

Piotr Supranowicz

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA A ZDROWIE MIESZKAŃCÓW WARSZAWY. CZEŚĆ II. PRACA W WIEKU EMERYTALNYM: WSTĘPNA ANALIZA*

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego –
Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

WSTĘP. W sytuacji gwałtownego starzenia się ludności konieczne jest zachęcanie ludzi starszych, by pracowali dłużej. Wymaga to rozpoznania uwarunkowań zdrowotnych, które powodują podejmowanie decyzji o kontynuowaniu pracy w wieku emerytalnym.

CEL BADAŃ. Celem badania było określenie różnic w stanie zdrowia i postrzeganym zabezpieczeniu zdrowotnym między pracującymi i niepracującymi emerytami, uczestniczącymi w programie dotyczącym społecznego udziału w reformie służby zdrowia.

MATERIAŁ I METODY. Spośród 406 uczestników programu dotyczącego udziału społeczeństwa w reformie służby zdrowia do analizy zakwalifikowano 161 niepracujących emerytów i 21 osób w wieku emerytalnym, które kontynuowały pracę. Przyjęto osiem wskaźników stanu zdrowia i osiem składników zabezpieczenia zdrowotnego

WYNIKI. Badania nasze w ograniczonym stopniu potwierdziły związek między zdrowiem a kontynuowaniem pracy w wieku emerytalnym. Wyraźne różnice między badanymi grupami wystąpiły jedynie w przypadku samopoczucia fizycznego. Emeryci pracujący czuli się lepiej. Kontynuowali oni pracę, mimo iż większość z nich oceniała swoje zdrowie jako złe, a prawie wszyscy chorowali przewlekle. Praca w wieku emerytalnym wiązała się w większym stopniu z korzyściami finansowymi i społecznymi. Pracujący emeryci rzadziej zgłaszali kłopoty finansowe, wydatki związane z leczeniem były dla nich mniej dotkliwe, częściej mogli korzystać z usług lekarzy prywatnych, a także częściej postrzegali wsparcie społeczne. Natomiast negatywny efekt pracy w wieku emerytalnym wiązał się z brakiem czasu na wypoczynek, bardziej negatywną oceną istniejącego systemu opieki zdrowotnej i mniejszym zadowoleniem z informacji o zdrowiu uzyskanych od lekarza rodzinnego.

WNIOSKI. Wyniki naszych wstępnych badań wskazywałyby, że stan zdrowia w ograniczonym stopniu wpływa na podejmowanie pracy w wieku emerytalnym. Motywacja finansowa i czynniki społeczne wydają się być głównymi uwarunkowaniami kontynuowania pracy. Szczegółowo przedstawiono zalecenia dla przyszłych bardziej kompleksowych badań.

Słowa kluczowe: *zdrowie, praca, emeryci*

WSTĘP

Starzenie się ludności jest jednym z najważniejszych wyzwań dwudziestego pierwszego wieku (1, 2). Wydłużenie oczekiwanej długości życia i niski wskaźnik dzietności są dwoma głównymi źródłami starzenia się ludności w krajach rozwiniętych. Według raportu przygotowanego przez Komisję Europejską, przewiduje się, że oczekiwana długość życia w momencie urodzenia w Unii Europejskiej wydłuży się w następnych pię-

ciu dekadach o 7,9 lat dla mężczyzn i 6,6 lat dla kobiet. Wskaźnik dzietności zmniejszył się dramatycznie od lat sześćdziesiątych dwudziestego wieku, z 2,70 w 1960 r. do 1,48 w 2000 r. Od 2005 r. wskaźnik nieznacznie rośnie, niemniej jednak przewiduje się, że w okresie do 2060 r. we wszystkich krajach UE pozostanie poniżej naturalnego wskaźnika zastąpienia 2,1. W wyniku tych niekorzystnych tendencji przewiduje się, że wskaźnik obciążenia demograficznego starością (osoby w wieku 65 lat lub starsze w stosunku do osób w wieku 15-64)

* Badania były realizowane w ramach programu badawczego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny nr 9/ZP.1, 2012 „Samocena stanu zdrowia i jakość życia osób nieaktywnych zawodowo”.

wzrośnie z 26% w 2010 r. do 52,5% w 2060 r. (3). Ponadto w państwach UE rzeczywisty wiek emerytalny jest krótszy niż wiek ustawowy o 1 do 6 lat u mężczyzn i 1 do 4 lat u kobiet (4). Sytuacja demograficzna w Polsce jest szczególnie trudna, gdyż wskaźnik dzietności jest jednym z najniższych w Unii Europejskiej. Ponadto przewiduje się, że wzrost współczynnika obciążenia demograficznego starością pomiędzy 2010 i 2060 rokiem będzie najwyższy właśnie w Polsce (3).

Negatywne zmiany w strukturze ludności stanowią poważne obciążenie wydatków publicznych. W czasie ostatniego półwiecza oczekiwana długość życia po przejściu na emeryturę mężczyzn wydłużyła się w Europie o 5 lat, a kobiet o 6 lat. W rezultacie wydatki publiczne na zapewnienie świadczeń dla emerytów stopniowo wzrastały, a w 2005 r. roku stanowiły od 3% (Irlandia) do 14% (Włochy) PKB. W Polsce wzrost pomiędzy 1990 r. i 2005 r. był aż dwukrotny, od 5,5% do 11,5% PKB (4). Ponadto Europejczycy są coraz zdrowsi. Około 40% osób w wieku 65 lat lub więcej nie postrzega ograniczeń spowodowanych problemami zdrowotnymi (5). Paradoksem jest, że chociaż oczekiwana długość życia po przejściu na emeryturę rosła i zdrowie ludzi starszych stawało się lepsze, do lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku w wielu państwach Europy obniżano ustawowy wiek emerytalny, zarówno dla mężczyzn (Francja, Irlandia, Włochy, Szwecja) i dla kobiet (Austria, Czechy, Dania, Francja, Irlandia, Portugalia, Słowacja, Szwecja) (6). Dlatego też w ostatnim dziesięcioleciu we wszystkich państwach UE, również w Polsce, podjęto różne działania dotyczące reformy emerytalnej (3, 7). Niezależnie od różnic legislacyjnych w poszczególnych krajach, wydłużany jest ustawowy wiek emerytalny do pomiędzy 65 i 68 lat, jak również minimalny okres składkowy, a także są one wyrównywane dla kobiet i mężczyzn.

Motywy finansowe niewątpliwie są najważniejszym czynnikiem kontynuowania pracy w wieku emerytalnym (8), natomiast jeśli chodzi o stan zdrowia, związek wydaje się być bardziej złożony i w dużym stopniu zależy od tego, jak zdrowie jest mierzone (9-11).

Celem przedstawionej pracy jest wstępne zbadanie różnic w zakresie zarówno korzyści, jak i trudności zdrowotnych pomiędzy aktywnymi i nieaktywnymi zawodowo mieszkańcami Warszawy w wieku emerytalnym, a jej wyniki mają posłużyć do sformułowania zaleceń dla przyszłych bardziej kompleksowych badań. Takie badania są szczególnie potrzebne w warunkach toczącej się publicznej dyskusji dotyczącej wydłużenia wieku emerytalnego.

MATERIAŁ I METODY

Przedstawiona analiza jest częścią szerszego projektu badawczego dotyczącego wzmocnienia udziału

społeczeństwa w reformowaniu zdrowia w Polsce (12). Badania prowadzone metodą przekrojową oparte były na samodzielnie wypełnianej ankiecie. Dane zebrano w okresie kwiecień – czerwiec 2011 roku w Warszawie. Do analizy włączono czterysta sześć ankiet wypełnionych prawidłowo. Charakterystykę demograficzną próby i zawartość ankiety przedstawiono szczegółowo w innym artykule (12). Grupa niepracujących emerytów obejmowała respondentów, którzy osiągnęli wiek emerytalny (w Polsce w 2011 roku – kobiety 60 lat, mężczyźni – 65 lat), pobierali emeryturę i nie pracowali (n=161) Druga grupa składała się z uczestników w wieku emerytalnym, którzy dobrowolnie odłożyli przejście na emeryturę i kontynuowali pracę lub tych, którzy pobierali emeryturę i dodatkowo wykonywali płatną pracę (n=21).

Autorska ankieta do badań przygotowana została w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego NIZP – PZH. W celu określenia zarówno pozytywnych jak i negatywnych uwarunkowań zdrowia, a także zdrowotnych konsekwencji kontynuowania pracy w wieku emerytalnym przyjęto osiem wskaźników stanu zdrowia i osiem składników zabezpieczenia zdrowotnego. Stan zdrowia mierzony był przez: 1) samoocenę zdrowia, 2) samopoczucie fizyczne, 3) samopoczucie psychiczne, 4) wsparcie społeczne, 5) przebywanie w domu z powodu choroby w ciągu ostatniego roku, 6) kontaktowanie się z lekarzem w ciągu ostatniego roku, 7) wystąpienie przewlekłej choroby, 8) przebywanie w szpitalu w ciągu ostatniego roku. Do zebrania informacji o postrzeganym zabezpieczeniu zdrowotnym wykorzystano ocenę: 1) istniejącego systemu emerytalnego, 2) systemu opieki zdrowotnej, 3) wydatków własnych na leczenie i leki, 4) typu wykorzystywanej opieki zdrowotnej, 5) opieki ze strony lekarza ogólnego, 6) trudności w dostaniu się do lekarza, 7) zrozumiałości informacji o własnym zdrowiu, 8) opieki ze strony lekarza prywatnego. Wzięto pod uwagę następujące negatywne zdarzenia życiowe, które wystąpiły w ciągu ostatniego roku: 1) konflikty rodzinne, 2) brak pieniędzy, 3) brak możliwości wypoczynku, 4) trudne warunki domowe, 5) zetknięcie się z przemocą, 6) konieczność ograniczenia życia towarzyskiego.

Program statystyczny Epi Info został użyty do założenia bazy danych. Zastosowano test chi-kwadrat do analizy wyników różnic między emerytami pracującymi i niepracującymi. Istotność statystyczną przyjęto na poziomie $p < 0,05$, jednakże ze względu na przygotowawczy charakter badań i małą liczebność w próbie pracujących emerytów, rozpatrywano również różnice zauważalne (ponad 5%), mimo że nie wykazały istotności statystycznej.

WYNIKI

Spośród tych uczestników, którzy osiągnęli wiek emerytalny ($n=182$), płatną pracę wykonywało 11,5% ($n=21$). Charakterystykę społeczno-demograficzną obu grup przedstawiono w tab. I. Znacząco więcej uczestników posiadających wyższe wykształcenie i widocznie (ale nieistotnie statystycznie) więcej kobiet w wieku emerytalnym podejmowało płatną pracę.

Nie stwierdzono znaczących statystycznie różnic w zakresie stanu zdrowia ze względu na małą liczebność próby (tab. II). Jednakże warto zaznaczyć, że zauważalnie mniej pracujących emerytów oceniało swoje samopoczucie fizyczne (13% mniej) i wsparcie społeczne (13% mniej) jako gorsze.

W przypadku zabezpieczenia zdrowotnego różnice również nie były istotne statystycznie (tab. III). Niemniej jednak dostrzegaliśmy mniej emerytów pracujących oceniło pozytywnie system opieki zdrowotnej (7% mniej), postrzegało wydatki na swoje zdrowie jako wysokie (14% mniej) i rzadziej korzystało wyłącznie z publicznej opieki zdrowotnej (18% mniej), natomiast więcej niepracujących emerytów właściwie rozumiało informacje o ich zdrowiu przekazywane przez lekarza rodzinnego (17% więcej).

Zgodnie z oczekiwaniami w przypadku negatywnych zdarzeń życiowych, pracujący emeryci skłonni byli rzadziej zgłaszać brak pieniędzy (17% mniej), natomiast relatywnie więcej z nich dostrzegało brak możliwości wypoczynku (7% więcej) (tab. IV).

DYSKUSJA

Niektóre zaobserwowane przez nas widoczne różnice nie zostały potwierdzone statystycznie ze względu na przygotowawczy charakter naszych badań. Niemniej jednak, uzyskane przez nas wyniki mogłyby sugerować, że związek między stanem zdrowia a pracą w wieku emerytalnym jest słaby, a w szczególności dotyczy on samopoczucia fizycznego subiektywnie postrzeganego. W przypadku samooceny zdrowia i samopoczucia psychicznego różnice były niewielkie, a zdrowie było podobne w obu grupach, gdy do oceny zastosowano „twarde” wskaźniki (przebywanie w domu z powodu choroby, kontaktowanie się z lekarzami, wystąpienie chorób przewlekłych i hospitalizacja). Ciekawe jest, że pracujący emeryci kontynuowali pracę, pomimo że większość z nich negatywnie oceniała swoje zdrowie, a prawie wszyscy chorowali przewlekłe. Dotychczasowe badania dotyczące oceny wpływu stanu zdrowia na wcześniejsze przechodzenie na emeryturę przyniosły niejednolite wyniki, a ich ustalenia w dużej mierze zależały od tego, w jaki sposób zdrowie było mierzone.

Wykazano, że subiektywne postrzeganie złego zdrowia jest istotną przyczyną wcześniejszego przechodzenia na emeryturę, jednakże te same badania nie potwierdziły takiego związku odnośnie wystąpienia chorób przewlekłych, świadczących o obiektywnie złym stanie zdrowia (11, 13, 14). Należy dodać, że ogólne warunki ekonomiczne i specyfika danego państwa mogą modyfikować zależności między postrzeganym zdrowiem i wcześniejszym przejściem na emeryturę. Spośród dwóch międzynarodowych badań prowadzonych w ramach *Surveys on Health and Aging in Europe* (SHERE), wcześniejsze badanie, przeprowadzone przed wybuchem kryzysu gospodarczego (2005 r.), potwierdziło, że samoocena stanu zdrowia jest znaczącym czynnikiem ryzyka wycofania się z pracy przez osoby starsze (15), podczas gdy zależności takiej nie zaobserwowano w badaniach późniejszych (2009 r.), przeprowadzonych w czasie kryzysu (9). Ponadto w przypadku badanych państw różnice były duże, a wartości ryzyka w przypadku Francji i Danii różniły się aż czterokrotnie (OR odpowiednio: 1,07 i 4,40) (15). Badania prospektywne prowadzone w Wielkiej Brytanii i we Francji dostarczyły dowody na to, że przejście na emeryturę polepsza postrzegane zdrowie, ale w większym stopniu dotyczy to samopoczucia psychicznego (16, 17). W naszej próbie niepracujący emeryci charakteryzowali się nieznacznie lepszym samopoczuciem psychicznym, jednakże ta różnica wymagałaby rzetelnego potwierdzenia. Reasumując, większy udział w kontynuowaniu pracy w wieku emerytalnym wydaje się mieć subiektywny wymiar zdrowia niż jego obiektywne zaburzenia.

Decyzja o kontynuowaniu lub wycofaniu się z pracy w wieku emerytalnym zależy od wielu czynników, które jednocześnie wpływają na zdrowie. Należy podkreślić, że obiektywne uciążliwości w miejscu pracy takie, jak duży wysiłek, niska temperatura, wibracja, hałas mają duże znaczenie zarówno dla wcześniejszego odejścia z pracy, jak i pogarszania się zdrowia (18).

W Polsce system opieki zdrowotnej nie zaspokaja potrzeb osób starszych (19). Im lepsza będzie opieka zdrowotna dla wszystkich starszych ludzi, tym bardziej będą oni skłonni dłużej kontynuować pracę. Ponadto będą oni pracować dłużej, jeśli będą postrzegać, że środowisko zawodowe jest im przyjazne. W Polsce w bardzo ograniczonym stopniu prowadzone są działania mające na celu przystosowanie warunków pracy do możliwości starszych pracowników (20). Program „Zarządzania Wiekami” jest częścią realizowanego przez Unię Europejską programu umacniania kapitału ludzkiego. Wprawdzie polskie władze podejmują wysiłki ukierunkowane na utrzymanie zatrudnienia osób starszych, ale dotychczas efekty tych działań są niezadowalające (21).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wyniki naszych wstępnych badań wskazywałyby, że stan zdrowia w ograniczonym stopniu wpływa na podejmowanie pracy w wieku emerytalnym. Motywacja finansowa i czynniki społeczne wydają się być głównymi uwarunkowaniami kontynuowania pracy. Nasze przyszłe badania powinny określić wrażliwość systemu opieki zdrowotnej na potrzeby populacji osób w wieku starszym, a w szczególności:

1. w jakim stopniu system opieki zdrowotnej na wszystkich jego szczeblach uwzględnia specyficzne potrzeby i oczekiwania osób starszych;
2. czy osoby starsze czują się aktywnymi partnerami w reformowaniu opieki zdrowotnej;
3. czy dostęp do leczenia i opieki socjalnej jest adekwatny dla tej grupy wiekowej i sprzyja kontynuowaniu pracy;
4. czy leczenie w placówkach medycznych przebiega z poszanowaniem godności, prywatności i autonomii, szczególnie należnej tej grupie wiekowej;
5. czy informacja o pielęgnowaniu zdrowia i zdrowym stylu życia jest wyczerpująca i adekwatna dla osób starszych;
6. jakie czynniki w miejscu pracy wpływają na zdrowie osób starszych i ich decyzję o kontynuowaniu pracy;
7. jakie czynniki środowiska społecznego osób starszych warunkują decyzję o kontynuowaniu przez nich pracy w wieku emerytalnym.

Planowane jest prowadzenie badań prospektywnych na tej samej próbie umożliwiających wnioskowanie przyczynowo-skutkowe.

Otrzymano: 08.05.2014 r.

Zaakceptowano do publikacji: 30.06.2014 r.

Adres do korespondencji:

Piotr Supranowicz
Zakład Promocji Zdrowia
i Szkolenia Podyplomowego
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Państwowy Zakład Higieny
Ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
Tel. +48 22 54 21 334, fax +48 22 54 21 375
e-mail: psupranowicz@pzh.gov.pl