymuje się model opieki długoterminowej oparty na nieformalnej pomocy udzielanej przez członków rodzin**. Biorąc pod uwagę zachodzące zmiany w strukturze wieku ludności, **rekomendowane jest wypracowanie modelu opieki długookresowej, który byłby stabilny w długim okresie, w szczególności przez zwiększenie udziału osób w opiece formalnej, a także zwiększenie dostępności usług opieki długookresowej realizowanych w miejscu zamieszkania**.

Przy stosunkowo intensywnym wsparciu udzielanym osobom spoza gospodarstwa domowego **Polacy znacznie rzadziej angażowali się w działalność społeczną**, taką jak wolontariat, choć warto przypomnieć, że badanie było realizowane przed wybuchem wojny w Ukrainie, która przyczyniła się do wzrostu aktywności społecznej Polaków. **Rekomendowane jest promowanie rozwiązań wspierających aktywność społeczną osób w wieku 50+.**

Analiza aktywnego starzenia się w okresie pandemii pozwala również na stwierdzenie, że w Polsce poprawiły się wskaźniki związane z aktywnością osób w wieku 50+, zarówno w obszarze zawodowym, jak i udzielania pomocy innym czy zaangażowania w wolontariat. Znacząco wzrósł też udział osób deklarujących kontakty z innymi. **Dane te wskazują na utrzymywanie się, po początkowym szoku związanym z pandemią, pozytywnych tendencji, jeżeli chodzi o aktywne starzenie się Polaków.**

Aneks

Tabele z danymi do rysunków zamieszczonych we wprowadzeniu dotyczącym metodologii

Tabela A1. Dane do rysunku 2 (Liczba wywiadów według rodzaju wywiadu i płci respondenta w poszczególnych krajach: porównanie danych z badań SHARE Corona 1 i Corona 2)

Kraj	Wywiady Corona 2			Wywiady Corona 1	
	mężczyźni	kobiety	wywiady końca życia	mężczyźni	kobiety
Austria	909	1405	41	1096	1646
Belgia	1484	1967	69	1692	2227
Bułgaria	279	427	19	359	520
Chorwacja	832	1079	64	939	1210
Cypr	272	381	12	353	489
Czechy	781	1308	43	1036	1682
Dania	706	887	6	908	1134
Estonia	1488	2581	127	1744	2931
Finlandia	587	724	15	679	823
Francja	751	1105	37	860	1273
Grecja	1422	1977	52	1641	2217
Hiszpania	756	1044	86	946	1260
Holandia	330	400	9	361	444
Izrael	520	769	37	660	928
Litwa	467	792	37	493	840
Luksemburg	386	481	12	435	529
Łotwa	353	622	29	387	669
Malta	354	436	15	403	510
Niemcy	934	1105	46	1289	1544
Polska	1215	1583	104	1352	1745
Portugalia	469	604	16	501	655
Rumunia	623	844	72	669	921
Słowacja	418	507	17	433	538

Kraj	Wywiady Corona 2			Wywiady Corona 1	
	mężczyźni	kobiety	wywiady końca życia	mężczyźni	kobiety
Słowenia	1216	1730	97	1354	1890
Szwajcaria	788	963	28	887	1075
Szwecja	423	547	0	635	765
Węgry	332	530	33	424	633
Włochy	1474	1886	93	1743	2182

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badań SHARE Corona 1 i Corona 2, publikacja 8.0.0.

Tabela A2. Dane do rysunku 4 (Piramidy wieku respondentów badań SHARE Corona 1 i Corona 2 w poszczególnych krajach)

Badanie SHARE Corona 1														
Kraj	mężczyźni							kobiety						
	<54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80+	<54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80+
Austria	8	16	187	181	227	217	260	17	48	249	316	330	281	405
Belgia	6	187	324	340	346	203	286	59	301	417	381	387	266	416
Bułgaria	8	51	63	67	79	50	41	41	65	81	98	88	65	82
Chorwacja	6	108	192	221	193	109	110	42	175	257	234	194	145	163
Cypr	7	37	41	53	72	55	88	26	52	62	72	83	81	113
Czechy	2	22	147	227	245	218	175	25	73	226	352	412	321	273
Dania	4	107	179	189	185	125	119	29	158	227	219	205	137	159
Estonia	19	215	317	309	314	233	337	64	305	414	466	476	430	776
Finlandia	23	93	126	133	130	89	85	45	126	146	150	138	107	111
Francja	5	54	145	201	195	97	163	33	94	201	254	235	160	296
Grecja	6	153	208	348	326	247	353	98	287	370	443	331	249	439
Hiszpania	3	4	130	192	191	147	279	6	46	189	215	221	202	381
Holandia	0	10	58	83	92	69	49	5	26	85	110	102	51	65
Izrael	3	18	56	153	155	102	173	13	45	106	197	206	128	233
Litwa	23	91	101	79	72	53	74	55	124	151	112	112	121	165
Luksemburg	0	48	92	91	85	63	56	14	67	130	119	85	58	56
Łotwa	16	75	82	69	53	38	54	46	87	105	94	108	96	133
Malta	3	42	81	81	89	56	51	15	68	94	100	99	65	69
Niemcy	4	141	191	237	263	197	256	34	233	239	314	269	201	254
Polska	33	196	274	294	252	140	163	107	282	328	370	310	146	202
Portugalia	1	4	92	109	110	93	92	7	27	156	114	143	110	98
Rumunia	16	80	159	154	125	67	68	84	123	190	172	144	87	121
Słowacja	25	95	102	99	69	21	22	68	115	112	97	74	38	34
Słowenia	3	64	247	307	286	206	241	25	167	313	391	352	244	398
Szwajcaria	5	5	158	194	177	168	180	21	34	199	215	205	172	229

Badanie SHARE Corona 1														
Kraj	mężczyźni							kobiety						
	<54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80+	<54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80+
Szwecja	1	22	57	110	155	140	150	7	37	72	142	172	160	175
Węgry	1	5	73	113	104	72	56	11	19	120	158	140	93	92
Włochy	4	150	255	316	360	262	396	67	248	362	361	407	315	422
Badanie SHARE Corona 2														
Kraj	mężczyźni							kobiety						
	<54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80+	<54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80+
Austria	5	13	130	159	187	179	236	13	35	199	265	293	246	354
Belgia	4	144	283	301	325	207	220	40	236	381	346	361	254	349
Bułgaria	1	42	47	50	64	41	34	27	50	68	86	64	63	69
Chorwacja	4	72	174	189	196	97	100	30	135	227	226	189	131	141
Cypr	4	30	35	33	58	47	65	18	44	40	56	68	71	84
Czechy	1	7	93	176	193	170	141	17	44	153	280	323	283	208
Dania	5	66	134	158	141	112	90	18	102	169	201	165	113	119
Estonia	12	164	282	255	283	207	285	50	235	368	431	446	381	670
Finlandia	14	86	115	112	108	73	79	31	108	121	137	122	101	104
Francja	2	43	124	179	173	102	128	22	71	171	223	216	163	239
Grecja	4	110	170	292	301	251	294	81	223	333	377	322	238	403
Hiszpania	3	4	86	153	162	121	227	6	32	141	181	200	184	300
Holandia	0	5	53	76	83	64	49	6	18	68	108	98	49	53
Izrael	1	9	35	112	126	90	147	9	28	82	159	179	107	205
Litwa	16	79	105	79	71	54	63	34	131	143	112	99	116	157
Luksemburg	0	33	88	84	78	57	46	10	57	120	107	89	50	48
Łotwa	6	70	79	63	55	32	48	33	83	99	91	106	88	122
Malta	1	37	68	71	82	52	43	12	54	81	90	80	58	61
Niemcy	3	73	164	182	201	127	184	23	130	214	212	209	137	180
Polska	18	173	247	265	239	129	144	63	256	295	355	294	148	172
Portugalia	1	3	74	110	99	92	90	5	24	131	115	128	116	85
Rumunia	10	71	145	150	122	65	60	68	113	175	163	144	79	102
Słowacja	11	89	99	99	73	26	21	46	113	105	109	68	30	36
Słowenia	2	48	207	292	277	188	202	24	134	278	371	345	215	363
Szwajcaria	5	4	114	180	171	152	162	17	26	166	195	191	161	207
Szwecja	1	12	38	71	102	102	97	5	20	49	110	115	128	120
Węgry	0	3	50	95	86	57	41	7	18	92	128	130	83	72
Włochy	4	99	221	283	303	235	329	53	193	318	326	362	283	351

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badań SHARE Corona 1 i Corona 2, publikacja 8.0.0.

Tabele z danymi do rozdziału 5

Tabela A3. Częstkowe wskaźniki sytuacji finansowej gospodarstw domowych w 2021 roku

Wskaźniki	Sposób konstrukcji wskaźników
Subiektywna ocena dochodów	Ocena stopnia trudności „wiązania końca z końcem” przez gospodarstwo domowe przy jego miesięcznym dochodzie netto w drugiej fazie pandemii (CCACO107): 1) z trudem – 1 lub 2 2) łatwo – 3 lub 4
Posiadanie oszczędności	Posiadanie oszczędności w drugiej fazie pandemii (CAE120): 1) tak – 1 i więcej 2) nie – 0
Korzystanie z oszczędności	Korzystanie z oszczędności (CAE112): 1) tak – 1 2) nie – 5
Odkładanie regularnych płatności	Odkładanie regularnych płatności: 1) tak – 1 2) nie – 5

Źródło: opracowanie własne.

Tabela A4. Częstkowe wskaźniki zmian sytuacji finansowej gospodarstw domowych w trakcie pandemii

Wskaźniki	Sposób konstrukcji wskaźników
Dochody	Różnica pomiędzy najniższymi miesięcznymi dochodami netto pomiędzy pierwszą i drugą fazą pandemii: 1) różnica dodatnia 2) różnica ujemna
Subiektywna ocena dochodów	Różnica pomiędzy ocenami stopnia trudności „wiązania końca z końcem” przez gospodarstwo domowe przy jego miesięcznym dochodzie netto w drugiej i pierwszej fazie pandemii: 1) trudniejsze „wiązanie końca z końcem” – pogorszenie sytuacji 2) bez zmian 3) łatwiejsze „wiązanie końca z końcem” – poprawa sytuacji
Korzystanie z oszczędności	Różnica pomiędzy stanami korzystania z oszczędności: 1) w pierwszej fazie niekorzystanie z oszczędności i korzystanie z oszczędności w drugiej fazie – pogorszenie sytuacji 2) w pierwszej i drugiej fazie korzystanie z oszczędności albo w pierwszej i drugiej fazie niekorzystanie z oszczędności – brak zmian 3) w pierwszej fazie korzystanie z oszczędności i niekorzystanie z oszczędności w drugiej fazie – poprawa sytuacji
Odkładanie regularnych płatności	Różnica pomiędzy stanami odkładania regularnych płatności: 1) w pierwszej fazie nieodkładanie regularnych płatności i odkładanie regularnych płatności w drugiej fazie – pogorszenie sytuacji 2) w pierwszej i drugiej fazie odkładanie regularnych płatności albo w pierwszej i drugiej fazie nieodkładanie regularnych płatności – brak zmian 3) w pierwszej fazie odkładanie regularnych płatności i nieodkładanie regularnych płatności w drugiej fazie – poprawa sytuacji

Źródło: opracowanie własne.

Tabela A5. Sytuacja finansowej gospodarstw domowych osób w wieku 50 lat i więcej, ze względu na jej komponenty, w pierwszej i drugiej fazie pandemii (w %)

Komponenty sytuacji finansowej	Odsetek gospodarstw domowych													
	Polska		Czechy		Szwecja		Niemcy		Francja		Hiszpania		Grecja	
	faza 1	faza 2	faza 1	faza 2	faza 1	faza 2	faza 1	faza 2	faza 1	faza 2	faza 1	faza 2	faza 1	faza 2
Subiektywna ocena dochodów														
z trudem	49,6	45,4	9,9	8,6	8,9	9,2	15,5	14,1	21,1	22,8	27,0	14,9	90,6	88,8
łatwo	50,4	54,6	90,1	91,4	89,1	90,8	84,5	85,9	78,9	77,2	73,0	85,1	9,4	11,2
Posiadanie oszczędności														
tak	-	81,7	-	93,3	-	83,4	-	72,6	-	90,1	-	88,7	-	91,8
nie	-	18,3	-	16,7	-	16,6	-	27,4	-	9,9	-	11,3	-	18,2
Korzystanie z oszczędności														
tak	18,2	28,1	42,0	59,6	40,9	54,8	28,8	53,0	34,6	65,8	32,9	51,3	19,2	19,4
nie	81,8	71,9	58,0	40,4	59,1	45,2	71,2	47,0	65,4	34,2	67,1	48,7	80,8	80,6
Odkładanie regularnych płatności														
tak	3,1	10,4	3,2	4,2	6,4	3,5	6,4	11,1	12,3	8,7	9,4	16,4	24,2	22,7
nie	96,9	89,6	96,8	95,8	93,6	96,5	93,6	88,9	87,7	91,3	90,6	83,6	75,8	77,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 1 i 2, publikacja 8.0.0.

Tabela A6. Zmiany sytuacji finansowej gospodarstw domowych osób w wieku 50 lat i więcej ze względu na jej komponenty w trakcie pandemii (2020–2021, w %)

Kraje i komponenty sytuacji finansowej	Odsetek gospodarstw domowych		
	zmiana sytuacji pomiędzy fazami pandemii		
	pogorszenie	brak zmian	poprawa
Polska			
dochody	55,8	0,0	44,2
subiektywna ocena dochodów	19,8	55,6	24,7
korzystanie z oszczędności	18,1	55,6	24,7
odkładanie regularnych płatności	7,2	88,3	4,5
Czechy			
dochody	58,2	0,0	41,8
subiektywna ocena dochodów	27,3	51,8	20,9
korzystanie z oszczędności	17,9	66,9	15,2
odkładanie regularnych płatności	7,1	92,9	0,0
Szwecja			
dochody	64,6	0,0	35,4
subiektywna ocena dochodów	15,3	70,4	14,3
korzystanie z oszczędności	35,6	60,9	3,5
odkładanie regularnych płatności	6,4	86,7	6,9
Niemcy			
dochody	50,7	12,6	36,7
subiektywna ocena dochodów	15,2	68,9	15,9
korzystanie z oszczędności	16,6	81,3	2,2
odkładanie regularnych płatności	16,5	79,0	4,5
Francja			
dochody	40,7	33,0	26,4
subiektywna ocena dochodów	18,8	64,1	17,1
korzystanie z oszczędności	23,6	71,8	4,6
odkładanie regularnych płatności	6,0	91,6	2,5
Hiszpania			
dochody	11,3	7,2	81,5
subiektywna ocena dochodów	16,9	51,7	31,4
korzystanie z oszczędności	18,5	66,5	15,0
odkładanie regularnych płatności	11,8	77,6	10,6
Grecja			
dochody	56,7	10,9	32,5
subiektywna ocena dochodów	16,7	63,6	19,7
korzystanie z oszczędności	14,2	79,7	6,0
odkładanie regularnych płatności	7,3	80,6	12,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 1 i 2, publikacja 8.0.0.

Tabela A7. Sytuacja finansowa ogółem gospodarstw domowych osób w wieku 50 lat i więcej w drugiej fazie pandemii i jej zmiany w trakcie pandemii

Kraj	Wartości wskaźnika syntetycznego	
	Dруга фаза пандемии	Zmiany w trakcie pandemii
Polska	0.732	0.493
Czechy	0.758	0.459
Szwecja	0.758	0.416
Niemcy	0.714	0.449
Francja	0.683	0.451
Hiszpania	0.745	0.584
Grecja	0.503	0.466

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 1 i 2, publikacja 8.0.0.

Tabele z danymi do rysunków z mapami

Tabela A8. Dane do wybranych rysunków z rozdziału 1

Kraj	Rys. 1.4. Wskaźnik Rygoru Rządowego w czasie realizacji badania ankietowego SHARE Corona 2	Rys. 1.7. Nadmiarowe zgony w krajach objętych badaniem SHARE Corona 2, lipiec 2021 (w %). Zmiana współczynników zgonów w lipcu 2021 roku w stosunku do średniej w lipcu w latach 2015–2019 (w %)	Rys. 1.9. Poziom w pełni wyszczepionych w czasie realizacji drugiego badania telefonicznego (w %)
Austria	57,6	5,9	40,5
Belgia	50,7	-1,8	42,9
Bułgaria	46,0	8,1	12,1
Chorwacja	36,8	5,9	28,4
Cypr	55,4	nd	42,7
Czechy	42,7	0,0	34,0
Dania	47,6	8,2	40,1
Estonia	29,5	15,1	35,3
Finlandia	44,6	10,4	23,8
Francja	48,2	2,6	35,8
Grecja	57,5	21,2	39,1
Hiszpania	48,8	9,1	43,6
Holandia	46,4	5,7	40,0
Izrael	33,6	nd	56,7
Łotwa	42,2	13,7	30,6
Litwa	40,3	9,5	39,7

cd. tabeli A8

Kraj	Rys. 1.4. Wskaźnik Rygoru Rządowego w czasie realizacji badania ankietowego SHARE Corona 2	Rys. 1.7. Nadmiarowe zgony w krajach objętych badaniem SHARE Corona 2, lipiec 2021 (w %). Zmiana współczynników zgonów w lipcu 2021 roku w stosunku do średniej w lipcu w latach 2015–2019 (w %)	Rys. 1.9. Poziom w pełni wyszczepionych w czasie realizacji drugiego badania telefonicznego (w %)
Luksemburg	41,1	0,8	nd
Malta	47,1	17,7	64,2
Niemcy	67,2	3,4	40,5
Polska	46,8	7,5	36,7
Portugalia	64,5	6,3	44,2
Rumunia	37,0	6,4	23,9
Słowacja	46,4	2,4	32,9
Słowenia	40,9	0,5	34,5
Szwajcaria	45,6	2,5	40,3
Szwecja	42,3	-1,6	33,3
Węgry	34,9	4,5	50,6
Włochy	65,2	6,8	38,2

Źródło: Oxford COVID-19 Government Response Tracker (rys. 1.4); Eurostat (rys. 1.7); Human Mortality Database, *Short-term mortality fluctuation data series* (rys. 1.9).

Tabela A9. Dane do wybranych rysunków z rozdziału 2

Kraj	Rys. 2.1. Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami mieli symptomy choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)	Rys. 2.2. Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)	Rys. 2.3. Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami przebywali w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (w %)	Rys. 2.4. Odsetek respondentów, którzy doświadczyli śmierci bliskiej osoby w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (w %)
Austria	48,5	46,0	17,4	9,8
Belgia	50,0	47,3	16,9	14,7
Bułgaria	33,6	30,0	18,5	18,7
Chorwacja	45,6	44,9	9,1	5,7
Cypr	37,1	39,5	9,2	4,9
Czechy	63,7	59,3	14,0	13,6
Dania	33,3	39,4	5,0	2,8
Estonia	36,1	39,7	8,1	3,2
Finlandia	28,9	10,6	2,8	1,3
Francja	39,6	33,3	12,3	8,2

Kraj	Rys. 2.1. Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami mieli symptomy choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)	Rys. 2.2. Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)	Rys. 2.3. Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami przebywali w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (w %)	Rys. 2.4. Odsetek respondentów, którzy doświadczyli śmierci bliskiej osoby w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (w %)
Grecja	29,5	32,7	15,6	8,8
Hiszpania	32,0	34,1	9,9	5,4
Holandia	64,3	60,0	25,5	7,4
Izrael	30,9	25,3	8,9	6,9
Łotwa	39,4	34,7	6,6	3,7
Litwa	51,9	49,7	15,1	8,3
Luksemburg	57,9	59,0	23,1	11,8
Malta	24,1	28,3	8,3	4,3
Niemcy	28,4	30,0	9,3	7,2
Polska	49,9	44,0	14,7	10,1
Portugalia	55,3	54,6	15,7	8,1
Rumunia	23,7	21,2	10,9	4,6
Słowacja	29,2	28,4	7,0	8,7
Słowenia	45,0	46,1	7,9	5,6
Szwajcaria	60,1	52,2	14,5	7,7
Szwecja	65,0	54,5	15,4	6,5
Węgry	29,0	28,7	11,9	10,3
Włochy	31,2	29,3	14,6	14,4
Kraj	Rys. 2.5. Odsetek respondentów, którzy mieli symptomy choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)	Rys. 2.6. Odsetek respondentów, którzy mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)	Rys. 2.7. Odsetek respondentów, którzy przebywali w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (w %)	Rys. 2.8. Odsetek respondentów, u których wykonano przynajmniej jeden test na COVID-19, według krajów (w %)
Austria	4,0	3,7	0,4	94,7
Belgia	7,9	7,7	1,2	53,1
Bułgaria	12,0	14,3	4,3	27,9
Chorwacja	11,5	10,8	0,6	28,9
Cypr	7,7	8,9	1,7	85,6
Czechy	14,3	13,6	1,4	63,4
Dania	3,0	2,7	0,3	91,3

cd. tabeli A9

Kraj	Rys. 2.5. Odsetek respondentów, którzy mieli symptomy choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)	Rys. 2.6. Odsetek respondentów, którzy mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)	Rys. 2.7. Odsetek respondentów, którzy przebywali w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (w %)	Rys. 2.8. Odsetek respondentów, u których wykonano przynajmniej jeden test na COVID-19, według krajów (w %)
Estonia	9,5	7,6	0,9	40,8
Finlandia	7,7	1,4	0,4	33,2
Francja	3,3	3,1	0,7	49,7
Grecja	3,5	2,9	0,6	67,6
Hiszpania	3,6	3,9	0,6	36,0
Holandia	5,7	5,7	0,2	45,3
Izrael	4,5	4,3	0,4	42,4
Łotwa	7,5	6,6	0,9	39,5
Litwa	12,7	11,0	1,8	35,4
Luksemburg	12,9	10,8	0,7	91,9
Malta	5,4	6,3	2,1	60,9
Niemcy	3,3	3,1	0,8	75,1
Polska	14,8	11,5	2,0	26,5
Portugalia	4,3	5,0	0,4	37,4
Rumunia	6,9	5,7	1,7	17,6
Słowacja	9,6	9,1	1,0	92,3
Słowenia	16,0	14,9	1,4	48,4
Szwajcaria	12,9	12,9	0,6	48,0
Szwecja	11,3	8,0	0,5	48,9
Węgry	8,6	7,5	0,8	22,2
Włochy	5,2	6,6	1,8	43,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Tabela A10. Dane do wybranych rysunków z rozdziału 4

Kraj	Rys. 4.1. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które straciły pracę od lipca 2020 roku (w %)	Rys. 4.4. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które odeszły na emeryturę po wybuchu pandemii (w latach 2020–2021, w %)	Rys. 4.10. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy z domu w okresie pandemii (w %)
Austria	18,5	4,3	28,8
Belgia	9,9	8,4	42,7
Bułgaria	7,7	1,9	8,4
Chorwacja	3,4	5,5	21,1

Kraj	Rys. 4.1. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które straciły pracę od lipca 2020 roku (w %)	Rys. 4.4. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które odeszły na emeryturę po wybuchu pandemii (w latach 2020–2021, w %)	Rys. 4.10. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy z domu w okresie pandemii (w %)
Cypr	5,0	1,2	9,5
Czechy	1,0	3,2	39,8
Dania	13,3	6,6	41,6
Estonia	7,4	4,8	23,2
Finlandia	10,0	5,2	32,8
Francja	13,4	6,3	37,4
Grecja	12,4	2,8	26,8
Hiszpania	34,1	4,6	20,1
Holandia	3,2	5,3	20,1
Izrael	5,7	5,3	38,5
Łotwa	7,9	2,7	19,5
Litwa	13,9	5,6	39,3
Luksemburg	14,2	5,2	19,1
Malta	13,4	3,4	22,3
Niemcy	6,9	6,4	23,2
Polska	5,1	4,9	17,5
Portugalia	6,8	2,1	30,9
Rumunia	1,9	6,8	8,8
Słowacja	11,5	3,4	21,5
Słowenia	16,3	6,3	24,2
Szwajcaria	11,9	8,3	24,6
Szwecja	9,0	8,6	50,1
Węgry	1,6	4,0	8,6
Włochy	6,8	5,7	20,1
Kraj	Rys. 4.13. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy w typowym miejscu pracy w okresie pandemii (w %)	Rys. 4.19. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zmniejszoną liczbą godzin w okresie pandemii (w %)	Rys. 4.22. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zwiększoną liczbą godzin w okresie pandemii (w %)
Austria	88,1	16,3	5,7
Belgia	70,3	12,2	23,0
Bułgaria	91,6	6,7	7,1
Chorwacja	86,5	5,6	4,8
Cypr	93,8	14,4	4,5
Czechy	95,4	4,4	12,1
Dania	78,0	4,2	16,9

cd. tabeli A10

Kraj	Rys. 4.13. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy w typowym miejscu pracy w okresie pandemii (w %)	Rys. 4.19. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zmniejszoną liczbą godzin w okresie pandemii (w %)	Rys. 4.22. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zwiększoną liczbą godzin w okresie pandemii (w %)
Estonia	89,1	5,5	6,4
Finlandia	83,0	10,9	15,5
Francja	77,0	14,6	19,6
Grecja	77,3	16,5	3,5
Hiszpania	82,4	5,8	1,1
Holandia	92,0	6,2	15,1
Izrael	92,0	8,6	7,6
Łotwa	84,9	6,7	8,1
Litwa	88,5	8,7	10,1
Luksemburg	72,5	13,4	16,9
Malta	93,2	8,8	8,2
Niemcy	87,4	16,8	21,2
Polska	90,7	5,5	7,9
Portugalia	94,8	10,8	55,8
Rumunia	96,0	3,8	0,9
Słowacja	84,9	10,4	3,3
Słowenia	84,7	13,5	5,4
Szwajcaria	80,1	24,5	14,6
Szwecja	65,0	6,6	7,3
Węgry	90,5	5,8	1,3
Włochy	89,8	18,0	6,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Tabela A11. Dane do rysunku 5.1 z rozdziału 5

Kraj	Rys. 5.1. Odsetek osób deklarujących trudności w „wiązananiu końca z końcem”
Belgia	16,3
Bułgaria	56,2
Chorwacja	54,4
Cypr	51,7
Czechy	8,8
Dania	3,7
Estonia	30,6
Finlandia	16,8
Francja	20,1

Kraj	Rys. 5.1. Odsetek osób deklarujących trudności w „wiążaniu końca z końcem”
Grecja	86,2
Hiszpania	22,2
Izrael	27,9
Łotwa	55,1
Litwa	36,4
Luksemburg	8,5
Malta	21,7
Niemcy	9,2
Polska	40,4
Portugalia	47,0
Rumunia	71,9
Słowacja	53,5
Słowenia	39,0
Szwajcaria	10,1
Szwecja	9,9
Węgry	75,0
Włochy	45,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Tabela A12. Dane do wybranych rysunków z rozdziału 6

Kraj	Rys. 6.22. Udział osób, które zadeklarowały otrzymywanie pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw od osób spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu epidemii (w %)	Rys. 6.28. Udział osób udzielających pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego w załatwianiu niezbędnych spraw, np. kupna jedzenia, lekarstw lub pilnych napraw od czasu wybuchu pandemii w analizowanych krajach (w %)	Rys. 6.33. Udział osób udzielających opieki osobistej osobom spoza swojego gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w analizowanych krajach (w %)
Austria	33,53	37,98	9,49
Belgia	25,19	41,43	8,59
Bułgaria	57,63	55,04	36,48
Chorwacja	36,05	19,96	3,81
Cypr	28,11	39,76	15,03
Czechy	25,78	29,24	11,14
Dania	11,44	28,88	3,36
Estonia	27,36	21,55	5,82
Finlandia	23,83	28,86	5,67

cd. tabeli A12

Kraj	Rys. 6.22. Udział osób, które zadeklarowały otrzymywanie pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw od osób spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu epidemii (w %)	Rys. 6.28. Udział osób udzielających pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego w załatwianiu niezbędnych spraw, np. kupna jedzenia, lekarstw lub pilnych napraw od czasu wybuchu pandemii w analizowanych krajach (w %)	Rys. 6.33. Udział osób udzielających opieki osobistej osobom spoza swojego gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w analizowanych krajach (w %)
Francja	17,73	35,4	3,89
Grecja	29,43	25,08	14,66
Hiszpania	24,48	27,52	14,39
Holandia	13,95	23,52	3,26
Izrael	22,76	28,81	16,51
Łotwa	38,84	27,53	13,57
Litwa	29,84	25,13	8,93
Luksemburg	29,92	38,2	4,82
Malta	28,58	23,52	5,84
Niemcy	30,8	40,75	9,69
Polska	34,8	24,78	9,38
Portugalia	18,74	20,73	15,95
Rumunia	27,81	20,9	6,59
Słowacja	42,62	31,85	20,49
Słowenia	21	25,05	7,66
Szwajcaria	34,33	36,44	4,64
Szwecja	27,97	48,12	19,78
Węgry	66,29	42,85	14,22
Włochy	30,81	27,68	13,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Tabela A13. Dane do wybranych rysunków z rozdziału 7

Kraj	Rys. 7.1. Zmiana współczynnika aktywności zawodowej osób w wieku 50 lat i więcej pomiędzy drugą rundą SHARE Corona a wybuchem pandemii COVID-19 (w p.p.)	Rys. 7.2. Zmiana odsetka osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących pomoc innym pomiędzy pierwszą i drugą rundą badania SHARE Corona (w p.p.)	Rys. 7.3. Zmiana odsetka osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących zaangażowanie w wolontariat między pierwszą i drugą rundą SHARE Corona (w p.p.)	Rys. 7.4. Zmiana odsetka osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących kontakty z innymi przynajmniej raz w tygodniu między badaniami SHARE Corona 1 i 2 (w p.p.)
Belgia	1,2	15,6	6,8	18,2
Bułgaria	4,6	36,2	16,1	5,0
Chorwacja	7,1	4,7	2,6	15,8
Cypr	8,1	16,2	1,1	40,4
Czechy	0,2	15,5	-5,1	17,4
Dania	0,2	9,0	10,1	20,0
Estonia	3,3	7,8	2,9	19,6
Finlandia	-0,7	2,6	6,8	14,0
Francja	5,1	7,1	4,3	15,9
Grecja	8,7	12,1	1,5	16,1
Hiszpania	17,8	16,0	1,5	16,7
Holandia	6	1,6	11,1	21,8
Izrael	-2,1	13,1	5,7	28,5
Litwa	7,5	8,8	0,4	27,8
Luksemburg	8,9	13,5	10,6	19,7
Łotwa	2,5	16,3	4,3	15,8
Malta	2,7	13,5	4,4	43,5
Niemcy	1,8	16,6	6,8	11,9
Polska	1,1	8,8	0,5	21,7
Portugalia	-4,6	2,0	4,9	15,8
Rumunia	2,7	7,3	-0,2	26,2
Słowacja	5,6	18,4	-0,7	4,7
Słowenia	4,5	14,0	3,9	25,1
Szwajcaria	-0,5	12,4	6,2	29,8
Szwecja	-0,5	13,3	5,9	5,6
Węgry	5,8	28,5	0,5	10,3
Włochy	9,3	11,8	1,7	22,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania SHARE Corona 1 i SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0.

Spis rysunków

Rysunek 1.	Struktura wywiadów w poszczególnych krajach w telefonicznym badaniu SHARE Corona 2 według miesiąca przeprowadzenia wywiadu (w %)	11
Rysunek 2.	Liczba wywiadów według rodzaju wywiadu i płci respondenta w poszczególnych krajach: porównanie danych z badań SHARE Corona 1 i Corona 2	13
Rysunek 3.	Struktura wywiadów w poszczególnych krajach według uczestnictwa w badaniach SHARE Corona 1 i Corona 2 (w %)	14
Rysunek 4.	Piramidy wieku respondentów badań SHARE Corona 1 i Corona 2 w poszczególnych krajach	15
Rysunek 1.1.	Tygodniowa liczba zakażeń z powodu COVID-19, na 100 000 ludności w latach 2020–2021	18
Rysunek 1.2.	Tygodniowa liczba zgonów z powodu COVID-19, na 100 000 ludności w latach 2020–2021	19
Rysunek 1.3.	Kształtowanie się Wskaźnika Rygoru Rządowego w poszczególnych krajach w latach 2020–2021	20
Rysunek 1.4.	Wskaźnik Rygoru Rządowego w czasie realizacji badania ankietowego SHARE Corona 2	21
Rysunek 1.5.	Średnia liczba testów wykonywanych na 1000 osób w trakcie trwania telefonicznego badania SHARE Corona 2	23
Rysunek 1.6.	Poziom współczynników zgonów w 2021 roku w stosunku do średniej z lat 2015–2019 (lata 2016–2019 dla Niemiec i Grecji, w %)	25
Rysunek 1.7.	Nadmiarowe zgony w krajach objętych badaniem SHARE Corona 2, lipiec 2021. Zmiana współczynników zgonów w lipcu 2021 roku w stosunku do średniej w lipcu w latach 2015–2019 (w %)	26
Rysunek 1.8.	Poziom w pełni wyszczepionych mieszkańców krajów objętych badaniem SHARE Corona 2 w 2021 roku (w okresie od stycznia do końca grudnia 2021)	28
Rysunek 1.9.	Poziom w pełni wyszczepionych w czasie realizacji drugiego badania telefonicznego SHARE Corona 2 (w %)	29
Rysunek 1.10.	Różnica trwania życia w latach 2020 i 2019	30
Rysunek 1.11.	Różnica trwania życia w latach 2021 i 2020	31
Rysunek 2.1.	Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami mieli symptomy choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)	36
Rysunek 2.2.	Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)	36
Rysunek 2.3.	Odsetek respondentów, których bliscy lub oni sami przebywali w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (w %)	36
Rysunek 2.4.	Odsetek respondentów, którzy doświadczyli śmierci bliskiej osoby w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (w %)	36

Rysunek 2.5.	Odsetek respondentów, którzy mieli symptomy choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)	37
Rysunek 2.6.	Odsetek respondentów, którzy mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2, według krajów (w %)	37
Rysunek 2.7.	Odsetek respondentów, którzy przebywali w szpitalu w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, według krajów (w %)	37
Rysunek 2.8.	Odsetek respondentów, u których wykonano przynajmniej jeden test na COVID-19, według krajów (w %)	38
Rysunek 2.9.	Kto w otoczeniu respondenta miał styczność z COVID-19: częstość wskazania poszczególnych kategorii osób przez respondenta, który zadeklarował własne lub osób ze swojego otoczenia doświadczenie symptomów COVID-19, pozytywnego wyniku testu na wirusa SARS-CoV-2, pobytu w szpitalu z powodu COVID-19 lub zgonu z powodu COVID-19 (w %)	39
Rysunek 2.10.	Częstość występowania długotrwałych lub utrzymujących się objawów COVID-19 wśród respondentów, którzy prawdopodobnie przechorowali COVID-19 (mieli symptomy lub pozytywny wynik testu) (w %)	40
Rysunek 2.11.	Struktura respondentów, którzy w doświadczali długotrwałych skutków COVID-19 według liczby objawów (w %)	41
Rysunek 3.1.	Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według wychodzenia z domu w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	44
Rysunek 3.2.	Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według wychodzenia z domu w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	45
Rysunek 3.3.	Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według częstotliwości spotykania się z więcej niż pięcioma osobami spoza gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	46
Rysunek 3.4.	Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według częstotliwości spotykania się z więcej niż pięcioma osobami spoza gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	46
Rysunek 3.5.	Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według częstotliwości robienia zakupów w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	48
Rysunek 3.6.	Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według częstotliwości robienia zakupów w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	48
Rysunek 3.7.	Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według odwiedzania urzędów/banków itp. w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	49
Rysunek 3.8.	Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według odwiedzania urzędów/banków itp. w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	50
Rysunek 3.9.	Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według wychodzenia do restauracji/barów w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	51
Rysunek 3.10.	Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według wychodzenia do restauracji/barów w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	51

Rysunek 3.11. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według korzystania z transportu publicznego w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	52
Rysunek 3.12. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według korzystania z transportu publicznego w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	53
Rysunek 3.13. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według utrzymywania dystansu od innych w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	54
Rysunek 3.14. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według utrzymywania dystansu od innych w ciągu ostatnich trzech miesięcy (w %)	55
Rysunek 3.15. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przeciętnym lub złym stanie zdrowia według zaszczepienia przeciw COVID-19 (w %)	56
Rysunek 3.16. Osoby w wieku 50 lat i więcej o przynajmniej dobrym stanie zdrowia według zaszczepienia przeciw COVID-19 (w %)	57
Rysunek 3.17. Udział osób odczuwających nerwowość, niepokój lub bycie na krawędzi wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)	60
Rysunek 3.18. Struktura osób odczuwających nerwowość, niepokój lub bycie na krawędzi w porównaniu do pierwszej fali wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)	61
Rysunek 3.19. Udział osób odczuwających smutek lub przygnębienie wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)	62
Rysunek 3.20. Struktura osób odczuwających smutek lub przygnębienie w porównaniu do pierwszej fali wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)	63
Rysunek 3.21. Udział osób deklarujących kłopoty ze snem wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)	64
Rysunek 3.22. Struktura osób deklarujących problemy ze snem w porównaniu do pierwszej fali wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)	65
Rysunek 3.23. Udział osób deklarujących, że czują się samotni często lub od czasu do czasu wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)	66
Rysunek 3.24. Struktura osób odczuwających osamotnienie w porównaniu do pierwszej fali wśród osób w wieku 50 lat i więcej w analizowanych krajach (w %)	67
Rysunek 3.25. Udział osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających problemy psychiczne w czasie drugiej rundy badania SHARE Corona (w %)	68
Rysunek 3.26. Udział osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących problemy psychiczne w Polsce według płci (w %)	69
Rysunek 3.27. Udział osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących problemy psychiczne w Polsce według grup wieku (w %)	69
Rysunek 3.28. Udział osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących problemy psychiczne w Polsce według poziomu wykształcenia (w %)	70
Rysunek 3.29. Udział osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących problemy psychiczne w Polsce według statusu na rynku pracy (w %)	70
Rysunek 3.30. Udział osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących problemy psychiczne w Polsce według wielkości gospodarstwa domowego (w %)	71

Rysunek 3.31. Struktura osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających różne problemy psychiczne w Polsce według częstotliwości ich występowania w porównaniu do pierwszej fali pandemii (w %)	72
Rysunek 3.32. Struktura osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających różne problemy psychiczne w Polsce według częstotliwości ich występowania w porównaniu do pierwszej fali pandemii według płci (w %)	72
Rysunek 3.33. Struktura osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających różne problemy psychiczne w Polsce według częstotliwości ich występowania w porównaniu do pierwszej fali pandemii według grup wieku (w %)	73
Rysunek 3.34. Struktura osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających różne problemy psychiczne w Polsce według częstotliwości ich występowania w porównaniu do pierwszej fali pandemii według poziomu wykształcenia (w %)	73
Rysunek 3.35. Struktura osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających różne problemy psychiczne w Polsce według częstotliwości ich występowania w porównaniu do pierwszej fali pandemii według statusu na rynku pracy (w %)	74
Rysunek 3.36. Struktura osób w wieku 50 lat i więcej odczuwających różne problemy psychiczne w Polsce według częstotliwości ich występowania w porównaniu do pierwszej fali pandemii według wielkości gospodarstwa domowego (w %)	74
Rysunek 3.37. Porównanie odsetków osób, które nie korzystały z opieki zdrowotnej z powodu własnych obaw i braku dostępności opieki lekarskiej w latach 2020–2021	77
Rysunek 3.38. Procedury medyczne, z których zrezygnowali sami respondenci ze względu na obawę przed zarażeniem wirusem SARS-CoV-2. Ogólny odsetek osób deklarujących rezygnację z leczenia oraz odsetki deklarujących poszczególne procedury wśród osób, które zadeklarowały, że zrezygnowały przynajmniej z jednej (w %)	79
Rysunek 3.39. Wizyty lekarskie, które były zaplanowane, ale musiały zostać odłożone ze względu na decyzję lekarza spowodowaną epidemią wirusa SARS-CoV-2. Ogólny odsetek osób deklarujących odwołanie zaplanowanych wizyt oraz odsetki deklarujących poszczególne procedury wśród osób, które zadeklarowały, że zrezygnowały przynajmniej z jednej (w %)	80
Rysunek 3.40. Wizyty/ procedury lekarskie, o które prosił respondent, ale nie mógł umówić ze względu na epidemię wirusa SARS-CoV-2. Ogólny odsetek osób próbujących bez powodzenia zapisać się na leczenie oraz odsetki deklarujących poszczególne procedury wśród osób, które zadeklarowały, że zrezygnowały przynajmniej z jednej (w %)	81
Rysunek 4.1. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które straciły pracę od lipca 2020 roku (w %)	86
Rysunek 4.2. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które straciły pracę od lipca 2020 roku według płci (w %)	87
Rysunek 4.3. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które straciły pracę od lipca 2020 roku według wykształcenia (w %)	88
Rysunek 4.4. Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które odeszły na emeryturę po wybuchu pandemii (w latach 2020–2021, w %)	89

Rysunek 4.5.	Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które odeszły na emeryturę po wybuchu pandemii (w latach 2020–2021) według płci (w %)	90
Rysunek 4.6.	Odsetek osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które odeszły na emeryturę po wybuchu pandemii (w latach 2020–2021) według wykształcenia (w %)	91
Rysunek 4.7.	Rozkład osób według terminu przejścia na emeryturę w porównaniu do wcześniejszych zamierzeń (w %)	92
Rysunek 4.8.	Odsetek osób przechodzących wcześniej niż zgodnie z planem na emeryturę według płci (w %)	93
Rysunek 4.9.	Odsetek osób przechodzących wcześniej niż zgodnie z planem na emeryturę według wykształcenia (w %)	94
Rysunek 4.10.	Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy z domu w okresie pandemii (w %)	95
Rysunek 4.11.	Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy z domu w okresie pandemii według płci (w %)	96
Rysunek 4.12.	Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy z domu w okresie pandemii według wykształcenia (w %)	97
Rysunek 4.13.	Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy w typowym miejscu pracy w okresie pandemii (w %)	98
Rysunek 4.14.	Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy w typowym miejscu pracy w okresie pandemii według płci (w %)	98
Rysunek 4.15.	Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy w typowym miejscu pracy w okresie pandemii według wykształcenia (w %)	99
Rysunek 4.16.	Struktura osób według poczucia bezpieczeństwa w pracy (w %)	100
Rysunek 4.17.	Osoby deklarujące, że czują się „bardzo bezpiecznie” w pracy według płci (w %)	101
Rysunek 4.18.	Osoby deklarujące, że czują się „bardzo bezpiecznie” w pracy według wykształcenia (w %)	101
Rysunek 4.19.	Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zmniejszoną liczbą godzin w okresie pandemii (w %)	102
Rysunek 4.20.	Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zmniejszoną liczbą godzin w okresie pandemii według płci (w %)	103
Rysunek 4.21.	Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zmniejszoną liczbą godzin w okresie pandemii według wykształcenia (w %)	104
Rysunek 4.22.	Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zwiększoną liczbą godzin w okresie pandemii (w %)	105
Rysunek 4.23.	Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zwiększoną liczbą godzin w okresie pandemii według płci (w %)	105
Rysunek 4.24.	Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy ze zwiększoną liczbą godzin w okresie pandemii według wykształcenia (w %)	106
Rysunek 4.25.	Utrata pracy a stan zdrowia psychicznego w krajach objętych badaniem SHARE Corona 2 ogółem (w %)	110
Rysunek 5.1.	Odsetek osób deklarujących trudności w „wiązaniu końca z końcem”	115
Rysunek 5.2.	Sytuacja finansowa osób w wieku 50 lat i więcej ze względu na jej komponenty w drugiej fazie pandemii (w %)	116

Rysunek 5.3.	Sytuacja finansowa ogółem gospodarstw domowych osób w wieku 50 lat i więcej w drugiej fazie pandemii	117
Rysunek 5.4.	Zmiany sytuacji finansowej osób w wieku 50 lat i więcej pomiędzy fazami pandemii ze względu na jej komponenty (w %)	118
Rysunek 5.5.	Zmiany sytuacji finansowej ogółem osób w wieku 50 lat i więcej pomiędzy fazami pandemii	119
Rysunek 5.6.	Zależność sytuacji finansowej ogółem osób w wieku 50 lat i więcej w drugiej fazie pandemii od wieku	120
Rysunek 5.7.	Zależność zmiany sytuacji finansowej ogółem osób w wieku 50 lat i więcej pomiędzy fazami pandemii od wieku	121
Rysunek 6.1.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób 50 lat i więcej w krajach europejskich (w %)	125
Rysunek 6.2.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według płci (w %)	127
Rysunek 6.3.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według grup wieku (w %)	127
Rysunek 6.4.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według wielkości gospodarstwa domowego (w %)	128
Rysunek 6.5.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według poziomu wykształcenia (w %) ...	129
Rysunek 6.6.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według statusu na rynku pracy (w %)	129
Rysunek 6.7.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według płci (w %)	130
Rysunek 6.8.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według grup wieku (w %)	131
Rysunek 6.9.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według wielkości gospodarstwa domowego (w %)	132
Rysunek 6.10.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według poziomu wykształcenia (w %)	132
Rysunek 6.11.	Częstotliwość osobistych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według statusu na rynku pracy (w %)	133
Rysunek 6.12.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich (w %)	134
Rysunek 6.13.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według płci (w %)	135
Rysunek 6.14.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według grup wieku (w %)	136
Rysunek 6.15.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według poziomu wykształcenia (w %)	137
Rysunek 6.16.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w krajach europejskich według statusu na rynku pracy (w %)	137

Rysunek 6.17.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według płci (w %)	138
Rysunek 6.18.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według grup wieku (w %)	139
Rysunek 6.19.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według wielkości gospodarstwa domowego (w %)	139
Rysunek 6.20.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według poziomu wykształcenia (w %)	140
Rysunek 6.21.	Częstotliwość elektronicznych kontaktów z innymi osobami wśród osób w wieku 50 lat i więcej w Polsce według statusu na rynku pracy (w %)	140
Rysunek 6.22.	Udział osób, które zadeklarowały otrzymywanie pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw od osób spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu epidemii (w %)	141
Rysunek 6.23.	Otrzymywanie pomocy od osób spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w Polsce (w %)	142
Rysunek 6.24.	Udział osób otrzymujących pomoc spoza domu w załatwianiu niezbędnych spraw według grup wieku i płci w Polsce (w %)	143
Rysunek 6.25.	Udział osób otrzymujących pomoc spoza domu w załatwianiu niezbędnych spraw według samooceny stanu zdrowia w Polsce (w %)	143
Rysunek 6.26.	Struktura respondentów według częstości otrzymywania pomocy od osób spoza gospodarstwa domowego w ciągu ostatnich trzech miesięcy od czasu wybuchu pandemii w Polsce (w %)	143
Rysunek 6.27.	Udział osób w wieku 50 lat i więcej otrzymujących opiekę formalną (od profesjonalnego opiekuna) w analizowanych krajach (w %)	144
Rysunek 6.28.	Udział osób udzielających pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego w załatwianiu niezbędnych spraw, np. kupna jedzenia, lekarstw lub pilnych napraw od czasu wybuchu pandemii w analizowanych krajach (w %)	145
Rysunek 6.29.	Udzielanie pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w Polsce (w %)	146
Rysunek 6.30.	Udział osób pomagających osobom spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w załatwianiu niezbędnych spraw w Polsce według płci i grupy wieku (w %)	146
Rysunek 6.31.	Udzielanie pomocy osobom spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w Polsce według płci (w %)	147
Rysunek 6.32.	Częstość udzielania pomocy w załatwianiu niezbędnych spraw osobom spoza domu w ciągu ostatnich trzech miesięcy w porównaniu do pierwszej fali pandemii (w %)	147
Rysunek 6.33.	Udział osób udzielających opieki osobistej osobom spoza swojego gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w analizowanych krajach (w %)	148
Rysunek 6.34.	Udzielanie opieki osobistej osobom spoza gospodarstwa domowego od czasu wybuchu pandemii w Polsce (w %)	149
Rysunek 6.35.	Częstość udzielania opieki osobistej osobom spoza domu w ciągu ostatnich trzech miesięcy w porównaniu do pierwszej fali pandemii w Polsce (w %)	149

Rysunek 7.1.	Zmiana współczynnika aktywności zawodowej osób w wieku 50 lat i więcej pomiędzy drugą rundą SHARE Corona a wybuchem pandemii COVID-19 (w p.p.)	155
Rysunek 7.2.	Zmiana odsetka osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących pomoc innym pomiędzy pierwszą i drugą rundą badania SHARE Corona (w p.p.)	156
Rysunek 7.3.	Zmiana odsetka osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących zaangażowanie w wolontariat między pierwszą i drugą rundą SHARE Corona (w p.p.)	157
Rysunek 7.4.	Zmiana odsetka osób w wieku 50 lat i więcej deklarujących kontakty z innymi przynajmniej raz w tygodniu między badaniami SHARE Corona 1 i 2 (w p.p.)	158

Spis tabel

Tabela A1. Dane do rysunku 2 (Liczba wywiadów według rodzaju wywiadu i płci respondenta w poszczególnych krajach: porównanie danych z badań SHARE Corona 1 i Corona 2)	167
Tabela A2. Dane do rysunku 4 (Piramidy wieku respondentów badań SHARE Corona 1 i Corona 2 w poszczególnych krajach)	168
Tabela A3. Częstkowe wskaźniki sytuacji finansowej gospodarstw domowych w 2021 roku	170
Tabela A4. Częstkowe wskaźniki zmian sytuacji finansowej gospodarstw domowych w trakcie pandemii	170
Tabela A5. Sytuacja finansowej gospodarstw domowych osób w wieku 50 lat i więcej, ze względu na jej komponenty, w pierwszej i drugiej fazie pandemii (w %)	171
Tabela A6. Zmiany sytuacji finansowej gospodarstw domowych osób w wieku 50 lat i więcej, ze względu na jej komponenty, w trakcie pandemii (2020–2021, w %)	172
Tabela A7. Sytuacja finansowa ogółem gospodarstw domowych osób w wieku 50 lat i więcej w drugiej fazie pandemii i jej zmiany w trakcie pandemii	173
Tabela A8. Dane do wybranych rysunków z rozdziału 1	173
Tabela A9. Dane do wybranych rysunków z rozdziału 2	174
Tabela A10. Dane do wybranych rysunków z rozdziału 4	176
Tabela A11. Dane do rysunku 5.1 z rozdziału 5	178
Tabela A12. Dane do wybranych rysunków z rozdziału 6	179
Tabela A13. Dane do wybranych rysunków z rozdziału 7	181



Niniejszy raport prezentuje wyniki telefonicznego badania ankietowego SHARE Corona 2 przeprowadzonego w 2021 roku w ramach 9. rundy Badania Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych „SHARE: 50+ w Europie”. Jest to międzynarodowe panelowe badanie ankietowe, prowadzone od 2004 roku wśród osób w wieku 50 lat i więcej, które obejmuje wszystkie kontynentalne kraje Unii Europejskiej oraz Szwajcarię i Izrael.

Polski zespół badawczy ze Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie znalazł się w składzie konsorcjum 15 krajów, które otrzymało grant Unii Europejskiej na zbadanie wpływu epidemii COVID-19 na zdrowie, zachowania społeczne i gospodarkę. Badanie SHARE Corona 2 zostało przeprowadzone telefonicznie z wykorzystaniem zmodyfikowanego kwestionariusza badania SHARE Corona. W badaniu SHARE Corona 2 wzięły udział wyłącznie osoby, które uczestniczyły w pierwszym telefonicznym badaniu ankietowym SHARE Corona w 2020 roku.

Opracowanie podsumowuje bezpośrednie i pośrednie skutki pandemii COVID-19 oraz działań podejmowanych przez rządy krajów w różnych obszarach funkcjonowania osób w wieku 50 lat i więcej w Europie i w Polsce na podstawie wyników badania SHARE Corona 2, przeprowadzonego w 2021 roku. Jest to kontynuacja badania z 2020 roku. Publikacja zaczyna się od charakterystyki metodologii badania telefonicznego. Następnie są omówione podstawowe fakty dotyczące rozwoju pandemii pomiędzy latami 2020 i 2021. Kolejne części opracowania bazują już na wynikach badania ankietowego i w rozdziale drugim prezentują doświadczenie zachorowania na COVID-19 wśród respondentów i ich bliskich. W rozdziale trzecim są omówione kwestie związane z ogólnym stanem zdrowia i korzystaniem z usług zdrowotnych w perspektywie rozwoju pandemii. Czwarty rozdział odnosi się do aktywności zawodowej i wykonywania pracy w okresie pandemii, ze szczególnym uwzględnieniem zakończenia aktywności zawodowej, a także różnych aspektów wykonywania pracy, w tym miejsca pracy oraz długości czasu pracy w porównaniu do sposobu wykonywania pracy przed pandemią. Kolejny rozdział jest poświęcony sytuacji finansowej osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie oraz jej zmianom w okresie pandemii. Następnie są omówione kontakty społeczne, zarówno z rodziną, jak i znajomymi, w tym również udzielone i otrzymane w okresach lockdownu wsparcie. W ostatnim rozdziale są opisane zmiany zachodzące w okresie pandemii w kontekście aktywnego starzenia się. Opracowanie kończy się podsumowaniem głównych wniosków płynących z przeprowadzonych analiz.

