

EWOLUCJA NAUK EKONOMICZNYCH II  
EKONOMIA A PANDEMIA COVID-19 POTRZEBA BIEŻĄCYCH DOSTOSOWAŃ CZY ZMIANY  
PARADYGMATU?

22 listopada 2022 roku

**Monitorowanie sytuacji społeczno-ekonomicznej osób w wieku 50 lub więcej lat  
w Europie w okresie pandemii COVID 19**

Agnieszka Chłoń-Domińczak, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, oraz:

Anita Abramowska-Kmon, Radosław Antczak, Dorota Holzer-Żelaźewska, Wojciech Łątkowski,  
Iga Magda, Monika Oczkowska, Tomasz Panek, Jolanta Perek-Białas, Anna Ruzik-Sierdzińska,  
Paweł Strzelecki, Wiktoria Wróblewska<sup>1</sup>

**Abstrakt**

Jednym z ważnych zadań badań społecznych jest monitorowanie sytuacji społecznej grup ludności szczególnie narażonych na ryzyko szoków zachodzących w gospodarkach. Biorąc pod uwagę powyższe, członkowie Europejskiego Konsorcjum Infrastruktury Badawczej SHARE podjęli wysiłek realizacji badania obejmującego różne aspekty zdrowia, sytuacji psychicznej, utrzymywania sieci kontaktów rodzinnych i społecznych, aktywności zawodowej i sytuacji ekonomicznej osób w wieku 50+. W opracowaniu przedstawione są wybrane wyniki badania, wskazujące na wpływ pandemii nie tylko na sytuację ekonomiczną i aktywność zawodową, ale też na dobrostan psychiczny i funkcjonowanie społeczne. Wyniki te pokazują z jednej strony na pewną elastyczność osób w wieku 50 lub więcej lat dotyczącą dostosowania sposobu wykonywania pracy, ale też unaocznili wyzwania związane z koniecznością rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej. Pogarszająca się sytuacja psychiczna, będąca efektem izolacji, może również

---

<sup>1</sup> Tekst jest syntezą przygotowywanej monografii Abramowska-Kmon, A., Antczak, R., Chłoń-Domińczak, A., Holzer-Żelaźewska, D., Kotowska, I. E., Łątkowski, W., Magda, I., Oczkowska, M., Panek, T., Perek-Białas, J., Strzelecki, P., Styrz, M., Wróblewska, W., & Zwierchowski, J. (2023) „Sytuacja osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie w trakcie drugiej fali pandemii COVID-19”. 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) oraz w ramach 7. Programu Ramowego (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 i SHARE M4, N° 261982). Dodatkowe finansowanie projektu pochodziło z niemieckiego Ministerstwa Edukacji i Badań, Instytutu Maxa Plancka, amerykańskiego National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11, OGHA 04-064 i HHSN271201300071C) oraz różnych krajowych źródeł. W Polsce 8. runda badania była realizowana w ramach projektu „Wsparcie realizacji badań panelowych osób w wieku 50 lat i więcej w międzynarodowym projekcie *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój Europejskiego Funduszu Społecznego. Pełna lista fundatorów badania SHARE znajduje się na stronie [www.share-project.org](http://www.share-project.org).

skutkować konsekwencjami z perspektywy aktywności zawodowej oraz wsparcia w ramach polityk społecznych i zdrowotnych.

**Słowa kluczowe:** pandemia COVID-19, SHARE, osoby starsze, aktywność zawodowa, sytuacja ekonomiczna

#### Abstract

One important task of social surveys is to monitor the situation of population groups that are particularly at risk of economic shocks. Taking this into account, the members of the SHARE European Research Infrastructure Consortium made an effort to carry out a survey covering various aspects of health, mental situation, maintenance of family and social networks, labour force participation and economic situation of people aged 50+. The paper presents selected results of the survey, indicating the impact of the pandemic not only on the economic situation and labour force participation, but also on mental well-being and social functioning. These results show, on the one hand, a certain flexibility for people aged 50 or over to adapt their working patterns, but also highlight the challenges of long-term care solutions. Deteriorating mental health, as a result of isolation, can also result in consequences from the perspective of work activity and social and health policy support.

**Keywords:** COVID-19 pandemic, SHARE, older people, labour force participation, economic situation

## Spis treści

Wprowadzenie .....	4
Kontekst badania: zachorowania na COVID-19 oraz działania rządów .....	6
Doświadczenie zachorowania na COVID-19 wśród osób w wieku 50 lub więcej lat.....	8
Społeczne i ekonomiczne konsekwencje pandemii COVID 19 - wybrane wyniki badania SHARE Corona 2 .....	9
Zachowania ochronne osób w wieku 50+ w okresie pandemii .....	9
Dobrostan psychiczny w okresie pandemii .....	11
Rezygnacja z wizyt lekarskich .....	12
Aktywność zawodowa i wykonywanie pracy w okresie pandemii .....	13
Sytuacja ekonomiczna osób w wieku 50 lub więcej lat w okresie pandemii .....	16
Kontakty społeczne w okresie pandemii .....	18
Podsumowanie.....	19

## Wprowadzenie

Wybuch pandemii COVID-19, a także stosowane przez rządy działania zmierzające do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa miały istotne skutki dla funkcjonowania społeczeństw, w różnych obszarach – począwszy od zdrowia i opieki zdrowotnej, przez aktywność ekonomiczną, uczestnictwo w edukacji, funkcjonowanie sieci społecznych i rodzinnych, oraz będące konsekwencją izolacji i ograniczeń pogorszenie dobrostanu psychicznego.

Świadomość potencjalnych konsekwencji tego zjawiska była przesłanką dla zainicjowania i przeprowadzenia szeregu badań społecznych w poszczególnych krajach, a także badań o charakterze międzynarodowym, których celem była diagnoza, często nieplanowanych, skutków pandemii oraz wdrażanych polityk publicznych.

Badanie Zdrowia, Starzenia się i Procesów Przechodzenia na Emeryturę osób w wieku 50 lub więcej lat (SHARE) nie jest tutaj wyjątkiem. Badanie to, realizowane od 2004 r. skupia się na sytuacji życiowej osób w wieku 50 lat lub więcej, zaś dzięki jego panelowemu charakterowi umożliwia śledzenie zmian zachodzących w życiu tych samych osób. Podczas wywiadów gromadzone są najważniejsze informacje o sytuacji zdrowotnej, zawodowej, materialnej, rodzinnej i społecznej respondentów. Badanie prowadzone jest w odstępach dwuletnich. Bezpośrednio przed pandemią, pod koniec 2019 roku i na początku 2020 roku, realizowana była ósma runda badania. Aktualnie badanie obejmuje 28 krajów europejskich, oraz Izrael.

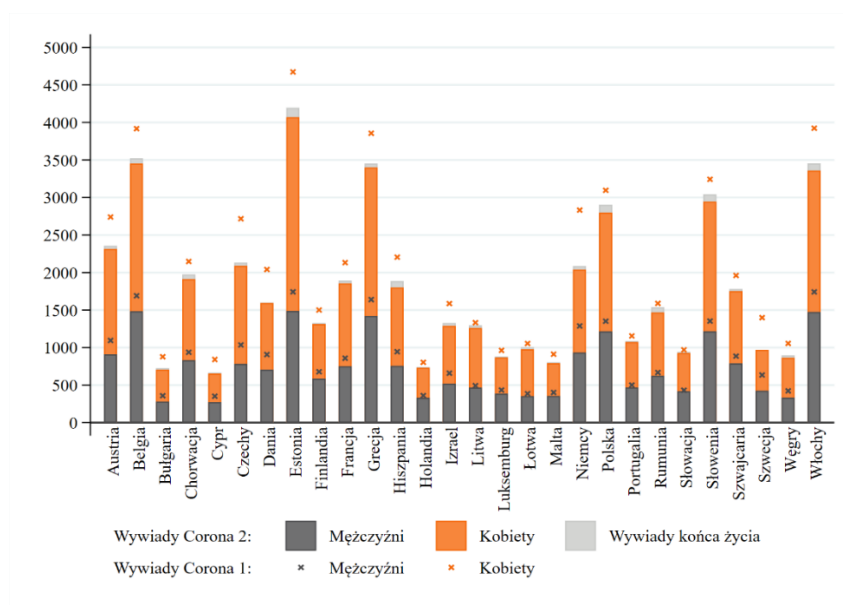
Wybuch pandemii w marcu 2020 roku przerwał realizację ósmej rundy badania. Jednak międzynarodowy zespół, koordynowany przez prof. Axela Boersch-Supana, podjął decyzję, aby panelowych respondentów objąć dodatkowym badaniem, realizowanym w formie wywiadów telefonicznych, którego celem była diagnoza sytuacji osób w wieku 50 lub więcej lat w okresie pandemii. Dzięki szybkiej organizacji i dodatkowym środkom finansowym w ciągu trzech miesięcy udało się dostosować infrastrukturę i zaprojektować nowy kwestionariusz w odpowiedzi na wyzwania stawiane przez nową sytuację pandemiczną i skutki podejmowanych interwencji publicznych. 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.

Badanie SHARE Corona objęło najważniejsze aspekty życia osób w wieku 50+, na które wpływ miała pandemia. Dostarczyło unikatowych informacji o życiu osób 50+ w różnych krajach podczas pandemii, szczególnie dzięki zestawieniu ich z informacjami pozyskanymi tuż przed wybuchem pandemii, podczas ósmej rundy badania SHARE. Jest to badanie o charakterze interdyscyplinarnym, obejmujące następujące aspekty: zdrowie i zachowania zdrowotne oraz

zdrowie psychiczne podczas pandemii, infekcje i korzystanie z opieki zdrowotnej, zmiany w aktywności zawodowej i wykonywaniu pracy, korzystanie z komunikacji zdalnej, zmiany sytuacji ekonomicznej, kontakty osobiste z rodziną i przyjaciółmi, kontakty społeczne, czy stan psychiczny, Utrzymująca się w 2021 roku trudna sytuacja pandemiczna spowodowała decyzję o przesunięciu w czasie kolejnej regularnej rundy wywiadów osobistych SHARE (rundy 9.), oraz podjęcie decyzji o przeprowadzeniu drugiej rundy badania SHARE Corona 2, mającej na celu monitorowanie zmian, które zaszły w życiu respondentów w trakcie szeregu pandemicznych miesięcy. Treść ankiety w 2021 r. obejmowała te same obszary, jak badanie w 2020 r., dodatkowo były zadane m.in. pytania o fakt zaszczepienia się. Realizacja badania SHARE Corona 2 miała miejsce rok po pierwszej części tego badania, od czerwca do sierpnia 2021 roku. Podobnie jak w pierwszym roku pandemii, w okresie przedwakacyjnym 2021 roku w odpowiedzi na malejącą liczbę zakażeń wszystkie kraje Europy poluzowały restrykcje wprowadzone dla ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa.

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 z nowymi partnerami osób, które wzięły udział w pierwszej części ankiety. Liczby wywiadów w ramach badania SHARE Corona 2 w podziale na płeć zostały zestawione na Rysunku 1 również z liczbami wywiadów pochodzących z badania SHARE Corona 1 przeprowadzonego rok wcześniej (zaznaczone przy pomocy punktów).

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



Źródło: M.Oczkowska na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0. w: (Abramowska-Kmon et al., 2023)

Badanie SHARE Corona 2 miało być prowadzone wyłącznie wśród respondentów, którzy wzięli udział w pierwszej części badania rok wcześniej. Niemal tyle samo wywiadów w obu częściach badania przeprowadzono w krajach o małej liczebności 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, co wynikało z ograniczeń możliwości finansowania drugiej rundy badania ze środków z grantu Komisji Europejskiej. W Polsce, dzięki dofinansowaniu badania ze środków projektu finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, badanie objęło całą grupę respondentów z 2020 r. W naszym kraju 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 i rodzin. Badanie było przeprowadzone w Polsce po dwóch widocznych falach zachorowań i zgonów spowodowanych COVID-19, w drugiej połowie 2020 r. oraz w pierwszej połowie 2021 r.

W opracowaniu przedstawione są wybrane wyniki i wnioski z przeprowadzonego badania, które stanowią syntezę monografii „Sytuacja osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie w trakcie drugiej fali pandemii COVID-19”, która obecnie jest w procesie publikacji. Wyniki pierwszej rundy badania opublikowane zostały w monografii „Sytuacja osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie w trakcie pierwszej fali pandemii COVID-19” (Abramowska-Kmon et al., 2022).

Warto podkreślić, że badanie SHARE Corona miało charakter założycielski. Ze względu na panelowy charakter w kolejnych rundach nadal będzie możliwość oceny wpływu pandemii, w tym m.in. doświadczenia choroby na sytuację zdrowotną, społeczną i ekonomiczną populacji objętej tym badaniem, która jest szczególnie narażona na długookresowe konsekwencje zachorowania na COVID-19.

## Kontekst badania: zachorowania na COVID-19 oraz działania rządów

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)<sup>2</sup>. 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. Na podstawie zgromadzonych informacji OxCGRT opracował Wskaźnik Rygoru Rządowego, oparty na pomiarze dziewięciu działań podjętych przez rząd w celu zwalczania pandemii, który szacowany jest w ujęciu dziennym. Indeks w danym dniu jest obliczany<sup>3</sup> jako średni wynik z dziewięciu wskaźników, z których każda 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; zamknięcia 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.

Od początku 2020 r. na świecie doszło do kilku szczytów zachorowań na COVID-19 oraz związanych z zgonów, jednak ich czas i wielkość różniła się w zależności od kraju i regionu. W większości krajów europejskich wzrost liczby infekcji i zgonów odnotowano na przełomie 2020 i 2021 roku (szczyt w listopadzie 2020 r.). 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 r. Także w Polsce umieralność 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 r. były obserwowane we wzroście umieralności jeszcze w styczniu 2021 r., potem dramatyczny wzrost zakażeń nastąpił w marcu, a także jesienią 2021 r. Warto podkreślić, że 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. Było to jeden z wyższych spadków odnotowanych w Europie.

Badanie SHARE Corona 2 było przeprowadzone w okresie, kiedy znaczna część osób była już zaszczepiona. W trakcie przeprowadzenia badania, odsetek zaszczepionych w Polsce wynosił 46% i był zbliżony do średniej. W końcu 2021 r. jednak już wzrósł dystans Polski do krajów o najwyższym zaszczepieniu. W Polsce wówczas było zaszczepionych 56% mieszkańców, podczas gdy w większości krajów w Europie Zachodniej, Południowej i Północnej było to ponad 70%, a w

---

<sup>2</sup> <https://github.com/OxCGRT> (dostęp: 20.01.2022).

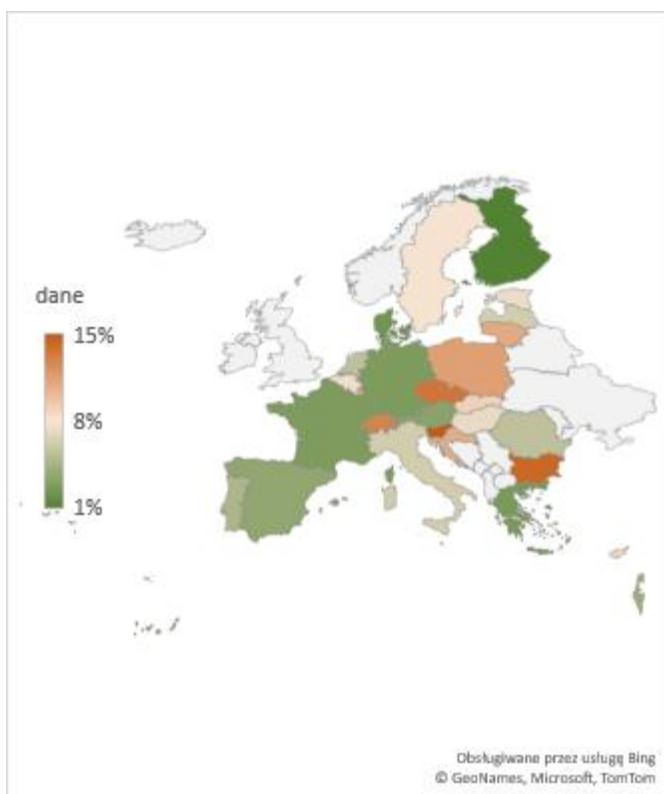
<sup>3</sup> Pełny opis autorów dotyczący sposobu obliczania wskaźnika: [https://github.com/OxCGRT/covid-policy-tracker/blob/master/documentation/index\\_methodology.md](https://github.com/OxCGRT/covid-policy-tracker/blob/master/documentation/index_methodology.md) (dostęp: 20.01.2022).

Portugalii i Hiszpanii ponad 80%. Było to również okres stopniowego odstępowania od ograniczeń związanych z rygiorem polityk publicznych, podobnie jak rok wcześniej. 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.

## Doświadczenie zachorowania na COVID-19 wśród osób w wieku 50 lub więcej lat.

Wśród badanej populacji widoczne są znacząca skala duże zróżnicowanie zachorowania na COVID-19 pomiędzy krajami do połowy 2021 r., co ilustruje Rysunek 2. Polska uplasowała się w pierwszej dziesiątce krajów pod względem częstości doświadczenia zachorowania na COVID-19 wśród respondentów i ich bliskich, natomiast w pierwszej trójce, w przypadku własnych doświadczeń COVID-19 wśród respondentów. Pomimo dużego odsetka osób wskazujących na własne doświadczenia COVID-19, odsetek 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).

Rysunek 2. Odsetek respondentów, którzy mieli pozytywny wynik testu na wirusa SARS-CoV-2, według krajów

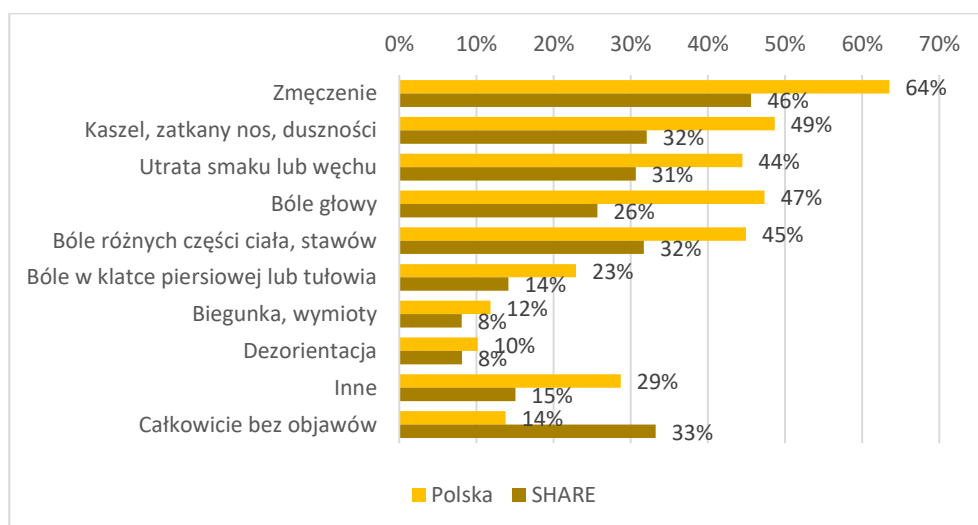


Źródło: M.Styrc na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0. w: (Abramowska-Kmon et al., 2023)



Doświadczenie zachorowania na COVID-19 również związane jest z występowaniem długoterminowych objawów. Polacy w wieku 50+ stosunkowo często odnotowywali długotrwałe lub utrzymujące się objawy COVID-19, szczególnie takie jak długotrwałe zmęczenie, kaszel, zatłokany nos, duszności, utratę smaku lub węchu, bóle głowy, stawów lub innych części ciała (Rys.3). Niemal 50% osób w Polsce wskazywało na 4 lub więcej objawów związanych z długotrwałymi skutkami zachorowania, co również było znacznie powyżej średniej dla całej Europy (poniżej 40%)

Rysunek 3. Częstość występowania długotrwałych lub utrzymujących się objawów COVID-19 wśród respondentów, którzy prawdopodobnie przechorowali COVID-19 (mieli symptomy lub pozytywny wynik testu)



Źródło: M.Styrc na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0. w: (Abramowska-Kmon et al., 2023)

## Społeczne i ekonomiczne konsekwencje pandemii COVID 19 - wybrane wyniki badania SHARE Corona 2

### Zachowania ochronne osób w wieku 50+ w okresie pandemii

Jednym z pierwszych działań publicznych wdrożonych w okresie pandemii były nakazy lub rekomendacje zachowań ochronnych, dotyczące ograniczeń wychodzenia z domu, a także kontaktów z innymi.

W pierwszej połowie 2021 roku, wśród wszystkich krajów uczestniczących w badaniu SHARE Corona 2, 7,6% osób przyznało, że nie wychodziło z domu w ciągu ostatnich 3 miesięcy przed badaniem. Osoby o przeciętnym lub złym stanie zdrowia częściej pozostawały w domu (12,4%) niż osoby o przynajmniej dobrym stanie zdrowia (4,9%).

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 domowego<sup>4</sup>. 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 zdecydowało się na spotkania w większym gronie.

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.

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.

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 lub więcej deklaroowało, 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).

Polacy rzadziej niż przeciętnie stosowali się do rekomendowanych zachowań ochronnych, przy czym częstość takich zachowań mocno zależała od stanu zdrowia. 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 znacznie 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 deklarowali, że zawsze utrzymywali dystans od innych, natomiast znaczna część utrzymywała ten dystans czasami lub często.

---

<sup>4</sup> W tym osoby, które nie wychodziły z domu.

W drugim roku pandemii były już dostępne szczepionki. Badanie pozwoliło na ocenę powszechności zaszczepienia osób w wieku 50 lat lub więcej (a więc grupy szczególnie narażonej na negatywne skutki zachorowania) w poszczególnych krajach. Średnio wśród wszystkich badanych krajów 82,3% osób przyznało, że jest już zaszczepiona przeciw COVID-19. W większości krajów odsetki zaszczepionych były wysokie, 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 odsetek zaszczepionych wyniósł 95% lub więcej: w Hiszpanii, Danii, Malcie.

W Polsce 70,7% osób w tej grupie wieku przyznało, że jest już zaszczepionych, poniżej średniej dla wszystkich krajów, choć z drugiej strony, był to wyższy odsetek niż w większości krajów Europy Wschodniej (poza Czechami). Wyniki badania SHARE również potwierdzają stosunkowo niski odsetek osób zaszczepionych. Niemal 71% osób wskazało, że jest zaszczepione, co jest powyżej odsetków obserwowanych w krajach Europy Wschodniej, ale poniżej średniej dla wszystkich krajów. Co ciekawe – częściej szczepiły się osoby deklarujące lepszy stan zdrowia.

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

### Dobrostan psychiczny w okresie pandemii

Wyniki badania SHARE Corona 2 pokazują również narastające wyzwanie związane z pojawiającymi się problemami psychicznymi, takimi jak nerwowość, trudności z zasypianiem, poczucie osamotnienia, czy depresja. Problemy te dotyczą osoby w wieku 50+, które w dużym stopniu przeżyły pandemię odizolowane od ich typowych sieci społecznych.

Wyniki analiz dla wszystkich analizowanych krajów pokazują, że prawie jedna trzecia badanych osób w wieku 50 lat lub więcej (32,1%) odczuwała nerwowość, niepokój lub była u kresu wytrzymałości. Należy zaznaczyć, że udział osób doświadczających te uczucia wzrósł w 2021 r. w porównaniu do 2020 r. Analizowane kraje różnią się znacząco pod względem zasięgu odczuwania podenerwowania, niepokoju lub poczucia bycia na krawędzi wśród osób w wieku 50+, odsetek osób wskazujących na takie odczucia wahał się on między 18% dla Danii oraz 19% dla Szwajcarii a 49% dla Malty i 60% dla Portugalii.

Wśród osób, które czuły się podenerwowane 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, zaś u 37,6% osób się nasiliły. 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 pp. wyższy niż w badaniu w 2020 r.

Odsetek osób, które czuły się osamotnione przynajmniej czasami nieznacznie zmalał w porównaniu do wyników badania z 2020 r. i wyniósł prawie 30%, w tym 7% respondentów deklarowało 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.

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, a także słabiej wykształcone. Częściej problemy psychiczne deklarowały również osoby samotne, mieszkające w gospodarstwach jednoosobowych. Również aktywność zawodowa 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.

### Rezygnacja z wizyt lekarskich

Pandemia Covid-19 wpłynęła zarówno na dostępność usług medycznych nie związanych bezpośrednio z leczeniem COVID-19 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 lub więcej zarówno na początku pandemii (rok 2020) jak i według najnowszych danych z roku 2021.

Pandemia wpłynęła zarówno na dostępność usług medycznych nie związanych bezpośrednio z leczeniem COVID-19 jak i na zapotrzebowanie na usługi medyczne ze strony potencjalnych pacjentów, którzy obawiali się zakażenia wirusem SARS-CoV-2. 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, szczepień ochronnych oraz dostosowania opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach do funkcjonowania w warunkach pandemii.

W 2021 r. około 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.

### Aktywność zawodowa i wykonywanie pracy w okresie pandemii

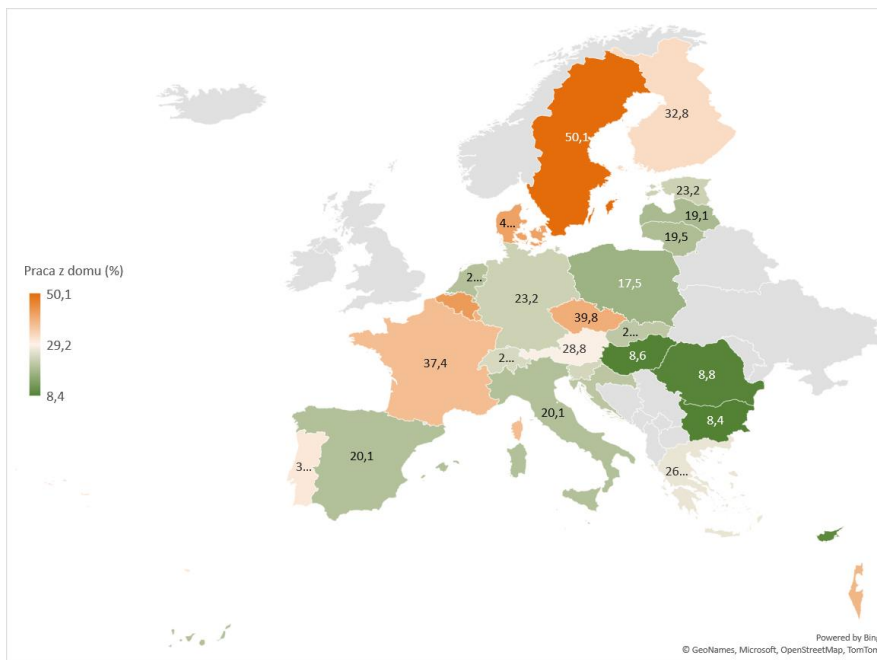
Dane z badania SHARE potwierdzają wyniki uzyskane z innych badań (np. BAEL), wskazujące że rynek pracy, także dla osób w wieku 50 lub więcej lat, był w Polsce stosunkowo stabilny w okresie pandemii, około 5% osób w tej grupie wieku straciło pracę, nie było tu również istotnych różnic ze względu na płeć. Niecałe 5% osób w Polsce (co było niższym odsetkiem niż ogółem we wszystkich krajach) zdecydowało się w okresie pandemii przejść na emeryturę. Częściej decyzje takie 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 zrobiły to wcześniej niż zamierzało, co również było niższym odsetkiem niż obserwowany przeciętnie we wszystkich krajach. Częściej wcześniej niż zamierzali na emeryturę przechodziły osoby z wykształceniem średnim, 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 zachęceni do wydłużania pracy. Dlatego warto jest upowszechniać rozwiązania, które w coraz większym stopniu sprzyjają wydłużaniu aktywności zawodowej.

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 podejmowane były decyzje o przechodzeniu na emeryturę. Rządziej natomiast przechodziły na emeryturę osoby z niższym wykształceniem (w porównaniu do tych z wykształceniem średnim). Co ciekawe, również rządziej 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.

W okresie pandemii nastąpiły również 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.

Upowszechnienie pracy zdalnej dotyczy wszystkich krajów, przy czym korzystanie z tej formy pracy było w Europie mocno zróżnicowane. Nadal dominującą formą była praca w standardowym miejscu pracy, poza Szwecją mniej niż połowa respondentów deklarowała wykonywanie pracy z domu.

Rysunek 4. Odsetek osób deklarujących wykonywanie pracy z domu w okresie pandemii



Źródło: A.Chłoń-Domińczak i D.Holzer-Żelaźewska na podstawie danych z badania SHARE Corona 2, publikacja 8.0.0. w: (Abramowska-Kmon et al., 2023)

Pogłębione analizy<sup>5</sup> pokazują, że statystycznie częściej z domu pracowały kobiety, osoby aktywne zawodowo powyżej 70-go 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.

<sup>5</sup> Z wykorzystaniem modeli regresji logistycznej.

Rzadziej natomiast z tej formy wykonywania pracy korzystały osoby z niższym wykształceniem (co ponownie potwierdza wcześniejsze analizy).

Warto podkreślić, że dominująca część osób (85,32%) deklarowała, że wykonywała pracę w swoim standardowym miejscu pracy. Najczęściej w standardowym miejscu pracowały osoby w wieku 50 lub więcej lat w Rumunii, Portugalii, Czechach. W Polsce był to również odsetek wyższy niż przeciętna 90,67%. Natomiast znacznie rzadziej niż przeciętnie w swoim standardowym miejscu pracy pracowali Szwedzi, Belgowie, Grecy i Francuzi.

Pogłębione analizy pokazują, że wśród wszystkich respondentów badania kobiety rzadziej pracowały w typowym miejscu pracy, rzadziej też w typowym miejscu pracowali najstarsi pracownicy (po 65-tym 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 ostatniego z omawianych czynników, przy czym na wyniki ma wpływ również mniejsza wielkość próby.

W badaniu SHARE Corona 2 pytano również respondentów, czy w związku z pandemią, czuli się oni bezpiecznie w miejscu pracy. Uzyskane wyniki pokazały, że większość respondentów 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.

Ostatnim aspektem związanym z wykonywaniem pracy w trakcie pandemii, który badany był w SHARE, był wydłużony lub skrócony czas pracy. Pandemia w nieznaczny sposób wpłynęła na długość czasu pracy osób w wieku 50+. Więcej osób deklarowało, że pracowało dłużej niż przed pandemią, niż tych, którzy pracowali krócej.

Ogółem w badanych krajach 12,35% pracujących w wieku 50 lub więcej lat wskazało, że w trakcie pandemii ich czas pracy był krótszy niż standardowo. 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.

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 pracowały krócej osoby mieszkające w krajach, w których był wyższy wskaźnik rygoru rządowego. Rzadziej natomiast pracę w skróconych godzinach deklarowały osoby z wyższym wykształceniem. W Polsce jedyna statystycznie istotna zależność obserwowana jest wśród osób najmłodszych, w wieku 50-54 lata.

Część osób w trakcie pandemii pracowała również dłużej. 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 więcej niż jeden na pięciu pracujących w tej grupie wieku również deklarowało dłuższą pracę. W Polsce 7,9% osób wskazało, że pracowało dłużej niż zwykle. Najrzadziej dłuższą pracę deklarowali mieszkańcy Rumunii, Hiszpani i Węgier.

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 śmierci z powodu zakażenia COVID-19. Z kolei częściej pracę taką 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.

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. Ponadto, częstsze przechodzenie na emeryturę kobiet skutkowało pogłębiającą się różnicą wskaźników zatrudnienia kobiet i mężczyzn w wieku okołiemerytalnym. 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).

### Sytuacja ekonomiczna osób w wieku 50 lub więcej lat w okresie pandemii

Po wybuchu pandemii COVID-19 państwa europejskie wprowadzały różnego rodzaju ograniczenia dotyczące funkcjonowania gospodarki, które skutkowały m.in. zmniejszeniem dochodów osób aktywnych zawodowo. 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.

W badaniu SHARE Corona 2, jeden na pięciu respondentów w wieku 50 lub więcej lat deklarował doświadczenie problemów ekonomicznych, rozumianych jako trudności w wiązaniu końca z

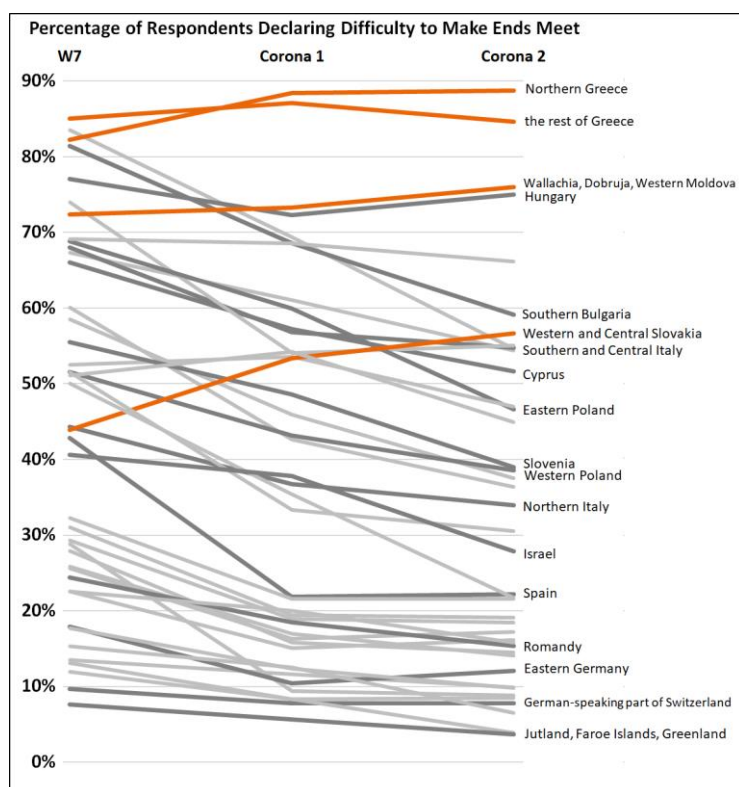


końcem. Wśród tej grupy, około 10% zdecydowało się na odłożenie opłacania rachunków, a około 18% sięgnęło do swoich oszczędności. Jednocześnie 36% respondentów wskazało, że nie ma oszczędności, które pozwoliłyby na uzupełnienie konsumpcji w okresie szoku.

Porównanie wyników z rundy 7 badania w 2017 r., oraz badań SHARE Corona 1 i 2 pokazują, że odczuwanie trudności finansowych przez gospodarstwa zmieniało się różnie, w zależności od kraju oraz regionu. W wielu regionach w Europie, obserwujemy spadek odsetka osób deklarujących trudności w wiązaniu końca z końcem (Rysunek 5).

Wyniki badania pokazują, że trudności ekonomiczne osób starszych mają tendencje do utrzymywania się, w szczególności w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. Wymaga to wdrażania odpowiednich polityk. Wspieranie działań mających na celu zwiększenie dochodów w przebiegu życia (np. przez inwestycje w edukację i uczenie się przez całe życie) może budować większą odporność na szoki. Adresatami polityk publicznych powinny być również osoby które są szczególnie narażone na trudności – posiadające niskie kompetencje, żyjące samotnie, posiadające mniej zasobów, aby sobie radzić z trudnościami ekonomicznymi.

Rysunek 5. Odsetek respondentów wskazujących na problemy z wiązaniem końca z końcem: 2017, 2020 i 2021 r.



Źródło: (Chłoń-Domińczak et al., 2023)

## Kontakty społeczne w okresie pandemii

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 one także 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 także o działalność wolontariacką.

Okres pandemii był 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 lub więcej lat 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 jedna czwarta kobiet i jedna piąta mężczyzn utrzymywała codzienne kontakty z dziećmi. Jedna na trzy osoby w najstarszych grupach wieku (80 lub więcej lat) wskazywała na codzienne osobiste spotkania w własnymi dziećmi – odsetek ten rośnie wraz z wiekiem. 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 lub więcej lat 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.

Pandemia spowodowała również narastanie wyzwań dotyczących 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 2021. W Polsce co trzecia osoba w wieku 50 lub więcej lat 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 zadeklarowanie pomagania 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 niema podwoił się, co pokazuje, że w Polsce utrzymuje się model opieki długoterminowej oparty o nieformalną pomoc udzielaną 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 (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 50+.

## Podsumowanie

Badania społeczne dają istotny wkład dla zrozumienia procesów i zmian zachodzących w ekonomii i społeczeństwie. Dlatego istotne jest, aby towarzyszyły one istotnym zjawiskom, które dotyczą gospodarki i ludność krajów. Badanie SHARE, które od niemal dwóch dekad jest prowadzone w Europie stanowi bezcenne źródło wiedzy o osobach w wieku 50 lub więcej lat, w interdyscyplinarnym kontekście. Dzięki szybkiej reakcji międzynarodowego konsorcjum SHARE ERIC, możliwe było zebranie wiedzy dotyczącej wpływu pandemii COVID-19 na różne aspekty funkcjonowania osób w wieku 50+, 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.

Pierwsze uzyskane wyniki wyraźnie wskazują, że konsekwencje pandemii COVID-19 dotyczą wielu obszarów aktywności społecznej i ekonomicznej, a także stanu zdrowia i dobrostanu osób w wieku 50+. Konsekwencje te będą zapewne odczuwane jeszcze w kolejnych latach, a panelowy i międzynarodowy charakter badania pozwoli na dalsze monitorowanie i porównywanie tych skutków w przyszłości.

## Bibliografia

- Abramowska-Kmon, A., Antczak, R., Chłoń-Domińczak, A., Holzer-Żelażewska, D., Kotowska, I. E., Łatkowski, W., Magda, I., Oczkowska, M., Panek, T., Perek-Białas, J., Strzelecki, P., Styr, M., Timoszuk, S., Wróblewska, W., & Zwierzchowski, J. (2022). Sytuacja osób w wieku 50 + w Polsce i w Europie w trakcie pierwszej fali pandemii COVID-19. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
- Abramowska-Kmon, A., Antczak, R., Chłoń-Domińczak, A., Holzer-Żelażewska, D., Kotowska, I. E., Łatkowski, W., Magda, I., Oczkowska, M., Panek, T., Perek-Białas, J., Strzelecki, P., Styr, M., Wróblewska, W., & Zwierzchowski, J. (2023). Sytuacja osób w wieku 50+ w Polsce i w Europie w trakcie drugiej fali pandemii COVID-19.
- Börsch-Supan, A. (2022). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 9. COVID-19 Survey 2. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w9ca.800
- Chłoń-Domińczak, A., Holzer-Żelażewska, D., & Taracha, M. (2023). Persistence of economic stress during the COVID-19 pandemic. In A. Börsch-Supan, A. Chłoń-Domińczak, A. Abramowska-Kmon, F. Jusot, Š. Smolić, K. Andersen-Ranberg, A. Brugi, G. Weber, & H. Litwin (Eds.), *Life of people aged 50+ during the Covid-19 pandemic: First results from the SHARE Corona Surveys*. De Gruyter.