

Zuzanna Szubert
Wojciech Sobala

ABSENCJA CHOROBY W PRZEDSIĘBIORSTWIE PO RESTRUKTURYZACJI*

SICKNESS ABSENCE AMONG WORKERS EMPLOYED IN A RESTRUCTURED ENTERPRISE

Z Zakładu Epidemiologii Środowiskowej
Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
Kierownik zakładu: prof. dr hab. N. Szeszenia-Dąbrowska

STRESZCZENIE Przekształcenia własnościowe i restrukturyzacyjne w naszym kraju, jak również sytuacja na rynku pracy nie pozostają bez wpływu na wskaźniki obrazujące sytuację zdrowotną pracowników, w tym również na czasową niezdolność do pracy poprzedzającą orzeczenie o przejściu na rentę z tytułu niezdolności do pracy.

Celem analizy jest określenie zmian w wielkości i przyczynach absencji chorobowej pracowników w okresie po przeprowadzonej restrukturyzacji w przedsiębiorstwie. Badanie przeprowadzono w jednym z wielkich zakładów pracy przemysłu środków transportu w okresie jego transformacji gospodarczej (1989–1994), którym objęto 8588 pracowników oraz w okresie po restrukturyzacji (1997–1999), którym objęto 2702 pracowników. W okresie po restrukturyzacji załoga zakładu została odmłodzona – udział pracowników powyżej 50 roku życia zmniejszył się prawie o połowę. Analizę oparto na wskaźniku absencji chorobowej obliczonym jako stosunek liczby dni niezdolności do pracy w danym okresie do liczby osobodni w tym okresie.

W badanym zakładzie pracy absencja chorobowa ogółem w latach 1997–1999 zmniejszyła się w stosunku do lat 1989–1994 średnio o 33% wśród kobiet i o 25% wśród mężczyzn. Wzrost absencji odnotowano jednak w następujących schorzeniach: zaburzenia psychiczne (3-krotny wzrost absencji mężczyzn), choroby układu mięśniowo-kostnego (wzrost o 54% absencji mężczyzn i o 43% absencji kobiet), zaburzenia wydzielania wewnętrznego (wzrost 3-krotny absencji kobiet). W okresie po restrukturyzacji wystąpiły znaczne zmiany w strukturze absencji według przyczyn chorobowych. I tak, znacznie zmniejszył się udział chorób układu oddechowego i układu krążenia w absencji chorobowej mężczyzn i kobiet, a blisko 3-krotnie zmniejszył się udział powikłań ciąży, porodu i położu w absencji kobiet. Ponadto wystąpił ponad 2-krotny wzrost udziału chorób układu kostno-mięśniowego w absencji mężczyzn i kobiet oraz wzrost odsetka absencji z powodu zaburzeń psychicznych – u mężczyzn z 3% do 12%, u kobiet z 4% do 7%.

Zaobserwowane zmiany w absencji chorobowej wynikają głównie ze zmian w wielkości i strukturze zatrudnienia w restrukturyzowanym przedsiębiorstwie i związanych z nimi zmian organizacyjnych wywołujących sytuacje stresowe wśród pracowników, nasilające się szczególnie wobec zagrożenia bezrobociem. Med. Pr. 2003; 54 (1): 9–15

SŁOWA KLUCZOWE: absencja chorobowa, restrukturyzacja przedsiębiorstwa

ABSTRACT Ownership and restructuring transformations that are taking now place in Poland, as well as the situation on the labor market have their impact on the indicators, which illustrate the workers' health situation, including temporary work disability preceding the issue of the certification granting the disability pension.

The aim of this analysis was to identify the changes in the extent and causes of sickness absence among workers after restructuring.

The study was carried out in one of the largest transport industry enterprises during the years of its restructuring (1984–1994), covering 8588 workers, and after its restructuring (1997–1999), covering 2702 workers. Following the restructuring, the enterprise's staff was rejuvenated so that the number of workers aged over 50 years decreased by almost fifty percent. The analysis was based on the sickness absence rate calculated as the ratio between the number of days of work disability in a given period of time and the number of person-days in the same period.

In 1997–1999, a 33% decrease in sickness absence among women and a 25% decrease among men were observed in the study enterprise as compared with the period of 1989–1994. However, the enhanced absence was also found due to the following diseases: mental disorders (a threefold increase in men); diseases of the musculoskeletal system (by 54% in men and by 43% in women); endocrine, nutritional and metabolic diseases and immunity disorders (a threefold increase in women).

Following the restructuring, considerable changes in the sickness absence structure, by causes of diseases, were revealed. A substantial decrease in the share of male and female absence due to diseases of the respiratory and circulatory systems and almost threefold decrease in complications of pregnancy, childbirth and the puerperium in women were noted. In addition, over twofold increase in male and female sickness absence due to diseases of the musculoskeletal system, and lower but significant increase due to mental pathologies (from 3 to 12% in males and from 4 to 7% in women) were recorded.

The changes observed in sickness absence result mainly from the changes in the magnitude and structure of employment in the restructured enterprise and related organizational modifications, which arise stressogenic situations among workers, more intensified at risk of unemployment. Med Pr 2003; 54 (1): 9–15

KEY WORDS: sickness absence, economic transition

Otrzymano: 10.01.2003
Zatwierdzono: 31.01.2003

Adres autorów: Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, e-mail: zuzanna@imp.lodz.pl

WSTĘP

Przemiany społeczno-gospodarcze w okresie transformacji w naszym kraju stawiają przed wielkimi przedsiębiorstwami wymóg dokonania przekształceń własnościowych i restrukturyzacyjnych. Przeobrażenia te, jak również sytuacja na rynku pracy, nie pozostają bez wpływu na wskaźniki obrazujące sytuację zdrowotną pracowników, wśród których istotne miejs-

ce zajmuje absencja chorobowa, czyli czasowa niezdolność do pracy, poprzedzająca orzeczenie o przejściu na rentę z tytułu niezdolności do pracy.

Absencja chorobowa jest parametrem, który, jak wykazały liczne badania, ulega wpływowi czynników pozazdrowotnych, wśród których należy wymienić cechy demograficzne badanej populacji, organizacyjne warunki pracy, czynniki społeczne i ekonomiczne, a także co jest bardzo istotne, funkcjonujący w danym kraju system ubezpieczeń i zabezpie-

* Praca wykonana w ramach zadania finansowanego z dotacji na działalność statutową nr IMP 10.1 „Zmiany w przyczynach niezdolności do pracy po restrukturyzacji (na przykładzie przedsiębiorstwa przemysłu motoryzacyjnego)”. Kierownik zadania: dr Z. Szubert.

czeń socjalnych (1,2). W okresie przeobrażeń gospodarczych w Polsce, zwłaszcza zmian dokonujących się w sferze zatrudnienia pracowników, wpływ tych czynników nabral znaczenia, w szczególności w sytuacji narastającej liczby pracowników, ubiegających się o świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.

Absencja chorobowa, jako zjawisko uwarunkowane wieloprzyczynowo, stanowi przedmiot licznych interdyscyplinarnych badań w wielu krajach świata. Prowadzone w Polsce badania i analizy wykazały odrębność występujących w naszym kraju uwarunkowań kształtowania się absencji chorobowej, zarówno w skali globalnej jak i wybranych przedsiębiorstw (3-9). Jednakże aktualnie, ze względu na brak systematycznych analiz absencji chorobowej w skali kraju, nie ma żadnych możliwości porównania wielkości absencji chorobowej w Polsce z innymi krajami. Na podstawie danych z lat 80. możemy jedynie stwierdzić, że absencja w Polsce kształtowała się na znacznie niższym poziomie niż w Niemczech, Holandii, Włoszech czy też w Szwecji (10).

Opracowywane analizy (5,6,11) wykazywały wzrost absencji chorobowej i wypadkowej w Polsce w latach 1990-1994 o ok. 40%. Największy przyrost niezdolności do pracy w okresie pięcioletnim wystąpił wśród mężczyzn i kobiet w wieku 40-49 lat oraz u mężczyzn w wieku 50-59 lat. Wzrost ten dotyczył głównie chorób układu mięśniowo-kostnego (81%), a w szczególności takich patologii, jak: dyskopatie, zwyrodnienia stawów kręgosłupa i zwyrodnienia kostno-stawowe, stanowiących łącznie 60% absencji całej grupy. W chorobach kobiecych i powikłaniach ciąży wzrost absencji wśród kobiet wyniósł 71%. Wysoki przyrost absencji odnotowano również w tym okresie w nowotworach - 67% oraz w chorobach obwodowego układu nerwowego - 69% (z powodu chorób korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych - 85%).

Celem analizy jest określenie zmian w wielkości i przyczynach absencji chorobowej pracowników w okresie po przeprowadzonej restrukturyzacji w przedsiębiorstwie. Wskazanie tych zmian pozwoli określić wpływ procesów transformacyjnych na kształtowanie się tego zjawiska w przyszłości, gdyż nadal postępujące procesy restrukturyzacyjne w wielu przedsiębiorstwach będą mieć istotne znaczenie w kształtowaniu się czasowej i długotrwałej niezdolności pracowników do pracy, której skutkiem są obciążenia ekonomiczne zarówno pracodawców, jak i funduszu ubezpieczeń społecznych.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w jednym dużym zakładzie środków transportu. W latach 1989-1994 zakład ten podlegał procesowi transformacji gospodarczej i w tym to okresie przeprowadzono pierwsze badanie absencji chorobowej (12,13). Drugie badanie przeprowadzono w tym zakładzie w latach 1997-1999, tj. po przeprowadzonej restrukturyzacji. Zakład jest zlokalizowany w małym mieście na obszarze objętym w latach 90. strukturalnym bezrobociem. W 1997 r.,

w okresie początkowym drugiego badania liczba zatrudnionych pracowników wynosiła 2669 osób i w 1998 r. uległa zmniejszeniu do 2301 osób, a w 1999 r. - do 2077 osób. W końcu roku 1999, w wyniku podziału w zakładzie macierzystym pozostało ok. 500 pracowników, a ok. 900 osób przeszło do nowego prywatnego pracodawcy.

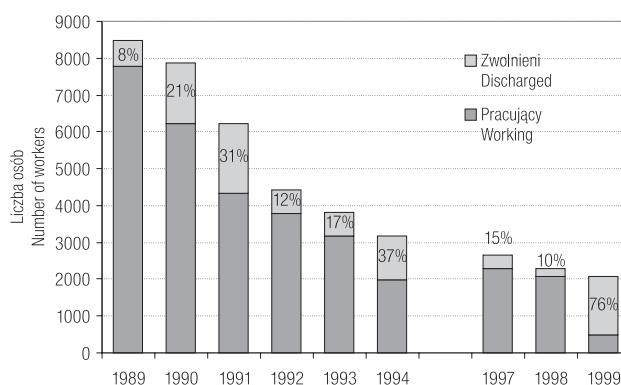
Materiał empiryczny został zebrany na Indywidualnych Kartach Absencji Chorobowej założonych dla wszystkich pracowników objętych badaniem. W karcie absencji rejestrowano każdy przypadek niezdolności do pracy pracownika w danym roku, datę rozpoczęcia i zakończenia zwolnienia oraz numer statystyczny choroby. Dla pracowników zwolnionych w objętym badaniem okresie odnotowano wszystkie zwolnienia chorobowe do momentu odejścia danej osoby z pracy. W karcie tej notowane były również dane personalne każdego badanego pracownika, tj. wiek, płeć, data rozpoczęcia pracy, miejsce zatrudnienia w zakładzie, wydział, dział, stanowisko lub zawód wykonywany, a dla pracowników odchodzących z zatrudnienia odnotowano również powód odejścia z pracy.

Analizę czasowej niezdolności do pracy pracowników oparto na wskaźniku absencji chorobowej, obliczanym jako stosunek liczby dni niezdolności do pracy w danym okresie do liczby osobodni w tym okresie. Przyjęta metoda obliczania wskaźników pozwoliła uwzględnić w analizie zarówno pracowników pracujących, jak i zwolnionych, niezależnie od okresu ich zatrudnienia w ciągu roku.

Analiza czasowej niezdolności do pracy przeprowadzona została dla wszystkich patologii łącznie (absencja chorobowa ogółem) oraz dla poszczególnych grup chorobowych, zgodnie z MKChUiPZ - rewizja IX. Poziom absencji chorobowej mierzony wskaźnikiem absencji obliczono dla całego badanego okresu 1997-1999 w porównaniu z okresem 1989-1994.

WYNIKI

Badanie przeprowadzone w latach 1997-1999 objęło 2702 pracowników co oznaczało, że w stosunku do okresu



Ryc. 1. Pracownicy pracujący i zwolnieni w latach 1989-1999.

Fig. 1. The population of employed and discharged workers in 1989-1999.

1989-1994 nastąpiła dalsza redukcja zatrudnienia – zarówno w pierwszym, jak i w drugim badaniu liczba pracowników ulegała systematycznemu zmniejszeniu (ryc. 1). Analiza rozkładu badanej populacji według wieku wskazuje, że w okresie po restrukturyzacji załoga zakładu wyraźnie została odmłodzona, tzn. zmniejszył się o ponad połowę udział osób powyżej 50 roku życia. Wśród mężczyzn nie zmienił się prawie udział osób w wieku 30-39 lat, natomiast wśród kobiet udział tej grupy wieku zmniejszył się w strukturze zatrudnienia. Znacznie zmniejszył się również udział kobiet młodych, tj. w wieku 20-29 lat, podczas gdy udział mężczyzn w tym wieku zwiększył się. Po restrukturyzacji obserwuje się ponadto znaczny wzrost udziału w zatrudnieniu osób w wieku 40-49 lat – z 28% do 46% (tab. I).

W badanym zakładzie pracy absencja chorobowa ogółem w okresie 1997-1999 zmniejszyła się w stosunku do okresu 1989-1994 średnio o 33% wśród kobiet i o 25% wśród mężczyzn (tab. II i III). Stosunkowo największy spadek absencji wśród mężczyzn odnosił się do nowotworów, chorób zakaźnych i zaburzeń wydzielania wewnętrznego (po ok. 70% w każdej grupie) oraz chorób układu krążenia i chorób układu oddechowego (po ok. 50%). Wśród kobiet natomiast największy spadek wystąpił w absencji z powodu powikłań ciąży (o ok. 80%), a także podobnie jak u mężczyzn, z powodu chorób układu krążenia i układu oddechowego. Mimo znacznego spadku absencji chorobowej ogółem, odnotowano jej wzrost w następujących grupach schorzeń:

- zaburzenia psychiczne – 3-krotny wśród mężczyzn,
- choroby układu mięśniowo-kostnego – o 54% u mężczyzn i 43% u kobiet,
- zaburzenia wydzielania wewnętrznego – blisko 3-krotny wśród kobiet.

Zmniejszenie absencji chorobowej ogółem po restrukturyzacji w przedsiębiorstwie było znacznie zróżnicowane w zależności od płci i wieku pracowników. I tak, w analizowanych okresach spadek absencji chorobowej kobiet (ogółem wyniósł 33%) dotyczył wszystkich grup wiekowych, lecz stosunkowo największy był wśród kobiet najmłodszych

i wynosił ok. 42%. W tej grupie kobiet zmniejszenie absencji dotyczyło głównie powikłań ciąży, chorób układu moczowo-płciowego i układu trawiennego, bowiem w takich grupach, jak zaburzenia psychiczne, choroby układu nerwowego, krążenia, czy układu mięśniowo-kostnego wystąpił znaczny, niekiedy nawet kilkakrotny wzrost absencji. Znaczny spadek absencji chorobowej (o 37%) wystąpił również wśród kobiet powyżej 50 roku życia i dotyczył on niemalże wszystkich grup schorzeń (z wyjątkiem aż 2-krotnego wzrostu absencji z powodu nerwic, psychoz i zaburzeń psychicznych oraz niewielkiego wzrostu absencji z powodu chorób skóry i chorób układu kostno-mięśniowego) (tab. II).

Spadek absencji chorobowej mężczyzn w okresie po restrukturyzacji dotyczył w największym stopniu najstarszej grupy wieku (o 48%) i odnosił się prawie do wszystkich grup schorzeń (z wyjątkiem chorób krwi oraz zaburzeń psychicznych), a w szczególności dotyczył chorób układu krążenia (spadek o blisko 70%). W najmłodszej grupie wieku wśród mężczyzn wystąpił wzrost czasowej niezdolności do pracy (o ponad 25%), który dotyczył następujących grup schorzeń: nowotworów (wzrost 5-krotny), nerwic i zaburzeń psychicznych (wzrost blisko 8-krotny), chorób układu mięśniowo-kostnego (ponad 8-krotny). Należy ponadto zwrócić uwagę, że 3-krotny wzrost absencji spowodowanej zaburzeniami psychicznymi wśród mężczyzn odnosił się do wszystkich grup wieku i wykazywał tendencję malejącą wraz z wiekiem: od 8-krotnego wzrostu w najmłodszej grupie wieku do 61% wzrostu w grupie najstarszej. Występujący wśród mężczyzn wzrost absencji z powodu chorób układu mięśniowo-kostnego wykazywał również tendencję malejącą wraz z wiekiem, a w najstarszej grupie wieku wystąpił nawet spadek absencji z tego powodu (tab. III).

W okresie po restrukturyzacji, wraz ze zmniejszaniem się ogólnego poziomu absencji chorobowej wystąpiły również, w stosunku do jej początkowego okresu, znaczne zmiany w strukturze według przyczyn chorobowych absencji. Przede wszystkim znacznie zmniejszył się udział chorób układu oddechowego: w absencji chorobowej mężczyzn

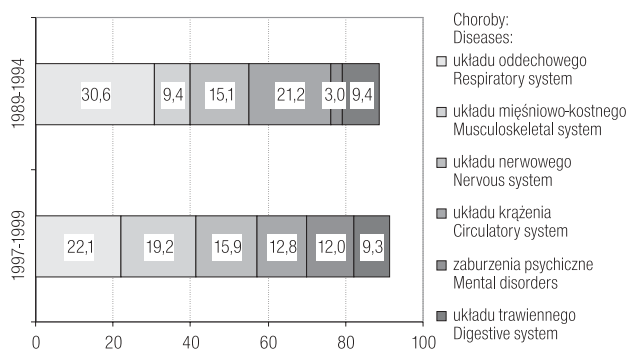
Tabela I. Badana populacja w latach 1989-1994 i 1997-1999 według płci i wieku

Table I. The population examined in the years 1989-1994 and 1997-1999 by age and gender

Wiek Age	Mężczyźni Male				Kobiety Female				Razem Total			
	1989-1994		1997-1999		1989-1994		1997-1999		1989-1994		1997-1999	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
-19	66	1,2	4	0,2	5	0,2	2	0,2	71	0,8	6	0,2
20-29	665	12,4	371	20,8	424	13,2	53	5,8	1089	12,7	424	15,7
30-39	1187	22,1	413	23,1	889	27,6	203	22,2	2076	24,2	616	22,8
40-49	1373	25,6	716	40,0	1038	32,3	524	57,3	2411	28,1	1240	45,9
50-59	1775	33,1	262	14,7	817	25,4	133	14,5	2592	30,2	395	14,6
60-	307	5,7	21	1,2	42	1,3	-	-	349	4,0	21	0,8
Ogółem Total	5373	100,0	1787	100,0	3215	100,0	915	100,0	8588	100,0	2702	100,0

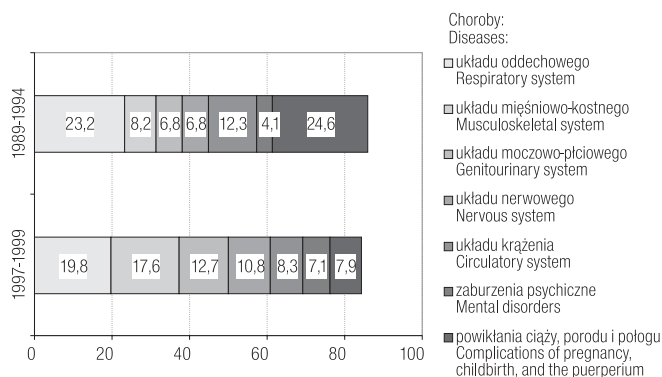
Tabela II. Wskaźniki absencji chorobowej kobiet w latach 1989–1994 i 1997–1999 według przyczyn orzeczeń w grupach wieku
Table II. The female sickness absence rate in the period 1989–1994 and 1997–1999 by medical causes in the age groups

Lp. Order no.	Powód orzeczenia Causes of absence (code according to ICD-9)	20–29		30–39		40–49		50–		Total	
		1989– 1994	1997– 1999	1989– 1994	1997– 1999	1989– 1994	1997– 1999	1989– 1994	1997– 1999	1989– 1994	1997– 1999
1	Choroby zakaźne i pasożytnicze (001–139) Infectious and parasitic diseases	0,08	0,12	0,06	0,18	0,12	0,12	0,09	-	0,09	0,12
2	Nowotwory (140–239) Neoplasms	-	-	0,08	0,03	0,24	0,19	0,45	-	0,17	0,12
3	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (240–279) Endocrine, nutritional and metabolic diseases and immunity disorders	0,02	-	0,03	0,24	0,11	0,18	0,09	0,03	0,06	0,17
4	Choroby krwi i narządów krwiotwórczych (280–289) Diseases of the blood forming organs	0,03	0,08	0,07	0,03	0,12	0,10	0,06	-	0,08	0,07
5	Nerwice, psychozy i inne zaburzenia psychiczne (290–319) Mental disorders	0,27	0,91	0,35	0,43	0,33	0,25	0,34	0,69	0,33	0,37
6	Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów (320–389) Diseases of the nervous system and sense organs	0,38	0,82	0,52	0,16	0,58	0,78	0,67	0,17	0,54	0,57
7	Choroby układu krążenia (390–459) Diseases of the circulatory system	0,07	0,17	0,38	0,25	1,35	0,40	2,94	1,27	0,98	0,44
8	Choroby układu oddechowego (460–519) Diseases of the respiratory system	1,57	1,31	1,75	0,98	2,03	0,99	1,96	1,33	1,85	1,04
9	Choroby układu trawiennego (520–579) Diseases of the digestive system	0,37	0,09	0,43	0,20	0,51	0,34	0,72	0,29	0,48	0,29
10	Choroby układu moczowo-płciowego (580–629) Diseases of the genitourinary system	0,62	0,17	0,44	0,85	0,55	0,67	0,66	0,47	0,54	0,67
11	Powikłania ciąży, porodu i pokoju (630–676) Complications of pregnancy, Childbirth, and connective perium	7,74	1,69	1,85	1,29	0,24	0,04	-	-	1,96	0,43
12	Choroby skóry (680–709) Diseases of the skin	0,07	-	0,13	-	0,18	0,08	0,13	0,18	0,14	0,07
13	Choroby układu mięśniowo-kostnego (710–739) Diseases of the musculoskeletal system	0,08	1,28	0,37	0,74	0,88	0,84	1,49	1,71	0,65	0,93
14	Inne choroby nie wymienione (740–799) Other diseases	0,02	-	0,04	-	0,14	-	0,16	-	0,09	0,01
15	Choroby ogółem (001–799) All diseases	11,32	6,62	6,50	5,37	7,39	4,99	9,74	6,13	7,96	5,30



Ryc. 2. Główne przyczyny absencji chorobowej mężczyzn w 1989–1994 i 1997–1999.

Fig. 2. The main causes of male sickness absence in the years 1989–1994 and 1997–1999.



Ryc. 3. Główne przyczyny absencji chorobowej kobiet w 1989–1994 i 1997–1999.

Fig. 3. The main causes of female sickness absence in the years 1989–1994 and 1997–1999.

Tabela III. Wskaźniki absencji chorobowej mężczyzn w latach 1989–1994 i 1997–1999 według przyczyn orzeczeń w grupach wieku
Table III. The male sickness absence rate in the period 1989–1994 and 1997–1999 by medical causes in the age groups

Lp. Order no.	Powód orzeczenia Causes of absence (code according to ICD-9)	20–29		30–39		40–49		50–		Total	
		1989– 1994	1997– 1999	1989– 1994	1997– 1999	1989– 1994	1997– 1999	1989– 1994	1997– 1999	1989– 1994	1997– 1999
1	Choroby zakaźne i pasożytnicze (001–139) Infectious and parasitic diseases	0,08	0,02	0,07	0,12	0,16	–	0,32	0,07	0,17	0,05
2	Nowotwory (140–239) Neoplasms	0,02	0,10	0,02	–	0,05	–	0,22	–	0,08	0,02
3	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (240–279) Endocrine, nutritional and metabolic diseases and immunity disorders	0,02	–	0,04	–	0,08	0,04	0,08	0,11	0,06	0,02
4	Choroby krwi i narządów krwiotwórczych (280–289) Diseases of the blood forming organs	0,01	–	–	–	–	–	0,02	0,16	0,01	0,02
5	Nerwice, psychozy i inne zaburzenia psychiczne (290–319) Mental disorders	0,15	1,22	0,22	0,48	0,20	0,36	0,13	0,21	0,18	0,54
6	Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów (320–389) Diseases of the nervous system and sense organs	1,02	0,93	0,89	0,83	0,98	0,62	0,81	0,47	0,90	0,72
7	Choroby układu krążenia (390–459) Diseases of the circulatory system	0,21	0,24	0,33	0,34	1,36	0,79	2,78	0,85	1,27	0,58
8	Choroby układu oddechowego (460–519) Diseases of the respiratory system	2,07	1,37	1,72	0,83	1,80	0,90	1,93	1,02	1,83	0,99
9	Choroby układu trawiennego (520–579) Diseases of the digestive system	0,45	0,45	0,51	0,49	0,61	0,35	0,66	0,22	0,56	0,42
10	Choroby układu moczowo-płciowego (580–629) Diseases of the genitourinary system	0,12	0,23	0,12	0,12	0,10	0,12	0,20	0,47	0,14	0,16
11	Choroby skóry (680–709) Diseases of the skin	0,12	0,08	0,18	0,11	0,17	0,11	0,10	–	0,15	0,10
12	Choroby układu mięśniowo-kostnego (710–739) Diseases of the musculoskeletal system	0,11	0,94	0,31	0,90	0,66	0,84	0,95	0,77	0,56	0,86
13	Inne choroby nie wymienione (740–799) Other diseases	0,03	–	0,06	–	0,09	0,07	0,16	–	0,07	0,02
14	Choroby ogółem (001–799) All diseases	4,39	5,57	4,46	4,22	6,26	4,20	8,36	4,36	5,98	4,50

– z 32% do 22%, w absencji chorobowej kobiet – z 23% do 20%. Podobnie zmniejszył się udział chorób układu krążenia: w absencji chorobowej mężczyzn z 21% do 13%, w absencji kobiet z 12% do 8%. Ponadto w okresie po restrukturyzacji obserwuje się blisko 3-krotne zmniejszenie udziału powikłań ciąży, porodu i położu w absencji chorobowej kobiet. Zwraca również uwagę ponad 2-krotny wzrost udziału

u mężczyzn

1. Choroby układu oddechowego (22,0%)
2. Choroby układu mięśniowo-kostnego (19,1%)
3. Choroby układu nerwowego (16,0%)
4. Choroby układu krążenia (12,9%)
5. Zaburzenia psychiczne (12,0%)
6. Choroby ukł. trawiennego (9,3%)

chorób układu mięśniowo-kostnego zarówno w absencji mężczyzn, jak i kobiet oraz wzrost odsetka absencji z powodu nerwic, psychoz i zaburzeń psychicznych – u mężczyzn z 3% do 12%, u kobiet z 4% do 7%.

Po restrukturyzacji w badanym zakładzie pracy główne przyczyny absencji chorobowej kształtowały się następująco (ryc. 2 i 3):

u kobiet

1. Choroby układu oddechowego (19,6%)
2. Choroby układu mięśniowo-kostnego (17,5%)
3. Choroby układu moczowo-płciowego (12,6%)
4. Choroby ukł. nerwowego (10,8%)
5. Choroby układu krążenia (8,3%)
6. Powikłania ciąży, porodu i położu (8,1%)
7. Zaburzenia psychiczne (7,0%)

PODSUMOWANIE

Przeprowadzona analiza absencji chorobowej pracowników restrukturyzowanego przedsiębiorstwa wykazała, że w momencie rozpoczęcia przekształceń własnościowych absencja chorobowa pracowników wzrastała utrzymując się na wysokim poziomie przez cały okres restrukturyzacji. Obserwowany wzrost absencji chorobowej w latach 1989–1994 wynosił ponad 20% (14). W okresie po restrukturyzacji w latach 1997–1999 absencja chorobowa uległa zmniejszeniu w stosunku do okresu 1989–1994 średnio o 25% wśród mężczyzn i o 33% wśród kobiet. Sytuacja ta związana była przede wszystkim ze zmianami w wielkości i strukturze zatrudnienia w tym zakładzie. Otóż w ostatnim badanym roku okresu transformacji (1994) stan zatrudnienia wyniósł 37% w stosunku do roku wyjściowego (1989). Ponadto w momencie podjęcia procesu restrukturyzacji grupa pracowników w wieku 50 lat i więcej, tj. pracowników z najwyższym ryzykiem niezdolności do pracy wynosiła wśród mężczyzn 49%, wśród kobiet 26%. W okresie 1997–1999 po restrukturyzacji załoga zakładu została odmłodzona w porównaniu z okresem 1989–1994 – udział pracowników powyżej 50 roku życia zmniejszył się prawie o połowę. Po restrukturyzacji zaobserwowano ponadto prawie 2-krotny wzrost udziału w zatrudnieniu osób w wieku 40–49 lat. Wskazane zależności należy odnieść do badań fińskich, które wykazały podobny związek absencji ze zmniejszaniem zatrudnienia i redukcją godzin pracy w okresie recesji gospodarczej (15). Efekt tzw. downsizing był zależny od rozkładu pracowników według wieku. Szczegółowe badania tego problemu wykazały, że w okresie ekonomicznej recesji główną rolę w kształtowaniu przyszłej absencji chorobowej odgrywają psychosocjologiczne charakterystyki pracy (16).

Przedstawione zmiany w strukturze zatrudnienia wpłynęły na zmianę zależności absencji chorobowej od wieku, która w wielu analizach wskazywała na silny wzrost absencji chorobowej wraz z wiekiem (11,14,17). W okresie po restrukturyzacji absencja chorobowa zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet wykazuje bardzo wyrównany poziom w poszczególnych grupach wieku, nieco wyższy w najmłodszej i najstarszej grupie wieku. Trudno jednak ocenić stabilność wskazanych relacji, bowiem jest to zbyt krótki okres po burzliwych przemianach restrukturyzacyjnych w przedsiębiorstwie. Jednakże tak głębokie zmiany organizacyjne, połączone z masowymi zwolnieniami (wobec ogólnego bezrobocia na rynku pracy), wywołują sytuację stresową wśród pracowników, która sprzyja powstawaniu początkowo krótkotrwałej, następnie długotrwałej absencji chorobowej, a niejednokrotnie sprzyja powstawaniu inwalidztwa (18–25).

W przeprowadzonym badaniu w latach 1997–1999, mimo spadku absencji chorobowej ogółem, po restrukturyzacji ujawnił się wzrost absencji z powodu następujących schorzeń: zaburzeń psychicznych, chorób układu mięśniowo-kostnego, zaburzeń wydzielania wewnętrznego. Wystąpiły dość decydujące zmiany również w strukturze absencji chorobowej: znacznie zmniejszył się udział chorób układu oddecho-

wego i układu krążenia w absencji chorobowej mężczyzn i kobiet, jak również blisko 3-krotnie zmniejszył się udział powikłań ciąży, porodu i położu w absencji kobiet. Zaobserwowano natomiast ponad 2-krotny wzrost udziału chorób układu mięśniowo-kostnego w absencji mężczyzn i kobiet oraz wzrost odsetka absencji z powodu nerwic, psychoz i innych zaburzeń psychicznych – u mężczyzn 4-krotny, u kobiet blisko 2-krotny, co może stanowić potwierdzenie omawianych procesów w tym przedsiębiorstwie.

Poziom absencji chorobowej w przedsiębiorstwie jest determinowany wielkością niezdolności do pracy poszczególnych grup pracowników, a mianowicie grupy odchodzących z zatrudnienia z przyczyn zdrowotnych, odchodzących z innych przyczyn oraz grupy pracowników nadal pracujących. Są to bowiem grupy o różnym ryzyku absencji (12). Zatem porównanie niezdolności do pracy tych grup pracowników po dokonanej już restrukturyzacji będzie przedmiotem dalszych analiz absencji w tym przedsiębiorstwie.

PIŚMIENNICTWO

1. Taylor P.J.: Aspects of sickness absence. W: Ward-Gardner A. [red.]. Current Approaches to Occupational Medicine. Wyd. Wright J and Sons Ltd., Bristol 1979.
2. Szeszenia-Dąbrowska N.: Z rozważań nad teorią absencji chorobowej. *Zdrow. Publiczne* 1973; 6: 521–524.
3. Szubert Z., Szeszenia-Dąbrowska N., Kaczmarek T.: Zmiany w obrazie zachorowalności i chorobowości na podstawie absencji analizowanej w okresie 20-letnim. *Med. Pr.* 1991; 3: 179–183.
4. Szubert Z., Wilczyńska U.: Absencja chorobowa jako miernik stanu zdrowia w grupach osób długo i często chorujących. *Med. Pr.* 1991; 5: 361–366.
5. Szubert Z., Szeszenia-Dąbrowska N.: Czasowa niezdolność do pracy w Polsce – analiza przyczyn chorobowych w latach 1985–1994. *Med. Pr.* 1995; 6: 595–602.
6. Szubert Z., Szadkowska-Stańczyk I., Sobala W.: Wybrane choroby kręgosłupa i rdzenia kręgowego jako przyczyna czasowej niezdolności do pracy. *Med. Pr.* 1996; 6: 597–604.
7. Szubert Z., Sobala W.: Niektóre uwarunkowania zawodowe niezdolności do pracy. *Med. Pr.* 1999; 1: 43–50.
8. Szubert Z., Makowiec-Dąbrowska T., Sobala W.: Zdrowotne przyczyny absencji chorobowej pracowników zatrudnionych w różnych warunkach środowiska pracy. *Med. Pr.* 1999; 2: 89–118.
9. Andryszek Cz.: Absencja chorobowa a fluktuacja załóg w wybranych zakładach pracy o kluczowym znaczeniu dla gospodarki narodowej. I. Absencja chorobowa pracowników odchodzących z pracy na tle czasowej niezdolności do pracy załóg stabilnych. *Zdrow. Publiczne* 1987; 10: 464–473.
10. Prins R., De Graaf A.: Comparison of sickness absence in Belgian, German, and Dutch firms. *Br. J. Ind. Med.* 1986; 43: 529–536.
11. Indulski J.A., Szubert Z.: A system for analysing sickness absenteeism in Poland. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 1997; 2: 159–165.
12. Szubert Z., Szeszenia-Dąbrowska N., Sobala W.: Wpływ przeobrażeń systemowych na absencje chorobową w zakładzie pracy. II. Niezdolności do pracy osób odchodzących z zatrudnienia. *Med. Pr.* 1998; 6: 517–525.

13. Indulski J. A., Szubert Z.: Medical causes of female sickness absence during economic transition in Poland. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 1999; 4: 295-303.
14. Szubert Z., Sobala W., Życińska Z.: Wpływ przeobrażeń systemowych na absencje chorobową w zakładzie pracy. I. Absencja chorobowa w okresie 1989-1994. *Med. Pr.* 1997; 5: 543-551.
15. Vahtera J., Kivimäki M., Pentti J.: Effect of organisational downsizing on health of employees. *Lancet* 1997; 350: 1124-1228.
16. Kivimäki M., Vahtera J., Thomson L., Griffiths A., Cox T., Pentti J.: Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. *J. Appl. Psych.* 1997; 6: 858-872.
17. Taylor P.J., Burridge J.: Trends in death, disablement, and sickness absence in the British Post Office since 1891. *Br. J. Ind. Med.* 1982; 39: 1-10.
18. Heaney C.A., Clemans J.: Occupational stress, physician-excused absences, and absences not excused by a physician. *AM J. Health Promot.* 1995; 2: 117-124.
19. Jacobson B.H., Aldana S.G., Goetzel R.Z., Vardell K.D., Adams T.B., Pietras R.J.: The relationship between perceived stress and self-reported illness-related absenteeism. *Am. J. Health Promot.* 1996; 1: 54-61.
20. Voss M., Floderus B., Diderichsen F.: Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden. *Post. Occup. Environ. Med.* 2001; 58: 178-184.
21. Kompier M., Mulderes H., Meijman T., Boersma M., Groen G., Bullinga R.: Absence behaviour, turnover and disability: a study among city bus drives in the Netherlands. *Work Stress* 1990; 1: 83-89.
22. Marmot M.: Work and other factors influencing coronary health and sickness absence. *Work Stress* 1994; 2: 191-201.
23. Somers M.J.: Organizational commitment, turnover and absenteeism: an examination of direct and interaction effects. *J. Organizationl Behav.* 1995; 16: 49-58.
24. Geurts S.A., Buunk B.P., Schaufeli W.B.: Health complains, social comparison, and absenteeism. *Work Stress* 1994; 3: 220-234.
25. Wickström G.J., Pentti J.: Occupational factors affecting sick leave attributed to low-back pain. *Scand. J. Work Environ. Health* 1998; 2: 145-152.