

dr med. ELŻBIETA ŁASTOWIECKA-MORAS
 dr med. JOANNA BUGAJSKA
 Centralny Instytut Ochrony Pracy
 – Państwowy Instytut Badawczy
 Kontakt: ellas@ciop.pl

Aktywność zawodowa osób 50+ w Polsce w aspekcie stanu ich zdrowia

Problemy aktywności zawodowej ludzi starszych są coraz częściej uwzględniane zarówno w polityce państwa, jak i w programach Unii Europejskiej. O możliwościach i chęciach utrzymywania aktywności zawodowej przez osoby starsze decyduje wiele czynników, wśród których stan zdrowia zajmuje jedno z pierwszych miejsc. W tym okresie życia wzrasta częstość występowania wielu problemów zdrowotnych, m.in. chorób układu krążenia, oddechania, mięśniowo-szkieletowego, a także zaburzeń hormonalnych i przemiany materii. Dane statystyczne pokazują, że już po 50 r.ż., a więc jeszcze w okresie pełnej aktywności zawodowej, dochodzi do znacznego zwiększenia absencji chorobowej spowodowanej tymi chorobami, co stawia grupę polskich pracowników 50+ w szczególnej sytuacji.

Słowa kluczowe: pracownik 50+, aktywność zawodowa, stan zdrowia, choroby przewlekłe

Occupational activity of people aged 50+ in Poland and their health

The problems of the occupational activity of older people are increasingly considered both in Poland's policy and in EU programmes. The possibilities and intentions of the elderly to stay active depend on many factors, primarily their health. The incidence of health problems, including cardiovascular, respiratory and musculoskeletal diseases, and hormonal and metabolic disorders increase at this stage of life. Statistics show that at 50, i.e., even at full occupational activity, there is a considerable increase in sickness absence related to those diseases, which puts Polish 50+ workers in a special situation.

Keywords: 50+ workers, occupational activity, health status, chronic diseases



Fot. Oilly2/Bigstockphoto

Wstęp

W Polsce, podobnie jak w większości pozostałych uprzemysłowionych krajów na świecie, obserwuje się systematyczny wzrost udziału w populacji ogólnej osób starszych. Sytuacja ta wynika z dwóch podstawowych zjawisk: zmniejszania się liczby urodzeń oraz wydłużania czasu trwania życia, co określamy jako starzenie się społeczeństwa [1]. Na długość trwania życia wpływa, w różnym stopniu, wiele czynników. Do najważniejszych z nich należą: cechy genetyczne, warunki bytowe, styl życia, poziom opieki zdrowotnej, stan środowiska, w tym również środowiska pracy.

Coraz więcej mówi się o osobach starszych w kontekście rynku pracy. Za umowną granicę wieku, wyznaczającą stopniowe obniżanie zdolności do pracy i sprawności, przyjęto 45. rok życia, natomiast najczęściej jako „starszego pracownika” określa się osobę w wieku 50+ [2].

Motywacje do kontynuowania pracy przez osoby starsze mogą być różne – chęć „dorobienia” do emerytury, przyzwyczajenie do rytmu, jaki wyznaczała przez całe życie praca zawodowa czy zwyczajna chęć spotkania się z ludźmi. Niestety, współczynnik zatrudnienia osób starszych w naszym kraju jest niski, szczególnie w porównaniu z danymi pochodzącymi z innych państw europejskich.

Jak pokazano w tabeli 1., w IV kwartale 2012 r. aktywna zawodowo była w Polsce co 2. osoba w wieku 50 – 64 lata – współczynnik aktywności zawodowej w tej grupie osób wyniósł 54% i był tylko nieznacznie niższy od zanotowanego w odniesieniu do ludności ogółem, tj. w wieku 15 lat i więcej (56%). Gorzej przedstawiały się wyniki w stosunku do osób ze starszej grupy: 55 – 64 lata. Według danych Eurostatu, w tej kategorii wiekowej współczynnik zatrudnienia w Polsce wyniósł

38,7% i był zdecydowanie niższy od średniej unijnej – 48,9%. Krajami o niższym niż w Polsce współczynnika zatrudnienia były jedynie: Węgry (36,9%), Chorwacja (36,7%), Grecja (36,4%), Macedonia (35,4%) oraz Słowenia (32,9%).

Jeszcze mniej optymistycznie przedstawiały się statystyki obejmujące osoby powyżej 60. roku życia. Wskutek podwyższenia granicy wieku emerytalnego w Polsce, praca takich osób staje się zjawiskiem nieuniknionym. Niemniej jednak osoby pracujące powyżej 60. r.ż. (w przypadku kobiet) czy 65. r.ż. (w przypadku mężczyzn) stanowią obecnie niewielki odsetek w swojej kategorii wiekowej: wg danych GUS pracuje jedynie 6,5% z nich.

Wszystko to sprawia, że problemy aktywności zawodowej ludzi starszych coraz częściej uwzględniane są zarówno w polityce państw członkowskich, jak również w programach na szczeblu Unii Europejskiej.

Rola stanu zdrowia populacji 50+ w dezaktywizacji zawodowej

O możliwościach i chęciach do podejmowania lub kontynuacji aktywności zawodowej przez osoby starsze decyduje wiele czynników. Przeprowadzone w 2011 r. badania pod nazwą „Polacy na temat aktywności zawodowej seniorów” pozwoliły wyłonić najważniejsze przyczyny wcześniejszego kończenia aktywności zawodowej przez Polaków w porównaniu z mieszkańcami innych krajów europejskich. Najczęściej wymienianymi przyczynami takiego stanu rzeczy były [3]:

- obojętność polskich pracodawców wobec starszych pracowników (pracodawcom na nich nie zależy)
- gorszy stan zdrowia Polaków w porównaniu z mieszkańcami innych krajów europejskich
- możliwość wcześniejszego przejścia na emeryturę (badania zrealizowano przed reformą podwyższającą granicę wieku emerytalnego)
- większe zmęczenie polskich pracowników w stosunku do pracowników innych państw Europy.

Jak pokazuje to zestawienie, stan zdrowia zajmuje wysokie, bo 2. miejsce wśród przyczyn wcześniejszego kończenia aktywności zawodowej. Jego rolę w dezaktywizacji zawodowej osób 50+ w Polsce podkreślają również inne badania. W raporcie Departamentu Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z 2008 r. przedstawiono wyniki badań, którymi objęto kobiety w wieku 50 – 65 lat i mężczyzn w wieku 55 – 70 lat, którzy pracują lub pracowali zarobkowo przynajmniej jedną godzinę tygodniowo w ciągu 5 lat poprzedzających badanie oraz

Tabela 1. Aktywność ekonomiczna ludności w wieku 15-64 lata w IV kwartale 2012 r.

Table 1. Economic activity of the population aged 15-64 in the fourth quarter of 2012.

Badani	Współczynnik aktywności zawodowej (%)	Współczynnik zatrudnienia (%)	Stopa bezrobocia (%)
15 lat i więcej	56,0	50,4	10,1
50 lat i więcej	34,1	31,7	7,1
50-64 lata	54,0	50,0	7,5

Opracowanie: Sedlak & Sedlak na podstawie: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Rynku Pracy: „Osoby powyżej 50. roku życia na rynku pracy w 2012 roku”.

byli ubezpieczeni w ZUS lub KRUS. Wśród czynników utrudniających podjęcie pracy respondenci najczęściej wymieniali stan zdrowia – liczba tych wskazań wynosiła nieco ponad 60% ubezpieczonych w KRUS oraz ok. 52% ubezpieczonych w ZUS [4]. Zły stan zdrowia jest główną przyczyną orzeczeń o całkowitej niezdolności do pracy. Według danych ZUS za 2013 rok 96,7% z nich wydanych zostało właśnie ze względu na ten powód [5].

Subiektywna ocena stanu zdrowia populacji 50+

Stan zdrowia subiektywnie odczuwany jako zły sprzyja wcześniejszemu przechodzeniu na emeryturę i kończeniu aktywności zawodowej. Według raportu na temat sytuacji kobiet i mężczyzn 50+ na rynku pracy w Polsce, osoby, które przekroczyły 45., a zwłaszcza 50. rok życia, oceniają swój stan zdrowia jako dość dobry – łącznie 40% ocen pozytywnych (8% ocen „bardzo dobry” i 32% ocen „dość dobry”), [6]. Skrajne oceny negatywne prezentuje co 20. osoba, zaś skrajnie pozytywne – co 13. Lepiej swój stan zdrowia oceniają mieszkańcy powiatów silniej zurbanizowanych, bo prawie połowa z nich ocenia swoje zdrowie dobrze lub bardzo dobrze, wobec ok. 35% mieszkańców pozostałych obszarów. Podobne różnice obserwuje się między mieszkańcami miast i wsi.

Oceny własnego stanu zdrowia wyrażone przez kobiety i mężczyzn są w zasadzie zbliżone, chociaż zwraca uwagę nieco korzystniejsze zdanie na ten temat mężczyzn niż kobiet – odpowiednio 41% i 39% wskazało, że ich stan zdrowia jest „bardzo dobry” lub „dość dobry”. Co oczywiste, na skalę ocen zarówno kobiet, jak i mężczyzn wyraźnie wpływa wiek. W grupie najmłodszej (45 – 49 lat) lepsze oceny stanu zdrowia formułują mężczyźni niż kobiety, choć w obu przypadkach zadowolenie ze stanu zdrowia jest znaczące – „bardzo dobrze” lub „dość dobrze” ocenia je połowa kobiet w wieku 45 – 49 lat i 57% mężczyzn w tej samej kategorii. Po 50. roku życia oceny własnego stanu zdrowia (obu płci) stają się coraz mniej korzystne, przy czym, przed przekroczeniem ustawowego wieku emerytalnego, korzystniejsze zdanie o własnym stanie zdrowia mają kobiety (42% ocenia swój stan zdrowia jako

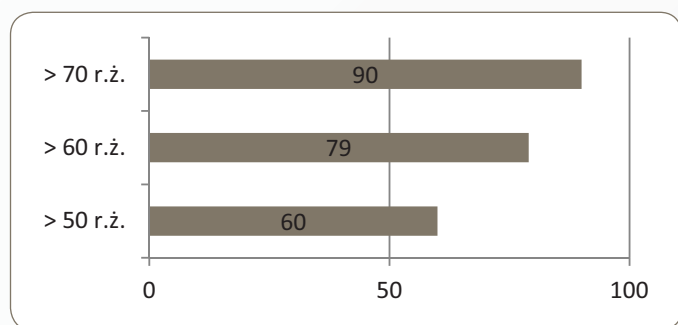
„bardzo dobry” lub „dość dobry”) niż mężczyźni – 37%. Niemniej jednak, w najstarszej grupie (60+) tylko 26% kobiet ocenia swoje zdrowie pozytywnie, co 10. natomiast wskazuje, że jest ono „bardzo złe”, a blisko co 4. określa je jako „raczej złe”.

Analizę stanu zdrowia Polaków w wieku 50. i więcej lat, na tle ich rówieśników z innych krajów europejskich, zawiera również raport z międzynarodowego projektu *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), [7]. Polska uczestniczyła w trzech rundach tego badania (ostatnia z nich objęła w latach 2011/2012 1724 respondentów). Szczególną uwagę skupiono na tych krajach, do których często Polska aspiruje ze względu na pozycję społeczną i ekonomiczną (Niemcy, Szwecja, Francja), albo takich, które pod wieloma względami są do Polski podobne, np. ze względu na zmiany ustrojowe, ale także reprezentowane postawy czy wartości (w tym Czechy i Hiszpania). Wyniki badania wskazują, że Polacy po 50. roku życia wyróżniają się gorszym samopoczuciem na tle innych krajów europejskich – ok. 65% mężczyzn i 68% kobiet skarży się na zły stan zdrowia.

Długotrwałe problemy zdrowotne i choroby przewlekłe w populacji 50+

Starzenie się jest procesem nieuchronnym, lecz jego przebieg wykazuje duże różnice indywidualne. Wraz z wiekiem zmieniają się możliwości wykonywania pracy, co spowodowane jest głównie obniżaniem się wydolności i sprawności fizycznej oraz niektórych cech sprawności psychoruchowych (np. spostrzegawczości, szybkości reakcji, zmysłów). Z tego względu dobrze zidentyfikowane są te obszary aktywności zawodowej, w których należy zwracać uwagę na wiek pracownika. Należą do nich m.in. ciężka praca fizyczna, w tym dźwiganie ciężarów, praca w mikroklimacie gorącym czy praca zmianowa [8].

Jednocześnie w tym okresie życia wzrasta częstość występowania wielu problemów zdrowotnych, zarówno o charakterze przemijającym, jak i przewlekłym, w tym chorób układu krążenia, oddychania, mięśniowo-szkieletowego, a także zaburzeń hormonalnych i przemiany materii. Dane statystyczne



Rys. 1. Częstość występowania długotrwałych problemów zdrowotnych (powyżej 6 miesięcy) wg grup wiekowych

Fig. 1. The incidence of long-term health problems (over 6 months) by age

pokazują, że już po 50 r.ż., a więc jeszcze w okresie pełnej aktywności zawodowej, dochodzi do dużego zwiększenia absencji chorobowej spowodowanej tymi chorobami, co stawia grupę polskich pracowników 50+ w szczególnie złej sytuacji [9].

Żle subiektywnie oceniany przez Polaków stan zdrowia, zwłaszcza tych po 50. roku życia, dość często współistnieje z realnie złym stanem zdrowia populacji polskiej. Z analizy „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce” wynika, że stan zdrowia dorosłych Polaków jest gorszy w porównaniu z przeciętnym w krajach Unii Europejskiej, a zwłaszcza w krajach UE15, a więc o wyższym poziomie rozwoju ekonomicznego [10]. O ile mężczyźni w wieku 25 lat mieszkający w UE15 mogli w 2006 r. oczekiwać, że przeciętnie będą jeszcze żyli 53,5 roku, to Polacy w tym samym wieku mogli w 2007 r. oczekiwać, że ich życie będzie trwać jeszcze 47,4 roku, a więc o ponad 6 lat mniej. W przypadku kobiet różnica jest mniejsza i wynosi ok. 3 lata (58,9 vs 55,8). Należy zauważyć, że zmniejszanie niekorzystnej różnicy w długości trwania życia dorosłych mieszkańców Polski i UE15 przebiega bardzo powoli, choć przeciętna długość życia mężczyzn w Polsce wydłuża się szybciej niż w tzw. unijnej piętnastce. Natomiast w przypadku kobiet tempo wydłużania się życia jest wolniejsze niż w Europie Zachodniej i różnica ta utrzymuje się na tym samym poziomie.

Ostatnie ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności realizowane było przez Główny Urząd Statystyczny w 2009 r., w ramach Europejskiego Badania Stanu Zdrowia. Jego wyniki zostały zaprezentowane w raporcie opracowanym przez GUS w 2011 r. [9]. Badaniem objęto około 24,5 tys. gospodarstw domowych, w których zbadano 41 818 osób. Uzyskane informacje statystyczne zostały uogólnione na ludność Polski zamieszkałą w gospodarstwach domowych według stanu w dniu 31 grudnia 2009 r. Badanie obejmowało różne aspekty tematyczne, w tym stan zdrowia

i jego determinanty. Wynika z niego, że u prawie co 2. mieszkańca Polski (43% wszystkich ankietowanych) występowały długotrwałe problemy zdrowotne, trwające co najmniej 6 miesięcy. Ich częstość występowania rosła wraz z wiekiem (rys. 1.), a kobiety relatywnie częściej niż mężczyźni sygnalizowały ich występowanie.

Jeśli weźmiemy pod uwagę liczbę schorzeń przewlekłych, które występują u jednej osoby, to również widzimy silny wzrost natężenia tego zjawiska w korelacji z wiekiem respondentów, przy czym następuje ono już w grupie 50-latków (tabela 2.). Ponad 80% osób 50+ potwierdziło występowanie co najmniej 1 choroby przewlekłej. Częściej zgłaszały je kobiety i prawidłowość ta występowała we wszystkich grupach wiekowych. Jednak nie wszystkie choroby przewlekłe pogarszają możliwość wykonywania pracy i skłaniają do jej zaprzestania. Według wyliczeń specjalistów, najwięcej dni roboczych opuścili pracownicy cierpiący na wysokie ciśnienie tętnicze, astmę, nadwagę i otyłość, bóle karku, nóg i pleców, nowotwory, depresję, cukrzycę i choroby serca.

Problemy zdrowotne w życiu każdego człowieka nasilają się jeszcze przed zakończeniem aktywności zawodowej, niekoniecznie dopiero w wieku starszym. Upływ czasu, starzenie się, nawyki żywieniowe, styl życia oraz nałogi mają wpływ na stan zdrowia w późniejszych latach i podatność na zachorowanie. Należy zauważyć, że wykrywalność poważnych zachorowań wzrasta już po 40. roku życia. Jest to w dużym stopniu związane z wdrażaniem różnego rodzaju programów profilaktycznych, które obejmują właśnie osoby w wieku 40 i więcej lat. U osób w tym wieku pojawia się świadomość starzenia się, zwiększa się też dbałość o zdrowie w związku z dolegliwościami.

W tabeli 2. wyraźnie można zauważyć, że załamanie stanu zdrowotnego z powodu zachorowań następuje pomiędzy 50. a 59. rokiem życia.

Tabela 2. Średnia liczba schorzeń przewlekłych na 1 osobę wg wieku
Table 2. Mean number of chronic diseases per person by age

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	na 1 osobę		
Ogółem	1,5	1,2	1,7
15-19	0,4	0,3	0,4
20-29	0,4	0,4	0,4
30-39	0,7	0,6	0,7
40-49	1,2	1,0	1,3
50-59	2,0	1,7	2,2
60-69	2,8	2,4	3,1
70-79	3,5	3,2	3,7
80 lat i więcej	3,7	3,4	3,8

Absencja chorobowa jest jednym z najbardziej syntetycznych parametrów sytuacji zdrowotnej populacji aktywnej zawodowo. Jest to zjawisko obiektywnie mierzalne, uwarunkowane stanem zdrowia pracownika, a także między innymi czynnikami psychospołecznymi, warunkującymi postawy wobec zdrowia i pracy oraz rzeczywistymi jej warunkami [11].

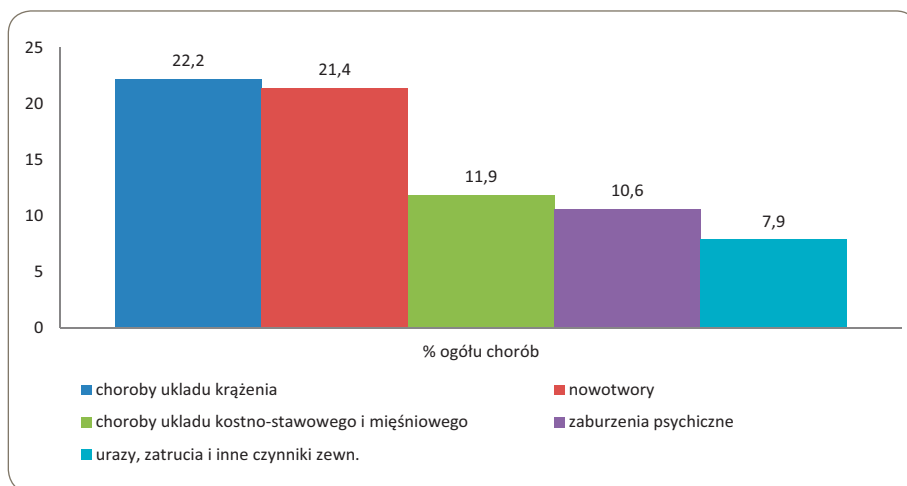
Liczba i długość absencji chorobowych osób aktywnych zawodowo po 50 r. życia znacząco wzrasta w przedziale wiekowym 50 – 59. Objawia się to w tej grupie wiekowej największą liczbą zwolnień lekarskich obejmujących okres do 30 dni. Po 60. roku życia następuje gwałtowny spadek absencji [9]. Spadek absencji w grupie osób po 60. roku życia jest przykładem efektu zdrowego pracownika – ci w gorszym stanie zdrowia do 59. roku życia już przestali pracować i pozostali tylko ci, którym zdrowie na pracę pozwala.

Najczęstsze problemy zdrowotne osób w wieku 50+

Na rys. 2. przedstawiono choroby będące najczęstszymi przyczynami orzeczeń o całkowitej niezdolności do pracy, które wydane zostały przez lekarzy orzeczników ZUS w 2013 r.

Średni wiek osób badanych w 2013 r., którym orzeczono niezdolność do pracy (w kontekście decyzji o przyznaniu renty), wynosił 51,3 lat. W porównaniu z rokiem poprzednim był on wyższy średnio o 8 miesięcy. Najliczniejszą grupę, tj. 51,6% ogółu badanych stanowiły osoby z przedziału wiekowego 50 – 59 lat [5].

Choroby układu krążenia, w tym choroba niedokrwienna serca, zawał serca, udar mózgu czy choroby naczyń obwodowych są w Polsce główną przyczyną inwalidztwa i zgonów, w tym przedwczesnych. Mimo niewielkich oznak poprawy, nadal umieralność z ich powodu jest blisko dwukrotnie wyższa niż w krajach Unii Europejskiej. W 2009 r. zanotowano z ich powodu 46,2% ogółu zgonów (41,0% u mężczyzn i 52,1% u kobiet). Choroby



Rys. 2. Choroby będące przyczyną całkowitej niezdolności do pracy w 2013 r.

Fig. 2. Diseases that cause permanent disability to work in 2013

układu krążenia należą również do głównych przyczyn umieralności przedwczesnej (27,1% zgonów do 64. roku życia) oraz przyczyn orzeczeń o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy (co 4. pierwszorazowe orzeczenie), [12]. Według danych GUS z 2009 r. ok. 93% ogółu zachorowań na chorobę niedokrwienną serca, ok. 95% ogółu przypadków zawału serca oraz 82,5% ogółu zachorowań na nadciśnienie tętnicze dotyczyło osób >50 r. ż.

Tak niekorzystna sytuacja jest w głównej mierze spowodowana nieprawidłowym stylem życia, który prowadzi do powstania miażdżycy i w konsekwencji do rozwoju chorób serca i naczyń.

W 2011 r. zakończono najnowsze badanie dotyczące występowania chorób sercowo-naczyniowych w populacji generalnej dorosłych Polaków (NATPOL 2011). Próba badawcza była reprezentatywna dla mieszkańców Polski w wieku 18 – 79 lat. W czasie trwania projektu przebadano 2418 Polek i Polaków, a koncepcja badawcza oparta była na najlepszych, uznanych na świecie wzorcach – *Framingham Heart Study* i *NHANES*, realizowanych w Stanach Zjednoczonych, co pozwoliło określić średni wiek serca przeciętnego Polaka. Wyniki stwierdzają złą kondycję zdrowotną i szybkie starzenie się naszego społeczeństwa, ponieważ serce przeciętnego Polaka jest średnio o 8 – 9 lat starsze, niż wskazuje na to wiek metrykalny. Wyniki NATPOL 2011 pokazały również, że Polakom poważnie zagrażają skutki podwyższonego poziomu cholesterolu. Problem ten dotyczy ponad 60% dorosłych osób w wieku 18 – 79 lat. Niestety, wśród osób, które mają zbyt wysoki poziom cholesterolu, ponad 60% nie ma świadomości tego faktu [13].

Innym, poza podwyższonym poziomem cholesterolu, ważnym czynnikiem ryzyka

chorób układu sercowo-naczyniowego jest cukrzyca. Według danych GUS z 2009 r. ogółem odnotowano w Polsce 1696,8 tys. przypadków cukrzycy, w tym 1497,7 tys. zachorowań (88,2%) dotyczyło osób >50 r.ż. Międzynarodowa Federacja Cukrzycowa (IDF) podaje, że w 2007 r. występowanie cukrzycy u dorosłych Polaków wynosiło 9,1% populacji, czyli ponad 2,6 mln osób chorych. Do 2025 r. przewiduje się wzrost tej wartości do 11%. Według danych Ministerstwa Zdrowia, w Polsce żyje ponad 2 mln osób z cukrzycą, co stanowi ok. 5% społeczeństwa. Większość, bo prawie 66% chorych na cukrzycę typu 2. stanowią kobiety. Występowanie cukrzycy u kobiet po 50 r. życia szacuje się na ok. 12%, z kolei po 60. – już na 20% [14].

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków informuje, że występowanie tej choroby w naszym kraju wzrosło z 6,3% w latach 70. ubiegłego wieku do ok. 9,3%. Cukrzyca ciągle pozostaje nierozpoznana w około 30 – 55% przypadków. Istotna jest również wzrastająca liczba osób z innymi nieprawidłowościami gospodarki węglowodanowej, takimi jak upośledzona tolerancja glukozy, czy nieprawidłowa glikemia na czczo. Prawdopodobieństwo rozwoju cukrzycy we wspomnianych grupach jest zdecydowanie wyższe niż wśród zdrowej populacji. Szacunki przedstawione przez IDF mówią o występowaniu nieprawidłowej tolerancji glukozy u 16,4% Polaków w 2007 r. i wzroście tego odsetka do 17,3% w 2025 r.

Choroby nowotworowe są obecnie przyczyną około 20% wszystkich zgonów w Polsce, w tym około 40% zgonów u kobiet w wieku 45 – 65 lat i 30% zgonów u mężczyzn w wieku 45 – 65 lat.

Dynamika wzrostu liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce jest znacznie

wyższa od dynamiki wzrostu liczby ludności i należy do najwyższych w Europie. Zachorowania na nowotwory złośliwe nie występują z równą częstością w ciągu życia człowieka. Większość zachorowań na nowotwory złośliwe (70% u mężczyzn i 60% u kobiet) występuje po 60. r.ż. Ryzyko zachorowania na nowotwór wzrasta wraz z wiekiem osiągnąjąc szczyt w 8. dekadzie. U mężczyzn dominuje rak płuca (21%), gruczołu krokowego (13%), jelita grubego (11%), pęcherza moczowego (7%) oraz żołądka (5%). W przypadku kobiet największy problem to rak: piersi (23%), jelita grubego (10%), płuca (9%), trzonu macicy (7%), jajnika (5%) oraz szyjki macicy (4%), [15].

Choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego stanowią, wg danych ZUS, 3. pod względem częstości przyczynę niezdolności do pracy. Są one również najczęstszą przyczyną dolegliwości pracowników obniżających ich zdolność do wykonywania pracy. Szacuje się, że w Polsce około 55 tys. osób choruje na reumatoidalne zapalenie stawów i około 15 tys. na zeszytyniające zapalenie stawów. Jak wynika z raportu Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, wiek jest jednym z głównych czynników ryzyka związanego z rozwojem dolegliwości mięśniowo-szkieletowych [16]. Według tego opracowania, dolegliwości mięśniowo-szkieletowe są największym problemem zdrowotnym w Europie związanym z pracą: 25% pracowników skarży się na bóle pleców, natomiast 23% – na bóle mięśniowe. Dolegliwości te najbardziej dokucają pracownikom w wieku 40 – 54 lata.

Nie można mówić o zdrowiu, nie biorąc pod uwagę jego aspektu psychicznego, który jest równie ważny jak zdrowie somatyczne. Dane statystyczne mówią, że prawie 25% ludzi miało w swym życiu zaburzenia psychiczne, 15% zaburzenia lękowe o różnym nasileniu, a 10% – depresję.

Depresja jest dominującym wyzwaniem dla zdrowia psychicznego wśród osób w wieku produkcyjnym. Jest to stan cechujący się głównie pogorszeniem nastroju, zmniejszeniem energii i aktywności oraz zainteresowań. Ze względu na to, że nieleczona depresja często prowadzi do myśli samobójczych, według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest 4. najpoważniejszym problemem zdrowotnym na świecie. Ponad 30 milionów Europejczyków będzie cierpiało na tę chorobę w ciągu swojego życia [17]. Z badania IDEA (badanie skutków depresji w miejscu pracy na terenie Europy, *Impact of Depression in the Workplace in Europe Audit*), w którym uczestniczyło ponad 7 tys. osób, wynika, że u 20% respondentów w pewnym okresie życia zdiagnozowano depresję. Koszty spowodowane tą chorobą

w Unii Europejskiej oszacowano na 92 mld euro w 2010 r. Ponad połowę z nich stanowiły: niższa produktywność ze względu na absencję w pracy oraz obniżona efektywność, gdy w pracy stawał się chory pracownik.

W Polsce na depresję cierpi 1,2 – 1,5 mln osób. Choroba może dotknąć każdego, bez względu na wiek, płeć czy wykonywany zawód, jednak kobiety cierpią na depresję dwa razy częściej niż mężczyźni, a częstość jej występowania rośnie z wiekiem. Sprzyjają jej również inne choroby przewlekłe, występujące w starszych grupach wiekowych (depresja może towarzyszyć niemal każdej chorobie somatycznej, zwłaszcza tej o nieuleczalnym lub ciężkim przebiegu). Według prognoz, do 2020 r. depresja będzie najczęstszym schorzeniem w krajach rozwiniętych.

Podsumowanie

Zdrowie, obok rodziny, jest powszechnie uznawane przez Polaków za najważniejszy warunek udanego, szczęśliwego życia. Stan zdrowia jest również istotnym czynnikiem decydującym o możliwościach i chęciach aktywności zawodowej, szczególnie uwidaczniającym się w starszych grupach wiekowych. W miarę upływu lat zmieniają się możliwości wykonywania pracy przez człowieka. Jest to spowodowane głównie obniżaniem się wydolności i sprawności fizycznej oraz sprawności psychoruchowej. Jednocześnie w późniejszym okresie życia wzrasta częstość występowania wielu chorób, w tym chorób przewlekłych, które stanowią niewątpliwie jedną z najistotniejszych przyczyn ograniczających aktywność zawodową. Z uwagi na to, podstawowym założeniem przyjętej przez polski rząd na lata 2014-2020 polityki senioralnej jest wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, w tym również zawodowego, przez osoby starsze.

Działania zmierzające do przedłużenia okresu aktywności zawodowej pracowników starszych powinny być prowadzone równocześnie na różnych płaszczyznach.

Bardzo ważne, w przypadku pracowników starszych, są działania promocyjne, dotyczące zdrowia, a więc propagowanie wśród nich prawidłowych zachowań, mających na celu utrzymanie jak najdłużej dobrej kondycji fizycznej i zapobieganie powszechnie w tym wieku występującym schorzeniom przewlekłym. Szczególny nacisk należy położyć na zachęcanie do zaprzestania palenia tytoniu i ograniczenia ilości spożywanego alkoholu, promowanie zdrowych nawyków żywieniowych oraz podejmowanie umiarkowanej, ale systematycznej



Fot. Kasia Białasiewicz / Bigstockphoto

aktywności fizycznej. Nie mniej istotne wydają się działania na poziomie przedsiębiorstwa, nakierowane na kształtowanie warunków środowiska pracy, uwzględnianie rodzaju pracy i zasad jej organizacji w aspekcie wieku pracownika.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Szubert Z., Sobala W. *Wpływ czynników zawodowych na ryzyko odejścia z pracy przed osiągnięciem wieku emerytalnego*. „Medycyna Pracy” 2006,57,4:325-334
- [2] Bugajska J., Makowiec-Dąbrowska T., Wągrowska-Koski E. *Zapobieganie wcześniejszej niezdolności do pracy. Założenia merytoryczne*. CIOP-PIB, Warszawa 2008
- [3] *Polacy na temat aktywności zawodowej seniorów – raport z badania*. Badanie przeprowadzone na zlecenie Kancelarii Prezydenta RP, wrzesień 2011
- [4] Kotowska I.E., Wóycicka I. *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym*. Raport z badań Departamentu Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008
- [5] *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w roku 2013*. ZUS, Warszawa 2014
- [6] *Diagnoza obecnej sytuacji kobiet i mężczyzn 50+ na rynku pracy w Polsce*. Raport końcowy, Łódź 2013
- [7] *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*, 2011/2012
- [8] Bugajska J., Makowiec-Dąbrowska T., Wągrowska-Koski E. *Zarządzanie wiekiem w przedsiębiorstwach jako element ochrony zdrowia starszych pracowników*. „Medycyna Pracy” 2010,61,1:55-63
- [9] *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* GUS 2011

[10] *Spóecznie nierówności w zdrowiu w Polsce*. WHO 2012

[11] Szubert Z., Sobala W. *Zdrowotne przyczyny niezdolności do pracy przed odejściem na wcześniejszą emeryturę*. „Medycyna Pracy” 2004,55,3:249-255

[12] Łabęcka M., Kania A., Markowska H. *Orzeczenia pierwszorazowe dla celów rentowych wydane w 2006 roku*. [w:] *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2006 roku*. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2007

[13] *Diagnoza stanu zdrowia Polaków według NATPOL*, 2011

[14] *Cukrzyca jako problem epidemiologiczny i społeczny*. Ministerstwo Zdrowia, materiały dla Sejmowej Komisji Zdrowia, luty 2005

[15] Zatoński W. *Epidemiologia chorób nowotworowych i skuteczność walki z rakiem w Polsce*. „Reports of Practical Oncology & Radiotherapy” Vol. , Suppl. 2, 2003

[16] Bartuzi P., Roman-Liu D. *Ocena obciążenia mięśniowo-szkieletowego w aspekcie wieku pracownika*. „Bezpieczeństwo Pracy” 2012,489,6:12-15

[17] Olesen J., Gustavsson A., Svensson M. i in. *Koszty chorób wywołanych zaburzeniami funkcji mózgu w Europie (The economic cost of brain disorders in Europe)*. „Eur. J. Neurol.” 2012,19:155-162

Publikacja opracowana na podstawie wyników III etapu programu wieloletniego pn. „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”, finansowanego w latach 2014-2016 w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego/Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Koordynator programu: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.