



Wybrane aspekty społecznego i zdrowotnego funkcjonowania osób 55+ w pandemii COVID-19

AGNIESZKA PAWLAK-KAŁUZIŃSKA, PAWEŁ PRZYŁĘCKI, MAGDALENA WIECZORKOWSKA
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Abstrakt

Od marca 2020 roku w związku z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 mamy do czynienia z nową rzeczywistością polityczną, gospodarczą i społeczną. Zmiany spowodowane pandemią i związaną z nią fizyczną izolacją nie ominęły żadnej części społeczeństwa. Artykuł koncentruje się na wpływie koronawirusa na zdrowie osób 55+, ich relacje rodzinne i towarzyskie oraz odczuwaną samotność. Zostały w nim przedstawione wybrane wyniki badań dotyczące życia i funkcjonowania osób powyżej 55. roku życia w okresie pandemii. Badanie zostało przeprowadzone w drugiej połowie 2020 roku, tj. w okresie, gdy w Polsce wystąpiła druga fala pandemii.

Słowa kluczowe:

osoby starsze, pandemia, COVID-19, zdrowie, samotność, osamotnienie.

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 wywołała wiele zmian w codziennym funkcjonowaniu każdego z nas, zmuszając do zaprzestania lub modyfikacji dotychczasowych aktywności oraz do podjęcia zupełnie nowych. Człowiek jako istota społeczna dotkliwie odczuwa każdą formę ograniczenia jego kontaktów i funkcjonowania w grupach. Izolacja i nakładane przez rząd obostrzenia w związku z rozprzestrzenianiem się koronawirusa wywołały szereg konsekwencji w sferze gospodarki, kultury, zdrowia, edukacji, a także w codziennym funkcjonowaniu obywateli. Zamrożenie gospodarki i kultury spowodowało wzrost bezrobocia, a to z kolei przełożyło się na budżety domowe (Cybulska i Pankowski, 2020a). Doszło do zmian w sposobie wykonywania pracy (praca zdalna) oraz uczenia się (szkoły i uniwersytety online), co z kolei przekłada się na efektywność i wydajność tego typu aktywności. Izolacja w połączeniu z dodatkowymi czynnikami, jak: lęk przed chorobą, utrata pracy, brak pomocy w codziennych czynnościach, brak wsparcia emocjonalnego czy przeciążenie fizyczną obecnością członków rodziny wywołuje wiele negatywnych konsekwencji w sferze zdrowia psychicznego, może być przyczyną depresji, zachowań agresywnych lub autoagresywnych oraz sięgania po używki (Cybulska i Pankowski, 2020b). Ograniczenie kontaktów społecznych powoduje poczucie osamotnienia, może prowadzić do utraty sensu życia, poczucia bycia niepotrzebnym, trudności w codziennym funkcjonowaniu, a w przypadku dzieci i młodzieży może zaburzać rozwój umiejętności interpersonalnych. Napływające z mediów informacje eskalują lęk o zdrowie własne i najbliższych, a także zwiększają lęk przed kontaktami społecznymi. To tylko niektóre konsekwencje izolacji potwierdzone w badaniach prowadzonych w Polsce (Cybulska i Pankowski, 2020b, 2020a; Długosz, 2020; Maj i Skarżyńska, 2020).

Pandemia i związane z nią skutki nie ominęły także osób starszych. Seniorzy, jako najbardziej narażeni na ciężki przebieg choroby, stali się grupą chronioną przez państwo i obywateli. Podejmowane wobec nich działania oraz towarzyszący im *lockdown* spotęgowały izolację osób starszych. Wielu seniorów z dnia na dzień utraciło możliwość uczestnictwa w aktywności społecznej – zajęciach sportowych, rekreacyjnych, kursach, zajęciach na Uniwersytetach Trzeciego Wieku. Tym samym odebrano im nie tylko możliwość podnoszenia kompetencji, lecz izolacja spowodowała także utratę kontaktów społeczno-towarzyskich. Izolacja od bliskich powodowana troską o najbardziej narażonych na zachorowanie i ciężki przebieg choroby może potęgować poczucie osamotnienia, co z kolei negatywnie wpływa na zdrowie psychiczne, a także fizyczne seniorów. Koncentracja systemu ochrony zdrowia na walce z pandemią spowodowała dodatkowo, że wiele osób starszych zostało pozbawionych opieki specjalistycznej lub została ona mocno ograniczona.

Celem zrealizowanego badania było sprawdzenie, jak *lockdown* ogłoszony w marcu 2020 roku w związku z rozprzestrzenianiem się SARS-CoV-2 wpłynął na życie społeczne i towarzyskie, zdrowie psychiczne oraz fizyczne osób powyżej 55. roku życia. Projektowane badanie początkowo miało dotyczyć jedynie osób powyżej 60. roku życia, jednak zespół badawczy postanowił włączyć do niego osoby, które w świetle definicji osoby starszej¹ jeszcze nimi nie są, znajdują się natomiast na tzw. przedpolu starości (osoby w wieku 55–59 lat) (Szatur-Jaworska, Błędowski i Dziegielewska, 2020, s. 47). Decyzja o uwzględnieniu tej grupy wiekowej w badaniu wynikała z kilku powodów. Po pierwsze, osoby te narażone są na działania dyskryminujące w niektórych

¹ W Polsce osobą starszą jest taka, która ukończyła 60 lat.

dziedzinach życia, jak na przykład miejsce pracy (Sobolewska-Poniedziałek i Niewiadomska, 2016; *The Workforce View in Europe*, 2018). Są zatem grupą narażoną na ageizm, podobnie jak osoby 60+. Pandemia spowodowała konieczność redukcji etatów w wielu firmach i przedsiębiorstwach, co skutkowało zwolnieniami i mogło stać się doświadczeniem osób będących na przedpolu starości. Po drugie, zgodnie ze strategiami europejskimi² osoby znajdujące się na przedpolu starości powinny być obejmowane inicjatywami zachęcającymi do jak najdłuższego pozostawania aktywnymi zarówno w sferze zawodowej, jak i społecznej. Po trzecie zaś, to, jak osoby 55+ funkcjonują obecnie, będzie miało znaczący wpływ na ich style życia oraz stan zdrowia w okresie starości i późnej starości. Zasadne zatem było włączenie tej grupy wiekowej do prowadzonych badań.

Badanie było realizowane z wykorzystaniem podejścia partycypacyjnego, które umożliwiło włączenie osób będących adresatami badania w tworzenie narzędzia badawczego oraz daje możliwość zaprojektowania i wdrożenia interwencji wśród uczestników badania. W niniejszym artykule prezentowana jest jedynie część wyników zrealizowanego projektu – skoncentrowano się na omówieniu konsekwencji w odniesieniu do zdrowia badanej grupy oraz zmian w relacjach rodzinnych i towarzyskich spowodowanych izolacją. Celem artykułu jest

² Są to m.in.: 2002 – *Międzynarodowa Strategia Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw* określana także jako *Plan Madrycki*; dokumenty strategiczne z lat 2006–2009: *Demograficzna przyszłość Europy — przekształcić wyzwania w nowe możliwości*, *Promowanie solidarności między pokoleniami*, *Możliwości i wyzwania związane ze zmianami demograficznymi w Europie: wkład osób starszych w rozwój gospodarczy i społeczny*, *Sprostanie wyzwaniom związanym ze skutkami starzenia się społeczeństwa w UE*, *Sprawozdanie na temat starzenia się społeczeństwa*; 2011 – *Europejskie partnerstwo innowacyjne na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się*; 2017 – *Europejski Filar Praw Socjalnych*; *Strategia Europa 2020*.

ukazanie zmian w życiu rodzinnym i towarzyskim oraz w stanie zdrowia wśród osób poddanych badaniu. Wyniki te mogą być potraktowane w kategoriach diagnozy o ograniczonym zasięgu i wykorzystane w odniesieniu do osób badanych do zaprojektowania w przyszłości działań niwelujących negatywne skutki izolacji wywołanej nieprzewidywanymi wydarzeniami.

Zdrowie osób starszych

Zdrowie to jedna z fundamentalnych kwestii w wieku senioralnym, determinująca jakość i zadowolenie z życia. Jak wynika z badań, osoby 55+ nie cieszą się dobrym zdrowiem, często chorują na choroby przewlekłe i często dotyka ich wielochorobowość, przy czym warto brać pod uwagę nie tylko obiektywny stan zdrowia, ale również subiektywne jego odczucie. Z danych przedstawionych przez GUS w roku poprzedzającym pandemię wynika, że w grupie wiekowej 50–59 lat 48,9% osób miało poczucie dobrego lub bardzo dobrego stanu zdrowia, w grupie wiekowej 60–69 lat zaznaczyło tak już tylko – 34,9% osób, a w grupie wiekowej 70–79 lat – 21,7% osób. W najstarszej grupie badanych, czyli w wieku co najmniej 80 lat było to jedynie 15,7% osób. Do najczęstszych chorób występujących u osób w wieku 50–59 lat zaliczają się problemy z kręgosłupem i wysokim ciśnieniem krwi. Z kolei wśród osób w wieku co najmniej 60 lat najczęściej występowały problemy z nadciśnieniem. Ponadto co najmniej 1/4 osób w wieku 70 lat lub starszych zapadła na przynajmniej jedną z chorób: cukrzycę lub chorobę wieńcową, a niespełna 1/3 mężczyzn na choroby prostaty. Jeśli chodzi o kondycję psychiczną, to wśród osób w wieku 60–69 lat 20,0% wspominało o objawach mogących świadczyć o depresji, 30,9% wśród osób w wieku 70–79 lat i 47,3% osób w wieku co najmniej 80 lat. Ponadto na objawy mogące wskazywać na depresję skarżyło się 36,1% osób z ograniczeniami w wykonywaniu

codziennych czynności, 23,2% chorujących przewlekłe i 56,4% osób, które oceniły swoje zdrowie źle lub bardzo źle (*Stan zdrowia ludności Polski w 2019*, s. 1–13). Seniorzy uczestniczący w badaniu przeprowadzonym przez Urszulę Kempieńską w większości określili swój stan zdrowia jako średni lub zły, a tylko 2 osoby na 40 badanych nie narzekały na zdrowie. O zdrowie znacznie częściej dbają kobiety niż mężczyźni. Co trzecia kobieta regularnie uczęszczała na badania profilaktyczne, a co piąta uprawiała sport (Kempieńska, 2015, s. 89).

Kwestia zdrowia nabrała jeszcze większego znaczenia wraz z pojawieniem się w Polsce wirusa SARS-CoV-2. Podczas pierwszej fali pandemii pojawiło się wiele informacji, że wirus ten jest szczególnie niebezpieczny dla starszych osób, dlatego też istotne było, aby to one w szczególności zadbały o to, żeby uniknąć zarażenia. W praktyce często oznaczało to ograniczenie kontaktów społecznych do minimum. W tym kontekście warto zaznaczyć, że okres pandemii przyniósł kluczowe, niespotykane dotąd zmiany w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, polegające na wprowadzeniu dużych utrudnień w dostępie do niej. W pierwszym okresie restrykcji związanych z funkcjonowaniem społecznym w okresie marzec–maj 2020 dostęp do różnych specjalistów opieki medycznej był bardzo utrudniony. Przede wszystkim zamknięte zostały oddziały rehabilitacji dziennej i gabinety fizjoterapeutyczne, znacznie ograniczono dostęp do szpitali na zabiegi planowe, wprowadzono teleporady z lekarzem pierwszego kontaktu. Ponad rok po wprowadzeniu tych ograniczeń większość z nich jest aktualna, jedynie prywatne gabinety fizjoterapeutyczne i lekarskie pracują w podobnym zakresie, jak przed okresem pandemii. Jak podkreślają specjaliści różnych dziedzin medycyny, działania systemu opieki medycznej zostały skupione przede wszystkim na walce z koronawirusem, przez co zepchnięto na margines leczenie

innych, często śmiertelnych chorób. Zjawisko to jest szczególnie niebezpieczne w przypadku osób z chorobami przewlekłymi i osób starszych.

W pierwszych tygodniach pandemii zaczęto przeprowadzać badania społeczne odnośnie do różnych skutków związanych z zaistnieniem pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2, w tym m.in. skutków zdrowotnych. Przedstawione poniżej wyniki badań odnoszą się jedynie do grupy respondentów w wieku 55 lat i więcej. Jedno z takich badań przeprowadził CBOS w pierwszych dniach pandemii, w marcu 2020 roku. Badanie zostało przeprowadzone na reprezentatywnej próbie losowej liczącej 875 dorosłych osób. Na pytanie o skłonność zmodyfikowania codziennych zachowań w związku z niebezpieczeństwem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 aż 69% badanych w wieku 65 lat i więcej odpowiedziało, że nie zamierza niczego zmieniać w codziennych przyzwyczajeniach. Osoby, które postanowiły zmienić codzienne zwyczaje w związku z pandemią, najczęściej deklarowały częstsze mycie rąk i pilnowanie innych domowników w tej kwestii, unikanie ludzi zakatarzonych, kaszlących lub kichających w miejscach publicznych, w tym w środkach transportu publicznego oraz unikanie dotykania okolic ust, oczu i nosa w miejscach publicznych. Część osób zaczęła unikać podróżowania czy przebywania w miejscach publicznych. Na zmianę stylu życia w związku z pandemią częściej decydowały się kobiety (Pankowski, 2020a). W innym badaniu CBOS, które zostało przeprowadzone w podobnym czasie i dotyczyło poczucia zagrożenia u prognozy epidemii koronawirusa, wzięło udział również 875 osób. Z zebranych danych wynika, że 75% respondentów w wieku powyżej 65 lat bało się zakażenia koronawirusem. Częściej takie obawy zgłaszały mieszkańcy dużych miast niż mieszkańcy małych miasteczek i wsi. Warto odnotować, że co drugi badany w wieku senioralnym uznał,

iż służba zdrowia jest dobrze przygotowana na walkę z wirusem SARS-CoV-2 (Pankowski, 2020b).

Na początku pandemii również Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej przeprowadził badania na temat zdrowia polskich seniorów w czasie pandemii. W badaniu wzięło udział 1118 osób w wieku 60 lat i więcej. Niemal 80% badanych stanowiły kobiety. Wnioski z przeprowadzonych badań są następujące:

- ▶ seniorzy nie posiadają rzetelnej wiedzy na temat pandemii COVID-19;
- ▶ 67% badanych miało problem z dostępem do opieki medycznej, głównie z dostaniem się do specjalistów, a 1/3 ankietowanych przerwała dotychczasowe leczenie (*Zdrowie polskich seniorów w czasie pandemii*, 2020, s. 1–25).

Rola kontaktów rodzinnych i towarzyskich w życiu osób starszych

Starzenie się społeczeństw i spadek liczby narodzin doprowadziły do upowszechnienia się „tyczkowatej” struktury rodziny, w której przeważają relacje pionowe (między bliskimi krewnymi z kolejnych pokoleń) nad relacjami poziomymi (rówieśniczymi) (Błachnio i Maliszewski, 2015, s. 181). Nie zmieniło się natomiast to, że dla ludzi niemal w każdym wieku rodzina stanowi najważniejszy punkt odniesienia, daje gwarancję bezpieczeństwa, opieki i akceptacji. Jeśli chodzi o opiekę, wsparcie czy zaspokajanie najważniejszych potrzeb, nie stworzono dotychczas żadnych wystarczająco skutecznych podmiotów zastępczych, a te, które istnieją, spełniają raczej funkcje interwencyjne, naprawcze lub kompensacyjne (Książopolska, 2015, s. 574).

Międzypokoleniowy transfer wzajemnych usług materialnych, emocjonalnych oraz rzeczowych może przyjmować postać: przepływu

wzajemnego (prowadzenie gospodarstw domowych, wsparcie emocjonalne), działań rodziny na rzecz osoby starszej (opieka, pomoc, wsparcie w chorobie i/lub niepełnosprawności) lub działań osób starszych na rzecz rodziny (pomoc materialna, opieka nad dziećmi i wnuczkami) (Książopolska, 2015, s. 575). Szczególnie rolę babci i dziadka w wielu polskich rodzinach są istotnym elementem ich niezakłóconego funkcjonowania. Pandemia i związana z nią izolacja spowodowała ograniczenie w ich pełnieniu.

Jakość życia ludzi w starszym wieku w Polsce w dużej mierze zależy od pozycji zajmowanej w rodzinie, relacji z członkami rodziny, częstotliwości kontaktów rodzinnych oraz poziomu akceptacji z ich strony (Książopolska, 2015, s. 575). Do potrzeb seniorów, które może zaspokoić rodzina, należą: potrzeba przynależności (niezaspokojona może prowadzić do poczucia osamotnienia), bezpieczeństwa, kontaktu emocjonalnego (ludzie starsi ograniczają swoje kontakty do kilku osób, głównie z bliskiej rodziny), poczucia użyteczności i przydatności, potrzeba uznania (Kempieńska, 2015, s. 87).

Z badań panelowych przeprowadzonych przez Joannę Borowik w latach 1999–2000 i w latach 2007–2010 w grupie 300 badanych (w II turze uczestniczyło 231 osób) w wieku powyżej 65 lat wynika, że większość seniorów (w dwóch gminach ponad 80%, w jednej z gmin – ponad 46%) było zadowolonych ze swojej sytuacji rodzinnej. Większość badanych seniorów nadal postrzegала siebie w roli głowy rodziny, w jednej z badanych gmin co drugi senior widział w tej roli swojego syna. Warto dodać, że badanie zostało przeprowadzone w trzech zróżnicowanych etnicznie gminach na terenie województwa podlaskiego (Borowik, 2015, s. 141–144). Wyniki tego badania zdają się potwierdzać, że w tym regionie Polski nadal często spotykanym modelem rodziny jest patriarchalna rodzina wielopokoleniowa, w której

ważną rolę odgrywają jej najstarsi członkowie. Badani seniorzy utrzymują częste i bardzo częste kontakty z innymi członkami rodziny, co najmniej kilka razy w roku w sytuacji osobnego zamieszkiwania dorosłych dzieci z rodzinami. Ponadto badani deklarowali, że najczęstszą formą pomocy, którą uzyskują od najmłodszych członków rodziny, jest pomoc w pracach domowych. Transfer usług w drugą stronę również ma miejsce – seniorzy najczęściej opiekują się wnukami i pomagają finansowo. Warto podkreślić, że pomimo stosunkowo częstych kontaktów rodzinnych, ponad jedna trzecia badanych w jednej z gmin czuje się osamotniona zawsze lub prawie zawsze. Na stan ten narzekają częściej kobiety, czego powodem może być wysoki odsetek wdowieństwa (Borowik, 2015, s. 144–146).

Z kolei we wspomnianym już badaniu U. Kempieńskiej wszystkie kobiety i pięciu mężczyzn zadeklarowało, że bierze czynny udział w opiece i wychowywaniu wnucząt. Połowa z tych kobiet całkowicie przejęła obowiązki wobec wnuków z uwagi na samotne rodzicielstwo córek (Kempińska, 2015, s. 92).

Wystąpienie pandemii SARS-CoV-2 spowodowało, że pełnienie roli babci i dziadka musiało zostać ograniczone, zmodyfikowane lub całkowicie zaprzestano pełnienia tych ról w związku z ograniczeniem lub nawet zawieszeniem kontaktów rodzinnych. Pandemia wpłynęła na życie wielu rodzin, zwłaszcza tych, których codzienne funkcjonowanie było uzależnione od pomocy ze strony dziadków. Jeśli transfer usług międzypokoleniowych następował w drugą stronę i polegał na świadczeniu seniorom pomocy w codziennych aktywnościach, to również tego rodzaju pomoc musiała ulec zmianie. Co więcej, ograniczenie kontaktów spowodowało zwiększoną izolację i poczucie osamotnienia, co w przypadku osób starszych ma ogromne znaczenie nie tylko dla ich funkcjonowania społecznego, ale także dla zdrowia psychicznego i fizycznego.

Samotność i osamotnienie wśród seniorów

Samotność jest rozumiana jako obiektywny stan braku kontaktu z drugą osobą (*isolation*), podczas gdy osamotnienie to stan subiektywny oznaczający poczucie bycia wyizolowanym, pozbawionym kontaktów, niezależnie od rzeczywistych kontaktów z drugą osobą (*loneliness*). Problem samotności i osamotnienia dotyczył osoby starsze na długo przed pandemią, która jedynie pogłębiła ten stan rzeczy. Dane demograficzne dla Polski pokazują, że postępuje singularyzacja gospodarstw domowych (czyli coraz więcej jest gospodarstw jednoosobowych), zaś liczba takich gospodarstw wzrasta z wiekiem osób je prowadzących. Według badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) z 2019 roku 22% Polaków po 60. roku życia mieszkało w pojedynkę. Wśród osób w wieku 60–64 lata było to 15%, zaś wśród osób 75+ aż 34% (Kucharczyk, 2019). Rozpad rodzin wielopokoleniowych, mobilność młodszych osób i wykluczenie społeczne osób starszych powodują, że uczucia samotności i osamotnienia nasila się z wiekiem i częściej dotyczą kobiet (Girzelska i in., 2018).

Samotność zwiększa ryzyko śmierci wśród osób starszych, wpływa na pogłębianie ograniczeń funkcjonalnych oraz zwiększa ryzyko depresji (Luo, Hawkey, Waite i Cacioppo, 2012). Samotność i osamotnienie wiążą się z nadużywaniem alkoholu, paleniem tytoniu, obniżeniem poziomu aktywności fizycznej, nieprawidłowym odżywianiem oraz spadkiem jakości snu wśród seniorów, a także zwiększają ryzyko przedwczesnej śmierci. Doświadczanie izolacji powoduje także wzrost ciśnienia krwi, prowadzi do zespołów otępiennych oraz udarów, nowotworów, cukrzycy, infekcji i niedożywienia (Girzelska i in., 2018).

Pandemia i związana z nią przymusowa izolacja zwiększają ryzyko wystąpienia przywoływanych stanów. Osoby starsze, doświadczając

pogłębionego uczucia osamotnienia związanego z *lockdownem* i ograniczeniem kontaktów, są narażone na stany otępienne, obniżoną odporność, zaburzenia snu, pamięci, choroby psychiczne, choroby serca (Guner, Erdogan i Demir, 2021). Częściowym rozwiązaniem problemu jest zapewnienie seniorom dostępu do usług i kontaktów rodzinno-towarzyskich online. Niestety cyfrowe wykluczenie osób starszych w Polsce (*digital divide*) powoduje, że niewielu z nich odnalazło się w nowej rzeczywistości w świecie wirtualnym.

Według badań Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, wprowadzenie restrykcji związanych z pandemią koronawirusa i ograniczeń z tego wynikających sprawiło, że 47,8% badanych przyznało się do odczuwania samotności (*Zdrowie polskich seniorów w czasie pandemii*, 2020). Wzrost poczucia osamotnienia był jednym z trzech najczęściej wskazywanych problemów związanych z pandemią. Wprawdzie osoby starsze mogą liczyć na wsparcie bliskich, ale czują się samotne i brakuje im dotychczasowych spotkań z innymi ludźmi (ponad 66% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”). Jednak tylko 14% respondentów zadeklarowało potrzebę otrzymania wsparcia psychologicznego (*Zdrowie polskich seniorów w czasie pandemii*, 2020, s. 1–25).

Osobnym problemem związanym z przymusową izolacją jest pogorszenie się stanu zdrowia w związku z niemożnością pójścia do lekarza. Samotność i osamotnienie stają się w takiej sytuacji katalizatorami negatywnych zmian, przyspieszając chorobę, która nieleczone i niekontrolowana przez specjalistów może przyczynić się nawet do śmierci pacjenta.

Izolacja i osamotnienie powodują utratę poczucia kontroli nad życiem i jego sensu oraz zawieszenie dotychczasowych ról społecznych, co staje się szczególnie dotkliwie wśród osób aktywnych.

Materiał i metody

Badanie dotyczące życia osób 55+ w okresie pandemii COVID-19 przeprowadzone zostało w drugiej połowie 2020 roku, tj. w okresie, gdy wystąpiła tzw. druga fala pandemii. W związku z istniejącymi w kraju ograniczeniami dotyczącymi kontaktu z osobami obcymi oraz ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne grupy najbardziej narażonej, badanie osób 55+ było realizowane jedynie w formie ogólnodostępnej ankiety internetowej. Zastosowano dobór metodą kuli śnieżnej. Do badania zapraszane były w pierwszej kolejności osoby współpracujące z działającymi na terenie Łodzi organizacjami pozarządowymi, zajmującymi się realizacją projektów na rzecz osób 55+. W badaniu ostatecznie wzięło udział 105 osób. Jednym z głównych ograniczeń udziału w nim mogły być kompetencje cyfrowe osób 55+ oraz dostęp do sprzętu komputerowego. Tym samym badanie należy uznać za pogładowe, a nie reprezentatywne w kwestii tego, jak pandemia COVID-19 wpłynęła na wybrane aspekty życia społecznego osób badanych w tym okresie.

Pytania badawcze i hipotezy

Jak wcześniej wspomniano, zrealizowane badanie obejmowało szerszą problematykę, zaś w artykule prezentowana jest tylko część uzyskanych wyników. W odniesieniu do tej części, w toku przygotowywania projektu badań postawiono następujące pytania badawcze i hipotezy:

Pytania badawcze:

1. Czy badani zaobserwowali zmiany stanu zdrowia w związku z izolacją?
2. Jeśli tak, to czym one były spowodowane?
3. Czy badani mieli problem z dostępem do usług medycznych w związku z pandemią SARS-CoV-2?

4. Jeśli tak, to do jakich usług mieli utrudniony dostęp?
5. Czy badani odczuwali lęk przed wizytą u lekarza/zabiegiem w związku z pandemią SARS-CoV-2?
6. Jeśli tak, to czym był spowodowany?
7. Jak wyglądała częstość kontaktów towarzyskich badanych przed pandemią? Czy w czasie pandemii uległa ona zmianie?
8. Jak wyglądała częstość kontaktów rodzinnych badanych przed pandemią? Czy w czasie pandemii uległa ona zmianie?

Hipotezy:

1. Izolacja spowodowała pogorszenie fizycznego stanu zdrowia badanych.
2. Pandemia spowodowała trudności w dostępie do opieki medycznej.
3. Pandemia wywołała lęk przed wizytami u lekarzy oraz zabiegami, co spowodowało, że badani zrezygnowali z planowanych wizyt i zabiegów.
4. Izolacja wywołana pandemią spowodowała znaczące obniżenie częstości kontaktów towarzyskich wśród osób badanych.
5. Izolacja wywołana pandemią spowodowała znaczące obniżenie częstości kontaktów rodzinnych wśród osób badanych.

Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy

Wśród badanych przeważały kobiety (83,8%) w stosunku do mężczyzn (16,2%) (tabela 1). Jednocześnie najliczniejszą grupą były osoby w przedziale wiekowym 70–79 lat (53,3%) oraz 60–69 lat (38,1%). Badani pochodzili głównie z Łodzi, aż 62,9% wskazało zamieszkanie w dużym mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców. W mniejszych miastach mieszkała ponad jedna czwarta badanych, a tylko co dziesiąta osoba pochodziła ze wsi. Ponad połowa badanych (ok. 54 %) była w związku małżeńskim lub partnerskim, przy czym aż 48,6% badanych zadeklarowało, że żyje samotnie. Badani to w przeważającej liczbie osoby posiadające uprawnienia emerytalne (ok. 87,6%), w tym jednak część osób pozostawała nadal aktywna na rynku pracy (13,3%). Pozostali badani nie posiadali jeszcze uprawnień emerytalnych. Badani w przeważającej większości identyfikowali się jako osoby wierzące (ok. 83% ogółu badanych).

Tabela 1. Struktura grupy badanej

Cecha		Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
		N	%	N	%	N	%
Płeć		105	100	88	83,8	17	16,2
Wiek	<i>55–59 lat</i>	6	5,7	5	4,8	1	1,0
	<i>60–69 lat</i>	40	38,1	35	33,2	5	4,8
	<i>70–79 lat</i>	56	53,3	45	42,9	11	10,4
	<i>80 i więcej</i>	2	1,9	2	1,9	-	-
	<i>Brak danych</i>	1	1,0	1	1,0	-	-
Stan cywilny	<i>zamężna/y</i>	50	47,6	36	34,3	14	13,2
	<i>panna/kawaler</i>	10	9,5	9	8,6	1	1,0
	<i>wdowa/wdowiec</i>	19	18,1	19	18,1	-	-
	<i>rozwidzona/y</i>	19	18,1	18	17,1	1	1,0
	<i>w związku partnerskim</i>	7	6,7	6	5,7	1	1,0
Wykształcenie	<i>wyższe</i>	68	64,7	60	57,1	8	7,6
	<i>średnie</i>	30	28,6	23	21,9	7	6,7
	<i>zasadnicze</i>	5	4,8	3	2,9	2	1,9
	<i>podstawowe</i>	2	1,9	2	1,9	-	-
Sytuacja zawodowa	<i>emeryt</i>	78	74,3	70	66,6	8	7,5
	<i>emeryt aktywny zawodowo</i>	14	13,3	9	8,6	5	4,8
	<i>osoba pracująca</i>	12	11,4	9	8,6	3	2,9
	<i>bezrobotny</i>	1	1,0	-	-	1	1,0
Miejsce zamieszkania	<i>miasto powyżej 500 tys.</i>	66	62,9	53	50,5	13	12,3
	<i>miasto od 101 do 500 tys.</i>	5	4,8	5	4,8	-	-
	<i>miasto od 51 do 100 tys.</i>	16	15,2	13	12,4	3	2,9
	<i>miasto do 50 tys.</i>	8	7,6	8	7,5	-	-
	<i>wieś</i>	10	9,5	9	8,6	1	1,0
Stosunek do religii	<i>osoba wierząca praktykująca systematycznie</i>	14	13,3	13	12,4	1	1,0
	<i>osoba wierząca praktykująca niesystematycznie</i>	17	16,3	14	13,3	3	2,9
	<i>osoba wierząca praktykująca sporadycznie</i>	19	18,1	16	15,2	3	2,9
	<i>osoba wierząca niepraktykująca</i>	37	35,2	30	28,6	7	6,5
	<i>osoba niewierząca</i>	18	17,1	15	14,3	3	2,9

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki

Zdrowie osób starszych

W tej części zostaną zaprezentowane wyniki badania dotyczące samooceny stanu zdrowia badanych osób w wieku 55+ w okresie pandemii COVID-19 i wpływu ograniczeń związanych z izolacją na ich zdrowie. Badani zostali zapytani o stan zdrowia oraz o to, jak okres izolacji i ograniczeń wpływa na niego. W tej części badania wzięło udział 99 osób w wieku 55+. Większość badanych, bo aż 78 osób potwierdziła występowanie u siebie chorób przewlekłych. Do najczęściej wskazywanych przez osoby w wieku 55+ chorób przewlekłych należały: problemy z kręgosłupem, choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, problemy gastryczne, astma, alergia, choroby tarczycy.

Jednocześnie zapytano badanych o to, czy okres izolacji wpłynął na poprawę lub

pogorszenie ich stanu zdrowia. Wyniki te zostały zaprezentowane na wykresie 1 z podziałem na pacjentów, u których występują i nie występują choroby przewlekłe. W przypadku większości pacjentów w obu grupach stan zdrowia pozostał na podobnym poziomie – ani się nie pogorszył, ani nie poprawił. Zauważalny jest jednak dość duży procent odpowiedzi w grupie osób z chorobami przewlekłymi, które zauważyły pogorszenie stanu zdrowia (32 osoby). Pacjenci ci stwierdzili (wykres 2), że w ich odczuciu jedną z głównych przyczyn pogorszenia stanu ich zdrowia jest brak możliwości skorzystania z wizyty u lekarza specjalisty (27 wskazań), u lekarza pierwszego kontaktu (20 wskazań) oraz trudności w dostępie do rehabilitacji (19 wskazań). Inne podane przyczyny to brak możliwości wykonania badań (15 wskazań), niemożliwość wyjazdu do sanatorium (10 wskazań) oraz odwołanie zaplanowanego zabiegu (3 wskazania).

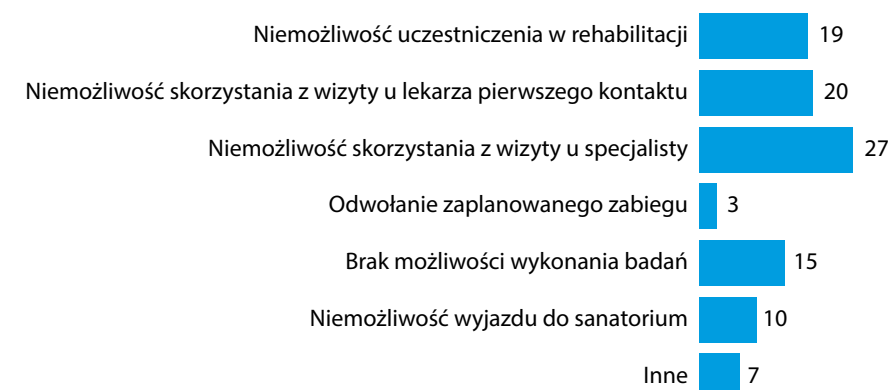
Wykres 1. Wpływ izolacji w okresie pandemii COVID-19 na stan zdrowia badanych osób (N=99)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

* W sytuacji, gdy liczba odpowiedzi jest mniejsza niż 100, dane podano w liczbach bezwzględnych. W pozostałych przypadkach dane prezentowane są w procentach.

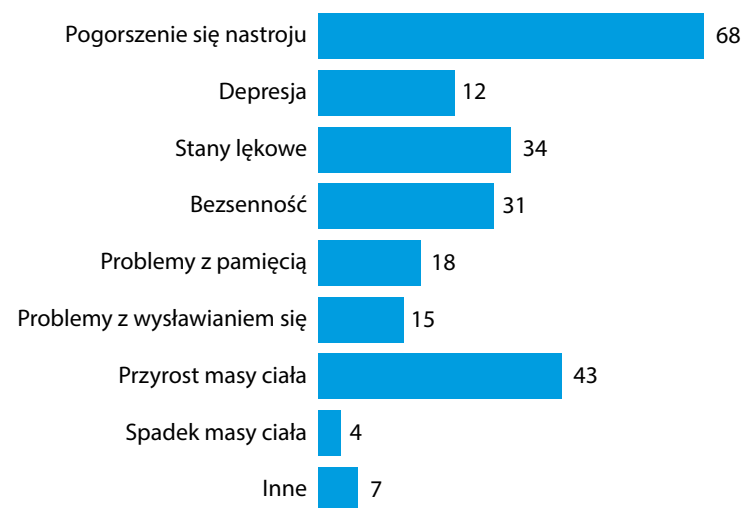
Wykres 2. Przyczyny pogorszenia stanu zdrowia badanych w okresie pandemii COVID-19 (N=36)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

* Badani mieli możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi.

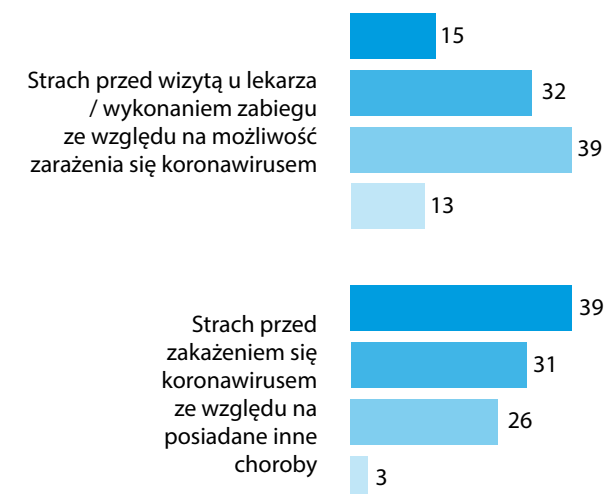
Wszystkie te ograniczenia w dostępie do opieki medycznej, a niewykluczone, że również stres, przyczyniły się do wystąpienia w badanej grupie takich negatywnych skutków o charakterze zdrowotnym, jak: pogorszenie nastroju (68 odpowiedzi), przyrost masy ciała (43 odpowiedzi), stany lękowe (34 odpowiedzi) i bezsenność (31 odpowiedzi). Co ciekawe, depresja występowała w mniejszym stopniu i wskazało na nią 12 badanych.

Wykres 3. Skutki zdrowotne izolacji zaobserwowane przez badanych (N=99)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

* Respondenci mieli możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi.

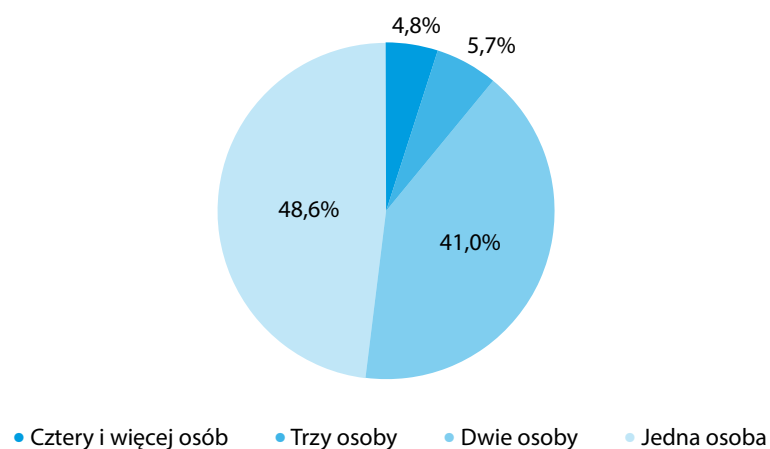
Mając na uwadze zagrożenia dla zdrowia i życia wynikające z zarażenia się koronawirusem oraz ciągłe doniesienia medialne o negatywnych skutkach choroby, badani zostali zapytani o odczuwany przez nich strach w związku z sytuacją, w której się znaleźli. Na wykresie 4 zestawiono odpowiedzi osób badanych dla dwóch pytań, tj. ogólnie strachu przed zakażeniem koronawirusem ze względu na współistniejące choroby oraz strachu przed wizytą u lekarza lub wykonaniem zabiegu medycznego w związku z możliwością zarażenia się koronawirusem. Aż 80 badanych stwierdziło, że boi się zarażenia koronawirusem ze względu na posiadane choroby, a 29 osób stwierdziło, iż nie boi się tego. Gdy jednak podobne pytanie zostało zadane w stosunku do możliwości zarażenia się podczas wizyty u lekarza czy wykonania zabiegu, to taką obawę odczuwało już znacznie mniej badanych, bo 47 osób w stosunku do 52 badanych.

Wykres 4. Strach przed zakażeniem COVID-19 ze względu na stan zdrowia (N=99)

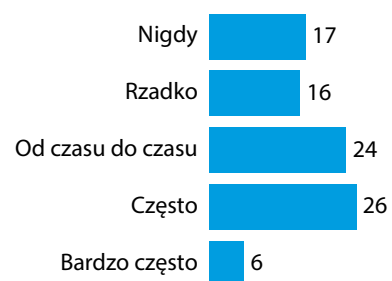
Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Rola kontaktów rodzinnych i towarzyskich w życiu osób starszych

Okres izolacji w okresie pandemii był szczególnie dotkliwy dla wielu osób w wieku 55+, zwłaszcza tych, które prowadziły jednoosobowe gospodarstwo domowe, a była to niemalże połowa badanych (wykres 5). Tym samym szczególnie dla tych osób możliwość utrzymywania kontaktów rodzinnych czy towarzyskich wydaje się bardzo ważna, zwłaszcza że w odpowiedzi na pytanie o to, jak okres izolacji wpłynął na ich nastrój, ponad 1/3 badanych przyznała, że odczuwała osamotnienie (wykres 6). Osamotnienie odczuwały przede wszystkim osoby mieszkające w pojedynkę.

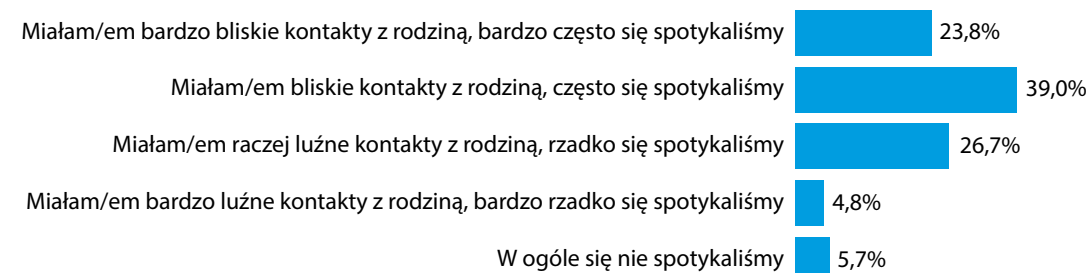
Wykres 5. Liczba osób przebywających łącznie w gospodarstwie domowym (N=105)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Wykres 6. Częstotliwość odczuwania osamotnienia przez badanych (N=89)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

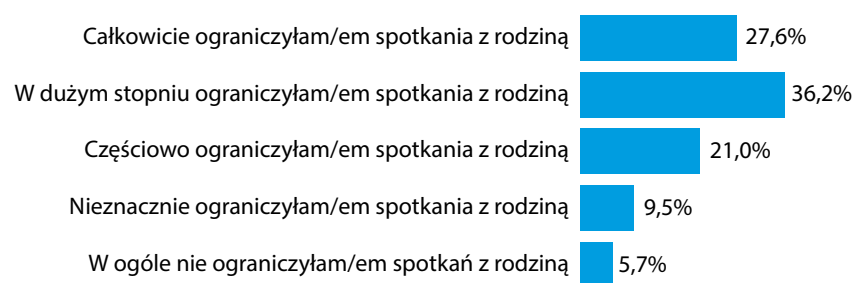
W tej części przyjrzymy się bliżej temu, jak okres izolacji wpłynął na kontakty rodzinne i koleżeńskie osób 55+, z których znaczna część, bo ponad 60%, utrzymywała przed wystąpieniem pandemii regularne bliskie kontakty z rodziną. Pozostała grupa miała te kontakty dość luźne lub kilka osób (5,7%) w ogóle takich kontaktów nie utrzymywało (wykres 7).

Wykres 7. Kontakty rodzinne osób 55+ przed okresem pandemii COVID-19 (N=105)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Okres pandemii przyczynił się do znaczącego ograniczenia kontaktów rodzinnych, które w wielu przypadkach można określić jako kontakty konieczne, związane na przykład z koniecznością pielęgnacji chorych lub zakupem podstawowych produktów spożywczych i chemicznych. W wypadku 27,6% badanych osób doszło do całkowitego ograniczenia, a w wypadku 36,2% osób do znacznego ograniczenia kontaktów rodzinnych. Pozostali badani również ograniczyli kontakty z rodziną, aczkolwiek w mniejszym stopniu. Jedynie w przypadku 5,7% badanych nie doszło do ograniczenia takich relacji z rodziną (wykres 8).

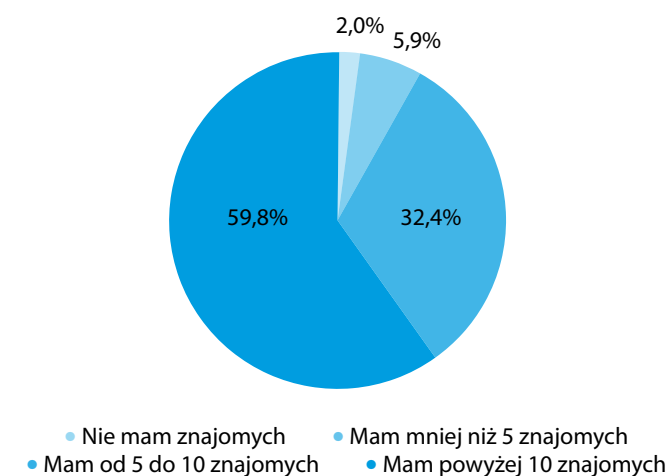
Wykres 8. Zmiany w zakresie kontaktów z rodziną w okresie pandemii COVID-19 (N=105)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Podobnie jak w przypadku relacji rodzinnych, badani zostali zapytani o wpływ pandemii COVID-19 na ich relacje towarzyskie, które mogą być szczególnie istotne, jak się wydaje, dla osób prowadzących jednoosobowe gospodarstwo domowe. Jak wynika z uzyskanych danych, badani nie mogli narzekać na brak takich kontaktów przed okresem pandemii. W badanej grupie jedynie 2 osoby stwierdziły, że nie posiadają znajomych, tymczasem najwięcej osób, bo aż ok. 60%, wskazało na posiadanie bardzo licznych grona znajomych, bo ponad 10 osób (wykres 9).

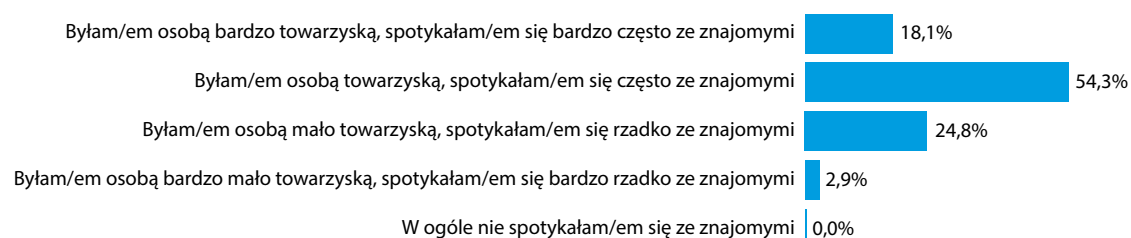
Wykres 9. Deklarowane przez badanych posiadane grono znajomych (N=105)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Liczba posiadanych znajomych przekładała się na kontakty towarzyskie, które były przed pandemią na ogół bardzo ożywione. W badanej grupie około 3/4 badanych określiło siebie jako osoby towarzyskie, nikt natomiast nie wskazał jakiegokolwiek braku kontaktu z innymi osobami (wykres 10).

Wykres 10. Ocena częstotliwości własnych kontaktów towarzyskich przed okresem pandemii (N=105)

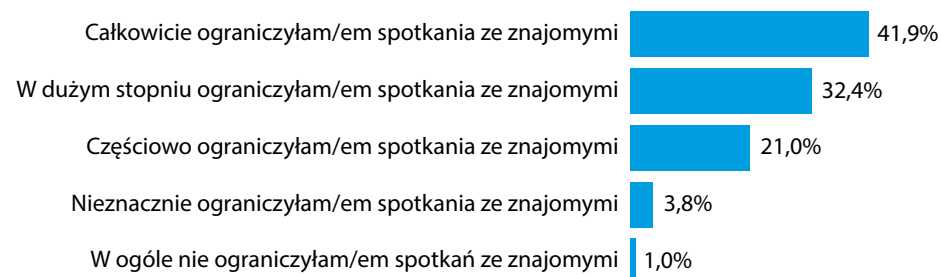


Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Podobnie jak w przypadku spotkań rodzinnych, również spotkania towarzyskie zostały przez osoby 55+ ograniczone, w tym ok. 3/4 badanych znacząco lub całkowicie ograniczyło takie kontakty, a 21% ograniczyło je częściowo. Jedynie bardzo mała grupa, tj. ok. 5% badanych, w niewielkim stopniu lub w ogóle takich kontaktów nie ograniczyło (wykres 11). Dane

te pokazują, że pandemia COVID-19 w ogromnym stopniu wpłynęła na życie codzienne osób 55+, na ich aktywności społeczne, relacje z bliskimi i znajomymi, co w dłuższej perspektywie może przynieść bardzo negatywne skutki natury fizycznej i przede wszystkim psychicznej.

Wykres 11. Wpływ pandemii COVID-19 na częstotliwość kontaktów towarzyskich osób 55+ (N=105)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Na kontakty rodzinne i koleżeńskie warto jednak spojrzeć z jeszcze innej perspektywy, a mianowicie jako na kapitał społeczny, który może być wykorzystany w sytuacjach szczególnie trudnych, jak na przykład choroba, która tym bardziej wydaje się dotkliwa w okresie pandemii COVID-19. Dodatkowo, jeśli przyczyną choroby byłoby zakażenie koronawirusem, wówczas zwłaszcza starsze osoby potrzebują pomocy osób z zewnątrz ze względu na przymusową izolację. W wypadku badanej grupy jedynie 18 osób zadeklarowało, że potrzebowało pomocy innych osób w okresie izolacji, z czego 17 osób taką pomoc uzyskało, a tylko 1 osoba jej nie otrzymała. Osobami, które udzieliły tej pomocy, byli niemalże zawsze członkowie rodzin, czasami natomiast sąsiedzi. W wypadku jednej osoby był to znajomy, a innej – wolontariusz.

Weryfikacja hipotez

Badanie zweryfikowało postawione hipotezy:

1. Izolacja spowodowała pogorszenie fizycznego stanu zdrowia badanych – hipoteza potwierdzona częściowo; ok. 1/3 osób, które zadeklarowały występowanie u nich chorób przewlekłych, przyznała, że w czasie pandemii pogorszył się ich stan zdrowia.
2. Pandemia spowodowała trudności w dostępie do opieki medycznej – hipoteza potwierdzona; wśród trudności wymieniano: brak możliwości skorzystania z wizyty u lekarza specjalisty (27 wskazań), u lekarza pierwszego kontaktu (20 wskazań), trudności w dostępie do rehabilitacji (19 wskazań), brak możliwości wykonania badań (15 wskazań), niemożliwość wyjazdu do sanatorium (10 wskazań) oraz odwołanie zaplanowanego zabiegu (3 wskazania).
3. Pandemia wywołała lęk przed wizytami u lekarzy oraz zabiegami, co spowodowało, że badani zrezygnowali z planowanych wizyt i zabiegów – hipoteza nie została potwierdzona; 47 osób zadeklarowało ten

rodzaj lęku, zaś 52 badanych zaprzeczyło, że u nich wystąpił.

4. Izolacja wywołana pandemią spowodowała znaczące obniżenie częstości kontaktów towarzyskich wśród osób badanych – hipoteza potwierdzona; w tym 42% badanych całkowicie ograniczyło takie kontakty, 32,4% ograniczyło je znacząco, zaś 21% badanych ograniczyło je częściowo.
5. Izolacja wywołana pandemią spowodowała znaczące obniżenie częstości kontaktów rodzinnych wśród osób badanych – hipoteza potwierdzona; 27,6% badanych całkowicie ograniczyło, a 36,2% znacznie ograniczyło kontakty rodzinne.

Ograniczenia badania

Badanie było przeprowadzone z wykorzystaniem ankiety internetowej, zatem jego zasięg był znacznie ograniczony. Biorąc pod uwagę ograniczenia w dostępie do internetu wśród osób starszych oraz ich relatywnie niski poziom kompetencji cyfrowych, badanie odznacza się nadreprezentacją osób z wysokimi kompetencjami w zakresie posługiwania się internetem i urządzeniami elektronicznymi. Może to zniekształcać wyniki, gdyż mimo izolacji osoby te nie odczuły tak bardzo ograniczeń spowodowanych pandemią ze względu na dostęp do internetu i możliwość korzystania z zajęć i spotkań online. Wykorzystanie ankiety internetowej w połączeniu z doбором próby opartym na metodzie kuli śnieżnej powoduje, że badania nie mają charakteru reprezentatywnego. Wyniki badania mogą być odnoszone jedynie do osób, które wzięły w nim udział.

Dyskusja i wnioski końcowe

Z zebranych danych odnośnie do zdrowia badanych wynika, że niemal 80% z nich cierpi na choroby przewlekłe. W badaniu GUS mniej niż połowa badanych miała poczucie dobrego lub bardzo dobrego stanu zdrowia. W badaniu U. Kempieńskiej większość seniorów określiła

swój stan zdrowia jako średni lub zły. W cytowanych badaniach własnych ponad jedna trzecia respondentów odczuła pogorszenie stanu zdrowia podczas pandemii. W przekonaniu tych badanych główną przyczyną pogorszenia stanu ich zdrowia był brak możliwości skorzystania z wizyty u lekarza specjalisty. Część wskazała również brak możliwości wizyty u lekarza pierwszego kontaktu oraz trudności w dostępie do rehabilitacji. W badaniu przeprowadzonym przez Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej 67% respondentów miało problem z dostępem do opieki medycznej, głównie z dostaniem się do specjalistów.

Jeśli chodzi o zagrożenia związane z pandemią, to ok. 70% respondentów zaznaczyło, że obawia się zakażenia koronawirusem, co przekłada się na strach przed wizytą u lekarza czy wykonaniem zabiegu medycznego. Podobne dane uzyskano w badaniach CBOS z początku pandemii, w których strach przed zarażeniem się nowym wirusem zadeklarowało 75% respondentów powyżej 65. roku życia.


Pandemia spowodowała również u badanych skutki w zakresie zdrowia psychicznego. Prawie 69% z nich odczuło pogorszenie nastroju. Na stany lękowe i bezsenność skarżyła się ponad jedna trzecia respondentów. Zaawansowany wiek w połączeniu z wielochorowością i/lub niepełnosprawnością sprzyja występowaniu depresji i stanów lękowych. Z danych GUS wynika, że co piąty badany w wieku ponad 60 lat, ponad jedna trzecia badanych w wieku ponad 70 lat i niemal połowa osób w wieku ponad 80 lat zauważyła u siebie objawy mogące świadczyć o depresji. Pandemia i związana z nią izolacja społeczna z pewnością pogłębiły problemy psychiczne dotyczące seniorów.

Z badań własnych wynika, że ponad 60% badanych przed pandemią utrzymywało regularne i bliskie kontakty z rodziną. Podobne dane uzyskała J. Borowik w swoich badaniach. Badani przez nią seniorzy utrzymują częste

i bardzo częste kontakty z innymi członkami rodziny, co przekłada się też na dwustronny transfer usług – od seniora dla rodziny i od rodziny dla seniora. Z kolei w badaniach U. Kempieńskiej wszystkie kobiety i 5 mężczyzn zadeklarowały czynny udział w opiece i wychowaniu wnuków. Tak więc rodzina w Polsce stanowi dla osób starszych ważne źródło wsparcia i zaspokajania potrzeb, nie tylko potrzeby opieki, ale i potrzeby bycia użytecznym. Zebrane dane potwierdzają, że pandemia znacznie ograniczyła możliwość kontaktów z rodziną.

Z badań wynika, że prawie 28% respondentów ograniczyło całkowicie kontakty rodzinne, a ponad 36% znacznie je ograniczyło. Jeśli chodzi o kontakty towarzyskie, to niemal 42% ograniczyło je całkowicie, zaś ponad 32% w znacznym stopniu. Jednocześnie prawie 36% przyznało, że w okresie *lockdownu* odczuwało samotność. Wyniki badań Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej są jeszcze bardziej niepokojące, gdyż w ich świetle 47,8% badanych przyznało się do odczuwania samotności, a wzrost jej odczuwania był jednym z trzech najczęściej wskazywanych problemów związanych z pandemią (*Zdrowie polskich seniorów w czasie pandemii*, 2020).

Ograniczenie kontaktów rodzinnych i towarzyskich w znacznym stopniu przyczynia się do izolacji oraz osamotnienia, które może być kompensowane jedynie w ograniczonym stopniu. W znacznie lepszej sytuacji są osoby posiadające kompetencje cyfrowe, gdyż mogą one podtrzymywać relacje z otoczeniem za pomocą internetu i telefonów komórkowych. Izolacja i związana z nią samotność stanowią poważny problem dla zdrowia psychicznego – badani deklaruowali pogorszenie nastroju (68,7%) i stany lękowe (34,3%). 12,1% przyznała się do depresji. Samotność i osamotnienie zwiększają ryzyko śmierci wśród osób starszych, wpływają na pogłębianie ograniczeń funkcjonalnych oraz zwiększają ryzyko

depresji (Luo i in., 2012), wiążą się z nadużywaniem alkoholu, paleniem tytoniu, obniżeniem poziomu aktywności fizycznej, nieprawidłowym odżywianiem oraz spadkiem jakości snu w tej grupie, mogą powodować wzrost ciśnienia krwi, prowadzić do zespołów otępiennych oraz udarów, nowotworów, cukrzycy, infekcji i niedożywienia (Girzelska i in., 2018). 

Agnieszka Pawlak-Kałuźńska –

dr n. hum., socjolog, adiunkt w Zakładzie Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Autorka publikacji (artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach, współredaktorka monografii) z zakresu socjologii rodziny, socjologii migracji, socjologii zdrowia, choroby i medycyny oraz komunikacji społecznej. Recenzentka w krajowych czasopismach naukowych. Członkini Sekcji Socjologia Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Jej główne zainteresowania koncentrują się wokół takich zagadnień jak: wpływ migracji zarobkowej na życie rodzinne i zdrowie, profesjonalna komunikacja z różnymi grupami pacjentów i ich rodzinami oraz nauczanie kompetencji komunikacyjnych na kierunkach medycznych.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3450-5387>

Afiliacja:

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Katedra Nauk Humanistycznych
Zakład Socjologii
e-mail: agnieszka.pawlak@umed.lodz.pl

Paweł Przyłęcki – dr n. hum., socjolog, historyk, adiunkt w Zakładzie Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Autor publikacji z zakresu socjologii polityki, socjologii medycyny oraz kompetencji kulturowych. Członek Sekcji Socjologia Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Ewaluacyjnego. Recenzent w krajowych czasopismach socjologicznych.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9734-8518>

Afiliacja:

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Katedra Nauk Humanistycznych
Zakład Socjologii
e-mail: pawel.przylecki@umed.lodz.pl

Magdalena Wieczorkowska –

dr n. hum. socjolog, kierownik Zakładu Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Autorka publikacji (artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach, współredaktorka monografii) z zakresu socjologii zdrowia i medycyny oraz socjologii ciała. Recenzent w krajowych i zagranicznych czasopismach. Jej główne zainteresowania koncentrują się wokół procesów medykalizacji, społecznego konstruowania ciała oraz starzenia się społeczeństwa.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5484-889X>

Afiliacja:

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Katedra Nauk Humanistycznych
Zakład Socjologii
e-mail: magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl

Bibliografia

- Błachnio, A., & Maliszewski, W. J. (2015). Przygotowanie do starości w rodzinie. *Wychowanie w Rodzinie*, XI(1), 179–190. <https://doi.org/10.23734/www20151.179.190>
- Borowik, J. (2015). Znaczenie relacji rodzinnych w życiu osób starszych. W: I. Taranowicz & S. Grotowska (red.), *Rodzina wobec wyzwań współczesności* (s. 139–150). Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Cybulska, A., & Pankowski, K. (2020a). *Skutki epidemii koronawirusa w życiu zawodowym i budżetach domowych. Komunikat z badań CBOS, 56/2020*. Pobrano z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_056_20.PDF
- Cybulska, A., & Pankowski, K. (2020b). *Życie codzienne w czasach zarazy. Komunikat z badań CBOS, 60/2020*. Pobrano z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_060_20.PDF

- Długosz, P. (2020). *Spoleczne skutki pandemii COVID-19 wśród Polaków*. Kraków. Pobrano z: https://ifis.up.krakow.pl/wp-content/uploads/sites/9/2020/10/Spo%C5%82eczne-skutki-pandemii-w%C5%9Br%C3%B3d-Polak%C3%B3w_raport1.pdf
- Girzelska, J., Głowacka, M., Wilk-Jeziorska, D., Malikowska, A., Dziewulska, J., & Jasiówka, A. (2018). Prevention of loneliness and social isolation as a factor determining the health of a senior. *Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*, 17(4), 41–46. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2018-0030>
- Guner, T. A., Erdogan, Z., & Demir, I. (2021). The Effect of Loneliness on Death Anxiety in the Elderly During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Death and Dying*, 0(0), 1–21. <https://doi.org/10.1177/00302228211010587>
- Kempińska, U. (2015). Rola seniorów w rodzinie. *Pedagogika Społeczna*, XIV(4), 81–96.
- Księżopolska, K. (2015). W kierunku aktywizacji. O roli rodziny w życiu osoby w wieku senioralnym. W: J. Zimny (red.), *Rodzina. Fundamenty i pedagogia* (s. 571–579). Stalowa Wola: Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Kucharczyk, M. (2019). *Sytuacja społeczno-ekonomiczna seniorów. Komunikat z badań CBOS 129/2019*. Pobrano z: website: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_129_19.PDF
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 74(6), 907–914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Maj, K., & Skarżyńska, K. (2020). *Spoleczeństwo wobec epidemii*. Warszawa: Fundacja im. Stefana Batorego.
- Pankowski, K. (2020a). *Jak się chroniliśmy – zachowania Polaków w pierwszych dniach epidemii. Komunikat z badań CBOS, 42/2020*. Pobrano z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_042_20.PDF
- Pankowski, K. (2020b). *Poczucie zagrożenia u progę epidemii koronawirusa. Komunikat z badań CBOS, 40/2020*. Pobrano z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_040_20.PDF
- Sobolewska-Poniedziałek, E., & Niewiadomska, A. (2016). Dyskryminacja osób starszych na polskim rynku pracy – wyniki badań. *Problemy Zarządzania*, 14(2), t. 1: 73–92. DOI: 10.7172/1644-9584.59.5
- Stan zdrowia ludności Polski w 2019*. Warszawa: GUS. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., & Dziegielewska, M. (2010). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- The workforce view in Europe 2018. (2018). ADP. Pobrano z: <https://www.adp.pl/assets/vfs/Domain-3/Workforce-View-2018/PL/ADP-Workforce-View-2018-PL.pdf>
- Zdrowie polskich seniorów w czasie pandemii*. (2020). Warszawa: Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej.

Selected aspects of the social and health functioning of people aged 55+ during the COVID-19 pandemic

Abstract

Since March 2020, due to the COVID-19 pandemic, we have faced a new political, economic and social reality. The changes caused by the pandemic and physical isolation did not bypass any part of society. The article focuses on the influence of coronavirus on the health of people aged 55 and older, their family and social relations, and the feeling of loneliness. It presents the results of a study concerning the everyday life of that group during the pandemic. The study was conducted in the second part of 2020, i.e., during the second wave of COVID-19 in Poland.

Keywords: older adults, pandemic, COVID-19, health, isolation, loneliness.