

Dorota Merecz-Kot  
Aleksandra Andysz

## KONDYCJA ZAWODOWA, RODZINNA I ZDROWOTNA PRACUJĄCYCH POLAKÓW, MIESZKAŃCÓW MIAST

THE OCCUPATIONAL, FAMILY AND HEALTH CONDITIONS OF POLISH WORKERS LIVING IN URBAN AREAS

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland  
Zakład Psychologii Zdrowia i Pracy / Department of Health and Work Psychology

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** Artykuł przedstawia diagnozę społeczno-ekonomiczną i zdrowotnej kondycji pracujących Polaków mieszkających w miastach. **Materiał i metody:** Badania przeprowadzono na ogólnopolskiej grupie aktywnych zawodowo Polaków w wieku 19–65 lat. Kwestionariusz wywiadu zawierał rozbudowaną część społeczno-demograficzną i część psychometryczną, składającą się z kwestionariuszy mierzących stan zdrowia psychicznego, zdolność do pracy, zadowolenie z pracy i funkcjonowanie rodziny. **Wyniki:** Nieco więcej niż połowa badanych (54%) wykonywała pracę w wyuczonym zawodzie. Większość (88%) pracowała w pełnym wymiarze czasu pracy, poświęcała na pracę 8 godzin dziennie (65%) i była zatrudniona u jednego pracodawcy (92%). Większość badanych była generalnie zadowolona ze swojej pracy (poza aspektem finansowym) i z życia rodzinnego. Stres zawodowy odczuwało 59% pracowników, w tym 15% w sposób silny. Z kolei rodzina była przyczyną stresu dla 31% pracujących. Przy najmniej jedną chorobę miało zdiagnozowanych 42% badanych. Najczęściej występowały: choroby układu ruchu (19%), układu krążenia (13%) i układu oddechowego (11%). Jednocześnie 76% respondentów oceniło swoje zdrowie jako raczej dobre i dobre. Średni wskaźnik stanu zdrowia psychicznego mieścił się w granicach przeciętnego, ale aż 12% badanych uzyskało wynik wskazujący na ryzyko wystąpienia poważnych zaburzeń zdrowia psychicznego. Najczęściej pracownicy oceniali swoją zdolność do pracy jako raczej dobrą i dobrą. **Wnioski:** Przedstawione dane pokazują kierunek działań w obszarze opieki zdrowotnej nad pracownikami – jest nim zapobieganie stresowi zawodowemu, chorobom układu mięśniowo-szkieletowego, krążeniowego i oddechowego. Z punktu widzenia profilaktyki chorób istotnie ograniczających zdolność do pracy konieczne jest wdrażanie programów edukacyjnych w miejscach pracy. Tego typu działania, jeśli są cykliczne, przynoszą najlepsze efekty. Med. Pr. 2014;65(6):785–797

**Słowa kluczowe:** zdrowie, sytuacja rodzinna, pracownicy, sytuacja zawodowa, status społeczno-ekonomiczny, diagnoza

### ABSTRACT

**Background:** This article presents the diagnosis of the socio-economic status and health condition of Polish workers living in urban areas. **Material and Methods:** The study was conducted in the nationwide group of occupationally active people aged 19–65 years. The interview questionnaire comprised an extensive socio-demographic part and a psychometric part, containing questionnaires measuring the status of mental health, work ability, work satisfaction and family functioning. **Results:** Slightly more than half of the respondents (54%) worked in occupations related to their profession. The majority (88%) worked full-time, 8 h a day (65%) being employed by 1 employer (92%). Most respondents were satisfied with their job (apart from the financial aspect) and family life; 59% of employees were stressed by their job, including 15% of those who experienced strong stress. The family situation was emphasized by 31% of the respondents. At least one health disorder was diagnosed in 42% of the respondents. Musculoskeletal disorders (19%), cardiovascular diseases (13%) and respiratory disorders (11%) were most frequently reported. At the same time 76% of respondents assessed their health as rather good and good. The mental health index fell within the average values, but 12% of patients reached the score indicating the risk of serious mental health problems. Most of employees assessed their work ability as rather good and good. **Conclusions:** The data presented show the direction of the activities that need to be undertaken in the workplace, namely prevention of occupational stress, musculo-skeletal, cardiovascular and respiratory disorders, which significantly limit work ability. It is also necessary to implement educational programs in the workplace. Such activities, if organized on a regular basis, bring the best results. Med Pr 2014;65(6):785–797

**Key words:** health, family situation, workers, occupational situation, socio-economic status, diagnosis

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Aleksandra Andysz, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Zakład Psychologii Zdrowia i Pracy, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: andysz@imp.lodz.pl  
Nadesłano: 3 października 2014, zatwierdzono: 22 grudnia 2014

### WSTĘP

W Polsce w czerwcu 2005 r. Rada Ministrów przyjęła Strategię Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013. Jej integralną częścią jest Naro-

dowy Program Zdrowia, który będzie realizowany do 2015 r. Określa on główne kierunki polityki zdrowotnej w naszym kraju i w założeniach ma ogniskować działania rządu i administracji rządowej, organizacji pozarządowych, społeczności lokalnych, a także

samych obywateli wokół podtrzymania szeroko pojmowanego dobrostanu Polaków. W Programie czytamy: „U podstaw koncepcji Narodowego Programu Zdrowia leży zawarta w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) definicja, określająca zdrowie jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności oraz przyjęte międzynarodowe ustalenia, że: zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka oraz bogactwem społeczeństwa” (1, s. 10).

Głównym celem ostatniej edycji Narodowego Programu Zdrowia jest poprawa zdrowia Polaków poprzez:

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów złośliwych i chorób układu oddechowego,
- zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
- zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków,
- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom,
- zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

Wydaje się, że idealnym miejscem realizacji tych celów jest środowisko pracy. Wynika to z kilku względów. Po pierwsze, w środowisku pracy jest łatwy dostęp do odbiorców w wieku produkcyjnym (według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) przeciętne zatrudnienie w I kwartale 2014 r. wyniosło 8185,9 tys. osób<sup>1</sup>) (2). Po drugie, prowadzenie działalności prozdrowotnej w miejscu pracy ma szansę być efektywne, ponieważ stwarza możliwość długofalowego oddziaływania na pracowników. Po trzecie, środowisko pracy bezpośrednio oddziałuje na kondycję fizyczną i psychiczną przebywających w nim ludzi (3–8).

Aktualnie w Polsce, m.in. przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi (IMP), promowana jest idea wielodyscyplinarnej służby medycyny pracy (9). Przed nami jeszcze wiele dyskusji na ten temat, ponieważ konieczne jest zredefiniowanie celów opieki zdrowotnej nad pracującymi (w szczególności ukierunkowania jej na profilaktykę chorób przewlekłych, stanowiących przyczynę przedwczesnej utraty zdolności do pracy) i wprowadzenie zmian legislacyjnych.

W obecnych realiach prawnych możliwe są jednak działania zmierzające do lepszej ochrony zdrowia pracujących w oparciu o dobre rozpoznanie kluczowych problemów, z jakimi zmagają się pracujący Polacy.

Żeby w pełni wykorzystywać wspomniane wcześniej potencjał środowiska pracy jako miejsca, w którym można promować zdrowie i profilaktykę zdrowotną, należy przede wszystkim zdiagnozować aktualną sytuację pracujących. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie takiej diagnozy w oparciu o dane dotyczące sytuacji zawodowej, rodzinnej i zdrowotnej polskich pracowników mieszkających w miastach. W zamierzeniu auterek przedstawione dane mają stanowić uzupełnienie prowadzonej od wielu lat diagnozy społecznej, której wyniki publikowane są co roku w raportach o tej samej nazwie. W artykule przedstawiono odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaka jest sytuacja zawodowa pracujących Polaków, w jakim stopniu są oni zadowoleni z wykonywanej pracy, a w jakim stopniu odczuwają stres zawodowy?
2. Czy polscy pracownicy są usatysfakcjonowani własnym życiem rodzinnym, czy też jest ono dla nich źródłem stresu?
3. Jaki jest stan zdrowia psychicznego i fizycznego pracujących Polaków oraz jak oceniają oni swoją zdolność do pracy?

## MATERIAŁ I METODY

### Charakterystyka grupy badanej

Badania miały charakter przekrojowy. Zostały przeprowadzone na ogólnopolskiej próbie 600 osób aktywnych zawodowo w wieku 19–65 lat. Grupa spełniała kryteria reprezentatywności pod względem płci, wieku i miejsca zamieszkania (z wyłączeniem wsi). Losowania do próby badawczej dokonano w oparciu o bazę PESEL.

W celu zredukowania odchylenia w strukturze próby losowej w stronę osób łatwiej dostępnych (np. osób starszych, kobiet) zastosowano ważenie dostosowujące próbę pod względem cech demograficznych do rozkładu w populacji. Ważę skonstruowano na podstawie danych z „Diagnozy społecznej” z 2009 r. (10). Ważenie obejmowało następujących 5 cech: płeć, grupy wiekowe, wykształcenie (traktowane dychotomicznie: poniżej średniego, średnie i powyżej) oraz wielkość miasta i województwo.

W badaniu nie brały udziału osoby przebywające na urlopie wychowawczym, pobierające zasiłki rentowe i emerytalne ani studiumujące w trybie stacjonarnym.

<sup>1</sup> Bez podmiotów gospodarczych o liczbie pracujących do 9 osób oraz bez rolnictwa indywidualnego, fundacji, stowarzyszeń, partii politycznych, związków zawodowych, organizacji społecznych, organizacji pracodawców, samorządu gospodarczego i zawodowego oraz w działalności związanej z obroną narodową i bezpieczeństwem publicznym.

Badania przeprowadzono w formie wywiadu w domach respondentów. W jednym gospodarstwie domowym przeprowadzono tylko 1 wywiad.

### Metody badawcze

#### Dane społeczno-demograficzne

Część demograficzna kwestionariusza zawierała pytania dotyczące płci, wieku, wykształcenia, stażu pracy, zawodu wyuczonego i wykonywanego, stanowiska, a także pytania pozwalające na ocenę sytuacji zawodowej, rodzinnej i dochodów.

Sytuacja zawodowa badanych została oceniona pod kątem rodzaju wykonywanej pracy, zgodności wykształcenia z wykonywaną pracą, obciążenia pracą (godzinowego i tygodniowego wymiaru czasu pracy), liczby pracodawców w ciągu całej kariery zawodowej i aktualnej liczby pracodawców. Miarą sytuacji zawodowej była także częstość zmieniania miejsca zatrudnienia, incydenty zwolnienia z pracy i aktualna chęć zmiany pracy lub stanowiska. Badanych zapytano również o pracę zmianową.

Pytanie dotyczące sytuacji rodzinnej zawierało kategorie odpowiedzi, z której badany mógł wybrać te odpowiedzi, które najlepiej charakteryzowały jego aktualną sytuację. Opcje odpowiedzi uwzględniały związki partnerskie, wielopokoleniowość rodziny, posiadanie dzieci oraz konieczność utrzymania niepracujących członków rodziny.

Pytanie o dochody dotyczyło ich subiektywnej oceny. Przykładowe odpowiedzi brzmiały: „Moje dochody nie starczą na podstawowe potrzeby” i „Moje dochody są na tyle duże, że mogę żyć bez większych wyrzeczeń i odkładać na przyszłość”.

#### Dane psychometryczne

Do oceny stanu zdrowia psychicznego wykorzystano 28-punktowy Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (General Health Questionnaire-28 – GHQ-28) (11). Pozwala on wyodrębnić z ogólnej populacji osoby, których stan zdrowia psychicznego uległ czasowemu lub długookresowemu załamaniu. Kwestionariusz składa się z 4 skal, z których każda zawiera 7 pytań: (GHQ-A) symptomy somatyczne, (GHQ-B) niepokój, bezsenność; (GHQ-C) zaburzenia funkcjonowania i (GHQ-D) symptomy depresji. Pytania kwestionariusza dotyczą samopoczucia w ciągu minionych kilku tygodni. Badany ma do wyboru 4 odpowiedzi (przykładowo: lepiej niż zwykle, tak samo jak zwykle, gorzej niż zwykle, znacznie gorzej niż zwykle). Właściwości psychometryczne polskiej wersji GHQ-28 są satysfak-

cjonujące. Współczynnik  $\alpha$  Cronbacha dla całego kwestionariusza wyniósł 0,9 i 0,8–0,9 dla poszczególnych podskal. Również trafność kryterialna tej skali jest zadowalająca.

Oceny stanu zdrowia somatycznego dokonano na podstawie ankiety będącej modyfikacją Indeksu Zdolności do Pracy (Work Ability Index) (12) w polskiej adaptacji Pokorskiego (13). Autorki niniejszej publikacji uwzględniły w niej pytania dotyczące zdiagnozowanych chorób i dolegliwości, czas przebywania na zwolnieniach lekarskich w ciągu ostatniego roku, samoocенę ogólnego stanu zdrowia oraz 3 pytania dotyczące zdolności do pracy (ogólnej, umysłowej i fizycznej). Ogólna zdolność do pracy była mierzona na 11-punktowej skali (0 – całkowicie niezdolny(a) do pracy, 10 – najlepsza zdolność do pracy). Zdolność do wysiłku fizycznego i umysłowego była oceniana przez badanych na 5-punktowej skali (1 – bardzo dobra, 5 – bardzo zła).

Ankiety wzbogacono o 2 pytania dotyczące poczucia stresu w życiu zawodowym i rodzinnym, oceniane go na 11-punktowej skali (0 – praca / sytuacja rodzinna w ogóle mnie nie stresuje, 10 – praca / sytuacja rodzinna stresuje tak bardzo, że ledwo sobie z tym radzę). Na podstawie uzyskanych odpowiedzi podzielono badanych na 3 kategorie: a) niezestresowanych pracą / sytuacją rodzinną (wyniki: 0–3 pkt), b) umiarkowanie zestresowanych (wyniki: 4–7 pkt), c) bardzo zestresowanych (wyniki: 8–10 pkt).

Do oceny zadowolenia z wykonywanej pracy zastosowano zmodyfikowany kwestionariusz „Zadowolenie z Pracy” opracowany w Zakładzie Psychologii Pracy IMP przez Makowską (narzędzie powstało w ramach projektu „Opracowanie teoretycznych i metodycznych podstaw programu zwalczania stresu w Policji”) (14). Kwestionariusz składa się z 8 pozycji opisujących główne aspekty pracy – stosunki międzyludzkie, relację zwierzchnik–pracownik, warunki pracy, zakres i ilość obowiązków. Badany ocenia swoje zadowolenie na 6-punktowej skali (6 – bardzo zadowolony, 5 – zadowolony, 4 – raczej zadowolony, 3 – raczej niezadowolony, 2 – niezadowolony, 1 – bardzo niezadowolony). W badaniach walidacyjnych współczynnik  $\alpha$  Cronbacha dla całej skali wyniósł 0,9, a korelacje pozycji z całą skalą – 0,5–0,7.

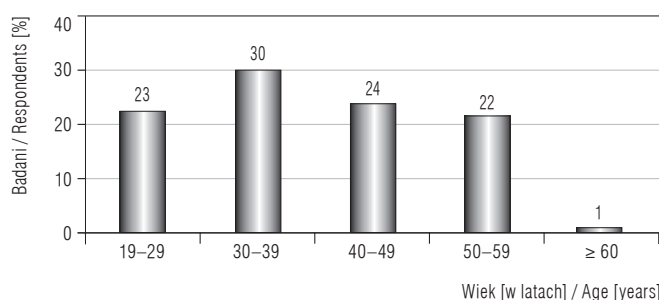
Zadowolenie z życia rodzinnego autorki niniejszej publikacji zmierzyły za pomocą polskiej wersji skali Family APGAR (15). Zawiera ona 5 twierdzeń określających zadowolenie z różnych aspektów funkcjonowania rodziny. Badany odnosi się do nich, mając do wyboru następujące opcje odpowiedzi: prawie zawsze, czasami

i prawie nigdy. Do analiz wybrano 3 twierdzenia skali, dotyczące wsparcia ze strony rodziny, sposobu reagowania w rodzinie na wzajemne emocje i sposobu spędzania czasu.

## WYNIKI

### Charakterystyka demograficzna grupy

W grupie badanej 52% respondentów stanowili mężczyźni, a 48% – kobiety. Średni wiek badanych wyniósł 39,5 lat (SD (standard deviation – odchylenie standardowe) = 11). Strukturę wiekową badanej grupy przedstawia rycina 1.



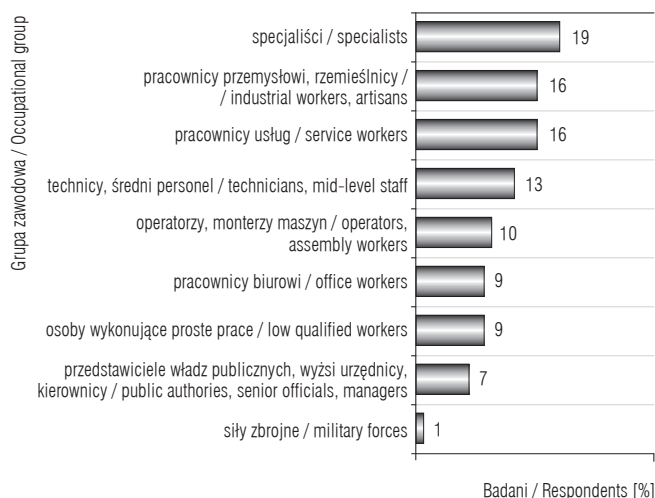
Ryc. 1. Struktura wieku w badanej grupie (N = 600)  
Fig. 1. Age structure in the study group (N = 600)

Struktura miejsca zamieszkania w grupie była zgodna z estymacjami zaczerpniętymi z „Diagnozy społecznej” z 2009 r. (10). W grupie badanej znalazło się 19% mieszkańców małych miast (do 20 tys.), 29% mieszkańców średnich miast (20–100 tys.) i 52% mieszkańców dużych miast (powyżej 100 tys. mieszkańców, w tym 21% osób zamieszkujących aglomeracje powyżej 500 tys. mieszkańców). Największy odsetek badanych legitymował się wykształceniem średnim (42%), następnie wyższym magisterskim (25%), zasadniczym zawodowym (21%), licencjackim (8%) i podstawowym (4%).

### Sytuacja zawodowa

Na podstawie zadeklarowanego przez respondentów wykonywanego zawodu i stanowiska pracy przypisano ich do tzw. wielkich grup zawodowych, zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (16). Jedynie grupa rolników, ogrodników, leśników i rybaków nie miała swojej reprezentacji, co wynikało z przyjętej strategii doboru grupy. Informacje o reprezentacji pozostałych grup zawiera rycina 2.

Prawie 54% respondentów wykonywało pracę zgodną ze swoim wykształceniem, natomiast niezgod-



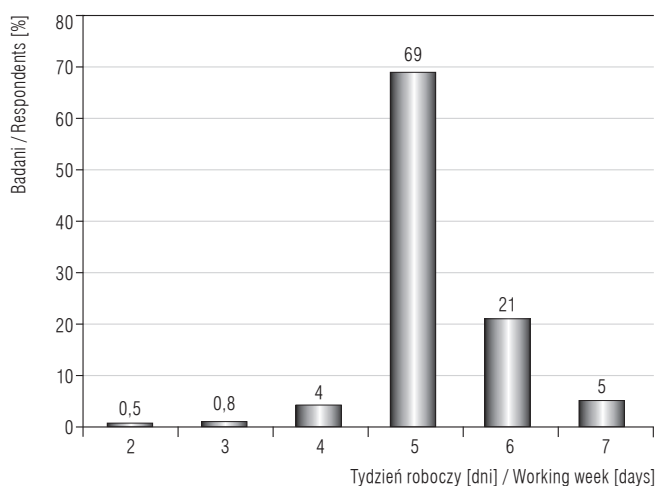
Ryc. 2. Reprezentanci tzw. wielkich grup zawodowych w grupie badanej  
Fig. 2. The representatives of major occupational groups in the study group

ną – 33%. W przypadku 13% badanych nie można było dokonać klasyfikacji, ponieważ mieli wyłącznie wykształcenie podstawowe lub średnie ogólnokształcące.

Średni staż pracy w głównym miejscu zatrudnienia respondentów wyniósł 9,5 roku (SD = 9,4) i wahał się w zakresie od roku do 42 lat.

Zdecydowana większość badanych (88%) pracowała w pełnym wymiarze czasu pracy, a tylko 70 osób (11%) w wymiarze niepełnym.

Także większość badanych (68%) pracowała do 8 godzin dziennie, a nieco ponad 9% z nich – więcej niż 10 godzin. Podobny odsetek respondentów (69%) pracował 5 dni w tygodniu, ale aż u 26% badanych tydzień roboczy trwał 6 lub 7 dni (ryc. 3).



Ryc. 3. Długość tygodnia roboczego w grupie badanej  
Fig. 3. The working week length in the study group



U tego samego pracodawcy od początku kariery zawodowej pracowało 30% badanych. Podstawowe powody, dla których pozostałe 70% zmieniano pracę, przedstawia tabela 1. W czasie, w którym przeprowadzono badanie, jednego pracodawcę miało 92% respondentów, pozostali łączyli pracę u jednego pracodawcy z własną działalnością gospodarczą lub pracą dorywczą, albo pracowali dla więcej niż jednego pracodawcy.

Blisko 40% pracujących chciało zmienić swoją obecną pracę na inną. Mniej więcej tyle samo osób (37%) deklarowało chęć zmiany działu lub stanowiska.

Pracę w systemie zmianowym wykonywało 37% badanych.

### Sytuacja ekonomiczna

Swoją sytuację ekonomiczną najgorzej oceniali pracownicy zatrudnieni przy pracach prostych (tab. 2). Aż 60% z nich nie miała poczucia bezpieczeństwa ekonomicz-

nego nawet w tak krótkiej perspektywie, jaką jest miesiąc. Na czele listy dobrobytu materialnego znaleźli się przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kadra kierownicza – 42% z nich było w stanie oszczędzać i żyć bez większych wyrzeczeń. Podobna sytuacja dotyczyła 31% specjalistów.

### Zadowolenie z pracy i stres zawodowy

Większość badanych była zadowolona ze swojej pracy. Wyraża to wysoki odsetek osób uznających, że poszczególne aspekty wykonywanej pracy były dla nich źródłem satysfakcji. Wyjątkiem od reguły jest zadowolenie z wynagrodzenia. Niemal połowa badanych (42%) przyznała, że wysokość wynagrodzenia była niesatysfakcjonująca (ryc. 4).

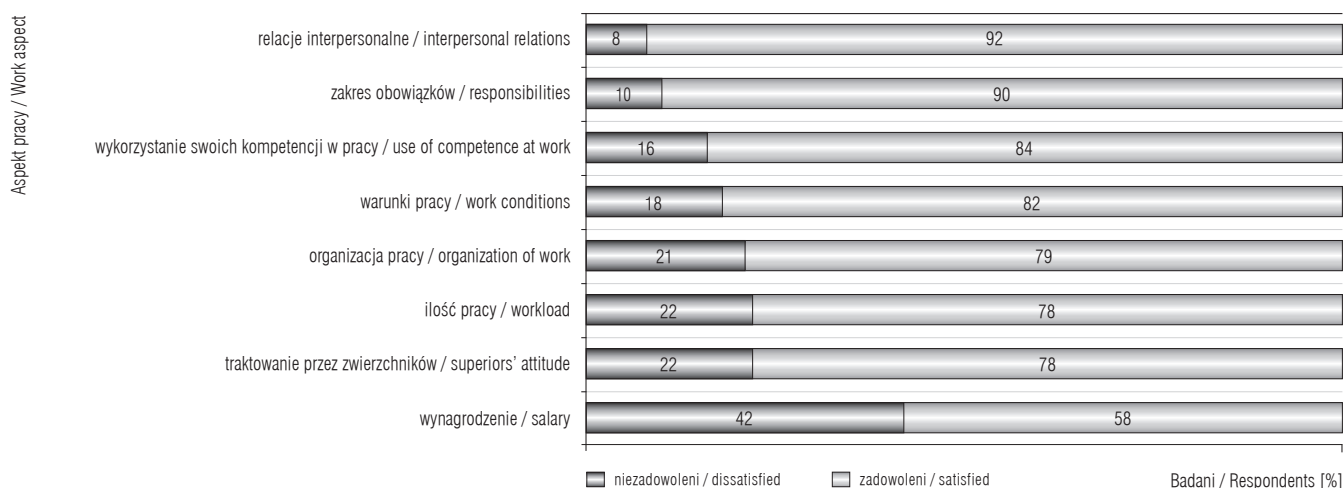
Stres związany z pracą odczuwało 59% badanych pracowników, a 15% z nich określało go jako silny.

**Tabela 1.** Powody zmiany pracy oraz przeciętna liczba zmian pracy  
**Table 1.** Reasons for job changes and the average number of job changes

Zmiana pracy Job change	Respondenci Respondents (N = 422)		
	n (%)	M±SD	min.–maks. / max
Z własnej woli / Voluntarily	314 (74)	2,6±1,7	1–10
Z powodu zwolnienia / Due to being laid off	33 (8)	1,6±0,9	1–5
Z własnej woli i/lub z powodu zwolnienia / Voluntarily and/or due to being laid off	73 (17)	2,4±1,7 <sup>a</sup> 1,2±0,5 <sup>b</sup>	1–9 <sup>a</sup> 1–3 <sup>b</sup>
Brak danych / Missing data	2 (1)	–	–

SD – odchylenie standardowe / standard deviation, M – mean / średnia, min. – wartość minimalna / minimal value, maks. – wartość maksymalna / max – maximal value.

<sup>a</sup> Zmiana pracy z własnej woli / voluntarily job change, <sup>b</sup> zmiana pracy z powodu zwolnienia / job change due to being laid off.



**Ryc. 4.** Respondenci niezadowoleni i zadowoleni z różnych aspektów pracy  
**Fig. 4.** Respondents dissatisfied and satisfied with various aspects of work

**Tabela 2.** Odpowiedzi na pytanie o subiektywną ocenę dochodów w poszczególnych grupach zawodowych  
**Table 2.** Responses to the question about the subjective perception of income in different occupational groups

	Respondenci (N = 600) [n (%)]									
	przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy public authorities senior officials, and managers (N = 46, 8%)	specjaliści specialists (N = 125, 21%)	technicy i inny średni personel technicians, mid-level staff (N = 89*, 15%)	pracownicy biurowi office workers (N = 29, 5%)	pracownicy usług i sprzedawcy service workers and sellers (N = 106, 18%)	pracownicy przemysłowi i rzemieślnicy industrial workers and artisans (N = 110, 18%)	operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń operators, assembly workers (N = 62, 10%)	pracownicy przy pracach prostych low qualified workers (N = 28, 5%)	sily zbrojne military forces (N = 4, 1%)	
Dochody badanych Respondents' incomes										
Nie starczą na podstawowe potrzeby / Not sufficient for basic needs	1 (2)	3 (2)	5 (6)	1 (3)	8 (8)	6 (5)	4 (6)	4 (14)	-	
Wystarczają jedynie na podstawowe potrzeby / Sufficient only for basic needs	6 (13)	24 (19)	30 (34)	11 (38)	40 (38)	39 (35)	25 (40)	13 (46)	1 (25)	
Pozwalają na realizację bieżących potrzeb bez martwienia się czy wystarczy pieniędzy do końca miesiąca / Sufficient for meeting current needs without having to worry whether it will be enough until the end of the month	20 (43)	59 (47)	35 (39)	11 (38)	47 (44)	54 (49)	23 (37)	9 (32)	2 (50)	
Pozwalają na czynienie drobnych oszczędności na nieplanowane wydatki w przyszłości / Allowing for savings on unplanned expenses in the future	15 (33)	31 (25)	15 (17)	5 (17)	10 (9)	9 (8)	6 (10)	2 (7)	1 (25)	
Są na tyle duże, że mogą żyć bez większych wyrzeczeń i odkładać na przyszłość / High enough that I can live without major sacrifices and put off for the future	4 (9)	8 (6)	4 (5)	1 (3)	1 (1)	2 (2)	4 (6)	-	-	

\* Brak danych dotyczących 1 osoby (1%) / Missing data of 1 person (1%).

### Zadowolenie z rodziny i stres życia rodzinnego

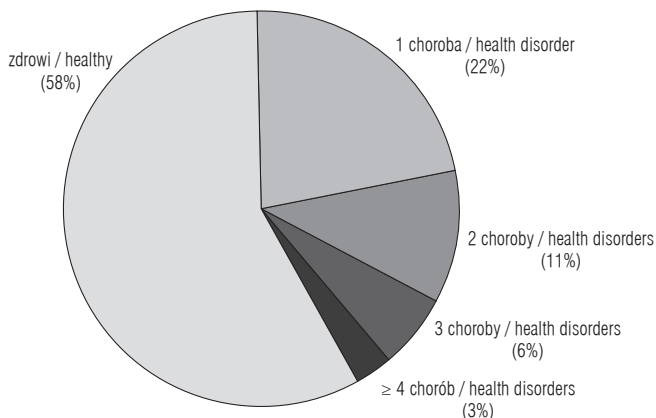
Nieliczni respondenci odczuwali deficyt w zakresie pomocy, wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny czy sposobu spędzania z nią czasu (tab. 3). Mimo wysokich wskaźników zadowolenia z funkcjonowania rodziny 25% badanych było umiarkowanie zestresowanych własną sytuacją rodzinną, a 6% deklarowało odczuwanie silnego stresu rodzinnego.

### Zdrowie somatyczne, psychiczne i subiektywna ocena zdolności do pracy

Ponad połowa badanych (58%) była zdrowa, a u 3% zdiagnozowano przynajmniej 4 choroby (ryc. 5).

Choroby najczęściej diagnozowane w grupie dotyczyły układu mięśniowo-szkieletowego (19%), układu krążenia (13%) i układu oddechowego (11%). Do zdiagnozowanego zaburzenia zdrowia psychicznego przystąpiło 4,5% respondentów (tab. 4).

Zgodnie z normami GHQ-28 dla populacji osób pracujących średnia z wyników (tab. 5) mieściła się w gra-



Ryc. 5. Choroby somatyczne zdiagnozowane w badanej grupie  
Fig. 5. Somatic diseases diagnosed in the study group

nicach wyników przeciętnych (5. sten). Aż 12% badanych uzyskało wyniki wysokie (tab. 6), które wskazują na ryzyko wystąpienia istotnych klinicznie zaburzeń w stanie zdrowia psychicznego.

Tabela 3. Odpowiedzi badanych na wybrane twierdzenia ze Skali Funkcjonowania Rodziny – APGAR  
Table 3. Respondents' answers to selected items from the Family APGAR Scale

Twierdzenie Item	Respondenci Respondents (N = 600) [n (%)]		
	prawie zawsze almost always	czasem sometimes	prawie nigdy almost never
Jestem zadowolony(a) z pomocy, jaką otrzymuję od mojej rodziny, kiedy czasami mam kłopoty / / I am satisfied with the support that I receive from my family when I have troubles sometimes	439 (73)	138 (23)	23 (4)
Jestem zadowolony(a) ze sposobu, w jaki moja rodzina wyraża uczucia i reaguje na moje stany emocjonalne, takie jak złość, smutek i miłość / I am satisfied with the way in which my family expresses emotions and react to my emotional states like anger, sadness and love	358 (64)	195 (33)	20 (3)
Jestem zadowolony(a) ze sposobu spędzania czasu w rodzinie / I am satisfied with the way of spending time in the family	463 (77)	131 (22)	6 (1)

Tabela 4. Choroby zdiagnozowane w badanej populacji  
Table 4. Diseases diagnosed in the study group

Kategoria zaburzeń zdrowia Category of health disorder	Respondenci Respondents (N = 600) [n (%)]
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego / Musculoskeletal system disorders	112 (19)
Choroby układu krążenia / Cardiovascular diseases	80 (13)
Choroby układu oddechowego / Respiratory system disorders	63 (11)
Choroby układu pokarmowego / Gastrointestinal disorders	54 (9)
Choroby skóry / Skin diseases	50 (8)

**Tabela 4.** Choroby zdiagnozowane w badanej populacji – cd.  
**Table 4.** Diseases diagnosed in the study group – cont.

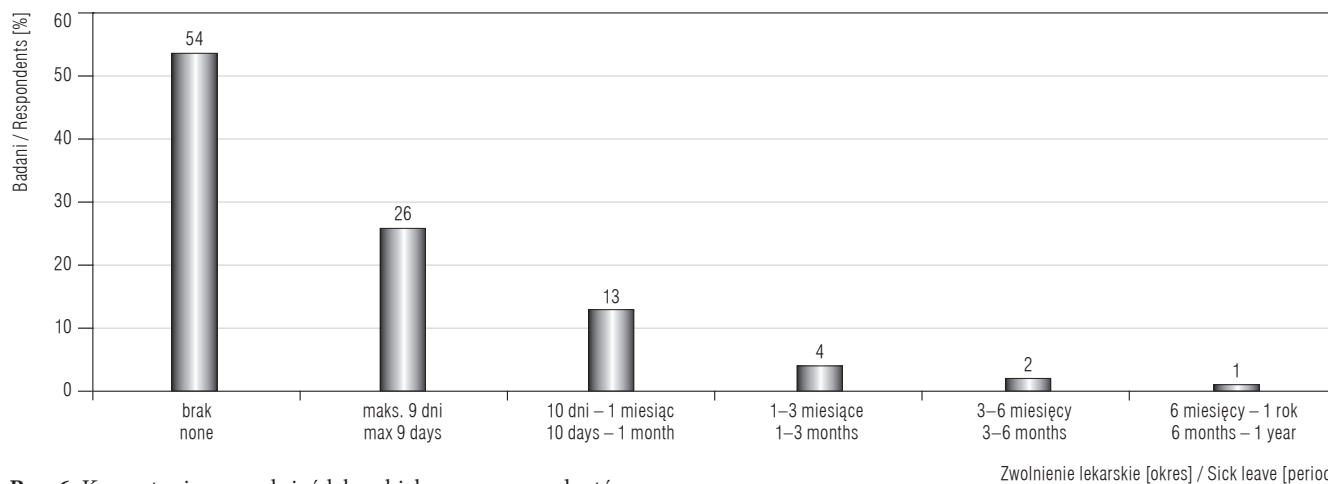
Kategoria zaburzeń zdrowia Category of health disorder	Respondenci Respondents (N = 600) [n (%)]
Choroby endokrynologiczne i przemiany materii / Endocrine and metabolic system disorders	46 (8,0)
Choroby układu moczowo-płciowego / Genitourinary system disorders	27 (5,0)
Zaburzenia zdrowia psychicznego (depresja, zaburzenia lękowe, nerwica, zaburzenia snu) / Mental health disorders (depression, anxiety disorders, sleep disorders)	23 (4,0)
Choroby krwi i układu krzepnięcia / Blood and coagulation system disorders	13 (2,0)
Inne dolegliwości / Other disorders	9 (2,0)
Choroby neurologiczne / Neurological disorders	5 (0,8)
Choroba nowotworowa / Cancer	4 (0,7)
Zaburzenia zdrowia psychicznego (stany psychotyczne, schizofrenia) / Mental health disorders (psychosis, shizophrenia)	3 (0,5)

**Tabela 5.** Stan zdrowia psychicznego w badanej populacji na podstawie wyników 28-punktowego Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28)

**Table 5.** Mental health status of the study group based on the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) scores

Skala GHQ-28 GHQ-28 scale	Zdrowie psychiczne Mental health	
	M±SD	min.–maks. min.–max
Symptomy somatyczne / Somatic symptoms	5,0±2,8	0–16
Niepokój, bezsenność / Anxiety, insomnia	5,0±3,9	0–21
Zaburzenia funkcjonowania / Social disfunction	6,9±1,7	0–16
Objawy depresji / Symptoms of depression	1,0±2,2	0–16
Ogółem / Total	18,5±8,8	0–67

Skróty jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.



**Ryc. 6.** Korzystanie ze zwolnień lekarskich przez respondentów  
**Fig. 6.** Use of sick leave by respondents

Zwolnienie lekarskie [okres] / Sick leave [period]



**Tabela 6.** Wyniki 28-punktowego Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) według norm stenowych  
**Table 6.** The results of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) by sten scores

Wynik GHQ-28 GHQ-28 score [sten]	Respondenci Respondents (N = 600) [n (%)]
<b>Niski / Low</b>	
1	20 (3,0)
2	73 (12,0)
3	61 (10,0)
4	129 (22,0)
ogółem / total	283 (47,0)
<b>Przeciętny / Average</b>	
5	142 (24,0)
6	106 (18,0)
ogółem / total	248 (41,0)
<b>Wysoki / High</b>	
7	45 (8,0)
8	13 (2,0)
9	8 (1,3)
10	3 (0,5)
ogółem / total	69 (12,0)

W ciągu 2 lat poprzedzających badanie hospitalizowanych było 4,5% respondentów. Większość badanych (54%) nie korzystała ze zwolnień lekarskich

w ciągu ostatniego roku od daty badania. Wśród tych, którzy ze zwolnień korzystali, najliczniejszą grupę (26%) stanowiły osoby, których łączna liczba dni nieobecności w pracy z tytułu własnej choroby nie przekraczała 9 dni. Ze zwolnień lekarskich o łącznym czasie trwania powyżej 1 miesiąca korzystało 7% respondentów (ryc. 6).

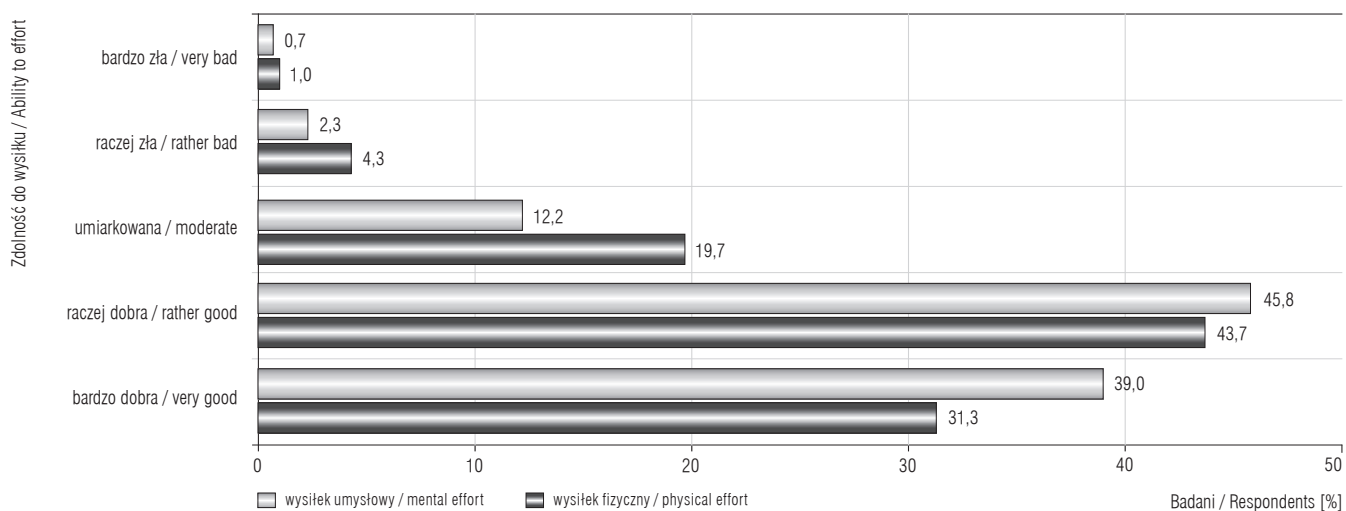
Wśród respondentów 76% osób oceniło swoje zdrowie jako dobre lub raczej dobre, 20% jako umiarkowane, a 4% jako raczej złe. Żadna z badanych osób nie oceniła swojego stanu zdrowia jako bardzo złe.

Średni wskaźnik ogólnej zdolności do pracy wyniósł 8 (na 10-punktowej skali). Podobnie było w przypadku zdolności do wysiłku umysłowego (ryc. 7). Większość badanych oceniała swoją zdolność do wysiłku umysłowego i fizycznego w pracy jako raczej dobrą i bardzo dobrą, przy czym zdolność do wysiłku umysłowego była oceniana istotnie lepiej niż zdolność do wysiłku fizycznego (test Wilcoxon,  $p < 0,001$ ).

## OMÓWIENIE

Z przedstawionych wyników wyłania się obraz sytuacji zawodowej, rodzinnej i zdrowotnej polskiego pracownika.

Respondentów zapytano, jaka jest sytuacja zawodowa pracujących Polaków. Nieco ponad połowa zbadanych pracowników wykonywała pracę w wyuczonym zawodzie, natomiast aż 1/3 respondentów – pracę niezgodną ze zdobytym wykształceniem. Badań poświęconych tematyce związku wykształcenia z sytuacją zawodową jest niewiele. Wyjątek stanowi badanie



**Ryc. 7.** Subiektywna ocena zdolności do wysiłku umysłowego i fizycznego wymaganego w pracy  
**Fig. 7.** Subjective assessment of the ability to mental and physical effort at work

internetowe, zrealizowane przez firmę Sedlak & Sedlak w 2013 r. (17). Uczestniczyło w nim 1042 respondentów, w którym większość stanowiły kobiety. Wykonywanie pracy zgodnej z kierunkiem kształcenia zadeklarowało 55% badanych, a więc odsetek zbliżony do uzyskanego w niniejszym badaniu. Ponadto w badaniu Sedlak & Sedlak wykazano, że zgodność pracy z profilem wykształcenia jest typowa głównie dla stanowisk specjalistów i wiąże się z lepszymi dochodami. Im niżej pracownik znajduje się w hierarchii pracowniczej, tym mniejsze prawdopodobieństwo, że wykonuje pracę zgodną z wyuczonym zawodem.

Relacje między wyborem ścieżki kariery a sytuacją zawodową zawiera także raport GUS-u z 2013 r. (18). Osoby, które nigdy nie podjęły pracy w wyuczonym zawodzie, zapytano o powody takiego stanu. Respondenci najczęściej wymieniali brak pracy w wyuczonym zawodzie (44%), lepsze warunki finansowe związane z innym rodzajem pracy (33%), brak zainteresowania pracą w wyuczonym zawodzie (13%) oraz zdobycie pracy, która w większym stopniu niż praca zgodna z kierunkiem wykształcenia realizowała osobiste potrzeby (11%).

Wyniki niniejszych i cytowanych badań, z jednej strony, wskazują, że pracodawcy potrzebują pracowników o innych kompetencjach zawodowych niż zdobywane w procesie formalnego kształcenia. Z drugiej strony, pokazują także duży potencjał adaptacyjny polskich pracowników, którzy decydują się na pracę niezgodną z wykształceniem. Czasem wynika to z konieczności, ale czasem jest świadomym wyborem pracy lepiej odpowiadającej aspiracjom finansowym i rozwojowym respondentów.

Analiza danych otrzymanych w ramach niniejszego badania pokazała, że w Polsce odsetek osób świadczących pracę dla więcej niż jednego pracodawcy lub łączących pracę etatową z własną działalnością gospodarczą oraz pracujących dłużej niż przewidują obowiązujące regulacje prawne jest większy niż w innych krajach europejskich. Łączenie zatrudnienia pracowniczego, niepracowniczego i samozatrudnienia określane jest mianem zatrudnienia hybrydowego i dotyczy głównie osób wysoko wykwalifikowanych, z umiejętnościami zawodowymi, na które jest duży popyt. Takie osoby określane są mianem pracowników portfolio (16).

Zgodnie z raportem Eurostatu w Europie w 2010 r. w ten sposób zatrudnionych było około 4% pracowników, a Polska z 7% pracowników zatrudnianych w ten sposób znajdowała się na trzecim miejscu (po Danii i Szwecji) (19). Wynik dotyczący odsetka pracowników, którzy wykonują pracę dla więcej niż jednego pracodawcy lub

łączą pracę etatową z własną działalnością gospodarczą, uzyskany w niniejszej pracy (8%) jest bardzo zbliżony do danych z oficjalnych statystyk Unii Europejskiej.

Pracownicy portfolio pracują z reguły dłużej, niż wynosi norma czasu pracy, ale to samo zjawisko obserwuje się również u osób wykonujących prace dla jednego pracodawcy. Uczestnicy naszego badania pracowali średnio przez 5,2 dnia w tygodniu, a 9% z nich deklарowało, że pracuje 10 godzin dziennie. Uzyskane wyniki korespondują z danymi z badań siły roboczej (Labour Force Survey – LFS) prowadzonych cyklicznie we wszystkich krajach Europy (w Polsce znanych pod nazwą Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności – BAEL) (20). W porównaniu z mieszkańcami starej Unii Polak pracuje w tygodniu więcej o ok. 3,4 godziny.

Niniejsze badanie potwierdza nikły udział w rynku pracy osób zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy (11%). W tym względzie polskie wskaźniki są jednymi z najniższych w Europie (20). Można powiedzieć, że Polak pracuje na pełen etat lub wcale. Najprawdopodobniej wynika to z przyczyn ekonomicznych – w przeciwieństwie do krajów skandynawskich, Francji czy Niemiec – praca w niepełnym wymiarze czasu nie gwarantuje w Polsce finansowego zabezpieczenia podstawowych potrzeb życiowych.

Struktura wiekowa badanej grupy odzwierciedlała niską stopę zatrudnienia osób w wieku 60+, których udział w badanej grupie wyniósł nieco ponad 1%. Jest to utrzymujący się problem polskiego społeczeństwa, które od lat boryka się z niskim poziomem aktywności zawodowej osób starszych. „Diagnoza społeczna 2011” pokazała, że w tamtym czasie w Polsce pracowało 18% mężczyzn i 7% kobiet w wieku 60+ (21). Osoby te pracowały, ponieważ ich zatrudnienie było stabilne, miały zapewnioną dużą samodzielność i pracę zgodną z umiejętnościami, otrzymywały odpowiednie wynagrodzenie i były wolne od napięć i stresu. Jednym z decydujących czynników podtrzymywania aktywności zawodowej osób starszych okazało się wyższe wykształcenie.

Świadczy to dobitnie, że promocja zatrudnienia osób w wieku 60+ w Polsce opiera się głównie na deklaracjach. Nie stoją za nimi rozwiązania realnie pozwalające na kontynuowanie pracy. Jednocześnie minimalne na polskim rynku pracy są szanse starszych robotników niewykwalifikowanych.

Kondycja ekonomiczna badanych wiązała się z wykształceniem i zajmowanym stanowiskiem. Najlepiej oceniali ją przedstawiciele władz i kadra kierownicza, następnie specjaliści, a najgorzej – pracownicy niewykwalifikowani, wykonujący proste prace.

Autorki niniejszej publikacji zapytały o zadowolenie z pracy i stres zawodowy. Podobnie jak w analizach Centrum Badania Opinii Społecznej z 2006 r. (22) najbardziej problematyczną kwestią było wynagrodzenie. Z kolei najwyższe wskaźniki zadowolenia dotyczyły jakości relacji ze współpracownikami i możliwości wykorzystania w pracy własnego potencjału. Większość respondentów zmieniała pracę z własnej woli. Na podstawie danych możemy uznać, że badani byli generalnie zadowoleni ze swojej pracy.

Bycie zadowolonym z pracy nie wykluczało doświadczenia stresu zawodowego. W niniejszym badaniu towarzyszył on ponad połowie respondentów. Na szczególną uwagę zwraca niemały odsetek osób odczuwających silny stres zawodowy (15%). U takich osób istnieje realne ryzyko rozwoju okresowych zaburzeń zdrowia.

Kolejne pytanie postawione w niniejszym badaniu dotyczyło tego, w jakim stopniu polscy pracownicy mieszkający w miastach są zadowoleni ze swojego życia rodzinnego i w jakim stopniu są nim zestresowani. Większość badanych była zadowolona ze wsparcia ze strony rodziny i sposobu spędzania z nią czasu. Nieco mniejsza grupa, ale nadal znacząca, deklarowała zadowolenie z emocjonalnego klimatu panującego w rodzinie. Sytuacja rodzinna rzadziej niż praca zawodowa stanowiła dla badanych źródło stresu. Dla większości z nich była ona istotnym zasobem pozwalającym na lepsze funkcjonowanie w świecie.

Autorki niniejszej publikacji interesował stan zdrowia pracujących Polaków i ich zdolność do pracy. W badaniu uzyskano 4 wskaźniki stanu zdrowia – 2 mówiące o stanie zdrowia psychicznego (wyniki GHQ-28 i zdiagnozowane przez lekarza zaburzenia zdrowia psychicznego w deklaracji badanych) oraz 2 wskaźniki stanu zdrowia somatycznego (liczba chorób zdiagnozowanych przez lekarza i subiektywna ocena stanu zdrowia w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku).

Częstość występowania chorób w badanej populacji pracujących była porównywalna z zachorowalnością w europejskiej populacji ogólnej (23). Wiodąca okazała się znana triada przyczyn niezdolności do pracy – choroby układu krążenia, choroby układu mięśniowo-szkieletowego i układu oddechowego. To, czym wyniki niniejszego badania różnią się od wyników populacji generalnej, to kolejność chorób w tym niechlubnym rankingu – na pierwszym miejscu znalazły się choroby układu mięśniowo-szkieletowego, następnie choroby układu krążenia i choroby układu oddechowego.

Jednocześnie w porównaniu z danymi uzyskanymi w polskim badaniu „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej” (EZOP) (24) zaobserwowano niższą niż w populacji generalnej częstość występowania nowotworów (25) oraz mniej wskazań dotyczących zaburzeń psychicznych i problemów ze zdrowiem psychicznym, zdiagnozowanych przez lekarza. Jednocześnie jednak niniejsze badanie za pomocą Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia wykazało, że aż 12% respondentów deklaruje częste występowanie u nich objawów świadczących o złym stanie zdrowia psychicznego. Oznacza to, że 12% badanej populacji było zagrożone wystąpieniem poważnych zaburzeń.

Uzyskane wskaźniki subiektywnej zdolności do pracy należy uznać za dobre. Dobrą albo bardzo dobrą zdolność do wysiłku umysłowego zadeklarowało prawie 85% badanych, a bardzo dobrą zdolność do wysiłku fizycznego – 75% respondentów. Należy jednak zwrócić uwagę, że badana populacja była relatywnie młoda – odsetek osób w wieku 60+ wyniósł w niej zaledwie 1%. Generalnie zdolność do podejmowania w pracy wysiłku intelektualnego była lepiej oceniana niż zdolność do podejmowania wysiłku fizycznego. Biorąc ten wynik pod uwagę i odwołując się do związku aktywności zawodowej z wiekiem pracowników, można przypuszczać, że w Polsce nikt nie jest prawdopodobieństwem pozostania w zatrudnieniu do okresu emerytalnego osób wykonujących ciężką lub umiarkowaną ciężką pracę fizyczną.

Do ograniczeń prezentowanych wyników należy przekrojowy charakter badania. Ponadto pokazano rozkłady procentowe i średnie mierzonych zmiennych. Taki sposób prezentacji wyników obrazuje tendencje w obrębie poszczególnych zjawisk, a nie wewnętrzne relacje między nimi. Dane zostały przeanalizowane pod kątem całej grupy badanej, nie była kontrolowana przynależność do grupy zawodowej. Dalsza analiza kondycji zawodowej pracujących Polaków powinna dotyczyć poszczególnych grup zawodowych i porównań między nimi.

## WNIOSKI

Przedstawione dane wskazują, że pracujący Polacy – mimo doświadczenia stresu zawodowego, wysokich ilościowych i jakościowych wymagań pracy oraz stałej konieczności dostosowywania się do zmian na rynku pracy – generalnie dobrze oceniają swoją zdolność do pracy, szczególnie pod względem utrzymania zdol-

ności do wysiłku intelektualnego. Jednocześnie u nieco ponad 42% respondentów zdiagnozowano choroby somatyczne o długotrwałym przebiegu, wśród których dominowały choroby układu krążenia, mięśniowo-szkieletowego i oddechowego.

Mimo optymistycznej samooceny zdolności do pracy prezentowanej przez respondentów tak wysoki odsetek występowania chorób somatycznych w populacji pracujących jest alarmujący, jeśli weźmie się pod uwagę, że w badanej grupie było jedynie 23% starszych pracowników (50+), a wśród nich tylko 1,3% osób w wieku 60+. Oznacza to, że problemy zdrowotne zaczynają się pojawiać w relatywnie wczesnych stadiach kariery zawodowej oraz mogą determinować efektywność pracownika i jego szanse na utrzymanie się w zatrudnieniu.

Wydaje się, że na przestrzeni ostatnich lat pracujący Polacy stają się bardziej zadowoleni z różnych aspektów życia, deklarują mniejszy stres, ale jednocześnie nie stają się zdrowsi. Mimo intensywnej promocji zdrowego stylu życia w mediach przeciętny Polak rzadko podejmuje systematyczną aktywność fizyczną, dba o właściwą dietę czy bada się profilaktycznie. Jednocześnie ponad 80% badanych Polaków uważa się za osoby troszczące się o własne zdrowie (26). Niespójność codziennej praktyki z deklaracjami jest wyraźna, jeśli spojrzeć na nią przez pryzmat stanu zdrowia populacji. Powstaje więc pytanie, co zrobić, żeby ten stan zmienić.

Wspomniane najczęstsze problemy zdrowotne polskich pracowników mają źródło w braku wiedzy oraz motywacji do dbania o siebie i inwestowania w zdrowie. Z punktu widzenia profilaktyki chorób, o których wiemy, że istotnie ograniczają zdolność do pracy, a także ze względu na potrzebę promocji zdrowia konieczne jest więc wdrażanie w miejscach pracy programów nastawionych na edukowanie, promowanie mody na zdrowy styl życia, budowanie pozytywnego klimatu wokół zachowań prozdrowotnych i motywujących do nich. Niezwykle ważne jest, żeby programy te uwzględniały ekonomiczne i czasowe możliwości poszczególnych grup pracowników i żeby nie zniechęcały ekskluzywnością. Jak pokazują doświadczenia, tego typu interwencje, jeśli są cykliczne, przynoszą najlepsze efekty i pochłaniają zdecydowanie mniej środków niż koszty leczenia i rehabilitacji.

## PIŚMIENNICTWO

1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2005, s. 10

2. Generalny Urząd Statystyczny: Zatrudnienie i wynagrodzenie w gospodarce krajowej w I kwartale 2014. GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, Warszawa 2014
3. Heikkilä K., Nyberg S.T., Theorell T., Fransson E.I., Alfredsson L., Bjorner J.B. i wsp.: Work stress and risk of cancer: Meta-analysis of 5700 incident cancer events in 116 000 European men and women. *BMJ* 2013;346, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f165>
4. Nyberg S.T., Fransson E.I., Heikkilä K., Alfredsson L., Casini A., Clays E. i wsp.: Job strain and cardiovascular disease risk factors: Meta-analysis of individual-participant data from 47,000 men and women. *PloS ONE* 2013;8(6):e67323, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0067323>
5. Nixon A.E., Mazzola J.J., Bauer J., Krueger J.R., Spector P.E.: Can work make you sick? A meta-analysis of the relationships between job stressors and physical symptoms. *Work Stress* 2011;25(1):1–22, <http://dx.doi.org/10.1080/02678373.2011.569175>
6. Stansfeld S., Candy B.: Psychosocial work environment and mental health – A meta-analytic review. *Scand. J. Work Environ. Health* 2006;32(6):443–462, <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.1050>
7. Ijaz S., Verbeek J., Seidler A., Lindbohm M.L., Ojajärvi A., Orsini N. i wsp.: Night-shift work and breast cancer – A systematic review and meta-analysis. *Scand. J. Work Environ. Health* 2013;39(5):431–447, <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.3371>
8. Punnett L., Wegman D.H.: Work-related musculoskeletal disorders: The epidemiologic evidence and the debate. *J. Electromyogr. Kinesiol.* 2004;14(1):13–23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jelekin.2003.09.015>
9. Walusiak-Skorupa J.: Zasady dobrej praktyki w opiece profilaktycznej nad pracownikiem – nasza przyszłość. *Pr. Zdr.* 2012;9:40–41
10. Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009
11. Makowska Z., Merecz D.: Polska adaptacja kwestionariuszy ogólnego stanu zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28. W: Dudek B. [red.]. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników Kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2001, ss. 191–264
12. Tuomi K., Ilmarinen J., Jahkola A., Katajarinne L., Tulkki A.: Work Ability Index. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki 1998
13. Pokorski J.: Indeks zdolności do pracy – polska adaptacja. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1998



14. Dudek B., Merecz D., Makowska Z., Mościcka A.: Opracowanie teoretycznych i metodycznych podstaw programu zwalczania stresu w Policji [niepublikowany raport z badań]
15. Smilkstein G., Ashworth C., Montano D.: Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J. Fam. Practice* 1982;15(2):303–311
16. Polska Klasyfikacja Działalności [cytowany 20 września 2014]. Adres: <http://www.klasyfikacje.gofin.pl/pkd/4,0.html>
17. Jabłońska G., Kapusta E., Sedlak & Sedlak: Wykształcenie a praca zawodowa Polaków – podsumowanie badania Sedlak & Sedlak [cytowany 20 września 2014]. Adres: <http://www.rynekpracy.pl/artukul.php/wpis.638>
18. Główny Urząd Statystyczny: Wybory ścieżki kształcenia a sytuacja zawodowa Polaków. GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa 2013
19. Lipińska-Grobelny A.: Pracownik portfolio – analiza współczesnej wieloetatowości. *Organ Kier.* 2013;2:133–143
20. EU labour force survey – Metodology [cytowany 20 września 2014]. Eurostat. Adres: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU\\_labour\\_force\\_survey\\_-\\_methodology](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_labour_force_survey_-_methodology)
21. Abramowska-Kmon A., Kotowska I.E., Panek T.: Osoby starsze w społeczeństwie. W: Kotowska I.E. [red.]. *Rynek pracy i wykluczenie społeczne w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2011.* Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2012, ss. 92–96
22. Centrum Badań Opinii Społecznej: Zadowolenie z pracy i jej oceny. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2013, raport nr: BS/10/2013
23. Harbers M.M., Achterberg P.W.: Information, indicators and data on the prevalence of chronic diseases in the European Union. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Bilthoven 2012
24. Moskalewicz J., Wciórka J., Kiejna A., Wojtyniak B.: Podsumowanie – rozpowszechnienie, bariery i rekomendacje. W: Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. [red.]. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”.* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012, ss. 267–277
25. Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J., Rosso S., Coebergh J.W.W., Comber H. i wsp.: Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur. J. Cancer* 2013;49(6):1374–1403, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2012.12.027>
26. Centrum Badań Opinii Społecznej: Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2012, raport nr: BS/110/2912