

## ZALECENIA DOTYCZĄCE ZDROWEGO STYLU ŻYCIA PRACOWNIKÓW STARSZYCH

*mgr Marzena Malińska*

2016 r.

### Definicja pracownika starszego

Proces starzenia się człowieka przebiega bardzo indywidualnie. Ustalenie wieku, który określałby początek tego procesu jest trudne. Wyniki dostępnych badań wskazują, że wraz z wiekiem zmniejsza się zdolność człowieka do wykonywania pracy, szczególnie pracy fizycznej. Jest to spowodowane obniżeniem się sprawności psychofizycznej, wydolności i sprawności fizycznej oraz zwiększającą się częstością występowania wielu chorób przewlekłych. Pomocnym działaniem może być w tym przypadku określenie tzw. wieku funkcjonalnego, według którego starość mierzona jest nie tylko liczbą przeżytych lat, lecz także parametrami określającymi sprawność oraz aktywność fizyczną i psychiczną (Bugajska, 2008).

Światowa Organizacja Zdrowia podzieliła osiągnięty wiek osób starszych na kilka grup. W przypadku osób aktywnych zawodowo można mówić o rozróżnieniu na pracowników w *wieku przedstarczym* od 45 do 59 roku życia oraz *we wczesnej starości* od 60 do 74 roku życia (Duda, 2012). Z kolei według ekspertów Organizacji Narodów Zjednoczonych za umowny początek wieku starszego uznaje się 65 rok życia (Chodorowski, 2007). W literaturze spotykane jest stosowanie pojęcia *pracownik starszy* (ang. *elderly workers*) dla osób powyżej 45 roku życia. Natomiast najczęściej w publikacjach polskich i międzynarodowych wskazuje się na umowny wiek 50+ .

---

*Materiały opracowano na podstawie wyników III etapu programu wieloletniego „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. Projekt nr I.P.13 pn. „Styl życia oraz psychofizyczne warunki pracy jako determinanty zdolności do pracy”, okres realizacji: 1.01.2014 – 31.12.2016*

## Zdrowy styl życia – definicje, zalecenia dla pracowników starszych

W literaturze obserwujemy szereg definicji stylu życia, w zależności od koncepcji i teorii, w której są przytaczane (często inaczej podejmowane dla zdrowia publicznego i promocji zdrowia, a inne w socjologii). Jedną z najczęściej wskazywanych jest definicja z 1974 r. zawarta w tzw. Raporcie Lalonda, według której styl życia to „zbiór decyzji podejmowanych przez jednostki, które wpływają na ich zdrowie, nad którymi jednostki mają większą lub mniejszą kontrolę (...).” Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała styl życia szerzej „jako sposób życia, będący wypadkową pomiędzy indywidualnymi preferencjami i wzorcami zachowań dla danej jednostki lub zbiorowości, a warunkami życia zdeterminowanymi czynnikami społeczno-ekonomicznymi, psychologicznymi i kulturowymi” (WHO, 1998). Prowadzenie prozdrowotnego stylu życia zakłada realizowanie celowych działań, nakierowanych na zdrowie i eliminację wszelkich zachowań zagrażających zdrowiu (Ostrowska, 1999). Według definicji, zachowania prozdrowotne służą wspieraniu zdrowia, zapobieganiu chorobie oraz wspomaganie powrotu do zdrowia (Gruszczycka 2015). Lista tych działań i zachowań jest zróżnicowana. Zdaniem większości ekspertów mówiąc o zachowaniach prozdrowotnych należy brać pod uwagę cztery podstawowe zachowania związane ze zdrowiem: **dieta, aktywność fizyczną, palenie tytoniu i spożywanie alkoholu**. Wartą wspomnienia jest również obszerna lista działań prozdrowotnych opracowana przez European Health and Behavior Research Survey, według której do działań promujących zdrowy styl życia zalicza się również: wykonywanie badań profilaktycznych, samobadania, bezpieczne zachowania seksualne, unikanie stresu, umiarkowaną ekspozycję na słońce oraz stosowanie się do zasad bezpieczeństwa ruchu drogowego (Wardle i Steptoe 1991). Według danych Światowej Organizacji Zdrowia najważniejszymi czynnikami ryzyka wymienianymi dla Polski są: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, wysoki poziom cholesterolu, otyłość, mała aktywność fizyczna, nadmierne spożycie alkoholu oraz niskie spożycie owoców i warzyw (za Wojtyniak i in. 2012).

### Odżywianie się

Zdrowa i zbilansowana dieta ma istotny wpływ na nasze samopoczucie i stan zdrowia. Badania pokazują, że niewłaściwe odżywianie oraz jakość spożywanej żywności stanowi bezpośrednią przyczynę lub czynnik ryzyka nawet do 50 jednostek chorobowych, w tym chorób układu krążenia, nowotworów jelita grubego, piersi u kobiet, gruczołu krokowego u mężczyzn, żołądka, otyłości, cukrzycy i osteoporozy (Szponar i Respondek, 1995). Brak aktywności fizycznej oraz zmiana nawyków żywieniowych polegających na konsumpcji wysokokalorycznych

produktów prowadzą do nadwagi i otyłości. Z danych epidemiologicznych wynika, że dotyczy ona prawie 50% osób dorosłych. Otyłość została zakwalifikowana przez Światową Organizację Zdrowia do chorób przewlekłych niezakaźnych, obok takich chorób jak cukrzyca, nowotwory czy choroby układu krążenia. Otyłość przyczynia się do zwiększonej chorobowości i śmiertelności. Liczne badania potwierdzają związek przyczynowo skutkowy nadwagi i otyłości z występowaniem wielu chorób, m.in. układu krążenia, układu pokarmowego, chorób zwyrodnieniowych stawów, zaburzeń funkcjonowania układu rozrodczego, zmian skórnych oraz nowotworów.

### **Zalecenia Instytutu Żywności i Żywienia dotyczące zdrowego odżywiania osób starszych (Jarosz 2012):**

- ✓ Regularne spożywanie od 4 do 5 posiłków o mniejszej objętości
- ✓ Urozmaicenie diety poprzez codzienne spożywanie różnorodnych produktów
- ✓ Wykluczanie z diety potraw i produktów ciężkostrawnych
- ✓ Ograniczenie spożycia cukru i słodczy, a także tłuszczów pochodzenia zwierzęcego (masło, smalec) oraz soli i ostrych przypraw
- ✓ Codzienne spożywanie warzyw i owoców, najlepiej w postaci surowej
- ✓ Wypijanie co najmniej 8 szklanek napojów dziennie (najlepiej niegazowanych i niesłodzonych)
- ✓ Unikanie podjadania między posiłkami i kontrolowanie masy ciała
- ✓ Zwiększenie spożycia chudych przetworów mlecznych, pełnoziarnistych produktów zbożowych, a także ryb morskich
- ✓ Suplementacja wskazana jest w przypadku osób, u których realizacja zapotrzebowania na niektóre składniki pokarmowe np. wapń i witamina D jest niemożliwa

### **Aktywność fizyczna**

Aktywność fizyczna jest istotnym elementem profilaktyki zdrowotnej. Regularne jej podejmowanie zmniejsza ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia, cukrzycę, dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego, wzmacnia mięśnie i kości, a także zmniejsza ryzyko występowania nowotworów jelita grubego i piersi. Aktywność fizyczna odgrywa też ważną rolę w zapobieganiu nadwadze i otyłości, a także poprawie samopoczucia oraz wpływa na zmniejszenie objawów depresyjnych.

**Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące aktywności fizycznej (WHO 2001):**

- ✓ Pięć dni w tygodniu poświęć 30 min dziennie na umiarkowaną aktywność fizyczną (spacery, jazda na rowerze w umiarkowanym tempie, marsz) lub 3 dni w tygodniu ćwicz intensywnie po 20 min (pływanie, bieganie, jazda na rowerze w szybkim tempie)
- ✓ Trening poprzedzaj rozgrzewką (5-10 min), a kończ ćwiczeniami wyciszającymi o niewielkiej intensywności (10-15 min)
- ✓ 2-3 razy w tygodniu wykonuj ćwiczenia oporowe, które kształtują siłę mięśni i wpływają na tkankę kostną (profilaktyka osteoporozy)
- ✓ Najbardziej wskazanym rodzajem ćwiczeń jest wysiłek wytrzymałościowy (o charakterze ciągłym) angażujący duże grupy mięśniowe. Taki wysiłek stanowi istotny element wielu dyscyplin sportowych (bieganie, jazda na rowerze, badminton, tenis), prac domowych (sprzątanie, praca w ogrodzie, ręczne mycie samochodu) czy zajęć rekreacyjnych (taniec).
- ✓ Sprawdzaj częstość skurczów serca w czasie ćwiczeń oraz bezpośrednio po ich zakończeniu. Najbardziej zalecany jest trening o niezbyt wysokiej intensywności od 60 do 75% maksymalnej częstości skurczów serca (Tabela 1).

Tabela 1. Wartości częstości skurczów serca dla osób zdrowych.

Wiek	Częstość skurczów serca HR	
	60%HR (ud*min <sup>-1</sup> )	75% HR (ud*min <sup>-1</sup> )
41-50 lat	105	130
51-60 lat	100	125
60-70 lat	95	115

## Bezwzględny przeciwwskazaniem podejmowania aktywności fizycznej są (Drygas i

### Jegier):

- Tętniak serca
- Niewydolność układu oddechowego
- Spoczynkowa tachykardia
- Nadciśnienie tętnicze niekontrolowane farmakologicznie
- Niewyrównana cukrzyca
- Znacznego stopnia przerost mięśnia sercowego
- Napadowe migotanie przedsionków
- Kardiomiopatia
- Niestabilna dusznica bolesna
- Uszkodzenia serca (zmiany zapalne mięśnia sercowego, wady serca, choroba niedokrwienna serca)
- Stan zapalny w organizmie
- Problemy zakrzepowo-zatorowe w wywiadzie

## Palenie tytoniu

Palenie tytoniu jest głównym czynnikiem zgonów spowodowanych niezakaźnymi chorobami, które stanowią 63% wszystkich zgonów (WHO, 2008). Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że z powodów używania wyrobów tytoniowych osoby w średnim wieku traciły około 22 lat swojego życia, a osoby starsze po 70 roku życia – około 8 lat życia (WHO, 2009). Palenie tytoniu może powodować szereg chorób układu oddechowego, odpornościowego, krążenia a także moczowego i pokarmowego.

- ✓ Nigdy nie jest za późno na rzucenie palenia tytoniu, a korzyści zdrowotne są widoczne już po kilkudziesięciu minutach od jego zaprzestania. Według danych Ministerstwa Zdrowia (<http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/uzaleznienia/tyton/rzucanie-palania/>) w ciągu:
  - **20 minut** od zaprzestania palenia obniżeniu ulega częstość skurczów serca, a ciśnienie tętnicze powraca do wartości prawidłowych
  - **w ciągu 24 godzin** ryzyko ostrego zawału serca ulegnie znacznemu zmniejszeniu
  - w czasie **do 3 miesięcy** układ krążenia ulegnie wzmocnieniu a także istotnie poprawi się kondycja fizyczna
  - **do 9 miesięcy** ulegnie znacznej poprawie wydolność układu oddechowego, ustąpi zmęczenie i kaszel
  - **po 5 latach** ryzyko zachorowania na raka płuc, krtani, jamy ustnej i przełyku zmniejszy się o połowę

- **po 15 latach** ryzyko zachorowania na raka płuc będzie takie jak u osoby niepalącej
- ✓ Równie niebezpiecznym dla zdrowia jest **bierne palenie**. Dym tytoniowy zawiera szereg substancji alergizujących powodując podrażnienia błon śluzowych nosa, kaszel, łzawienie, zakażenia układu oddechowego, uczulenia oraz astmę.

## Spożywanie alkoholu

Spożywanie alkoholu może przyczynić się do wystąpienia miażdżycy, zawału serca, marskości wątroby, osteoporozy, zaburzeń neurologicznych czy raka piersi (Ross, 2005). Z dostępnych danych wynika, że alkohol jest najczęściej wybieraną używką przez osoby starsze. Jest to niepokojący fakt ze względu na to, że w tej grupie obserwujemy duży odsetek osób przyjmujących leki, chorujących na choroby przewlekłe, a także ze względu na długie utrzymywanie się wysokiego poziomu alkoholu w organizmie na skutek spadku masy mięśniowej i zwiększenia tkanki tłuszczowej, które są charakterystyczne dla procesu starzenia się.

Więcej informacji na temat skutków spożywania alkoholu znajduje się na stronie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl).

## Badania profilaktyczne

**Badania przesiewowe** (skriningowe) są to badania, które przeprowadza się wśród osób nieposiadających objawów klinicznych choroby, w celu wykrycia choroby we wczesnej fazie, poprawy wyleczalności oraz obniżenia umieralności i zmniejszenia skutków zdrowotnych, społecznych i finansowych (Wronowski 2000).

Dla kobiet 50+ (Kordek i in. 2006):

- ✓ profilaktyka nowotworu szyjki macicy – badanie cytologiczne wymazu z kanału szyjki macicy. Zaleca się wykonywanie badania co rok.
- ✓ profilaktyka nowotworu piersi – mammografia zalecana co 2 lata.
- ✓ profilaktyka raka jelita grubego – 1/test na krew utajoną w kale (zalecane wykonywanie co 1-2 lata); 2/kolonoskopia (badanie endoskopowe jelita grubego) zalecana raz na 5 lat.

**Dla mężczyzn 50+ (Kordek i in. 2006):**

- ✓ profilaktyka raka gruczołu krokowego – oznaczenie stężenia PSA (antygeny swoiste dla gruczołu krokowego). Zaleca się wykonanie badania co rok.
- ✓ profilaktyka raka jelita grubego – 1/test na krew utajoną w kale (zalecane wykonywanie co 1-2 lata); 2/kolonoskopia (badanie endoskopowe jelita grubego) zalecana raz na 5 lat.

**Badania diagnostyczne** – świadczenia zdrowotne służące „zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w tym m.in. związane z badaniem diagnostycznym, w tym analityką medyczną” (t.j. Dz.U. 2016 poz. 1638 ze zm.). Na podstawie badań diagnostycznych, w przeciwieństwie do przesiewowych, można jednoznacznie postawić rozpoznanie choroby.

**Dla kobiet 50+:**

- ✓ Badania morfologiczne, takie jak: OB, lipidogram, stężenie glukozy we krwi, ogólne badanie moczu (raz w roku)
- ✓ Badanie ginekologiczne, cytologia i USG narządów rodnych (raz w roku)
- ✓ Badanie poziomu hormonów tarczycy (raz w roku)
- ✓ EKG (raz w roku)
- ✓ Pomiar ciśnienia tętniczego (minimum raz w roku)
- ✓ Badanie okulistyczne – kontrola wzroku, badanie dna oka i pomiar ciśnienia śródgałkowego (raz w roku)
- ✓ Badanie stomatologiczne (raz na 6 miesięcy)
- ✓ USG piersi Mammografia (raz na 2 lata)
- ✓ Test na krew utajoną w kale (co 2 lata), kolonoskopia (raz na 5 lat)
- ✓ Badanie densytometryczne – gęstości kości (raz na 10 lat)

**Dla mężczyzn 50+:**

- ✓ Badania ogólne u lekarza (kontrola masy ciała, pomiar obwodu w pasie, USG jamy brzusznej) – raz do roku
- ✓ Badanie prostaty per rectum oraz oznaczenie antygeny PSA (raz w roku)
- ✓ Badanie jąder przez lekarza (raz na 3 lata) i samobadanie jąder (raz w miesiącu)
- ✓ Pomiar ciśnienia tętniczego (minimum raz w roku)
- ✓ Badanie poziomu hormonów tarczycy (co roku)
- ✓ Badanie okulistyczne – kontrola wzroku, badanie dna oka i pomiar ciśnienia śródgałkowego (raz w roku)

- ✓ Badania morfologiczne, takie jak: OB, lipidogram, stężenie glukozy we krwi, ogólne badanie moczu (raz w roku)
- ✓ Badanie stomatologiczne (raz na 6 miesięcy)
- ✓ Badanie słuchu (raz na 2/3 lata)
- ✓ Badanie poziomu elektrolitów i oznaczenie stężenia męskich hormonów płciowych – androgenów (raz na 3 lata)
- ✓ Badanie densytometryczne – gęstości kości (raz na 10 lat)

### **Piśmiennictwo:**

1. Bugajska J.: Fizjologiczne kryteria zdolności do pracy fizycznej osób starszych – wydatek energetyczny. CIOP-PIB. Warszawa, 2010
2. Duda K.: *Proces starzenia się*, Fizjologia starzenia się profilaktyka i rehabilitacja (pod red. Marchewki, Dąbrowskiego i Żołądź), Wydawnictwo Naukowe PWN 2012
3. Chodorowski Z. Geriatria: postępy w diagnostyce i terapii. *Grafica*, Gdynia 2007;13-15:487-489
4. Drygas W., Jegier A.: Zalecenia dotyczące aktywności ruchowej w profilaktyce chorób układu krążenia. Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Akademii Medycznej w Łodzi (brak daty opracowania)
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2016 poz. 1638 ze zm.), <http://isip.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20160001638>
6. Gruszczycka M. i in.: Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. *Stosunek Polaków do własnego zdrowia. Hygeia Public Health* 2015, 50(4): 558-565
7. Jarosz M.: Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja. Instytut Żywności i Żywienia 2012
8. Kordek R. i in. *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Wyd. II, Via Medica, Gdańska 2006
9. Ross S., Zaburzenia związane z używaniem alkoholu występujące u osób w podeszłym wieku. *Psychiatria po Dyplomie* 2005, 4, 17-28.
10. Wardle J., Steptoe A.: The European health and behaviour survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom 1991. *Social Science and Medicine*. Nr 8



11. WHO: Benefits of Physical Activity (ostatnia aktualizacja 2008r.). Dostępne na stronie: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_benefits/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html)
12. World Health Organization: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 – The MPOWER package. WHO, Geneva 2008
13. World Health Organization: The current status of the to-tobacco epidemic in Poland. WHO, Copenhagen 2009
14. WHO: Benefits of Physical Activity. 2008; Jegier i Stasiołek Med. Sportiva 2001
15. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, PZH 2012
16. Wronowski Z.: Wczesne wykrywanie nowotworów. Polski Komitet Zwalczenia Raka, Warszawa, 2000.